

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

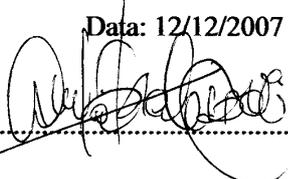
TESE DE DOUTORADO

**Sintomas depressivos na velhice: estudo prospectivo de suas relações com variáveis
sócio-demográficas e psicossociais**

Autor: Samila Sathler Tavares Batistoni
Orientador: Prof.^a. Dr.^a. Anita Liberalesso Neri

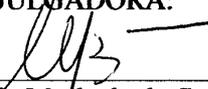
Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por Samila
Sathler Tavares Batistoni e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 12/12/2007

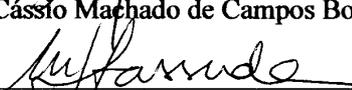
Assinatura:.....


Orientador

COMISSÃO JULGADORA:



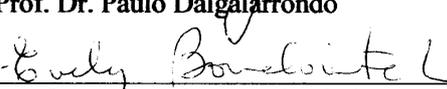
Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino



Prof.^a. Dra. Mônica Sanches Yassuda



Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo



Prof.^a. Dra. Evely Boruchovitch

2007

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Batistoni, Samila Sathler Tavares.
B32s Sintomas depressivos entre idosos: estudo prospectivo de suas relações com
variáveis sócio - demográficas e psicossociais / Samila Sathler Tavares
Batistoni. -- Campinas, SP: [s.n.], 2007.

Orientador : Anita Liberalesso Neri.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Educação.

1. Idosos. 2. Depressão. 3. Idosos – Fatores sócio - econômicos. 4. Auto –
avaliação da saúde. I. Neri, Anita Liberalesso. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

07-579/BFE

Título em inglês: Depressive symptoms among older people : a prospective study of relations with socio-demographic and psicossocial variables

Keywords: Idosos; Depressão; Idosos – Fatores sócio – econômicos; 4. Auto – avaliação da saúde

Área de concentração: Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação

Titulação: Doutora em Educação

Banca examinadora: Prof^a. Dr^a. Anita Liberalesso Neri (Orientadora)

Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino

Prof. Dr. Paulo Dalgalarrodo

Prof^a. Dr^a. Mônica Sanches Yassuda

Prof^a. Dr^a. Evely Boruchovitch

Data da defesa: 19/12/2007

Programa de pós-graduação : Educação

e-mail : samsathler@hotmail.com

AGRADECIMENTOS

Bendize, ó minha alma, ao SENHOR, e tudo o que há em mim bendiga ao seu santo nome. Bendize, ó minha alma, ao SENHOR, e não te esqueças de nem um só de seus benefícios. Ele é quem perdoa todas as tuas iniquidades; quem sara todas as tuas enfermidades; quem da cova redime a tua vida e te coroa de graça e misericórdia; quem farta de bens a tua velhice, de sorte que a tua mocidade se renova como a da águia (...). Como um pai se compadece de seus filhos, assim o SENHOR se compadece dos que o temem. Pois ele conhece a nossa estrutura e sabe que somos pó. Quanto ao homem, os seus dias são como a relva; como a flor do campo, assim ele floresce; pois, soprando nela o vento, desaparece; e não conhecerá, daí em diante, o seu lugar. Mas a misericórdia do SENHOR é de eternidade a eternidade, sobre os que o temem, e a sua justiça, sobre os filhos dos filhos, para com os que guardam a sua aliança e para com os que se lembram dos seus preceitos e os cumprem (...). Bendize ao SENHOR, vós, todas as suas obras, em todos os lugares do seu domínio. Bendize, ó minha alma, ao SENHOR.
Salmo 103 (Edição Revista e Atualizada)

Ao meu Deus que sempre me conduz e me ensina através dos caminhos e oportunidades que Ele mesmo proporciona à minha vida. Todo o louvor e mérito pertencem a ELE!

Agradeço de forma especial à sempre querida e dedicada professora Dra. Anita Liberalesso Neri. Ao me referir aos caminhos e oportunidades que Deus me dá, tenho a certeza absoluta que não só o fato de poder trabalhar sob a sua supervisão, mas também de compartilhar minha vida com essa pessoa especial são dádivas preciosas e fonte de crescimento pessoal. Ao longo desses quatro anos (desde o ingresso ao Mestrado em Gerontologia) tenho aprendido o conceito mais amplo de ser MESTRE através das ações de minha professora, orientadora e amiga Anita. Espero poder sempre espelhar bem o que aprendi com a Anita e poder crescer a partir da base sólida que ela me ofereceu. Muito obrigada!

Dedico esse trabalho e faço agradecimentos especiais à minha mentora, professora e amiga Ana Paula Cupertino. Agradeço porque sua garra, seu encorajamento e seu carinho estão marcados na minha vida pessoal e profissional. Agradeço também, pois ela não só me abriu as portas desse fascinante mundo da pesquisa em psicologia e gerontologia, mas me proporcionou todas as ferramentas para construir e trilhar um caminho novo. Esse doutorado é apenas um dos produtos e frutos dos esforços da Ana Paula. Agradeço a confiança a mim depositada na análise dos dados gerados pelo PENSA. Obrigada, Paula, por sentir que posso sempre contar com você, mesmo tão distantes geograficamente.

Agradeço ao Departamento de Psicologia Educacional da Faculdade de Educação da Unicamp pela oportunidade de desempenhar a função de docente auxiliar e possibilitar meus primeiros passos rumo à carreira desejada. Em especial agradeço às professoras Roberta Azzi, Elisabeth Mercuri e principalmente às professoras Dra. Evely Boruchovitch e Soely Polydoro por também contribuir na produção de minha tese como participantes de minha banca de qualificação e de defesa.

Agradeço aos professores Dr. Paulo Dalgalarondo, Dr. Cássio Machado de Campos Bottino, Dra. Mônica Sanches Yassuda, Dra. Regina Maria de Souza e Dr. Valério José Arantes pela participação em minha banca de defesa de tese e pelas contribuições que advém dessa participação.

Aproveito para registrar meu agradecimento a pessoas essenciais em minha vida. Ao meu amado Fabrício, agradeço por acreditar em mim e me amar incondicionalmente. Seu estímulo e companheirismo foram a força propulsora para o alcance de mais essa etapa da minha vida. Agradeço também à amizade sincera e ao apoio constante da minha amiga Andréa. Foi com ela que aprendi o que é ser amigo. Seu valor é inestimável... sua presença, um alento...sempre...sempre... Agradeço aos meus queridos pais e irmãs que torcem por mim e sempre me encorajam, apóiam, aconselham e suprem minha vida de amor... o dom supremo! Amo vocês!

Batistoni, S. S. T. (2007). *Sintomas depressivos entre idosos: estudo prospectivo de suas relações com variáveis sócio-demográficas e psicossociais*. Tese (Doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação), Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, Pp.146.

RESUMO

Foram identificados indicadores de validade de construto e de confiabilidade interna para a CES-D aplicada a idosos recrutados na comunidade, num estudo que envolveu duas medidas sucessivas, no qual também foram estudadas relações entre sintomas depressivos e vivência de eventos de vida estressantes, saúde percebida e suporte social percebido. **Métodos:** 310 idosos (72% mulheres) com idade média de 71,96 anos (DP= 8.45) foram submetidos a um questionário que levantou dados sócio-demográficos, número de doenças e saúde auto-relatada, à CES-D, ao ELSI e a itens da ISEL. **Resultados:** Análise fatorial confirmatória mostrou adequação do ajuste do modelo com três fatores (“Afetos negativos”, “Dificuldades de iniciar comportamentos”, “Afetos positivos”). O alfa total foi de 0.82; de 0.77 para o fator 1, de 0.59 para o 2 e de 0.47 para o 3. A prevalência de depressão foi a mesma nas duas medidas (34%). Na segunda medida, 50,9% permaneceram livres de depressão, a incidência foi de 15,2 %, a recorrência de 19,7% e a remissão de 14,2%. O grupo com depressão recorrente tinha mais mulheres e doenças auto-relatadas, pior saúde percebida e pior suporte social percebidos e mais eventos estressantes. Depressão na linha de base, saúde percebida como ruim, gênero feminino e eventos estressantes que afetam os familiares ofereceram risco conjunto para depressão na segunda medida, na qual também aumentaram as dificuldades de iniciar comportamentos (fator 2) e afetos positivos (fator 3), principalmente entre as mulheres. **Conclusões:** A versão brasileira da CES-D para idosos mostrou ser internamente válida e útil ao rastreio da depressão e à compreensão da natureza dos sintomas depressivos na velhice. Desvantagens associadas ao gênero feminino têm forte relação com a evolução da sintomatologia depressiva no envelhecimento; efeitos da idade não foram identificados.

Palavras-chave: Idosos; depressão; CES-D; saúde auto-relatada; suporte social; eventos de vida estressantes.

Batistoni, S. S. T. (2007). *Sintomas depressivos entre idosos: estudo prospectivo de suas relações com variáveis sócio-demográficas e psicossociais*. Tese (Doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação), Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas. *Depressive symptoms among older people: a prospective study of relationships with socio-demographic and psychosocial variables*. Pp. 146.

ABSTRACT

Construct validity and internal reliability concerning the Center for Epidemiological Study-Depression (CES-D) were described in a prospective study with older adults living in the community. We carried out two assessments of depression and explored the relationships between depressive symptoms, experience of stressful life events, subjective health and perceived social support. **Methods:** 310 older adults (72% women), 71.96 years old (SD= 8.45), completed a questionnaire on sociodemographics and morbidity, scales of self-reported health and perceived social support, the CES-D, and a inventory of stressful life events. **Results:** Confirmatory factor analysis on CES-D items identified 3 factors (“Negative affect”, “Difficult to initiate behaviors”, and “Positive Affect”). Cronbach alpha was 0.82, 0.77, 0.59 and 0.47, respectively for the scale and to factors 1, 2, and 3. Prevalence of depressive symptoms was consistent across both times (34%). In the second measurement, 50.9% of the total sample did not report depression. We identified 15.2% of incidence, 19.7% of recurrence and 14.2% of remission. In the group with recurrent depression, the majority was women with high self-reported morbidity, health evaluated as bad, low scores of perceived social support and greater number of stressful events. Depression in the baseline, bad self-rated health, being women, and stressful life events affecting family members were significant predictors of depression in the second time measurement, where we also identified difficult in initiating behaviors and positive affect, especially among women. **Conclusions:** The Brazilian version of the CES-D for older adults showed internal validity, seems appropriate to screen for depression and allows a better understanding of the underlying factors of depressive symptoms among older adults. Age was not associated with progression of depression, but being women had a strong association with progression of depressive symptoms.

Key words: Aging; depression, CES-D, self-rated health, social support, stressful life events.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
1. Sintomatologia depressiva no curso do envelhecimento.....	6
2. Questões metodológicas na avaliação da depressão na velhice	10
3. Variáveis específicas que influenciam a depressão na velhice	17
3.1. Sintomas depressivos e saúde física na velhice.....	23
3.2. Eventos de vida estressantes e sintomatologia depressiva na velhice.....	29
3.3. Suporte social e sintomas depressivos na velhice.....	34
4. Proposição de um estudo metodológico e prospectivo sobre depressão na velhice.....	40
4.1. Objetivos.....	41
Métodos.....	43
1. Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA)	433
2. Participantes	46
3. Instrumentos.....	48
4. Análise de dados	50
Resultados.....	55
1. Evidências da reprodutibilidade da estrutura fatorial da CES-D:	55
2. Identificação dos padrões de incidência, remissão e estabilidade de sintomas depressivos e suas relações com variáveis sócio-demográficas e psicossociais	59
3. Identificação de perfis de risco para sintomatologia depressiva nos tempos 1 e 2	75
4. Comparação do desempenho dos idosos nos itens e sub-escalas da CES-D da primeira e na segunda medidas.....	80
Discussão.....	85
Conclusões e sugestões para futuros trabalhos.....	101
Referências Bibliográficas.....	105
Anexos.....	119
Anexo 1 . Parecer do Comitê de Ética do HU-UFJF.....	121
Anexo 2 - Grupos de variáveis investigadas pelo PENSA.....	129
Anexo 3 - CES-D (Center for Epidemiological Studies- Depression Scale)	131
Anexo 4 – Inventário de doenças e queixas físicas utilizada pelo protocolo do PENSA categorizada por sistemas orgânicos.....	133
Anexo 5 - Inventário de eventos estressantes entre idosos (The Elders Life Stress Inventory- ELSI - Aldwin, 1990).....	135
Anexo 6 - Justificativas para as categorias criadas com base na análise dos itens do inventário de eventos estressantes.....	137
Anexo 7 - ISEL (Interpersonal Support Evaluation- 5 itens)	139
Anexo 8 – Autorização para utilização dos dados do PENSA.....	141
Anexo 9- Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais pelo critério de gênero.....	143
Anexo 10 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais pelo critério etário.....	147
Anexo 11- Comparação das médias no escore total e nos fatores da CES-D por faixa etária..	149
Anexo 12 – Proposta de um folheto informativo sobre depressão na velhice.....	151

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estudos brasileiros sobre prevalência de depressão na velhice.	4
Tabela 2. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais nas sub-amostras de idosos incluídos e excluídos na amostra do estudo.	47
Tabela 3. Estrutura fatorial da CES-D resultante da análise de componentes principais da matriz reduzida para a amostra total do PENSA (N=903).	51
Tabela 4. Índices de adequação do modelo inicial testado na análise fatorial confirmatória da CES-D.	55
Tabela 5. Resultado da análise fatorial confirmatória para o modelo inicial testado.	55
Tabela 6. Realocação de itens nos fatores segundo os resultados da análise fatorial confirmatória da CES-D.	56
Tabela 7. Índices de adequação do ajuste do modelo re-especificado após primeira realocação dos itens.	56
Tabela 8. Resultado da análise fatorial confirmatória para o modelo re-especificado, após primeira realocação dos itens.	57
Tabela 9. Segunda realocação de itens nos fatores segundo os resultados da análise fatorial confirmatória da CES-D.	57
Tabela 10. Análise da consistência interna da CES-D (n=310).	58
Tabela 11. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais na primeira e segunda medida do estudo.	60
Tabela 12. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais segundo o critério de gênero.	63
Tabela 13. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais segundo o critério etário.	64
Tabela 14. Distribuição das variáveis sócio-demográficas entre os grupos com depressão e sem depressão na segunda medida.	65
Tabela 15. Distribuição das variáveis de saúde entre os grupos com depressão e sem depressão na segunda medida.	66
Tabela 16. Distribuição dos tipos de queixas ou doenças entre os grupos com depressão e sem depressão na segunda medida.	67

Tabela 17. Distribuição das variáveis de suporte social entre os grupos com depressão e sem depressão na segunda medida.	68
Tabela 18. Distribuição das variáveis de eventos estressantes entre os grupos com depressão e sem depressão na segunda medida.	69
Tabela 19. Estatísticas das variáveis idade, número de doenças, suporte social total e número de eventos segundo critério de evolução na CES-D.	71
Tabela 20. Distribuição das variáveis sócio-demográficas pelo critério de evolução na CES-D.	71
Tabela 21. Distribuição das variáveis de saúde e suporte social pelo critério de evolução na CES-D.	72
Tabela 22. Distribuição das variáveis de saúde e suporte social pelo critério de evolução na CES-D.	73
Tabela 23. Resultados da análise de regressão logística univariada para depressão na primeira medida do estudo.	76
Tabela 24. Resultados da análise de regressão logística multivariada para depressão na primeira medida do estudo.	77
Tabela 25. Resultados da análise de regressão logística univariada para depressão na segunda medida do estudo.	78
Tabela 26. Resultados da análise de regressão logística multivariada para depressão na segunda medida do estudo.	79
Tabela 27. Estatísticas da amostra quanto à pontuação na CES-D e nos fatores na primeira e segunda medidas.	80
Tabela 28. Estatísticas da amostra quanto à pontuação na CES-D e nos fatores na primeira e segunda medidas, pelo critério de gênero.	81
Tabela 29. Comparação das médias dos escores da CES total e nos fatores pelo critério de gênero.	82
Tabela 30. Estatísticas da amostra quanto à pontuação na CES D e nos fatores na primeira e segunda medida, por faixas etárias.	83

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Mudanças na magnitude da influência exercida pela vulnerabilidade biológica e psicológica e pelos eventos estressantes sobre a sintomatologia depressiva ao longo da vida. 20
- Figura 2. Distribuição percentual dos participantes do PENSA segundo os critérios de gênero e idade. 45
- Figura 3. Padrões de manifestação de sintomas depressivos na segunda medida da CES-D em comparação com a primeira. 70

INTRODUÇÃO

Em saúde mental, o termo depressão se refere a um construto diagnóstico complexo aplicado a indivíduos com um conjunto particular de sintomas, sendo o humor deprimido e perda de interesse em atividades habituais as principais manifestações. Entre idosos, a depressão é considerada uma das mais frequentes causas de sofrimento emocional e de diminuição significativa na qualidade de vida. A incidência de depressão maior na velhice associa-se a respostas como incapacidades, comorbidades, pior saúde auto-relatada, maior uso de medicações, maior número de eventos de vida estressantes, menos suporte social e mortalidade.

A literatura apresenta controvérsias quanto a se a depressão teria uma prevalência semelhante ou diferente na velhice e se os fatores etiológicos, de manutenção e de apresentação dos quadros depressivos seriam os mesmos de outras fases da vida. Contudo, os sistemas diagnósticos utilizados atualmente (o DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1994, o CID-10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, 1993) não identificam características clínicas diferentes na depressão na velhice e na que acomete adultos mais jovens, e, portanto, não definem categorias nosológicas de depressão específicas para idosos.

Existem argumentos de que a depressão no idoso seria um tipo diferente de depressão. Estes argumentos apóiam-se nas diferenças de apresentação dos sintomas nos diferentes grupos de idade. Segundo essa corrente de opinião, entre idosos seriam mais comuns os sintomas somáticos ou hipocondríacos, a baixa frequência de antecedentes familiares de depressão e a pior resposta ao tratamento (p.ex. Newmann, Engel & Jensen, 1991, Gatz, Kasl-Godley & Karel, 1996). Segundo Reifler (1994), de modo geral os idosos queixam-se mais de perda de interesse pelos acontecimentos que os cercam, de fadiga, de despertar muito cedo pela manhã e não voltar a dormir, de queixas de memória, de pensamentos sobre morte e de desesperança geral. Idosos queixam-se menos de humor deprimido e de outros sintomas disfóricos essenciais ao diagnóstico de depressão maior do que as populações jovens. Newmann, Engel & Jensen (1991) utilizam o termo *depleção* para descrever essa forma de depressão comumente observada em idosos, a qual tende a aumentar com o passar dos anos e a ser mais frequente entre as mulheres. Conforme Reifler (1994), a noção de *depleção* ajuda a explicar a prevalência mais baixa de transtorno

depressivo maior (ou depressão clínica) entre idosos e ajuda a compreender as peculiaridades das manifestações de depressão ao longo da velhice.

Reynolds (1994) defende que os critérios diagnósticos usados para pacientes mais jovens podem não ser aplicáveis diretamente aos idosos, pois entre estes a depressão se apresenta com notável heterogeneidade. Os sintomas dos pacientes muito idosos (acima de 75 anos) podem ser diferentes dos apresentados por idosos de menos idade. Assim, para os idosos, é melhor que o diagnóstico clínico tenha um enfoque super-inclusivo em que sejam levados em conta e analisados todos os sintomas existentes, antes de descartá-los ou de atribuí-los a outras causas.

Blazer (2003) revisou 295 artigos sobre depressão na velhice e identificou um aumento no interesse dos pesquisadores a respeito desse grupo etário, porém apontou muitas lacunas no entendimento do fenômeno. O autor encontrou grande variação nas prevalências encontradas entre os estudos e argumentou que as diferenças entre as amostragens de idosos, de metodologia e de instrumentos de pesquisa utilizados explicam algumas das discrepâncias verificadas. Em geral, os dados sobre depressão maior variam entre 1 a 3% entre idosos residentes na comunidade e podem alcançar 35% entre idosos hospitalizados e institucionalizados.

Apesar da variação das prevalências de depressão maior identificadas, um achado ainda mais intrigante, proveniente principalmente de estudos epidemiológicos que se utilizam de escalas de rastreio de depressão, são as evidências da existência de uma entidade clínica identificável na população geral e freqüentemente observada em contextos de cuidados primários, principalmente entre idosos (Judd, 1997). Essa entidade, embora não encontre critérios estabelecidos para uma definição nosológica, envolve um grupo de sintomas que não diferem dos da depressão maior, mas tampouco satisfazem os critérios completos para um “caso” de depressão. Os sintomas geralmente surgem em quantidade menor do que a formalmente exigida, não são graves o bastante e variam com o tempo. Mesmo assim, os sintomas têm um impacto incapacitante no indivíduo, comprometendo seu funcionamento mental, ocupacional e psicossocial. Eles podem preceder ou suceder uma depressão maior e podem ocorrer no intervalo entre dois episódios.

Na literatura tem havido uma tendência a denominar essa sintomatologia de depressão clinicamente significativa no idoso, mas que não preenche os critérios para diagnóstico de depressão maior, ora de depressão menor, ora de “depressão sub-clínica” (Blazer et al., 2001). Maj & Sartorius (2005) a descrevem como “depressão sindrômica”, para fazer um contraponto com as “depressões nosológicas”. Contudo, a maioria dos estudos reservam-lhe apenas o termo

“sintomas depressivos”. O grupo de estudo LASA (*Longitudinal Aging Study of Amsterdam*) operacionaliza essa depressão menor, ou a presença de sintomas depressivos, como o alcance de uma pontuação maior ou igual a 16 pontos na escala de depressão CES-D - *Center for Epidemiological Studies- Depression* (ver Beekman, Deeg, Van Tilberg et al, 1995), nota de corte utilizada na maioria dos estudos internacionais que se utilizam da mesma escala.

A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos tende a ser superior do que a encontrada entre os adultos jovens, diferentemente dos dados de prevalência de depressão maior. Entretanto, autores como Adams (2001), Hybels e colaboradores (2001) demonstraram que tanto a incidência de depressão maior na velhice quanto a presença de sintomas depressivos não caracterizando uma síndrome psiquiátrica estão igualmente associadas a respostas como incapacidades, pior saúde auto-relatada, uso de medicações psicotrópicas e baixo suporte social percebido. Depreende-se então que a tarefa de compreender os mecanismos e as variáveis associadas à manifestação desses sintomas na velhice é fundamental, apesar de bastante complexa.

Ao caracterizar o esforço dessa compreensão como fundamental, referimo-nos ao grande potencial dos sintomas depressivos em alterar o curso do envelhecimento normal. Como complexa, referimo-nos à maior instabilidade dos sintomas no tempo (Heikkinen e Kauppinen, 2004) e à facilidade dos idosos – há muito relatado na literatura - em reconhecer os sintomas somáticos da depressão do que os de humor deprimido. Tal fato tem levado a consequências díspares como a super-estimativas de depressão entre idosos ou mesmo a desconsideração da mesma por clínicos e pesquisadores que acolhem as queixas físicas como fenômenos próprios do envelhecimento normal.

No Brasil, são recentes os esforços em identificar a prevalência de depressão maior e de sintomas depressivos na população idosa. Um levantamento realizado na base de dados eletrônica *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*¹), até junho de 2007, identificou 34 artigos nacionais que continham a associação das palavras-chave “sintomas depressivos” e “idosos”. Esse levantamento ilustra o panorama da produção científica nacional sobre o tema, mostrando que, além de serem em número restrito, a maioria dos estudos são de natureza clínica ou resumem-se a descrever a prevalência de depressão entre pacientes ambulatoriais ou hospitalizados. A Tabela 1 contém uma seleção de estudos que se mostraram relevantes para a presente revisão e deixa explícita a variabilidade das prevalências encontradas que dependem do contexto de pesquisa, do instrumento de pesquisa e da utilização ou não de critérios de depressão maior. Os artigos

¹ www.scielo.br

relacionados na Tabela 1 foram escolhidos por dizerem respeito apenas àqueles que forneceram dados de prevalência e por terem a amostra não composta por pacientes de serviços de saúde mental. Aos estudos selecionados da base *Scielo*, foi adicionado o estudo da presente autora e colaboradoras (Batistoni, Neri e Cupertino, 2007b, no prelo), fruto de sua dissertação de Mestrado.

Tabela 1. Estudos brasileiros sobre prevalência de depressão na velhice.

Autores	Cidade	Origem da amostra	Número de idosos (idade=60+)	Instrumento	Prevalência
Veras (1991)	Rio de Janeiro	Comunidade	252	BOAS (<i>Brasil Old Age Schedule</i>)	20,9% a 36,8% depressão maior + sintomas depressivos (variando entre bairros)
Lebrão et al (2005)	São Paulo	Comunidade	2143	GDS	18,1% sintomas depressivos
Paradela, Lourenço & Veras (2005)	Rio de Janeiro	Ambulatório de Geriatria	302	GDS-15	16,9% sintomas depressivos
Oliveira et al (2006)	Taguatinga -DF	Centro de convivência	118	GDS-15	31% sintomas depressivos
Valéria et al (2006)	Recife-PE	Universidade da terceira Idade - UFPE	358	BOAS (<i>Brasil Old Age Schedule</i>)	24,02% depressão maior + sintomas depressivos
Maciel & Guerra (2006)	Santa Cruz- RN	Comunidade	310	GDS-15	25,5% sintomas depressivos
Duarte & Rego (2007)	Salvador- BA	Ambulatório de Geriatria	1120	Critérios do DSM IV	23,4% depressão maior
Batistoni, Neri e Cupertino (2007, no prelo)	Juiz de Fora- MG	Comunidade	903	CES-D	33,8% sintomas depressivos

Diferentemente da produção brasileira, a literatura internacional tem utilizado de forma recorrente medidas de sintomas depressivos na pesquisa sobre o desenvolvimento e o envelhecimento humano. Tais medidas são tipicamente representadas como indicadores

psicológicos de mudança em vários domínios da vida. A presença ou não de tais sintomas e a frequência com que se manifestam no curso de vida geram dados sobre diferenças inter-individuais, geram teorias sobre a natureza das mudanças evolutivas e, ainda, constituem-se em critérios de predição de condições como longevidade, morbidade ou mortalidade.

Sintomas depressivos são considerados indicadores ricos em informações principalmente quando associados ao processo de envelhecimento. Dada sua provável associação com uma variedade de perdas que os idosos podem experimentar, a medida desses sintomas pode refletir a adaptação desses indivíduos à essas experiências. Os dados sobre sintomatologia depressiva se tornam ainda mais interessantes e intrigantes para o estudo do envelhecimento, pois, apesar da experiência de um grande número de perdas físicas, biológicas, funcionais e sociais, envelhecer não necessariamente conduz a estados depressivos.

Vários modelos teóricos derivados de dados empíricos tentam explicar como as emoções são reguladas na velhice, na presença de um aumento das demandas por adaptação, demandas essas determinadas pela maior vulnerabilidade a perdas de natureza biológica, social e psicológica. Entre os modelos estão aqueles pautados nos dados que mostram um aumento dos sintomas depressivos com a idade. Estes justificam esse aumento, por exemplo, apontando que, com o envelhecimento, haveria uma diminuição do senso de controle dos indivíduos sobre os eventos que os cercam ou sobre as doenças que acometem. A diminuição do senso de controle do idoso pode levar até mesmo a instalação de padrões comportamentais como os descritos pelo conceito de “desamparo aprendido”, ou seja, a maior exposição dos idosos às contingências incontroláveis os levaria a aprender que nada têm a fazer frente a tais situações. Isto acarreta déficits cognitivos e motivacionais, que levam os indivíduos a apresentarem alguns dos sintomas que compõem a depressão (a esse respeito, ver Schulz, Heckhausen & O'Brien, 1994; Seligman, 1975).

Por outro lado, existem modelos pautados nas evidências de estabilidade ou diminuição dos sintomas depressivos na velhice, justificados pela noção de resiliência do *self* na velhice e na atuação de processos e mecanismos que minimizam o impacto negativo das perdas sobre a auto-estima e bem-estar dos idosos (a esse respeito, ver Baltes & Baltes, 1990; Ryff, 1991; Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). Apesar dos diferentes enfoques sobre a questão, há consenso entre os teóricos quanto à noção de que os sintomas depressivos podem ser conseqüentes a uma sobrecarga pontual ou crônica de demandas por adaptação (ver também, Lawton, 1989; Carstensen, 1995; Labouvie-Vief, 1996; Magai, 1997).

A idade é uma variável importante na pesquisa sobre o envelhecimento, não por ser, em si, uma variável causal, mas por resumir e servir como indicador para um conjunto de outras, de caráter próximo ou distal, que se relacionam com alterações comportamentais. Na velhice, o aumento da vulnerabilidade à depressão e a diminuição da resiliência física guardam uma relação próxima com doenças e incapacidade física, isolamento social, eventos estressantes e diminuição no senso de bem-estar. A ocorrência e o agravamento dessas condições são afetados pelas condições de vida atual e passada e todas elas são influenciadas por variáveis antecedentes como renda, escolaridade e gênero. Gênero e idade determinam e indicam influências educacionais e outras oportunidades sociais, assim como o grau de risco para doenças, pobreza e chance de vivenciar eventos de vida adversos e incontroláveis na velhice.

Saber como os fenômenos se diferenciam às idades é fundamental para as disciplinas do envelhecimento, porque permite conhecer o que é típico de cada uma e o que é compartilhado por todas as fases. No caso da depressão, importa saber se há diferenças na etiologia, na apresentação e no curso dos distúrbios em diferentes idades. Estudos de corte transversal, estudos longitudinais e de coortes sequenciais contribuem para esclarecer essas questões, como se verá no primeiro tópico que se segue.

1. Sintomatologia depressiva no curso do envelhecimento

Nguyen e Zonderman (2006) mostram que há pelo menos três classes de dados sobre a relação entre idade e sintomatologia depressiva. A primeira, resultante da aplicação de escalas de rastreio de sintomas na população idosa, encontra uma correlação negativa linear, ou seja, diminuição dos sintomas com a idade, ou correlações curvilineares positivas, indicando uma elevação em sintomas nos grupos mais jovens e mais velhos em comparação aos grupos etários intermediários. A segunda classe de dados baseia-se na aplicação de critérios diagnósticos clínicos para depressão maior e mostra correlação linear positiva ou correlações curvilineares negativas, indicando respectivamente que a depressão aumenta com a idade ou que é menos evidente em grupos etários mais jovens e mais velhos quando comparados aos grupos etários intermediários. Uma terceira classe de dados, resultantes de estudos em que são controlados os fatores de risco relacionados à idade, tais como saúde física, recursos materiais e fatores sociais, sugere que a idade em si não é um fator de risco para depressão.

Essas três classes de interpretações decorrem e são indicativas de diferenças metodológicas no estudo de vários aspectos da velhice, entre eles a depressão. Não só o uso de diferentes abordagens e instrumentos de coleta de dados geram diferentes conclusões como também diferentes estratégias metodológicas podem gerar resultados viesados pelo chamado efeito de seleção.

A respeito do efeito da seleção, Davey e colaboradores (2004) mencionam o viés da “sobrevivência seletiva” nos estudos de corte transversal e longitudinais. Argumentam, por exemplo, que resultados inválidos podem ser gerados pela comparação dos escores de depressão dos idosos com a população geral uma vez que os indivíduos idosos podem exibir diferentes perfis em sintomatologia depressiva e não serem diretamente comparáveis com indivíduos mais jovens. Nos estudos longitudinais, pode-se favorecer os mais velhos pela repetição da exposição aos instrumentos de medida de depressão. A presença de efeitos coorte pode invalidar comparações etárias nos estudos de corte transversal e limitar a generalidade dos dados longitudinais apenas à coorte estudada.

Soluções para esses problemas são encontradas em estudos com metodologia de coortes seqüenciais desenvolvidas para controlar esses efeitos, mas, por serem mais dispendiosos no que concerne a tempo, recursos e esforços, são ainda em pequeno número (Rothermund & Brandtstädter, 2003). Ao combinar as estratégias transversais e longitudinais, o delineamento de coortes seqüenciais permite uma separação dos efeitos da idade e dos efeitos de coorte e evita a confusão dos efeitos da idade com efeitos demográficos e graduados pela história. É interessante observar que os estudos de coortes seqüenciais têm demonstrado haver um aumento acelerado de sintomas depressivos na velhice (Roberts, Lee e Roberts, 1991; Wallace e O’Hara, 1992). Rothermund e Brandtstädter (2003) utilizaram esse delineamento para estudar 690 alemães de 54-77 anos e encontraram padrões desenvolvimentais que permitiram apontar duas fases no desenvolvimento de sintomas depressivos: uma relativa estabilidade dos sintomas até por volta dos 70 anos e um subsequente aumento nas tendências depressivas nas idades subsequentes.

Os dados da pesquisa de Rothermund e Brandtstädter (2003) apontam para a necessidade da compreensão de outra dimensão da problemática dos sintomas depressivos na velhice, qual seja a do seu curso ao longo do envelhecimento. Na tentativa de elucidar essa questão, muitos estudos têm buscado identificar fatores que influenciam a incidência de sintomatologia depressiva significativa pela primeira vez na velhice e os que são responsáveis por sua persistência ou remissão no tempo. Alguns desses estudos buscam esclarecer se a presença de sintomas

depressivos na velhice pode ser caracterizada como um fenômeno de natureza episódica ou permanente (Heikkinen & Kauppinen, 2004). Outros buscam compreender se depressão é um traço ligado à experiência de afetos negativos a longo prazo ou à personalidade, ou se é um estado, ou seja, uma resposta à eventos estressantes (Davey et al., 2004).

Num estudo de 1991, Kennedy e colaboradores encontraram que piora em saúde associou-se com persistência dos sintomas depressivos no tempo. Em sua amostra de 1855 idosos na primeira medida, 13,4 % estavam deprimidos. Na segunda medida, encontraram que 6,2% da amostra persistiu classificada como deprimida e que em 7,2 % houve remissão dos sintomas. O índice de remissão correspondeu a 54% dos idosos que estavam deprimidos na primeira medida. Mudanças em saúde, diferença em idade e distúrbios do sono, bem como a busca por serviços de suporte formal explicaram cerca de 30% da variância entre os que persistiram deprimidos e os que mostraram remissão dos sintomas. Envelhecimento e piora na saúde foram associados à persistência dos sintomas, ao passo que o ganho em saúde foi associado à remissão.

O *Longitudinal Aging Study Amsterdam – LASA* - (Beekman et al., 2002) acompanhou 277 idosos que foram considerados como deprimidos a partir de entrevista diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule*) ao longo de 6 anos. Para tanto, aplicaram a escala de rastreio de sintomas depressivos CES-D em 14 ocasiões. Durante esse período, a média de severidade dos sintomas permaneceu no 85º percentil. Em 14% dos indivíduos, os sintomas foram experimentados episodicamente (num curto prazo). Houve remissão em 23% da amostra e um curso flutuante em 44%. Trinta e dois por cento da amostra revelou um curso crônico de sintomas. O prognóstico dos classificados com depressão menor revelou-se desfavorável, visto que muitos idosos assim classificados apresentaram alto risco para o desenvolvimento de transtornos afetivos tais como a depressão maior.

Outro estudo holandês, o *Amsterdam Study of the Elderly* (Schoevers et al., 2003) examinou se os fatores de risco para a incidência de depressão são também relacionados ao seu prognóstico. Não utilizaram escala de rastreio, mas sim o *GMS-AGECAT (Geriatric Mental State Schedule - Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy)*, um sistema de classificação diagnóstica clínica de depressão e de depressão por causas orgânicas e ansiedade (Copeland et al., 1988). Foram dois momentos de entrevistas num intervalo de 3 anos, focalizando 236 idosos residentes na comunidade classificados como deprimidos. Depressão crônica foi predita por história prévia de depressão, limitações funcionais e ansiedade na primeira medida. Em sujeitos sem história prévia de depressão, incapacidades funcionais, gênero

masculino e suporte instrumental recebido correlacionaram-se com um pior prognóstico. Em mulheres, a cronicidade foi mais fortemente relacionada com a história prévia do que nos homens, ao passo que entre os homens, eventos psicossociais recentes e características relacionadas à saúde foram mais importantes do que para as mulheres. O estudo concluiu que, em idosos, o impacto dos fatores de risco sobre o curso da depressão é modificado por variáveis antecedentes de vulnerabilidade tais como gênero e experiência prévia de depressão. Eventos de vida estressantes mais recentes foram relacionados ao prognóstico de depressão em indivíduos sem história pessoal de depressão e com gênero masculino.

Heikkinen e Kauppinen (2004) descreveram mudanças em sintomatologia depressiva num período de 10 anos em idosos com mais de 75 anos, residentes na comunidade. Também procuraram responder à questão sobre a natureza episódica ou permanente dos sintomas no tempo e buscar preditores de rebaixamento do humor. Por meio de três medidas realizadas em 1989, 1994 e 1999 em amostras de 337, 222 e 131 idosos, acompanharam o curso da depressão no tempo, utilizando a escala CES-D. Os resultados mostraram um aumento estatisticamente significativo nos escores de depressão entre as mulheres, particularmente entre as idades de 80 e 85 anos.

O estudo de Heikkinen e Kauppinen (2004) também identificou relações entre aumento da depressão e comorbidades. A co-ocorrência de pelo menos duas doenças dobrou o risco para depressão em comparação à presença de apenas uma doença. Os dados longitudinais permitiram caracterizar a depressão menor como tipicamente dinâmica e episódica. Por exemplo, 44 idosos foram classificados como deprimidos na medida de linha de base e na medida de seguimento 5 anos depois, ocasião em que estavam com 80 anos. Trinta idosos foram classificados como deprimidos na primeira medida, mas não na segunda, ao passo que 27 estavam deprimidos na segunda medida e não na primeira. Também houve indivíduos em que os sintomas depressivos se manifestaram de forma contínua. Dois homens e 12 mulheres foram classificados como deprimidos nas três medidas. Solidão, grande número de doenças crônicas, pior saúde auto-relatada, pior capacidade funcional, pior visão e a percepção de mudanças negativas na vida foram os preditores mais significativos para sintomatologia depressiva.

Harris e colaboradores (2006) revisaram estudos longitudinais sobre fatores relacionados à incidência de depressão pela primeira vez na velhice e sobre fatores relacionados à sua persistência no tempo. Altos índices de sintomatologia depressiva, pior saúde física e isolamento social nas medidas de linha de base predisseram incidência de depressão na medida de

seguimento. Importantes efeitos - investigados por um número menor de pesquisadores - como locus de controle externo e dor foram identificados como fatores de risco para a incidência de depressão pela primeira vez na velhice. Declínio em saúde e aumento na incapacidade foram os preditores mais frequentes. A persistência dos sintomas no tempo foi amplificada por fatores como dor, ansiedade e locus de controle externo.

No mesmo artigo, Harris e colaboradores (2006) avaliaram depressão entre 1.164 idosos residentes na comunidade, em Londres, por meio da *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), com o intuito de identificar fatores relacionados à incidência e à persistência da depressão num intervalo de 2 anos. Após esse período, puderam identificar que 8% da amostra passou a ser classificada como deprimida pela GDS e 61% dos que eram assim classificados na primeira medida persistiram nessa classificação. Preditores comuns para a incidência de novos casos e para a persistência foram ter pior saúde geral auto-relatada e comprometimento do suporte social. Dor e piora na funcionalidade foram mais importantes para a incidência, ao passo que baixa crença em “outros poderosos” (um tipo de atribuição de controle sobre os eventos) nas medidas de linha de base predisse persistência, apenas.

Da revisão da literatura apresentada depreende-se que diferentes dimensões de saúde, funcionalidade, suporte social e dos recursos internos de enfrentamento dos eventos de vida influem no curso da sintomatologia depressiva ao longo do envelhecimento. Compreender os fatores associados à incidência de depressão pela primeira vez na velhice pode auxiliar a prevenção e o entendimento da depressão que se manifesta nesse período da vida. Compreender os fatores associados à persistência e à remissão dos sintomas no tempo pode permitir a identificação de sujeitos que necessitam de estratégias de intervenção específicas precocemente.

Um importante ganho adicional advindo dos esforços de pesquisa sobre o curso da sintomatologia depressiva entre idosos é o de contribuir para a elucidação das mudanças normativas em sintomatologia depressiva no envelhecimento e das mudanças na regulação emocional na velhice. Para tanto, cabe também compreender a relação entre o envelhecimento e a manifestação dos sintomas do construto depressão, tais como humor rebaixado, perda de interesse, fadiga, dificuldades de concentração ou problemas interpessoais. Para responder a tal necessidade, é importante refletir sobre o construto de depressão, como ele tem sido medido e que estratégias podem ser utilizadas para compreender o curso dos sintomas depressivos no tempo.

2. Questões metodológicas na avaliação da depressão na velhice

A depressão é um construto psicopatológico não avaliado diretamente por medidas objetivas. Sua identificação depende de relatos de comportamentos e sintomas que teoricamente são considerados como integrantes de uma síndrome. Muitos inventários e escalas que permitem registrar a presença e a frequência de sintomas depressivos foram construídos com o objetivo de rastrear, identificar e avaliar a intensidade e a forma de apresentação desses sintomas. Tais instrumentos são de interesse particular para o clínico e para o pesquisador em epidemiologia e em saúde mental. A maioria foi construída e conta com indicadores de confiabilidade e validade em amostras clínicas, ou seja, para indivíduos que buscam serviços de saúde com uma queixa psicopatológica identificada. São menos numerosos os instrumentos especificamente construídos para rastrear e medir sintomas depressivos em populações recrutadas ou provenientes da comunidade.

Entre esses instrumentos planejados para a população geral, isto é, não-clínica, está a *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D). Elaborada pelo *National Institute of Mental Health* (EUA), esta escala visa a identificar humor depressivo em estudos populacionais (Radlof, 1977). A CES-D é uma escala de auto-relato que surgiu da reunião dos inventários de depressão de Zung (*Zung's depression scale* – Zung, 1965), do Inventário de depressão de Beck (*Beck's Depression Inventory* - Beck et al, 1961), do Inventário de Raskin (Raskin et al, 1967), bem como do Inventário de Personalidade MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Dahlstron & Welsh, 1960). Entre os estudos populacionais, a CES-D e o Inventário de depressão de Beck são os instrumentos mais utilizados (Maj & Sartorius, 2005).

A CES-D inclui os principais componentes dos transtornos depressivos conforme os critérios diagnósticos do DSM-IV. Trata-se de uma escala de 20 itens de 0 a 3 pontos cada um, que comportam avaliação da frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista (nunca, poucas vezes, maioria das vezes, sempre). Incluem questões sobre o humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. No estudo original da estrutura fatorial da CES-D de Radlof (1977), quatro fatores foram identificados : (a) humor depressivo (incluindo itens sobre tristeza, medo, sentimentos de vazio, etc); (b) afetos positivos (como felicidade, sentir-se bem, aproveitar a vida, esperança); (c) sintomas somáticos (como cansaço, esforço, dificuldade de concentração); (d) problemas interpessoais (não sentir-se amado, sentir que as pessoas não tem se mostrado amistosas).

Desenvolvida no contexto norte-americano, a CES-D já foi traduzida e validada para uso em diferentes culturas. De maneira geral, os estudos de validação em diferentes nações, grupos

étnicos e grupos etários mostram que a CES-D se correlaciona significativamente com indicadores clínicos de depressão e que tem bons índices de confiabilidade interna (entre 0.8 e 0.9.), de estabilidade ou reprodutibilidade, de validade de construto, o que sugere sua utilidade como instrumento de rastreamento de sintomas depressivos.

Além de servir para identificar as características do instrumento em si, o exame das propriedades psicométricas da CES-D tem sido útil na compreensão do próprio construto de depressão em diferentes populações. Por meio de estratégias de análise fatorial dos itens, tem sido possível buscar equivalência ou diferença entre as variáveis latentes que compõem o construto depressão e compreender quais fatores respondem pela presença dessa síndrome nos grupos pesquisados em diferentes culturas.

Alguns estudos questionam a premissa da universalidade da apresentação dos transtornos psicológicos e a validade do uso de medidas criadas no Ocidente em populações não-ocidentais. Nesse sentido, Chapleski e colaboradores (2007) perguntam para quem os instrumentos são válidos e enfatizam a necessidade do estudo do comportamento da CES-D em grupos com características sócio-econômicas e culturais diferentes das do seu país de origem. Citam dados de literatura segundo os quais indivíduos não-ocidentais relatam maior número de sintomas somáticos do que os ocidentais. Esse dado foi encontrado entre chineses, filipinos e vietnamitas, dizem os autores. Lin (1989) relatou a existência de indicadores de validade aceitáveis para a CES-D em coreanos e chineses. Análises fatoriais resultantes de dados de amostras de imigrantes chineses e japoneses adultos vivendo nos Estados Unidos resultaram numa estrutura de três fatores, na qual os sintomas de humor depressivo e os sintomas somáticos aparecem num único fator.

No Brasil, a CES-D tem sido utilizada em diferentes contextos, embora suas propriedades psicométricas não tenham ainda sido completamente exploradas. Silveira e Jorge (2000) utilizaram a CES-D traduzida e adaptada semanticamente para o Brasil e descreveram sua confiabilidade e sua validade de construto por meio de análise fatorial, em amostra de adolescentes e adultos jovens. A consistência interna da versão brasileira da CES-D entre populações jovens (clínica e não-clínica) medida pelo alfa de Cronbach, foi $> 0,84$. Essa análise também revelou que duas questões poderiam ser excluídas da escala por apresentarem baixa correlação com todas as demais (item 2: “tive pouco apetite”; item 4: “Senti-me tendo tanto valor quanto outras pessoas”). A análise fatorial resultou em uma solução de quatro fatores correspondendo a uma variância explicada de 53,8%, resultado similar aos encontrados em

estudos internacionais envolvendo a população geral. Os fatores encontrados por Silveira e Jorge (2000) foram semelhantes às sub-escalas propostas por Radlof (1977) e assim não foram reinterpretadas.

Vários estudos estrangeiros examinaram o comportamento psicométrico da CES-D entre idosos. Dentre estes estudos, alguns sugerem que a CES-D super-estima a depressão em idosos pelo fato de incluir sintomas somáticos, naturalmente mais presentes nessa população por ser mais exposta a doenças somáticas. Por exemplo, Williamson e Schulz (1992) encontraram associação entre piores condições de saúde física objetiva e subjetiva e altos escores na CES-D em idosos da comunidade. Outros autores acreditam que, controladas as condições de fragilidade, os idosos não são mais vulneráveis a depressão do que outros grupos de idade (por exemplo, Blazer, 2003). Em estudo com 903 idosos brasileiros residentes na comunidade, Batistoni, Neri e Cupertino (2007) verificaram que a estrutura do construto depressão gerada pela análise fatorial exploratória dos itens diferiu da estrutura identificada no estudo de Silveira e Jorge (2001) com amostra de jovens brasileiros e da estrutura original de Radlof (1977). No estudo brasileiro, os itens ligados a conteúdos volitivos e somáticos corresponderam ao segundo fator de explicação da variância das respostas à CES-D, enquanto que na versão original eles aparecem no fator três.

A CES-D é uma escala que abre possibilidades para um exame mais refinado dos sintomas depressivos justamente por incluir sintomas somáticos. Análises fatoriais exploratórias conduzidas para determinar a dimensionalidade dos itens da CES-D têm repetidamente identificado quatro fatores: afetos depressivos, sintomas somáticos, bem-estar e relações interpessoais. Análises fatoriais confirmatórias tem mostrado boa reprodutibilidade das medidas e confirmado que, entre diferentes grupos etários a ordem dos quatro fatores da CES-D se altera, pois a variância explicada parece diferir não apenas devido a variável idade, mas também a variáveis culturais (Chiriboga et al, 2007)

Alguns estudos têm utilizado os fatores provenientes de análises fatoriais como sub-escalas, cada uma com um escore específico, mas a maioria dos estudos não enfatiza os sub-componentes das escalas, utilizando apenas o escore total gerado pelas mesmas. A crítica de Riddler, Blais e Hess (2002) a esse procedimento é que, além de mascarar possíveis padrões diferenciais nas sub-escalas, utilizar apenas o escore total acarreta diminuição na capacidade da escala de identificar fatores de risco.

Na verdade, existem argumentos contra e a favor da utilização das sub-escalas da CES-D. Como argumentos contrários tem-se a posição do próprio autor da CES-D (Radlof, 1977),

segundo o qual embora as diferentes sub-escalas possam ser conceitualizadas como sub-dimensões do construto depressão, há pouca evidência empírica que apóie a idéia de que existe uma real diferenciação entre as sub-escalas. Por exemplo, duas das sub-escalas – a de bem-estar, com quatro itens e a de problemas interpessoais, com dois itens – provavelmente não têm suficiente confiabilidade para serem utilizadas para classificar os indivíduos.

Os autores que argumentam a favor do uso dos escores das sub-escalas acreditam que há vantagens em examinar diferentes aspectos da depressão porque as sub-escalas geradas pela análise fatorial da CES-D são mais informativas, oferecem relevância diagnóstica, especificam quais dimensões da depressão são afetadas pelo envelhecimento e assim contribuem para a compreensão do fenômeno ao longo do tempo (Nguyen e Zonderman, 2006).

Hays e colaboradores (1998) assinalam que a exposição de diversas escalas de depressão (por exemplo, o Inventário de Depressão de Beck, a escala de Zung e a Geriatric Depression Scale – GDS) à análise fatorial têm demonstrado a multidimensionalidade dos estados de humor. Os autores consideram que as inconsistências encontradas quanto à relação entre sintomas depressivos entre idosos e antecedentes demográficos, clínicos e sociais podem ser parcialmente atribuídas ao uso apenas do escore total das escalas. Se for verdadeiro que as variáveis psicossociais influenciam diferentemente as dimensões da sintomatologia depressiva, então as análises baseadas numa concepção unidimensional de depressão podem obscurecer as diferenças na magnitude ou na direção dessas relações, acreditam os autores.

Existem dados sobre a influência diferencial de variáveis psicossociais tais como idade, renda, escolaridade, ocorrência de eventos estressantes e suporte social insatisfatório sobre as dimensões da depressão entre idosos. Por exemplo, a sub-escala composta por itens característicos de afetos negativos parece ser mais reativa a atributos internos tais como personalidade e a condições de saúde enquanto a sub-escala relativa a afetos positivos parece ser mais responsiva a eventos de vida externos, tais como os ligados ao envolvimento social (Clark & Watson, 1991). O artigo de Zich e colaboradores (1990) relatou que a sub-escala de afetos positivos associou-se com redes do suporte social deficitárias e com falta de experiências positivas entre idosos.

Gatz e Hurwicz (1990) analisaram o comportamento das sub-escalas da CES-D em quatro grupos de idade. Não encontraram efeitos significantes da idade sobre as sub-escalas de sintomas somáticos e de sintomas afetivos, mas verificaram que o envelhecimento foi associado com baixo nível de bem-estar e com problemas interpessoais. Similarmente, um estudo de Haynie,

Berg, Johansson, Gatz e Zarit (2001) encontraram que baixo nível de bem-estar correlacionou-se substancialmente com os escores totais de depressão em três medidas realizadas com idosos com mais de 80 anos. Dados complementares foram encontrados por Rothermund e Brandtstädter (2003), que usaram outra escala para medida da depressão (a GDS), cujo rol de itens não inclui sintomas somáticos. Encontraram que os escores de depressão mantiveram-se estáveis nas coortes mais jovens, mas aumentaram significativamente entre os grupos mais velhos. Em conjunto, estes estudos sugerem que os sintomas somáticos não se relacionaram a diferenças no escore total de depressão ao longo do envelhecimento.

Os idosos tendem a identificar mais a depressão com sintomas somáticos do que com sintomas afetivos (Knauper & Wittchen, 1994). Se isso for verdadeiro, então a maior prevalência de doenças somáticas entre idosos pode explicar os dados que mostram ser a depressão mais prevalente com a idade. Este argumento foi sustentado por Bolla-Wilson e Bleecker (1989) que estudaram os efeitos da idade sobre três medidas de depressão: a *Geriatric Depression Scale*, o Inventário de Depressão de Beck e o MMPI II (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory II*). Não houve diferenças etárias significantes quanto ao escore total das três escalas. Contudo, numa análise mais refinada do Inventário de depressão de Beck, os autores dividiram seus conteúdos entre itens somáticos e afetivos e encontraram que o grupo mais velho relatou significativamente mais queixas somáticas do que afetivas. Estudos de Berry, Storandy e Coyne (1984) e de Barefoot e colaboradores (2001) também resultaram em associação diferencial entre idade e sintomas somáticos da depressão.

Hays e colaboradores (1998) examinaram a CES-D por meio de análise fatorial e identificaram as quatro dimensões da depressão descritas por Radloff (1977) e por muitos outros autores que trabalham em países de língua inglesa. Nessa pesquisa, afetos depressivos, queixas somáticas, afetos positivos e problemas interpessoais foram os fatores que explicaram a variância dos dados coletados entre 3.401 idosos americanos. Analisando a relação entre escores nos fatores com diversas variáveis psicossociais e de saúde, os autores verificaram interessantes correlações. Incapacidade funcional e eventos de vida estressantes foram mais fortemente relacionados com afetos depressivos e queixas somáticas do que com afetos positivos e problemas interpessoais. Observaram significativas correlações entre afetos positivos e variáveis de suporte social, tais como ter um confidente e dar ajuda instrumental a outros. Vivência de grande número de eventos estressantes associou-se com diminuição dos afetos positivos.

Problemas interpessoais correlacionaram-se com falta de um confidente e comprometimento da rede de suporte social.

Frente à necessidade de se esclarecer a relação entre idade e aspectos da depressão, Nguyen e Zonderman (2006) examinaram relações entre essas variáveis e gênero com base em dados de dois diferentes estudos longitudinais americanos. Estes estudos foram o *National Health e Nutrition Examination Survey* (NHANES) e o *Baltimore Longitudinal Study of Aging* (BLSA) do qual foi extraída uma amostra de conveniência para testar a estabilidade dos resultados do NHANES. Foi incluída a variável comorbidades físicas para examinar a influência do status de saúde sobre as sub-escalas da CES-D. Os resultados desse estudo revelaram notável grau de estabilidade dos sintomas depressivos nas faixas etárias inferiores a 70 anos. Também entre os mais velhos foi observado um aumento dos sintomas depressivos na medida de seguimento. O estudo mostrou que o envelhecimento afetou mais algumas dimensões da depressão do que outras. Itens relativos à falta de bem-estar contribuíram significativamente para associações lineares e não-lineares entre avanço da idade e os escores da CES-D. Ao mesmo tempo, o humor depressivo não foi afetado pelo avanço de idade. Embora comorbidades tenham se relacionado com sintomas depressivos na amostra, elas não contribuíram para as diferenças etárias e mudanças nas sub-escalas da CES-D relacionadas à idade.

Esses resultados de Nguyen e Zonderman (2006) foram consistentes com o de Fiske, Gatz e Pedersen (2003), entre outros, que encontraram a associação entre envelhecimento e o aumento em sintomas depressivos não é apenas devido a condições de saúde física. Ou seja, não se confirmou a associação entre envelhecimento e escores mais altos nos itens somáticos de depressão, embora as comorbidades tenham aumentado com a idade. Comorbidades contribuíram pouco para a associação entre sintomas somáticos e aumento da idade, o que pode significar que os sintomas somáticos seriam sintomas reais de depressão e não expressão de piora da saúde física.

Em conjunto, os dados dessas pesquisas sugerem que a prevalência de doença física entre idosos não é uma ameaça substancial à validade da sub-escala de sintomas somáticos da CES-D. A sub-escala de sintomas somáticos correlacionou-se fortemente com a sub-escala de afetos depressivos entre os idosos mais velhos, o que sugere que os indivíduos com altos níveis de queixas somáticas tem maior probabilidade de vivenciar altos níveis de afetos depressivos do que altos níveis de problemas interpessoais ou de afetos positivos. Apesar do aumento dos sintomas somáticos associado ao envelhecimento, os sintomas foram mais relacionados à

síndrome de depleção, pois os sintomas mais característicos da depressão (sub-escala de afetos depressivos) mantiveram-se estáveis. Os autores argumentam que essa disparidade refira-se à possibilidade de que, mesmo que idosos mais velhos estejam mais expostos a experimentar sintomas somáticos, as formas mais severas de depressão são menos prováveis entre eles devido à sua resiliência psicológica (Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro, 1996; Brandtstädter & Rothermund, 1994).

Nguyen e Zonderman (2006) também encontraram uma diminuição significativa do bem-estar com o envelhecimento. O escore nessa sub-escala mostrou baixa correlação com o escore total na CES-D, sugerindo que a falta de bem-estar pode diferir de depressão, podendo representar uma avaliação realista de suas perspectivas. Outra possível explicação para a diminuição do bem-estar com o avanço da idade é que essa sub-escala relacionar-se-ia com a perspectiva de tempo futuro.

Os dados precedentes sugerem que decompor a CES-D em seus sub-componentes ou sub-escalas é uma estratégia extremamente útil porque permite mapear as complexas relações entre a sintomatologia depressiva e os fatores do meio social que são fatores de risco para a depressão entre idosos. Como se viu, variáveis de natureza psicossocial são capazes de criar condições de vulnerabilidade para a apresentação de sintomas depressivos entre os idosos. Saúde física percebida – dimensão que ganha muita relevância com o envelhecimento- insuficiência e insatisfação com o suporte social disponível e ocorrência de eventos de vida estressantes que desafiam o potencial adaptativo dos idosos são conjuntos de condições que se relacionam com a vivência emocional dos idosos, fazendo com que os sintomas depressivos se manifestem e persistam ao longo do envelhecimento.

3. Variáveis específicas que influenciam a depressão na velhice

Na tentativa de articular os dados da literatura num modelo explicativo sobre as condições que geram vulnerabilidade para a depressão e para outras síndromes psiquiátricas na velhice, a socióloga Linda K. George (1996) reuniu e classificou variáveis psicossociais num modelo conceitual multifásico. A autora fala num processo evolutivo em que a atuação de cinco conjuntos de variáveis podem criar condições de vulnerabilidade ao longo do curso da vida.

Nesse modelo, variáveis classificadas como demográficas (tais como idade, gênero e raça) exercem influência no estágio inicial do processo, seguidas por variáveis de realização na vida como educação e renda. Estas podem aumentar a vulnerabilidade a estressores crônicos tais como

incapacidade funcional e condições crônicas de saúde ou podem proteger o indivíduo contra o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, entre os quais, a depressão. O suporte social é tipicamente uma variável protetora e tem grande importância na velhice. A quinta classe de variáveis é considerada pela autora como sendo agentes provocadores. São exemplos a ocorrência de eventos de vida negativos, que incluem uma variedade de eventos estressantes tais como perdas, conflitos familiares e crises financeiras.

A contribuição mais substantiva do modelo reside em organizar temporalmente os fatores de risco que emergem ao longo da trajetória de vida, dando origem, mantendo e fortalecendo a vulnerabilidade. É relevante lembrar que variáveis tais como as condições de saúde, a ocorrência de eventos estressantes de vida e os recursos advindos do suporte social mudam ao longo do envelhecimento, exigindo uma visão mais dinâmica desse processo descrito por Linda George, quando se trata de analisar a velhice. Acrescenta-se ainda que a autora situa o suporte social de forma a destacar apenas seu papel protetor antecedente contra a depressão, mas o suporte social pode ser acionado posteriormente à ocorrência de eventos de vida estressantes, agindo como um recurso de enfrentamento do estresse, amortecendo seu impacto. Pode ainda ser fonte de estresse, quando as relações são predominantemente negativas e exigem investimento superior ao que o idoso pode tolerar.

O modelo descrito faz parte de uma tendência em crescimento na literatura nos últimos vinte anos. A Psicopatologia desenvolvimental emerge como uma nova disciplina que integra uma variedade de contribuições advindas da Epidemiologia, da Genética, da Psicologia do Desenvolvimento e da Psiquiatria, que ajuda a compreender a origem e o curso dos padrões comportamentais não-adaptativos de indivíduos e de grupos. Entre esses padrões inclui-se a depressão ao longo de toda a vida ou em períodos específicos (Harrington, 2004).

Três conceitos centrais guiam esses esforços de compreensão. O primeiro é o conceito de desenvolvimento. Acredita-se que os mecanismos envolvidos na determinação dos problemas envolvem processos dinâmicos no tempo, os quais comportam várias trajetórias, mas que podem levar às mesmas respostas, em termos adaptativos. O desenvolvimento não compreende apenas continuidades no tempo, mas também discontinuidades. Por exemplo, a depressão tem diferentes prevalências em diferentes períodos do desenvolvimento. O segundo conceito chave envolve pensar que os transtornos mentais não são devidos simplesmente a processos lineares, mas surgem como resultado da interrelação entre múltiplos fatores de risco e fatores protetores, genéticos e ambientais, ou seja, são processos multicausais. O terceiro conceito chave é o da

relação entre a normalidade e a patologia. Muitas pesquisas em psiquiatria foram baseadas na idéia de que categorias diagnósticas representam um tipo de realidade distinta do comportamento humano normal, mas os conceitos da Psicopatologia desenvolvimental são multidimensionais, pois consideram-se que devem ser levadas em conta as variações ao longo das dimensões. Trabalhar com o construto de depressão numa visão que compreende um *continuum* de sintomas, que se distinguem em termos de quantidade e frequência, pode auxiliar a compreensão das associações entre o normal e o patológico.

Um segundo modelo multidimensional e evolutivo sobre a origem dos transtornos mentais é o da psiquiatra Margareth Gatz (1998) que o denominou de *Modelo de desenvolvimento diátese-estresse*. A noção de desenvolvimento deriva da perspectiva *life-span* em Psicologia. Dos modelos psicopatológicos, Gatz (1998) emprestou os construtos de vulnerabilidade, de estressores e de fatores protetores em interação e, como o modelo de George (1996), suas quatro proposições podem ser aplicadas à compreensão da depressão no desenvolvimento e na velhice.

Proposição 1: Eventos de desenvolvimento e processos de diátese, estresse e resiliência combinam-se para determinar eventuais transtornos mentais na velhice. Conforme a perspectiva de desenvolvimento ao longo da vida, diáteses (vulnerabilidades), estressores e fatores protetores em relação a transtornos mentais possuem sua própria trajetória evolutiva, a qual pode assumir diferentes formas: aumento linear, diminuição linear ou mudanças não-lineares. As diáteses podem alterar-se no tempo devido a mudanças no funcionamento cerebral, a riscos para certas doenças e a efeitos genéticos que se manifestam na meia-idade ou na idade adulta.

A Figura 1 ilustra as diferentes trajetórias das vulnerabilidades, dos estressores e dos fatores protetores (resiliência) ao longo de toda a vida e as diferentes direções assumidas por elas ao longo do desenvolvimento. A figura ainda ilustra como as fontes e índices de sintomas depressivos variam ao longo da vida em função da interação dos fatores de vulnerabilidade, estresse e proteção.

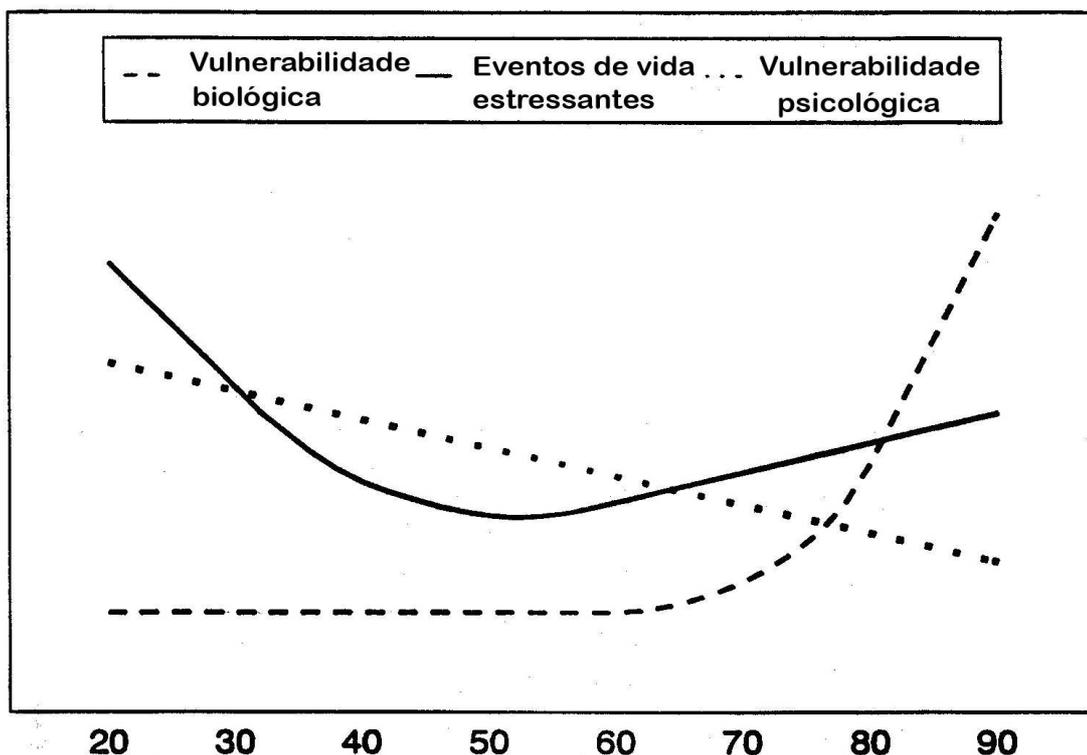


Figura 1. Mudanças na magnitude da influência exercida pela vulnerabilidade biológica e psicológica e pelos eventos estressantes sobre a sintomatologia depressiva ao longo da vida (Gatz, 1998).

Observa-se que a frequência e importância dos eventos estressantes mostram uma trajetória curvilínea, sendo alta no início da vida adulta, diminuindo na meia-idade e tornando a aumentar na velhice. Conforme Gatz (1998), a variação dessa trajetória ao longo do tempo deve-se em parte às mudanças nos tipos de estressores com os quais os indivíduos se deparam ao longo da vida. Problemas no âmbito do trabalho e referentes à estruturação da família, característicos do início da vida adulta, vão cedendo lugar ao enfrentamento de problemas de saúde, com o cuidado aos parentes doentes e com a saída dos filhos de casa na meia-idade. A viuvez torna-se mais comum na velhice, assim como a perda de outros entes queridos. Por outro lado, a vulnerabilidade biológica acelera-se com o aumento da idade. A diminuição progressiva das reservas biológicas de capacidade e o aumento da prevalência de doenças e incapacidades geram um forte fator de predisposição à incidência de transtornos como a depressão.

Segundo Aldwin (1996) e Gatz (1998), os idosos podem ser até menos vulneráveis do que as populações mais jovens, dependendo de uma combinação ótima entre as demandas ambientais, a vulnerabilidade individual e os recursos pessoais e sociais. Estudos realizados a partir de uma

perspectiva de desenvolvimento ao longo de toda a vida confirmam a noção de que a vulnerabilidade dos idosos pode ser compensada pelo aumento na integridade do ego, pelo desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de estresse mais maduras ou efetivas e pelo aumento da sabedoria (Ryff, 1991; Baltes & Baltes, 1990; Aldwin, 1994; Marsiske, Lang, Baltes & Baltes, 1995). Os recursos sociais e financeiros podem variar entre diferentes idosos, mas a presença de suporte social e de recursos financeiros avaliados como satisfatórios para fazer frente a demandas pessoais são importantes fatores na proteção ou no amortecimento contra os efeitos do estresse.

Nolen-Hoeksema (1988), Aldwin (1994) e Gatz (1998) sugerem que a menor vulnerabilidade à depressão que se nota entre idosos bem-sucedidos, provavelmente resulta do fato que, ao longo da vida, eles desfrutaram das oportunidades de aprender a lidar com estressores e de ajustar suas expectativas de modo a sofrer menos sentimentos de fracasso e de menos-valia. Ou seja, a perda de recursos para a ação, assim como as perdas biológicas e sociais não necessariamente levam o idoso à depressão, uma vez que eles podem recorrer às suas reservas de capacidades, quando frente a eventos estressantes.

Segundo Baltes e Baltes (1990) e Marsiske, Lang, Baltes e Baltes (1995) a manutenção de recursos para a ação é facilitada pela ativação e pela otimização dos recursos disponíveis, bem como pelo seu direcionamento aos alvos considerados pelo indivíduo como centrais, conforme sugere o Modelo de Seleção, Otimização e Compensação de Baltes e Baltes (1990). Como se viu anteriormente, pesquisas de revisão e meta-análise de pesquisas sobre bem-estar subjetivo mostram que, ao contrário do esperado, o bem-estar subjetivo não diminui com a velhice (Pinquart e Sörensen, 2000). Este dado paradoxal – aumento em perdas objetivas e maior bem-estar percebido - é mais pronunciado para medidas globais de bem-estar tais como satisfação com a vida e felicidade e reflete-se na diminuição de depressão, conforme mostrou Newman e colaboradores (1991). Nessa perspectiva, a idade pode associar-se com aumento na flexibilidade ao ajustamento a metas, à reavaliação positiva e à subordinação do significado da existência também a elementos que transcendem à experiência material. Trata-se de variáveis protetoras que predizem baixa depressão e diminuição do impacto negativo das perdas sobre os recursos de ação.

Proposição 2: A etiologia dos transtornos difere de acordo com a idade. Conforme Gatz (1998), diferentes fatores tem diferentes pesos ao longo da vida no que se refere ao surgimento ou desencadeamento de transtornos como a depressão. Em larga medida, a depressão maior, as

demências e os transtornos de ansiedade que ocorrem na velhice são continuação de transtornos iniciados em idades anteriores. Os que ocorrem pela primeira vez na velhice freqüentemente possuem elementos fisiológicos em sua etiologia, e sua incidência tende a diminuir com a idade, com exceção das demências. Estudos comparativos sobre influências genéticas e ambientais na determinação da depressão ao longo da vida mostram que as variáveis ambientais, entre elas as experiências de eventos estressantes não-normativos, são mais importantes do que as variáveis biológicas.

Proposição 3: O surgimento dos transtornos depende em parte das capacidades de reserva de que o indivíduo dispõe. O conceito de capacidade de reserva deriva de uma concepção biológica segundo a qual todos os organismos mostram declínio após um pico de desempenho máximo, mas mantém a habilidade de manter a homeostase, embora esta também diminua depois de atingir esse ponto de culminância no desenvolvimento. Esta diminuição pode ocorrer de forma lenta ou abrupta, dependendo de eventos fisiológicos que venham a determinar mais ou menos perdas neuronais. Indivíduos que possuem muitas reservas podem sofrer perdas que não resultarão em transtornos, ao passo que indivíduos que já estão numa condição limite de utilização das reservas, tendem a ser influenciados mais negativamente pelo estresse.

Na Psicologia, o conceito de capacidade é predominantemente um conceito cognitivo, envolvendo a inteligência, as competências de vida diária, a resolução de problemas sociais, os conhecimentos especializados e o auto-conhecimento. Acredita-se que, a exemplo do que ocorre com as reservas físicas, as reservas cognitivas também diminuem na velhice. O conceito de reserva de capacidade aplica-se também aos afetos: a regulação das emoções é vista como um tipo de procedimento ou de conhecimento especializado que não só se mantém, mas que pode crescer na velhice. A especialização emocional tende a ser estável no tempo e serve como um fator protetor contra a depressão decorrente das perdas biológicas e sociais que ocorrem na velhice (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995).

Proposição 4: Há uma relação considerável entre a resiliência e as avaliações subjetivas dos recursos de enfrentamento, sejam eles internos, sociais ou financeiros. Resiliência é um termo que se refere aos processos pelos quais os indivíduos se adaptam quando confrontados por perdas, incapacidades ou circunstâncias estressantes que oneram seus recursos físicos e psicológicos. Avaliações otimistas ou pessimistas de bem-estar psicológico podem afetar tanto as

capacidades de enfrentamento quanto a capacidade de recuperar-se dos efeitos dos estressores. O otimismo é uma orientação positiva, uma expectativa de bons resultados que favorece a resiliência. O pessimismo é uma orientação negativa, considerada como fator de risco para depressão (Seligman, 1991; Scheier & Carver, 1992).

Conforme a revisão da literatura, entre idosos, as variáveis subjetivas correlatas a bem-estar subjetivo são mais preditoras de envelhecimento bem-sucedido do que as variáveis objetivas (Seligman, 1991; Diener & Suh, 1998; Neri, 2007, no prelo). As variáveis referentes a avaliações subjetivas refletem a possibilidade de bem envelhecer que estão na dependência dos recursos do *self*. Aceitar esta noção ajuda a superação de concepções clássicas e preconceituosas sobre velhice, segundo as quais ela é período somente de perdas e declínio generalizados que impedem a ocorrência de ganhos evolutivos ou a continuidade de condições precedentes.

A literatura gerontológica confirma empiricamente as proposições de Gatz (1998), principalmente no que concerne à relação entre aos sintomas depressivos e os fatores de vulnerabilidade e proteção. A presente revisão passará a definir e a contextualizar, no estudo do envelhecimento e depressão, os fatores de vulnerabilidade citados por Gatz. Representando a vulnerabilidade biológica, serão revistas duas das variáveis mais citadas na literatura gerontológica, ou seja, as condições de saúde auto-relatada expressas pelo número e tipo de doenças auto-relatadas e a percepção subjetiva da saúde física. A vulnerabilidade proporcionada pela vivência de eventos de vida estressantes será revista em termos da influência do tipo e do número de eventos de vida experimentados pelos idosos recentemente. Dentre as variáveis de vulnerabilidade psicológica será destacada a percepção dos idosos a respeito da indisponibilidade ou da insatisfação com os recursos sociais de apoio ao enfrentamento. Suporte social percebido é considerado como um fator protetor contra a depressão na velhice. Compreender como suas diversas facetas (suporte instrumental, informativo e emocional) atuam como protetores em relação ao aparecimento, ao agravamento, à recorrência e à persistência de frente aos sintomas depressivos auxilia o entendimento da dinâmica apresentada pelo modelo de Gatz (1998).

3.1. Sintomas depressivos e saúde física na velhice

Uma das crenças mais robustas da literatura gerontológica é a que diz respeito à relação entre o declínio físico e a sintomatologia depressiva em idosos: o fato de muitos idosos sofrerem de doenças físicas e incapacidades aumenta sua vulnerabilidade para estados depressivos. A

despeito das numerosas evidências existentes em apoio a essa noção, há bons argumentos de que a relação entre saúde e depressão é forte independentemente do fator etário e que em idade nenhuma essa relação é linear.

Em revisão da literatura, Evans (2002) aponta as diferentes facetas da relação entre depressão e doença física. Primeiramente ressalta que a depressão pode resultar de uma doença física, especialmente se envolve dor e incapacidades. A depressão também pode resultar de iatrogenia, por exemplo, como resultado de um tratamento com esteróides ou ser sintoma de uma doença física, tal como o hipotireoidismo. A depressão pode ser fator etiológico para outras condições, como por exemplo o abuso de álcool. Também ressalta que um paciente deprimido pode adotar a doença física como mecanismo de enfrentamento da depressão. Outra possibilidade é a de que a depressão e as doenças somáticas tenham um fator etiológico comum, como por exemplo a viuvez; e finalmente, a depressão e as doenças somáticas podem apenas ser co-variáveis, ou seja, não guardam relações causais entre si.

Não obstante esses argumentos sejam fortes, é preciso considerar que o processo de envelhecimento acrescenta um desafio à compreensão da relação entre doenças somáticas e depressão. A literatura gerontológica aponta a via de mão dupla existente entre sintomas depressivos e saúde física, mostrando que pior saúde pode influenciar diretamente a sintomatologia depressiva. Aqueles idosos que se confrontam com problemas de saúde física são geralmente mais expostos à depressão do que seus pares saudáveis. Além disso, a depressão pode contribuir direta ou indiretamente para o surgimento de problemas de saúde (Schulz, Martire, Beach & Scheier, 2000). Por exemplo, a depressão tem mostrado contribuir para a mortalidade de idosos. Além disso, sintomatologia depressiva é associada com mudanças em fatores motivacionais, comportamentais e biológicos que se relacionam com declínio em saúde. As relações recíprocas existentes entre depressão e doenças sugerem que uma quantidade substancial de idosos é afetada pelo risco para ambos os acometimentos.

Estudos clínicos defendem que os transtornos afetivos em idosos são fortemente associados com doenças físicas. Mesmo que não haja uma relação etiológica direta, sua importância prática deve ser considerada, por influenciar o curso e as respostas da condição psiquiátrica. Doença física afeta a capacidade de vida independente resultando em alterações nas relações sociais, em baixa auto-estima e em aumento na vulnerabilidade à depressão. Várias doenças geram uma lembrança desprazerosa da mortalidade, trazendo apreensão e medo.

Cronicidade da doença leva a pior prognóstico para a depressão, embora não seja claro se essa relação é devida a mecanismos biológicos ou psicológicos.

Entre idosos, as doenças frequentemente são crônicas e se agravam com o tempo. A associação entre comorbidades e cronicidade associa-se a outras perdas típicas da velhice, aumentando a demanda por ajustamento e adaptação. Entre idosos de 65 a 101 anos entrevistados pelo *Cardiovascular Health Studies*, 25% tinham uma condição crônica e 61% tinham duas ou mais (Fried et al, 1998). Construir escalas que avaliam comorbidades permite uma avaliação geral da carga de doenças que podem ser preditivas de outras condições como psicopatologias ou mortalidade. Apesar de avaliar apenas as comorbidades, sem avaliar sua gravidade ou seus efeitos sobre outros domínios do funcionamento do idoso, a consideração das comorbidades pode oferecer informações úteis ao diagnóstico de psicopatologias e ao seu tratamento (Charlson et al, 1994).

Análises epidemiológicas de dados longitudinais de idosos residentes na comunidade sugerem que medidas combinadas de condições de saúde (como número e tipo de doenças e incapacidades) aumentam o risco de depressão em três vezes ao longo de um ano (Prince et al, 1998) e continuam a significar risco ao longo do tempo, mesmo quando controladas as variáveis história prévia de depressão, morte do cônjuge, fatores demográficos e outros fatores de risco psicossociais (Schoevers et al, 2000). Estudos prospectivos de incidência de depressão pela primeira vez e de mudança em sintomatologia depressiva relatam dados similares (Geerlings et al, 2000). Choi e Bohman (2007) argumentam que tais dados não são congruentes, uma vez que, controladas as incapacidades, a carga total de doenças ou condições médicas diagnosticadas (com exceção de algumas doenças específicas como doenças cardiovasculares, câncer e problemas do coração) tem pequeno impacto independente sobre sintomas depressivos entre idosos. Em outros estudos, tanto os novos diagnósticos como o número total de doenças crônicas foram preditores de incidência de depressão e do curso dos sintomas no tempo, com ou sem indicadores de incapacidade (Schoevers et al, 2000; Fiske, Gatz & Pedersen, 2003).

Outra linha de pesquisa sobre a relação entre doenças somáticas e depressão diz respeito à influência de doenças particulares, especialmente as doenças do sistema cardiovascular (Krishnan, 2002). A depressão é comum entre pacientes com doenças coronarianas e é preditiva de re-hospitalizações e de aumento de incapacidades (Boyle et al, 2004). Sintomatologia depressiva é particularmente alta entre idosos com artrite reumatóide ou osteoartrite, doença de Parkinson, doença vascular avançada ou infarto. Estudos que focalizaram as conseqüências funcionais de

problemas crônicos de saúde também relatam altos níveis de sintomas depressivos. Endocrinopatias, infecções, malignidades e doenças cérebro-vasculares parecem envolver mecanismos biológicos nessa relação (Alexoupoulos, 2002). Parece que, nesses casos, a presença de sintomas depressivos intensifica os sintomas físicos e afeta a saúde auto-relatada mais do que interfere em níveis objetivos das condições físicas. O tratamento bem-sucedido da depressão diminui os sintomas somáticos relatados e aumenta a percepção positiva da saúde, na ausência de mudanças objetivas bruscas nas condições médicas (Alexoupoulos, 2002).

Embora as contribuições biológicas das doenças médicas tenham recebido muita atenção de pesquisa, é também importante o papel desempenhado pela presença das doenças médicas enquanto fator de risco psicossocial. Similarmente a outros eventos de vida, a incidência de depressão pela primeira vez na velhice ou sua recorrência e exacerbação por causa da gravidade ou da ameaça à vida causadas por doenças pode significar uma ruptura para a vida normal (Fiske, Gatz & Pedersen, 2005). Para alguns idosos, eventos tais como diagnósticos de câncer, ataques cardíacos ou fraturas ósseas simbolizam envelhecimento inexorável e iminência de morte. Eventos relacionados à saúde podem precipitar hospitalização, reduzir atividades sociais, aumentar a incapacidade, mudar a natureza dos relacionamentos sociais e causar necessidade de mudança de domicílio, que são em si eventos de vida estressantes.

Em pacientes com condições médicas agudas e depressão, a mortalidade é mais alta, embora a direção de causalidade não esteja bem definida. Silverstone (1990) acompanhou por 28 dias pacientes que foram internados por causa de infarto do miocárdio, hemorragia sub-aracnóide, embolia pulmonar e hemorragia gastrointestinal e verificou que 34% dos pacientes que tinham também depressão faleceram nesse período contra apenas 10 % daqueles que não tinham depressão.

Índices subjetivos de saúde geral têm relação independente com sintomas depressivos entre idosos, incluindo entre estes os de idade avançada. Tal fato pode aumentar a procura por unidades de cuidados primários em saúde e serviços de emergência, determinar a realização de exames desnecessários e a aumentar o risco de iatrogenia, rebaixando a qualidade de vida. Alexoupoulos (2001) defende que a avaliação da depressão entre idosos deve levar em conta a percepção subjetiva deles sobre a própria condição de saúde.

Evans (2002) recuperou a literatura de Lipowski (1967) sobre medicina psicossomática que propôs que o significado subjetivo de uma doença e seu tratamento são a chave para as respostas psicológicas do idoso. Segundo os autores, quando a manifestação da depressão é mais

uma reação a doenças físicas, frequentemente ocorre aumento no número de diagnósticos médicos e mesmo a precipitação de novas doenças. A maioria das doenças envolvem um elemento de ajustamento psicológico. Um grande número de condições causam estresse psicológico por afetarem dimensões como a imagem corporal, a auto-estima, o senso de identidade e da capacidade para o trabalho, bem como a manutenção da vida social e familiar. Contudo, graças à resiliência psicológica, a maioria das pessoas, mesmo idosas, adaptam-se às demandas de suas doenças, maximizando suas reservas de capacidades para alcançar níveis satisfatórios de funcionalidade.

Nesse contexto, ganha destaque o conceito de saúde auto-percebida, desenvolvido e demonstrado empiricamente desde os estudos de Maddox (1962) e de Mossey e Shapiro (1982) que o revelaram como indicadores importantes de mortalidade e de prognóstico em saúde. Desde então, são inúmeros os estudos que têm se utilizado da variável saúde auto-percebida como medida de status de saúde. Geralmente os estudos utilizam-se de um único indicador representado pela simples pergunta feita ao indivíduo pesquisado formulada nos seguintes termos “Como você avalia sua saúde de modo geral?” e oferece como possíveis respostas “Excelente, muito boa, boa, razoável ou péssima”. As justificativas para a utilização desse item global são a simplicidade de aplicação e a possibilidade de capturar uma impressão geral da saúde. Saúde auto-percebida é definida como o reflexo de uma percepção integrada da saúde, incluindo suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, que são inacessíveis ao observador externo (Ware, 1987). A relação entre indicadores objetivos e subjetivos de saúde tem relevância potencial para as várias áreas, incluindo os estudos sobre depressão, status funcional e utilização de serviços de cuidado à saúde.

A literatura mostra que, entre idosos, há maior disparidade entre as condições objetivas de saúde e a saúde auto-percebida do que em outras idades (Borawski, Kinney & Kahana, 1996). A despeito do declínio objetivo em saúde e em status funcional, os idosos avaliam sua saúde positivamente. Por exemplo, Van Doorn (1999) encontrou que entre participantes que tinham problemas de saúde, 58% avaliaram sua saúde como excelente, muito boa ou boa. No Brasil, o Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – Lebrão e Laurenti, 2005), realizado na cidade de São Paulo, revelou que 53,8% dos idosos consideraram sua saúde como regular ou má, enquanto 46,2% a avaliaram como excelente, muito boa ou boa. Contudo, os dados variaram de acordo com o sexo e a idade do entrevistado, sendo piores para o grupo mais velho. Idosos menos escolarizados também tenderam a avaliar mais negativamente a saúde, sendo a presença de

incapacidade realmente a variável mais fortemente relacionada a pior avaliação da saúde (Lebrão & Laurenti, 2005). Entretanto, Hong e colaboradores (2004) revisaram estudos da década de 1980 que mostraram que idosos avaliam sua saúde como pior que suas medidas objetivas indicaram. Talvez, os idosos avaliados tenham sido influenciados pelo efeito coorte, pois à época as concepções sociais de envelhecer e adoecer estavam mais fortemente relacionadas do que na atualidade.

Hong e colaboradores (2004) elencam várias razões para explicar a disparidade entre condições objetivas e subjetivas de saúde. Entre elas estão os argumentos de que a variável saúde auto-percebida serve como um resumo de experiências relacionadas à saúde tais como comportamentos de risco, variáveis emocionais e espirituais, gravidade das doenças e sintomas não diagnosticados. Assim, por se tratar de um indicador muito amplo, não estaria direta e fortemente relacionado a condições objetivas de saúde. Outra razão elencada pelos autores é que as auto-avaliações de saúde podem ser incongruentes com saúde objetiva por serem resultantes da utilização de mecanismos de comparação social: para lidar melhor com um problema de saúde, uma pessoa doente se comparará com alguém que considera estar ainda mais doente e deriva o senso de que sua saúde está melhor. Essas comparações “para baixo” (ou seja, com quem se julga estar em pior condição) podem levar as pessoas a se sentirem otimistas sobre sua saúde. Comparações “para cima” (ou seja, com quem se julga estar em melhores condições) facilitam a adoção de estratégias focadas no problema, pois o modelo é visto como alguém que foi eficaz ao lidar com a situação. As comparações sociais podem ter efeitos positivos ou negativos, dependendo das crenças do indivíduo em relação à possibilidade de mudança em sua saúde e de como o indivíduo interpreta o resultado das comparações sociais.

Chipperfield (1993) pediu aos participantes de seu estudo que comparassem sua saúde com a de outros de sua idade. Os resultados mostraram que, de modo geral, os idosos tenderam a super-estimar sua saúde e que aqueles que o fizeram tiveram maior sobrevida. Similarmente, Borawski e colaboradores (1996) estudaram doentes e verificaram que os que foram classificados como otimistas em relação à saúde viveram em média três anos mais do que os realistas e os pessimistas. Apesar desses dados, não está claro se a disparidade entre condições objetivas e subjetivas de saúde sempre acarreta efeitos benéficos como os relatados. Hong e colaboradores (2004) argumentam que apesar de os achados de pesquisa sugerirem que essa avaliação subjetiva da saúde é um bom indicador de depressão, faltam estudos que mostrem se a congruência ou a incongruência entre saúde objetiva e subjetiva é associada com sintomas depressivos na velhice.

Pinquart (2001) expõe cinco razões pelas quais a saúde auto-percebida não necessariamente declina na velhice. Primeiro, conforme exposto anteriormente, a saúde auto-percebida não depende exclusivamente das condições de saúde objetivas, mas também de critérios subjetivos para avaliar a própria saúde, como os mecanismos de comparação social aos quais os idosos recorrem em busca de melhor adaptação. Segundo, porque os idosos podem atribuir parte de seus problemas físicos ao processo de envelhecimento, e não à presença de doenças. Terceiro, os idosos podem compensar alguns problemas de saúde com a utilização de óculos, de aparelhos de audição e de outros auxílios instrumentais externos e isso pode diminuir a sensação de pior saúde. Quarto, a sobrevivência seletiva pode ocasionar mudanças em saúde subjetiva: uma vez que saúde subjetiva positiva prediz extensão de vida, os idosos mais velhos podem se perceber recompensados em termos de saúde. Quinto, como idosos com pior saúde física participam menos de pesquisas gerontológicas, os estudos podem estar sub-estimando as mudanças etárias em saúde auto-percebida.

3.2. Eventos de vida estressantes e sintomatologia depressiva na velhice

O impacto de estressores, especialmente os chamados eventos de vida sobre a incidência de sintomas depressivos tem sido muito estudado. McLean e Link (1994) resumem as conclusões desses estudos: 1) eventos de vida estressantes são experiências que rompem o equilíbrio, acarretam mudanças e exigem reajustamento; 2) eventos de vida estressantes são experiências significativas que geram emoções negativas.

Conforme a concepção de estresse de Lazarus e Folkman (1984), o estresse pode ser definido como um relacionamento particular entre a pessoa e as exigências do meio ambiente, as quais são avaliadas pela pessoa como adversas ou que excedem seus recursos de enfrentamento e ameaçam seu bem-estar. Essa definição é fundamental na medida em que não inclui somente os estressores ou as demandas ambientais, mas também as avaliações individuais e os recursos de enfrentamento que o indivíduo julga dispor para enfrentá-los. Assim, o estresse inclui mais do que um evento negativo que incide sobre o indivíduo, mas também as reações pessoais e as interpretações subjetivas que determinam se uma demanda ambiental será percebida como estressante, com efeitos negativos sobre o bem-estar.

Essa definição também envolve a idéia de que o grau em que o evento é percebido como estressante relaciona-se com os recursos que o indivíduo julga possuir. Indivíduos que possuem habilidades pessoais de enfrentamento, certos traços de personalidade, rede de suporte social

adequada e recursos financeiros suficientes provavelmente podem enfrentar melhor as demandas ambientais.

Teorias do desenvolvimento defendem que há diferenças etárias na prevalência dos eventos de vida estressantes e no impacto desses em cada período da vida, dependendo do grau de normalidade de sua ocorrência. Nesse sentido, sabe-se que os eventos inesperados e incontroláveis afetam mais a vida dos idosos porque eles dispõem de menos recursos para lidar com eles e estão expostos a outras perdas simultâneas, tais como a deterioração da saúde, a redução da renda e a perda do cônjuge e de amigos.

Ao mesmo tempo, na velhice há redução de alguns tipos de experiências estressantes, como por exemplo as advindas do mundo do trabalho e da criação de filhos. Alguns teóricos acreditam que os idosos vivenciam poucos eventos de vida adversos, mas que, uma vez acometidos, sofrem mais em função de que o envelhecimento leva a declínios em algumas habilidades e em recursos de enfrentamento. No entanto, a maioria dos estudos defende que a presença de um grande número de eventos estressantes prediz depressão entre idosos. Meta-análise de resultados de corte transversal concluiu que o número total de eventos de vida negativos é correlacionado com sintomas depressivos em idosos, embora o efeito seja modesto (Kraaij et al., 2002).

É importante não assumir que os idosos, em princípio, são altamente vulneráveis, pois estressores comuns da velhice, tais como problemas de saúde e morte do cônjuge, podem ser estressantes, mas são experiências esperadas nessa fase da vida. Talvez esses eventos tenham menos impacto sobre os idosos porque eles estariam psicologicamente preparados para lidar com eles e porque se beneficiariam de mecanismos adaptativos de seletividade emocional, que determinam que sua vivência emocional seja menos intensa e menos variada do que a dos adultos e dos jovens (Carstensen, 1991; 1995; Carstensen et al, 2006) . De todo modo, estudos que avaliam a exposição dos idosos a eventos de vida utilizando-se de inventários de eventos têm encontrado resultados variados. Muitas vezes a causa dessa variação é dependente da utilização de inventários não específicos para a população idosa (Aldwin, 1994).

Outra forma de estudar o impacto dos eventos de vida sobre o bem-estar dos idosos é identificar não apenas o número de eventos, mas as conseqüências da ocorrência de tipos particulares de eventos de vida, tais como a aposentadoria, os desastres naturais, a morte do cônjuge e os conflitos com filhos. A metodologia de pesquisa de corte transversal é eficiente quando o objetivo é comparar indivíduos que vivenciaram determinado evento com outros que

não os vivenciaram. Já os estudos longitudinais prospectivos permitem compreender o impacto dos eventos aversivos ao longo do envelhecimento na medida em que avaliam como as pessoas eram antes e como passaram a ser depois do evento.

Segundo revisão de Moos e colaboradores (2005), dados de estudos envolvendo idosos e outras diferentes faixas etárias mostram que estressores de ordem interpessoal, especialmente ligados a críticas e a conflitos, são associados com sintomas depressivos em todas as idades. A maioria dos estudos com idosos focaliza relações sociais estressantes em geral, mas poucos consideram interações negativas específicas com o cônjuge e filhos, com membros da família estendida ou com amigos. A respeito dos estressores não-interpessoais, os autores destacam que problemas financeiros e problemas ligados à própria saúde associam-se a sintomas depressivos em todas as idades, não só em idosos. Mostram também que quanto maior o número de tipos diferentes de estresse maiores são suas relações com sintomas depressivos, sendo que essa associação tem se mostrado forte entre os idosos do que entre os jovens.

No estudo de Moos e colaboradores (2005), os eventos de vida estressantes predisseram mudança em sintomas depressivos no tempo. Especificamente, os eventos de ordem interpessoal, como conflitos com o cônjuge, com os filhos e com os amigos foram associados com aumento em sintomas depressivos. Os autores destacam que tais dados vão ao encontro aos de estudos anteriores, realizados com metodologia de corte transversal ou longitudinal de curto prazo, os quais mostraram que o relacionamento dos idosos com filhos adultos e amigos próximos aumenta em importância com o avanço da idade. No mesmo estudo de Moos e colaboradores foi encontrado que os eventos relativos às finanças e à saúde foram tão impactantes quanto os estressores interpessoais. Contudo, os idosos que relataram alto nível de estresse em múltiplos domínios da vida tiveram risco aumentado de desenvolver sintomas depressivos mais persistentes. Os dados apóiam a concepção de que os eventos de vida estressantes podem ter efeitos de longo prazo sobre os sintomas depressivos entre idosos, especialmente quando estes vivenciam problemas em vários domínios da vida.

Fiske, Gatz e Pedersen (2005) examinaram a influência de eventos de vida estressantes relacionados a saúde e não relacionados a saúde. Adultos suecos de idade entre 29 e 93 anos pertencentes ao *Swedish Adoption/Twin Study of Aging* completaram a CES-D três vezes em três anos. Os dados de depressão correlacionaram-se com os de saúde na linha de base e também com eventos estressantes não relacionados à saúde vivenciados há pelo menos três anos. Diferentes associações entre sintomas depressivos e eventos estressantes podem ser um reflexo das

diferentes formas de considerar o status de saúde nas análises. Em geral, os eventos de vida associam-se mais fortemente com depressão quando eventos de saúde são incluídos como evento de vida mais do que quando entram separadamente nas análises.

Dados nacionais sobre a relação entre eventos estressantes, envelhecimento e depressão foram obtidos pelo estudo de Fortes (2004). A autora fornece os resultados obtidos com amostra de 544 idosos (média de idade = 72.11; DP = 8.29) residentes na comunidade de Juiz de Fora (MG) participantes do projeto de pesquisa PENSA. A partir da aplicação do inventário de eventos estressantes de Aldwin, Sutton e Lachman (1996), identificou o evento de vida considerado como mais estressante nos últimos cinco anos. Os eventos foram categorizados em cinco tipos: relacionados à finitude, relacionados à descendência, relacionados ao cuidado, pontuais ou de crise, e relacionados com o bem-estar psicológico. Os tipos mais citados pelos idosos, por ordem de frequência foram os relacionados à finitude, os relativos à descendência, os eventos pontuais ou de crise, os relacionados ao próprio bem-estar e os relativos ao cuidado.

Os dados de Fortes (2005) revelaram que três tipos de eventos têm mais relação com a presença de sintomas depressivos: eventos que afetam a descendência, eventos ligados a prestar cuidados a outro adulto e eventos relacionados ao próprio bem-estar psicológico. A autora argumenta que os eventos que afetam os descendentes relacionam-se com depressão em função da sua incontrolabilidade, e também em função do altruísmo ou da preocupação com filhos adultos, que geram sentimentos de angústia e agravam estados depressivos. Fortes argumenta que as situações que envolvem cuidar de outro adulto ou idoso exigem o cumprimento de tarefas que nem sempre a pessoa está disposta a cumprir. Além disso, outros fatores podem afetar o bem-estar dos cuidadores. Distúrbios comportamentais do paciente, incluindo problemas cognitivos, incontinência, distúrbios psicomotores são alguns desses problemas. Gastos com tratamentos, remédios e equipamentos médicos podem também gerar considerável estresse para os cuidadores, e ser motivo de grande preocupação, tensão ou angústia. Os eventos que afetam o próprio bem-estar referem-se a ocorrências que ameaçam o senso de significado pessoal, sentimentos de solidão, problemas de saúde mental reais ou presumidos e crise espiritual. Relacionam-se com sintomas depressivos pelo fato de serem situações que afetam diretamente o bem-estar.

A experiência clínica e os resultados de pesquisa demonstram que os idosos variam consideravelmente com relação ao impacto do estresse sobre o bem-estar e sobre o desencadeamento de sintomas depressivos. Além de o número e do tipo de eventos estressantes enfrentados explicarem parte da variabilidade, os modelos psicológicos de estresse consideram as

avaliações que os indivíduos fazem tanto das demandas do próprio evento quanto dos recursos internos e externos de que dispõem para enfrentá-lo. Portanto, o acesso à avaliação pessoal sobre os eventos de vida é necessário para a compreensão da relação entre estresse e depressão.

Trabalhando na mesma base de dados do projeto PENSA, Batistoni, Neri e Cupertino (no prelo) selecionaram os dados decorrentes da aplicação do ELSI (*The Elders Life Stress Inventory*, Aldwin, 1990) entre idosos brasileiros residentes na comunidade. O ELSI abre possibilidade de que o idoso avalie os eventos que viveu dentro de uma pontuação de 1(nada estressante) a 5(extremamente estressante). No intuito de avaliar os eventos que os idosos avaliaram como desafiantes à sua capacidade de enfrentamento e sua relação com sintomas depressivos, a autora utilizou apenas os eventos aos quais os indivíduos atribuíram o valor 4 (muito estressante) ou 5 (extremamente estressante).

Os eventos mais apontados como muito ou extremamente estressantes que tinham ocorrido no último ano foram morte de parentes, piora da saúde de membro da família, doença pessoal e morte de pais. Morte de amigo, perda de poder aquisitivo, morte de cônjuge, viver uma situação constrangedora e sofrer diminuição em atividades prazerosas apareceram num segundo bloco, com uma proporção de respostas comparável. Perda de memória, divórcio de filhos, maior responsabilidade pelos filhos, institucionalização do cônjuge e piora na qualidade de vida formam outro bloco com frequência em torno de 5% de menções cada item. Dois grupos puderam ser distinguidos tomando como base a distribuição percentual na frequência do número de eventos estressantes identificados pelos idosos: média frequência e alta frequência. Cerca de 45% identificaram de um a três, frequência que foi categorizada como moderada. Os 20,4% de idosos que identificaram entre quatro e 16 eventos estressantes foram caracterizados como tendo vivenciado uma alta frequência de eventos estressantes. O número médio de eventos na amostra (N=903) foi de dois eventos de vida estressantes no último ano ($DP=2,50$).

Para a amostra como um todo do estudo de Batistoni, Neri e Cupertino (no prelo), a experiência de maior número de eventos estressantes (alta frequência de eventos avaliados como o valor 4 ou 5 no ELSI) ofereceu o maior risco para depressão, vindo a seguir baixa qualidade de suporte social percebido, experiência de um número moderado de eventos estressantes, ser mulher e, por último, ter entre 60 e 69 anos de idade. Apesar de não ter analisado a relação entre o tipo de eventos vividos pelos idosos e a presença de sintomas depressivos, os achados replicaram os de estudos internacionais quanto ao número de eventos estressantes.

3.3. Suporte social e sintomas depressivos na velhice

Um substancial corpo de pesquisas tem mostrado que os indicadores de relações sociais na velhice estão entre os principais determinantes de envelhecimento bem-sucedido. Especificamente, as redes de suporte social aparecem como elementos associados ao bem-estar subjetivo, à resiliência do *self* e à diminuição da vulnerabilidade à depressão (Neri, 2001; Von Faber et al, 2001). Ao contrário, o comprometimento do suporte social relaciona-se à presença e severidade de sintomas depressivos, assim como ao aumento da frequência de respostas mal adaptativas ao longo do tempo (Morris et al, 1991).

Citando a literatura, Neri (2001), define redes de suporte social como conjuntos hierarquizados de pessoas que mantém entre si laços típicos das relações de dar e receber que existem ao longo de toda a vida, porém com estrutura e funções diferentes às idades. Conforme Carstensen (1995), em face da mudança na perspectiva de tempo futuro típico da velhice, os idosos realizam uma seleção dos parceiros em que vale a pena investir e excluem os que são afetivamente menos significativos do rol dos indivíduos que privilegiam em seus contatos sócio-emocionais. Ou seja, na velhice, a estrutura da rede de suporte social muda qualitativamente, passando a privilegiar o conforto e a confirmação emocional. Assim, os contatos sócio-emocionais passam a ser mais relevantes para assegurar o bem-estar subjetivo do que contatos sociais em que o objetivo é a troca de informações ou a afirmação do *status* ou da identidade (Carstensen, 1995; Lang & Carstensen, 1994).

Para Baltes e Baltes (1990), as relações sociais na velhice, mais seletivas quanto à qualidade e ao retorno emocional, podem compensar processos de perdas em outros domínios. Talvez a percepção de perdas relacionadas ao *status* sócio-econômico por perda de prestígio, de acesso a serviços, de posição social e de papéis sociais seja compensada pela percepção de que a rede social disponível é suficientemente satisfatória para assegurar ao idoso um senso de valor pessoal, para ajudá-lo a alcançar metas tangíveis e para auxiliá-lo no enfrentamento de estresse, elementos essenciais à regulação emocional (Krause, Liang & Yatomi, 1989).

Na busca de um modelo explicativo para as relações entre suporte social, eventos de vida estressantes e depressão sobressaem na literatura de pesquisa dois modelos (Ross et al, 2006). O primeiro postula que o suporte social pode prevenir o estresse. De acordo com esse modelo, o suporte social tem efeitos positivos sobre a saúde e o bem-estar, tanto na ausência quanto na presença de eventos estressantes. Este modelo, chamado de modelo de efeitos diretos, prediz que há uma relação positiva entre suporte social e saúde física e mental, e que esta é independente dos

efeitos do estresse (Cohen & Willis, 1985). Justificam-se as implicações diretas pelos componentes emocionais do suporte social tais como a comunicação do valor pessoal e a ajuda no alcance de metas tangíveis apontadas como mais importantes pelos os idosos do que pelo os não-idosos. Nessa linha, inserem-se as pesquisas de Carstensen e colaboradores (Carstensen, 1995; Lang & Carstensen, 1994) que concluíram que a importância do suporte social na velhice repousa sobre o fato de ser fonte de regulação emocional.

A esse respeito, Ross e colaboradores (2006) destacam que recursos materiais e psicológicos provenientes do suporte social pode estimular o desenvolvimento positivo e prevenir a ocorrência de eventos estressantes. Esses recursos incluem a influência de comportamentos saudáveis em saúde (tais como atividades físicas, dieta e socialização), auto-estima e senso de pertencimento, competências sociais e estratégias de enfrentamento, auxílios emergenciais, encorajamento, ajudas materiais, parceiros sociais e outros benefícios. Ter esses recursos reduz a probabilidades de os indivíduos vivenciarem dificuldades físicas ou psicológicas como, por exemplo, problemas de saúde, isolamento social, rejeição e desesperança.

Para o segundo modelo, o suporte social tem as funções de amortecer o impacto do estresse, de estimular comportamentos adaptativos de enfrentamento, de fornecer informações úteis ou ajuda instrumental e sustentar a auto-estima e o senso de auto-eficácia (Cobb, 1976). Assim, o impacto do estresse sobre a saúde física e mental depende do nível de suporte social. Embora estressores agudos tais como desastres naturais ou perdas repentinas de independência entre idosos tendam a ter efeitos negativos sobre a saúde mental, a hipótese dos amortecedores de estresse sugere que este relacionamento é dependente do nível de suporte social. Isto é, indivíduos com forte suporte social seriam mais capazes de lidar com eventos de vida mais estressantes do que aqueles que têm menor ou nenhum suporte. Estes últimos seriam mais vulneráveis aos desafios das mudanças na vida (Troits, 1986). Aqueles que experimentam eventos de vida estressante, mas que possuem forte suporte social, tendem a experimentar reduzidos efeitos negativos (Lin & Dean, 1984), em comparação com aqueles com nível baixo ou nulo de suporte.

Krause (1999) encontrou dados sobre os efeitos amortecedores do suporte social para as experiências de viuvez, crime e crises no trabalho entre idosos. Estudos sobre o suporte social como amortecedor de estresse indicam que ele também é um importante fator na prevenção de depressão entre idosos. Cutrona, Russel & Rose (1986) encontraram que entre idosos, a saúde

mental foi relacionada à interação entre estresse e disponibilidade de suporte social: altos níveis de suporte social reduziram o impacto negativo do estresse sobre a saúde mental.

Entretanto, é importante destacar que a associação entre suporte social, estresse e bem-estar psicológico é complicada porque muitas vezes o estresse pode provocar a deterioração do suporte social. O estresse pode se associar com diminuição do suporte porque as circunstâncias ligadas ao estresse, tais como as incapacidades físicas e os sentimentos de humilhação ou vulnerabilidade, podem causar incapacidade de receber ajuda da rede social (Reinhardt, Boerner, & Horowitz, 2006).

As medidas do construto suporte social têm sido guiadas pela hipótese de que diferentes tipos de suporte exercem diferentes efeitos sobre o bem-estar. A distinção mais comum entre as medidas de suporte social são as feitas entre suporte percebido, suporte recebido e integração ou envolvimento social. Considera-se como suporte percebido tanto a percepção da disponibilidade dos vários tipos de suporte social, quanto a avaliação de que são suficientes para responder às necessidades da pessoa. O suporte percebido pode beneficiar o indivíduo, na medida em que alteram sua interpretação da ameaça ou das dificuldades impostas por uma situação (Cohen & McKay, 1984). O suporte recebido é definido como comportamentos reais de suporte ou apoio dirigidos ao indivíduo. Acredita-se que ele exerce efeito benéfico porque promove enfrentamento adaptativo (Cutrona & Russel, 1990). Um terceiro método de avaliar o suporte, a integração ou o envolvimento social diz respeito aos diferentes papéis sociais, o número de atividades sociais exercidas e o grau de envolvimento do indivíduo nas diferentes atividades. A idéia é que uma pessoa que tem um maior número de papéis ou é mais envolvida em atividades sociais possui um identidade mais diferenciada, e assim a ocorrência de eventos estressantes numa área da vida, ou papel social, gera menos ameaça do que geraria se a pessoa tivesse um *self* menos complexo.

Os primeiros estudos sobre a relação entre suporte social, depressão e envelhecimento limitavam-se a investigar o suporte social por meio de informações sobre a composição da rede familiar. Esses estudos revelam que, entre idosos, o insuficiente envolvimento com a rede de suporte social, avaliada em termos de seu tamanho, de sua composição e da frequência de interações que proporciona, é preditivo de depressão (Kaplan, Roberts, Camacho & Coyne, 1987) e de mortalidade (Berkman & Syme, 1979; House et al., 1982). Porém, outros estudos indicam que a quantidade de membros da rede e a frequência de contatos são menos preditivas do *status* de saúde mental do que a avaliação subjetiva da qualidade do suporte social (Lazarus & Folkman,

1984; Blazer, 1982; Kessler & McLeod, 1985; Wethington & Kessler, 1986; Antonucci & Jackson, 1987).

Pesquisas recentes sugerem que é importante medir e revelar mais sobre a qualidade das relações sociais (George, 1996). Os dados sugerem que não é a quantidade de contatos sociais em si mesma que tem papel protetor em relação ao enfrentamento dos eventos de vida, mas a sua qualidade, mediada pela avaliação que cada idoso faz do seu valor afetivo (Lazarus & Folkman, 1984; Krause, Liang & Yatomi, 1989). No que se refere à avaliação subjetiva do suporte social, os dados de Krause et al (2001) identificaram que quando os idosos avaliam seu suporte social como satisfatório, independentemente do suporte recebido (ou seja, o quanto esses são ativados objetivamente), tal fato levou os idosos a sentirem-se eficazes para ativar seu suporte social quanto necessário e também os liberou para tentarem lidar ou resolver os problemas por si próprios. Isso se refletiu nas medidas de auto-dignidade e de senso de controle pessoal, que se relacionam com menos depressão. Tais dados corroboram a quarta proposição do modelo de Gatz (1998) apresentado anteriormente.

Evidências empíricas apontam para a importância da percepção de disponibilidade e de satisfação com o suporte social. Holohan e colaboradores (Holohan & Holohan, 1987; Holohan et al, 1997) demonstraram que, tanto entre idosos residentes na comunidade quanto entre indivíduos de meia-idade hospitalizados, as percepções mais positivas sobre o suporte social disponível predisseram menos sintomas de depressão.

Em pesquisa com 301 idosos, utilizando a escala Zung Self-Rating Depression Scale, Russel e Cutrona (1991) indicaram que os indivíduos que se mostraram mais deprimidos na primeira fase de sua pesquisa e que relataram baixos níveis de suporte social foram os mais deprimidos na segunda fase, realizada um ano após o primeiro contato. Os autores indicaram que baixa percepção de suporte social tem implicações diretas e indiretas para a depressão entre idosos. Como implicação indireta, a baixa percepção de suporte social foi relacionada a aumento na incidência de aborrecimento diário, o que, por sua vez, é um significativo preditor de depressão entre idosos.

George (1992) também demonstrou que o suporte social percebido predisse recorrência de depressão entre indivíduos de meia-idade e entre idosos, mais para os primeiros do que para os últimos. Antonucci e colaboradores (1997) pesquisaram 3.777 idosos franceses residentes na comunidade sobre as relações do suporte objetivo (envolvimento e suporte recebido) e do suporte percebido com depressão. Os dados revelaram o suporte subjetivo foi a variável que melhor

explicou a variabilidade entre sintomatologia depressiva medida pela CES-D. Batistoni, Neri e Cupertino (2007) utilizaram cinco itens da ISEL (*Interpersonal Support Evaluation List* - Cohen et al, 1985) para medir suporte percebido e sua associação com sintomas depressivos. Dos 903 idosos brasileiros residentes na comunidade investigados, cerca de 32% classificaram essa condição como pobre em comparação as suas expectativas. Um número comparável classificou-a como moderadamente satisfatório e 44,5% a viram como altamente satisfatória. Análises de regressão multivariada revelaram que a percepção de baixa qualidade no suporte social (O.R= 2,31) foi a segunda variável que ofereceu o maior risco para sintomatologia depressiva, sendo a primeira a presença de um alto número de eventos estressantes no último ano (O.R = 2,55).

Os estudos citados realçam uma interessante dicotomia existente na literatura entre suporte social percebido e recebido. Muitos estudos mostram que o suporte percebido tem uma associação positiva com variáveis de bem-estar, ao mesmo tempo em que o suporte social recebido não aparece como relacionado ou aparece como negativamente relacionado às respostas em bem-estar. Embora alguns pesquisadores tenham chegado à essa conclusão depois de comparar ambos os tipos de suporte (como os de estudos de Kaul & Lakey, 2003; Wethington & Kessler, 1986), a discussão conceitual sobre suporte percebido *versus* o recebido tem se baseado na comparação de dados que investigaram um ou outro tipo de suporte. O suporte percebido é o aspecto mais amplamente estudado do suporte social. Embora o suporte percebido pareça ser mais crítico ao ajustamento saudável, é importante examinar a ocorrência de comportamentos reais de suporte e como se relaciona com suporte recebido (Pierce et al, 1996).

Do ponto de vista teórico, Lakey e Lutz (1996) registram que os modelos de suporte diferem com respeito à extensão na qual o suporte percebido é conceitualizado como uma característica do ambiente (como nos modelos de enfrentamento do estresse; Cohen & Wills, 1985) ou da pessoa (ou seja, suporte como uma característica estável da personalidade; Sarason, Pierce, & Sarason, 1990). A abordagem mais recente em Psicologia Sócio-Cognitiva sustenta que o suporte percebido representa um senso de ser aceito por outros, baseado em crenças sobre o que é suporte e sobre a pessoa que oferece o suporte. Uma última abordagem é ainda mais complexa, com a perspectiva de que suporte percebido é mais do que um fator pessoal e estável, mas não é meramente um resultado do suporte recebido. Pesquisadores têm mostrado que suporte recebido e o percebido não são fortemente relacionados (Lakey & Lutz, 1996; Reinhardt & Blieszner, 2000), e que o efeito do suporte percebido sobre o bem-estar não é mediado pelo suporte recebido (Kaul & Lakey, 2003). Além do mais, as intervenções baseadas no modelo tradicional de suporte, nas

quais o foco recai sobre a tentativa de melhorar o suporte percebido por meio de investimentos em suporte recebido não têm se mostrado produtivas (Lakey & Lutz, 1996).

Usa-se também desmembrar o suporte social em seus tipos, ou seja, em suporte emocional, informativo, instrumental, de confiança e de validação (Argyle, 1992). Wethington e Kesser (1986) argumentam que a relação entre envelhecimento, suporte social e depressão varia dependendo do tipo de suporte envolvido. Investigar essas multidimensões oferece um poderoso espectro de medidas por meio das quais os pesquisadores podem investigar o grau em que diferentes funções do suporte são úteis no enfrentamento de diferentes tipos de estressores.

Reinhardt e colaboradores (2006) destacam que existem poucos estudos examinando os efeitos do suporte percebido, que distinguem entre o suporte afetivo (como por exemplo, ter alguém com quem sintam confiança de fazer confidência) e o instrumental (por exemplo, ter alguém que oferece assistência na realização de atividades de vida diária). Um estudo sobre idosos com doenças coronarianas mostrou que um menor número de sintomas depressivos foi significativamente relacionado à alta percepção de suporte afetivo, mas não do instrumental (Bosworth et al., 2000). Noutro estudo, o suporte percebido não teve impacto significativo sobre os sintomas depressivos, mas o suporte instrumental percebido amorteceu o efeito do auto-relato de problemas de saúde sobre as atividades de vida diária entre adultos japoneses residentes na comunidade (Fukukawa et al., 2004).

A percepção de suporte afetivo pode ser um importante recurso quando são avaliados os efeitos de diferentes variáveis sobre o senso geral de bem-estar, incluindo sintomas depressivos. A percepção de suporte instrumental pode ser um recurso mais significativo quando se avalia respostas que remetem à atividades e ao funcionamento diário. Expectativas culturais a respeito do suporte percebido e seus impactos talvez expliquem a ausência de efeitos sobre sintomas depressivos entre os adultos japoneses. Talvez a percepção de suporte permita que o indivíduo enfrente o estressor de forma mais auto-confiante e sem realmente utilizar a ajuda. Receber suporte afetivo pode ter conseqüências positivas ao passo que receber suporte instrumental pode ser fortemente relacionado a sentimentos negativos tais como de dependência.

Brummett e colaboradores (2000) buscaram relações entre suporte percebido e medidas clínicas e de auto-relato de depressão entre idosos. O suporte percebido foi negativamente relacionado com sintomas depressivos medidos pela CES-D na linha de base, mas não foi relacionado as medidas clínicas de depressão nem na medida de linha de base e nem no seguimento. O suporte recebido não se associou com o auto-relato de sintomas depressivos mas

associou-se com as medidas clínicas de depressão na linha de base. Altos índices de suporte recebido predisseram depressão clínica no seguimento. Os autores sugerem cautela na generalização desses dados uma vez que a amostra foi composta por 115 idosos que eram pacientes de um centro de saúde mental.

Reinhard e colaboradores (2006) compararam o impacto do suporte percebido e recebido, afetivo e instrumental sobre a adaptação de 570 idosos com deficiência visual. Encontrou um impacto positivo do suporte percebido (afetivo e instrumental) e do suporte afetivo recebido sobre o bem-estar subjetivo. O suporte instrumental recebido teve um efeito negativo. Os autores expressaram seus dados num título bem pertinente para o artigo, que traduz a idéia de que, para a saúde mental, é bom ter suporte social, mas é ainda melhor não ter que usá-lo. Comentam que tais dados revelam a importância de se distinguir a associação dos múltiplos componentes do suporte para o entendimento de como o suporte afeta a adaptação e o bem-estar na velhice.

4. Proposição de um estudo metodológico e prospectivo sobre depressão na velhice

A proposta do presente estudo é dar continuidade a uma linha de trabalho iniciada com o trabalho publicado no formato de dissertação (Tavares, 2004) e de artigos de periódico (Batistoni, Neri e Cupertino, 2007a; 2007b), os quais exploraram a prevalência de sintomas depressivos entre os idosos recrutados na comunidade e suas relações com as variáveis gênero, idade, classe e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes. Esses estudos exploraram também questões psicométricas da CES-D, que é um instrumento de rastreamento de depressão, levantaram indicadores de validade de construto e de critério tomando-se como padrão de comparação a aplicação da GDS. O trabalho que ora se apresenta tem igualmente um vertente metodológica na medida em que se pretendeu realizar análise fatorial confirmatória da CES-D para verificar se a estrutura fatorial obtida anteriormente se mantém ou se altera por ocasião de uma nova medida. Uma segunda categoria de objetivos diz respeito ao desejo de elucidar questões evolutivas, uma vez que o foco recai sobre preditores de estabilidade e mudança na apresentação de depressão numa medida de seguimento realizada cerca de 16 meses depois da medida de linha de base.

As justificativas para a realização deste trabalho situam-se principalmente na carência de dados nacionais e de instrumentos de pesquisa padronizados para a população idosa. Também é notória a inexistência de estudos específicos sobre as relações entre variáveis sócio-demográficas e psicossociais e a presença e o curso de sintomas depressivos na velhice. Conforme apresentado

ao longo da revisão da literatura, a prevalência de uma “depressão sindrômica” parece ser maior entre idosos do que a de uma depressão nosologicamente definida, tal como a Depressão Maior. Contudo, os estudos mostraram que ambas as apresentações da depressão repercutem negativamente sobre o processo de envelhecimento. Acredita-se, portanto, que elucidar quais são as características dos sintomas depressivos entre idosos brasileiros contribui tanto para a ampliação do conhecimento gerontológico no país quanto para o desenvolvimento de ações mais efetivas que visem o bem-estar e qualidade de vida dessa população.

4.1. Objetivos

Este estudo se desdobra em quatro objetivos principais, os quais estão enumerados e descritos na seqüência em que são investigados e tratados ao longo do mesmo. São eles:

1) Buscar evidências de reprodutibilidade da estrutura fatorial da CES-D obtida por Batistoni, Neri e Cupertino (2007) por meio de análise fatorial confirmatória aplicada a uma medida seqüencial de sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade.

2) Identificar padrões de incidência, remissão e estabilidade de sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade por meio da comparação entre os dados obtidos em medida de linha de base (T1) e os de medida de seguimento (T2) realizada 15,7 meses depois (DP=4.57), padrões esses controlados por variáveis sócio-demográficas (idade, gênero, escolaridade) e psicossociais (número e tipo de doenças auto-relatadas, experiência de eventos estressantes e suporte social percebido) medidas no T1, e por avaliação subjetiva de saúde medida na linha de base e no seguimento.

3) Identificar variáveis preditoras de sintomas depressivos na medida de seguimento de idosos residentes na comunidade, considerando-se a pontuação total na CES-D, as variáveis sócio-demográficas idade, gênero, escolaridade, e as variáveis psicossociais número e tipo de doenças auto-relatadas, avaliação subjetiva da saúde, experiência de eventos estressantes e suporte social percebido.

4) Analisar o comportamento da amostra em termos da pontuação nos fatores que constituem a CES-D, as quais serão consideradas como sub-escalas; Analisar evolutivamente a pontuação dos indivíduos nessas sub-escalas em T1 e T2, controlando para as variáveis sexo e idade.

MÉTODOS

Este trabalho é fruto da análise de parte dos dados gerados por um estudo mais abrangente com idosos residentes na comunidade. Portanto, primeiramente faz-se necessário apresentar as informações metodológicas relativas ao estudo do qual foram extraídos estes dados. A seguir, serão apresentados os métodos específicos para o alcance dos objetivos do presente trabalho.

1. Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA)

Os dados utilizados foram gerados a partir dos bancos de dados da primeira e segunda onda de medidas do Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA), coordenado pela Profa. Dra. Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino e desenvolvido na Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, com auxílio financeiro do Programa de Fixação de Doutores do CNPq - PROFIX (processo nº 540956/ 01-5). O projeto de pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos² do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob processo nº 170-009/2002 (Anexo 1). Foram entrevistados idosos que residiam na comunidade. Os objetivos do projeto PENSA foram: descrever as características sócio-demográficas, psicossociais e de saúde física, emocional e cognitiva de uma amostra de idosos residentes na comunidade; analisar as relações entre essas variáveis transversal e longitudinalmente e validar instrumentos de pesquisa para a população brasileira (ver Anexo 2).

O PENSA foi desenvolvido em Juiz de Fora, MG. Segundo dados do Censo 2000-IBGE a população da cidade era de 456.796 habitantes e contava com um percentual de idosos superior ao do Brasil (8,6%) e do Estado de Minas Gerais (9,8%), pois 10,6% tinham mais de 60 anos à época do início da pesquisa. A expectativa de vida na cidade era de 71,78 anos. Usando dados do Censo 2000, foram visitados todos os domicílios dos bairros cujo percentual de idosos residentes era superior a 15%. A estratégia metodológica objetivou reduzir custos e otimizar recursos (Cupertino et al, no prelo). A partir daí foram selecionados 13 bairros. Recrutadores treinados estiveram em todos os domicílios desses bairros à procura de idosos em condições cognitivas de responder aos instrumentos da pesquisa. Embora não houvesse nenhuma avaliação formal das condições cognitivas do idoso, os recrutadores eram instruídos a excluir idosos que

² O título do projeto enviado para o Comitê de Ética foi: Depressão e Suicídio: possíveis mediadores desta relação em uma amostra de idosos em Juiz de Fora. Essa pesquisa ficou conhecida posteriormente como Projeto PENSA.

apresentassem comportamento aparentando dificuldade de compreender e de responder os itens. As despesas dos recrutadores, com transporte e alimentação eram reembolsadas. Os recrutadores eram identificados por crachás, levavam consigo o folder explicativo da pesquisa, caderno de registro e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nos domicílios nos quais residia pelo menos um idoso eram realizados os procedimentos de apresentação dos entrevistadores, dos objetivos do estudo, da forma de responder às questões e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os idosos eram informados sobre o direito de não participar do estudo, de desistir a qualquer momento, de privacidade e de sigilo dos dados e tinham ampla oportunidade para questionar informações sobre o estudo, a qualquer momento. Ainda nesse primeiro contato, era oferecido um folheto que continha informações sobre os objetivos do estudo, as características dos instrumentos e da coleta de dados. Para aqueles que aceitavam participar do PENSA era preenchida uma ficha de recrutamento e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Era marcada uma nova data e horário para o retorno do pesquisador, para uma única sessão de coleta de dados.

O projeto PENSA iniciou suas atividades em março de 2002 e, em dezembro de 2003, já contava com um primeiro conjunto de dados coletados com o protocolo completo. Foram visitados 7778 domicílios, sendo que 1686 tinham pelo menos um idoso residente (21,7%). Das 1686 residências com pelo menos um idoso, 68,7% dos idosos aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 24% se recusaram a participar. Somente 6,9% dos idosos visitados pareceram inelegíveis no momento da visita e por isso foram automaticamente excluídos. Doze por cento dos idosos que marcaram uma segunda visita com os recrutadores, para a aplicação das entrevistas, não estavam presentes no dia e na hora marcados. Ao final, 956 idosos participaram do estudo. O retorno aos domicílios e a realização da primeira fase de coleta de dados tiveram duração aproximada de duas horas.

A amostra (N=956) era predominantemente feminina (72%). Não houve diferença significativa entre gênero e idade ($\chi^2=3,88$; GL=2; $p=0,144$). A maioria do grupo tinha entre 60 e 79 anos (80%). O menor grupo era o de idosos com mais de 80 anos (20%). A idade do grupo variou de 60 a 103 anos (média=72,4; DP = 8,2).

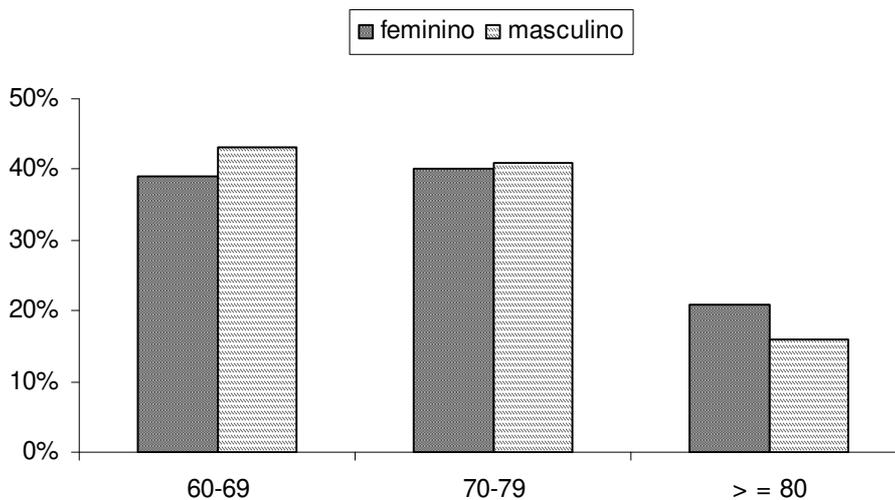


Figura 2. Distribuição percentual dos participantes do PENSEA segundo os critérios de gênero e idade.

A maioria de idosos amostra eram de casados (50%) ou viúvos (38%). Os solteiros e divorciados/separados contabilizaram respectivamente 7% e 5%.

Quanto à escolaridade, a maioria do grupo tinha de um a quatro anos de estudo (41%), seguidos por aqueles com cinco a oito anos de escolaridade (22%). Mais de 12 anos de estudo ocorreram em 17% da amostra. Em quarto lugar estavam os idosos que cursaram entre nove e 11 anos de estudo (16%). Apenas 4% dos idosos responderam que nunca freqüentaram a escola. A média de anos de estudos foi 6,97, com desvio-padrão 4,45. A renda familiar foi comparável nas três faixas previamente definidas: de três a quatro salários (27%), de cinco a oito salários (26%) e oito ou mais salários (28%). 19% de idosos responderam que tinham renda familiar entre um e dois salários mínimos.

Em 2004, após um tempo médio de 15,7 (\pm 4.57 meses), foi realizada a segunda fase de coleta de dados. Da amostra da fase 1 foram selecionados 347 idosos. Dentre esses, 90 integravam o grupo que havia pontuado mais alto na CES-D na fase 1. Os demais (257) foram selecionados por sorteio do banco de dados da primeira fase e incluíam deprimidos e não-deprimidos. A amostra selecionada para a fase 2 do PENSEA correspondeu assim a 36,3% da amostra inicial. O protocolo de pesquisa nessa segunda medida repetiu a escala de depressão CES-D, variáveis da saúde percebida, com ênfase em capacidade funcional e em funções cognitivas, utilizando-se do CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*, ver Bertolucci, 1998) para a coleta de dados.

Para utilização dos dados do banco de dados do PENSA no presente estudo, a autora conta com a autorização da Profa. Dra. Ana Paula Cupertino, coordenadora do PENSA, tanto para o desenvolvimento da presente tese, quanto para publicação posterior em periódicos indexados (Anexo 8).

2. Participantes

Como descrito anteriormente, 347 idosos foram avaliados na 2ª fase do PENSA. Avaliando-se a distribuição desse grupo com relação à variável sintomas depressivos, observou-se que 142 tinham depressão segundo a CES-D (nota de corte ≥ 12 pontos) e que 205 não tinham. Como 142 correspondem a uma prevalência de 40,9%, superior à 33,8% encontrada na amostra total na primeira fase, foi tomada a decisão de selecionar entre os 347 idosos, uma amostra estatisticamente comparável à da medida de linha de base. Para tanto, a seleção dessa sub-amostra comparável foi realizada segundo os seguintes passos: 1) Sorteio aleatório de 105 casos entre os 142 que pontuaram para depressão na sub-amostra de 347 idosos e descarte dos 37 idosos com depressão que não foram sorteados. Os 105 casos correspondem à prevalência de 33,8% de deprimidos, proporção idêntica à encontrada na primeira medida; 2) incorporação dos demais idosos, num total de 205, que não pontuaram para depressão, obtendo-se uma amostra de 310 casos, em que 33,8% eram deprimidos e 66,2% eram não-deprimidos, como na primeira medida.

A garantia de equivalência entre a sub-amostra de 310 idosos avaliada nos dois momentos (sujeitos do presente estudo) e os demais 593 participantes da amostra da PENSA que não foram re-entrevistados foi testada mediante a estimativa da significância estatística das diferenças entre os valores das frequências ou das médias das variáveis de interesse para o presente trabalho. A Tabela 2 veicula esses dados comparativos, denominando de “incluídos” a sub-amostra de 310 avaliada nos dois momentos do PENSA e de “excluídos” a sub-amostra entrevistada pelo PENSA apenas uma vez.

Contudo, cabe ressaltar que, para o alcance do primeiro objetivo desse trabalho, ou seja, verificar a reprodutibilidade da estrutura fatorial da CES-D por meio de Análise Fatorial Confirmatória, foram utilizados os dados provenientes de todos os 347 idosos re-entrevistados pelo PENSA. Para esse tipo de tratamento estatístico, a diferença entre a prevalência de sintomas depressivos não é relevante e nem altera os resultados.

Tabela 2. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais nas sub-amostras de idosos incluídos e excluídos na amostra do estudo.

Características	Sub-amostra de excluídos (N=593)				Sub-amostra de incluídos (N=310)				Significância estatística
	N	%	Média	DP	N	%	Média	DP	
Gênero									
Masculino	170	28,67	-	-	82	26,45	-	-	$\chi^2=0.50$; GL=1; p=0.481
Feminino	423	71,33	-	-	228	73,55	-	-	
Renda									
1-2 salários	109	18,73	-	-	53	17,38	-	-	$\chi^2=1.07$; GL=3; p=0.785
3-4 salários	164	28,18	-	-	79	25,90	-	-	
5-8 salários	149	25,60	-	-	83	27,21	-	-	
+ 8 salários	160	27,49	-	-	90	29,51	-	-	
Estado Civil									
Casado	301	50,76	-	-	148	47,90	-	-	$\chi^2=2.18$; GL=3; p=0.533
Solteiro	40	6,75	-	-	25	8,09	-	-	
Divorc./sep.	29	4,89	-	-	21	6,80	-	-	
Viúvo	223	37,61	-	-	115	37,22	-	-	
Idade			72,51	8.08			71,96	8.45	p=0.241
60-69	224	37,77	-	-	142	45,81	-	-	$\chi^2=6.49$; GL=2; p=0.039
70-79	254	42,83	-	-	108	34,84	-	-	
+ 80	115	19,39	-	-	60	19,35	-	-	
Escolaridade									
Não freq.	24	4,05	-	-	9	2,91	-	-	$\chi^2=3.21$; GL=34; p=0.524
Primário	292	49,32	-	-	138	44,66	-	-	
Ginasial	92	15,54	-	-	54	17,48	-	-	
Colegial	130	21,96	-	-	74	23,95	-	-	
Superior	54	9,12	-	-	34	11,00	-	-	
Sint. Depressivos			9,80	7.93			11,04	10.18	p=0.669
CES-D \geq 12	393	66,27	-	-	205	66,13	-	-	$\chi^2=0,01$; GL=1; p=0.965
CES-D < 12	200	33,73	-	-	105	33,87	-	-	
Saúde percebida									
Excelente									
Muito boa	60	10,12	-	-	27	8,74	-	-	$\chi^2=0.79$; GL=4; p=0.939
Boa	110	18,55	-	-	56	18,12	-	-	
Razoável	246	41,48	-	-	134	43,37	-	-	
Péssima	159	26,21	-	-	81	26,21	-	-	
	18	3,04	-	-	11	3,56	-	-	
Número de doenças			3,69	2.96			3,91	2.75	p=0.245
0	48	8,09	-	-	16	5,16	-	-	$\chi^2=2.99$; GL=3; p=0.393
1-2	167	28,16	-	-	90	29,03	-	-	
3-4	187	31,53	-	-	106	34,19	-	-	
\geq 5	191	32,21	-	-	98	31,61	-	-	
Suporte social			17,73	2.98			17,51	3.13	p=0.496
Baixo	158	27,10	-	-	91	29,84	-	-	$\chi^2=1.15$; GL=2; p=0.563
Médio	166	28,47	-	-	78	25,57	-	-	
Alto	259	44,43	-	-	136	44,59	-	-	
Eventos estressantes			3,14	2.05			3,20	1.95	p=0.569
0	51	8,67	-	-	23	7,44	-	-	$\chi^2=1.34$; GL=3; p=0.720
1-2	206	35,03	-	-	105	33,98	-	-	
3-4	170	28,91	-	-	100	32,36	-	-	
\geq 5	161	27,38	-	-	81	26,21	-	-	

Da análise da Tabela 2, conclui-se que as sub-amostras eram equivalentes quanto a todas as variáveis, com exceção da idade, pois os idosos mais novos eram mais numerosos na sub-amostra dos incluídos do que na de excluídos e os idosos de 70 a 79 anos eram mais numerosos nesta do que na de idosos incluídos. No entanto, quando a comparação foi feita tomando-se a idade como variável contínua, as diferenças desapareceram. Dessa forma, as sub-amostras são estatisticamente equivalentes, o que permitiu dar continuidade aos estudos.

3. Instrumentos

Foram selecionados do protocolo de pesquisa do projeto PENSA as seguintes variáveis e instrumentos:

Variáveis sócio-demográficas: Foram selecionados dados referentes a gênero, idade (categorizada em faixas etárias: 60-69; 70-79; 80 ou mais), renda mensal (categorizada em faixas: 1- 1 a 2 salários mínimos; 2- 3 a 4 salários mínimos; 3- 5 a 8 salários mínimos; 4- mais de 8 salários mínimos) e escolaridade categorizada em 1- Analfabetos/Nunca frequentam a escola; 2- Primário; 3- Ginásial; 4- Colegial (Científico/colegial); 5- Superior (Curso superior incompleto; Curso superior completo; Outro);

CES-D: *Center for Epidemiological Studies - Depression* – Desenvolvida pelo *National Institute of Mental Health* (EUA) por Radlof, 1977, trata-se de uma escala de 20 itens de 0 a 3 pontos cada um, que comportam avaliação da frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista (nunca, raramente, às vezes, frequentemente, sempre). Desenvolvidos para a população geral, os 20 itens da CES-D incluem questões sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. O escore final varia de 0 a 60 pontos. Originalmente, o ponto de corte da escala CES-D para identificar depressão moderada era de 15 a 21 pontos e para depressão maior, acima de 22 pontos. Uma solução fatorial de quatro fatores tem sido constantemente encontrada em avaliações populacionais internacionais com essa escala: 1) afeto depressivo, 2) afeto positivo, 3) sintomas somáticos/atividades lentificadas e 4) relações interpessoais. Em amostras norte-americanas não-idosas a consistência interna alcançou de 0.8 a 0.9. Em estudo de validação com idosos brasileiros, Batistoni, Neri e Cupertino (2007) identificaram o ponto de corte válido (≥ 12 pontos) para identificar possíveis casos de depressão. Nesse mesmo estudo encontrou alto índice de consistência interna ($\alpha=0.86$) e uma solução

fatorial de 3 fatores que explicaram 47.5% da variabilidade total dos dados (1-afetos negativos; 2-dificuldade de iniciar comportamentos; 3- afetos positivos). O instrumento é apresentado na íntegra no Anexo 3.

Avaliação subjetiva da saúde: Foi selecionado o item do protocolo do PENSA da medida de linha de base (T1) e da medida de seguimento (T2) que solicita ao idoso uma avaliação subjetiva global de sua saúde física: “Gostaria que me dissesse como é a sua saúde de modo geral: (1) Excelente; (2) Muito boa; (3) Boa; (4) Razoável; (5) Péssima”.

Doenças e queixas físicas auto-relatadas: Foi identificado o número de doenças e queixas físicas auto-relatadas por meio de um inventário de saúde física auto-relatada desenvolvida especificamente para uso do PENSA por uma geriatra brasileira. Para sua utilização no presente estudo, as queixas e doenças do inventário foram classificadas em função de seus respectivos sistemas orgânicos, compondo nove categorias, incluindo o relato de malignidades. Para essa categorização atuaram uma psicóloga e um médico, que buscaram consenso entre suas avaliações independentes e entre elas e os critérios da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, versão 10, 1993). Categorias: 1) Cardiovasculares; 2) Gastro- Intestinais; 3) Endócrino-Metabólicas; 4) Osteo-articulares; 5) Genito- Urinárias; 6) Neurológico (incluindo acometimentos dos órgãos do sentido); 7) Respiratórias; 8) Tegumentares; 9) Malignidades. O Anexo 4 apresenta o inventário, juntamente com a classificação dos itens pelas categorias.

Experiência de eventos de vida estressantes: Foi selecionado da medida de linha de base (T1) o inventário de eventos estressantes de Aldwin de 1990 (*ELSI - The Elders Life Stress Inventory* – Anexo 5). Trata-se que uma lista de 32 eventos de vida que podem ter ocorrido no último ano, cuja intensidade é avaliada pelo idoso numa escala de cinco pontos. Os escores vão de 1 (nada estressante) a 5 (extremamente estressante). Se o evento não ocorreu, é atribuído o valor 0 ao item. Um escore total pode ser criado pela soma dos índices de avaliação do estresse de todos os itens. No inventário original, os itens foram escolhidos para indicar não somente a vulnerabilidade dos idosos, mas também aspectos positivos de sua adaptação, ou seja, preocupações altruístas (representadas por eventos que afetam outros significantes) e preocupações egocêntricas (eventos que afetam os próprios indivíduos). Para os objetivos do presente estudo, interessou-nos obter dados referentes ao número de eventos considerados pelos idosos como “muito estressantes” e como “extremamente estressantes”, ou seja, os considerados como realmente desafiadores ao potencial adaptativo dos idosos. Denominamos essa variável de

“*número de eventos estressantes*”. Interessou ainda categorizar tais eventos por tipologia nas seguintes categorias: 1) perda de entes queridos; 2) situações que afetam os familiares (doenças, mudanças ou divórcio dos filhos); 3) eventos pontuais do curso de vida (eventos normativos como “aposentadoria” e não normativos como “divórcio” e “mudança de casa”); 4) finanças; 5) eventos associados a relações interpessoais e a responsabilidade com atividades; 6) conflitos familiares ou conjugais; 7) cuidar de ente queridos; 8) problemas de saúde ou declínio da própria pessoa. Denominamos essa variável de “*Tipo de evento*”. O Anexo 6 traz justificativas sobre as categorias utilizadas para os eventos do inventário.

Suporte Social Percebido: Foram aplicados cinco itens semanticamente adaptados para o português da ISEL (*Interpersonal Support Evaluation List*, Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1985), os quais aparecem no Anexo 7. A ISEL foi desenvolvida para a população geral para medir quatro funções do suporte percebido: suporte tangível (assistência material ou suporte instrumental), pertencimento ou afetivo (identificação com alguém da rede de suporte), auto-estima (comparações positivas com os outros) e suporte informativo (provê informações, sugestões, conselhos). Na sua versão original em língua inglesa esse instrumento é composto por 40 itens e apresenta uma confiabilidade interna igual a 0.88. Neste trabalho, utilizaram-se para medir a percepção do suporte social os itens 5, 7 (representando a função de suporte de pertencimento ou afetivo), 18 (representando o suporte tangível ou instrumental), 22 e 38 (representando o suporte informativo) também usados no contexto americano pelo *Cardiovascular Health Study* (ver Newsom, Schulz, 1996; Martire et al, 1999). Os itens são respondidos numa escala de 4 pontos com 1= nunca; 2= às vezes; 3= maioria das vezes; 4= sempre. Somados os pontos nas 5 questões, o escore varia de 5 a 20 pontos. Por meio de análise da consistência interna, Batistoni, Neri e Cupertino (no prelo) encontraram um índice alfa (α de Cronbach) igual a 0.748, o que se traduz em suficiente correlação entre os 5 itens de suporte social percebido. Neste estudo, foram adotadas três diferentes faixas de avaliação do suporte social percebido a partir da distribuição dos resultados dos idosos em tercís, correspondendo à *baixo suporte, médio suporte e alto suporte percebidos*.

4. Análise de dados

Para o alcance do primeiro objetivo descrito deste trabalho, os dados relativos às respostas dos 310 idosos à CES-D na medida de seguimento (Tempo 2) foram submetidos à análise fatorial confirmatória com o intuito de verificar a reprodutibilidade da estrutura fatorial obtida na medida de linha de base (Tempo 1). Para testar a hipótese da composição fatorial da CES-D utilizou-se a Análise Fatorial Confirmatória, via Modelo de Equações Estruturais para variáveis latentes (*Structural equation modeling for latent variables*). Este modelo é composto de parâmetros fixos (cargas fatoriais iguais a zero) e parâmetros livres a serem estimados (cargas fatoriais diferentes de zero). São calculadas estatísticas para testar a adequação do ajuste do modelo (*goodness of fit*) e verificar se os fatores explicam as correlações observadas entre as variáveis, conforme o modelo teórico proposto. A estrutura fatorial da CES-D na medida de linha de base a ser testada aparece na Tabela 3.

Tabela 3. Estrutura fatorial da CES-D resultante da análise de componentes principais da matriz reduzida para a amostra total do PENSA (N=903)

Fator 1 – EV = 5,742 – VE=28,71%	Afetos negativos	Cargas
06 – Senti-me deprimido		0.726
18 – Senti-me triste		0.708
19 – Senti que as pessoas não gostavam de mim		0.597
17 – Tive crises de choro		0.591
09 – Considerei que a vida tinha sido um fracasso		0.591
14 – Senti-me sozinho		0.552
20 – Não consegui levar adiante minhas coisas		0.458
10 – Senti-me amedrontado		0.438
13 – Falei menos do que o habitual		0.392
Fator 2 – EV = 1,482 – VE=7,4%	Dificuldades de iniciar comportamentos	
07 – Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais		0.613
02 – Não tive vontade de comer, pouco apetite		0.612
01 – Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam		0.604
03 – Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com ajuda de familiares e amigos		0.559
05 – Senti dificuldades em me concentrar no que fazia		0.557
Fator 3 – EV = 1,183 – VE = 5,9%	Afetos positivos	
08 – Senti-me otimista sobre o futuro		0.719
16 – Aproveitei minha vida		0.645
04 – Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas		0.616
12 – Estive feliz		0.600
Fator 4 – EV=1,08 – VE = 5,4%	(Não interpretado)	
15 – As pessoas não foram amistosas comigo		0.761
11 – Meu sono não foi repousante		0.507

EV= “eigenvalue”

VE= variância explicada

As principais estatísticas e os parâmetros utilizados na Análise Fatorial Confirmatória foram:

- Teste qui-quadrado para adequação de ajuste: (verifica se a matriz de covariâncias estimada é igual à matriz de covariâncias da amostra) e deverá apresentar nível de significância maior que 0.05;
- Razão Qui-Quadrado (χ^2/GL): este valor deve ser menor que 2.0 para indicar um bom ajuste;
- GFI (*Goodness of Fit Index*): valor de aceitação maior ou igual a 0.85;
- AGFI (*GFI Adjusted for Degrees of Freedom*): valor de aceitação maior ou igual a 0.80;
- RMR (*Root Mean Square Residual*): valor de aceitação menor ou igual a 0.10;
- CFI (*Bentler's Comparative Fit Index*): valor de aceitação maior ou igual a 0.90;
- NNFI (*Bentler & Bonett's Non-normed Index*): valor de aceitação maior ou igual a 0.90.

Para analisar a qualidade do ajuste dos dados aos fatores propostos, também foram feitos testes de significância para as cargas fatoriais (valores de $t > 1.96$ indicam que o item tem uma carga significativa dentro do fator). Para propor modificações nos fatores, através da exclusão de alguns itens de determinados fatores, foi utilizado o teste de Wald, que verifica o quanto a retirada de um item influencia na redução da estatística qui-quadrado do modelo. Se essa mudança não for significativa, então a retirada do item pode ser feita sem afetar os resultados futuros. Também foi feito o teste do Multiplicador de Lagrange, que define a necessidade de realocação de um item para outro fator, a fim de melhorar a correlação entre os itens dentro do mesmo fator. Semelhantemente ao teste de Wald, ele mostra o quanto haverá de modificação na estatística qui-quadrado ao se realocar este item no novo fator.

A seguir, foram feitas as análises referentes ao segundo objetivo deste trabalho, ou seja, a respeito da presença, evolução e relações dos sintomas depressivos com as variáveis sócio-demográficas e psicossociais. Inicialmente, foi feita uma análise descritiva das variáveis de interesse nos dois momentos de medida, com cálculos de frequência e posição. Os grupos formados conforme os critérios de gênero, idade e escolaridade foram comparados quanto às variáveis psicossociais e os sintomas depressivos. Os dados categóricos foram tratados com os testes de Mc Nemar e os escalares com o teste de Wilcoxon.

Para a comparação da pontuação da depressão na primeira e segunda medidas do estudo, os idosos foram classificados segundo o critério de evolução, ou seja, Grupo 1 (os que continuaram sem depressão), Grupo 2 (os que passaram a pontuar para depressão, ou seja, incidência), Grupo 3 (os que mostraram remissão) e Grupo 4 (os que mostraram recorrência). Os

grupos foram comparados quanto às variáveis sócio-demográficas e as psicossociais. Os dados categóricos foram tratados com os testes de Mc Nemar e os escalares com o teste de Wilcoxon.

Para analisar a relação das variáveis sócio-demográficas e psicossociais com a variável critério (depressão) utilizou-se a Análise de Regressão Logística, modelos univariado e multivariado, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. Esta análise avaliou a probabilidade com que as variáveis observadas nas medidas de linha de base (T1) e de seguimento (T2) explicam a presença de sintomas depressivos encontrados na medida de seguimento (T2). O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

Finalmente, para avaliar a evolução da pontuação dos idosos nos fatores (ou sub-escalas) da CES-D entre as duas medidas, foram considerados os escores médios da amostra nos fatores da CES-D. Foram identificadas as diferenças nos escores médios dos fatores nas duas medidas para a amostra como um todo e também separada por gênero e idade. Os deltas foram comparados pelo teste de Wilcoxon.

RESULTADOS

Os resultados da análise dos dados deste trabalho serão apresentados em tópicos ordenados segundo a enumeração dos quatro objetivos centrais propostos.

5. Evidências da reprodutibilidade da estrutura fatorial da CES-D:

As tabelas 4, 5 e 6 apresentam os resultados da Análise Fatorial Confirmatória para os 18 itens da escala CES- D pois foram desconsiderados os itens 11 e 15 do 4^o fator, que não foi interpretado.

Tabela 4. Índices de adequação do modelo inicial testado na análise fatorial confirmatória da CES-D*.

Índice	Modelo inicial
χ^2 (Qui-Quadrado)	214.7865 (GL =132) ; p-valor= 0.0001
χ^2 /GL (Razão Qui-Quadrado)	1.6272
GFI (Goodness of Fit Index)	0.9388
AGFI (GFI Adjusted for Degrees of Freedom)	0.9208
RMR (Root Mean Square Residual)	0.0418
CFI (Bentler's Comparative Fit Index)	0.9336
NNFI(Bentler & Bonett's (1980) Non-normed Index)	0.9230

* Número de itens da CES-D: 18 itens; n=347 sujeitos.

Tabela 5. Resultado da análise fatorial confirmatória para o modelo inicial testado.

Itens da CES-D	Cargas	t
Fator 1		
6. Senti-me deprimido	0.763	15.29*
18. Senti-me triste.	0.781	20.73*
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.	0.207	5.72*
17. Tive crises de choro.	0.038	10.89*
9. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso	0.345	9.30*
14. Senti-me sozinho/a.	0.459	9.61*
20. Não consegui levar adiante minhas coisas.	0.376	9.11*
10. Senti-me amedrontado	0.391	8.68*
13. Eu falei menos do que o habitual	0.439	9.27*
Fator 2		
7. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0.571	9.86*
2. Não tive vontade de comer, ou seja, tive pouco apetite.	0.270	5.94*
1. Senti-me incomodado com coisas que normalmente não me incomodam.	0.392	6.29*
3. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de amigos e familiares.	0.568	10.0*
5. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	0.414	7.55*
Fator 3		
8. Senti-me otimista sobre o futuro	0.400	5.09*
16. Aproveitei minha vida.	0.957	13.26*
4. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto à maioria delas.	0.007	0.09
12. Estive feliz.	0.649	11.52*

* valores significativos das cargas dos itens (p<0.05) para t-value >1.96.

Verifica-se que a maioria dos critérios de adequação de ajuste obteve valor ideal para aceitação do modelo teórico proposto. Pela estimação das cargas dos fatores (Tabela 5) verifica-se que todos os itens foram significativos, exceto o item 4 no fator 3.

A seguir foi feito o Teste de Wald para identificar qual item da CES-D poderia ser excluído sem alterar significativamente a estrutura fatorial. Nesse teste o valor de p deve se aproximar de 1. O teste identificou que a retirada do item 4 ($\chi^2 = 0.008$; $GL = 1$; $p = 0.927$) não afeta a estatística qui-quadrado significativamente. Além da indicação de retirada do item 4 do fator 3, a Análise dos Multiplicadores de Lagrange (Tabela 6) indica a realocação do item 1 ao fator 1; dos itens 6, 8 e 16 ao fator 2; e dos itens 17 e 19 ao fator 3. O item 17 também poderia ser realocado para outro fator, mas, geralmente, opta-se pelo maior multiplicador de Langrange.

Tabela 6. Realocação de itens nos fatores segundo os resultados da análise fatorial confirmatória da CES-D.

Item	Fator	χ^2	p-valor
17	3	10.04	0.0015
6	2	9.76	0.0018
17	2	9.24	0.0024
1	1	6.99	0.0082
8	2	6.23	0.0125
16	2	5.25	0.0219
19	3	4.23	0.0396

Após a realocação dos itens nos fatores proposta pelos multiplicadores de Lagrange e exclusão do item 4 pelo teste de Wald, a Análise Fatorial Confirmatória da CES-D foi refeita (Tabelas 7, 8 e 9). Verificou-se que a maioria dos critérios de adequação de ajuste obteve valor ideal para aceitação do modelo teórico proposto, embora com uma pequena queda nos valores dos índices de ajuste do modelo quando comparado com o modelo anterior, o que privilegiaria o 1º modelo. A Tabela 8 mostra que todos os itens foram significativos na estimação das cargas dos fatores do modelo re-especificado.

Tabela 7. Índices de adequação do ajuste do modelo re-especificado após primeira realocação dos itens*.

Índice	Modelo re-especificado
χ^2 (Qui-Quadrado)	228.6166 ($GL = 116$) ; p-valor= 0.0001
χ^2/GL (_Razão Qui-Quadrado)	1.9708
GFI (Goodness of Fit Index)	0.9295
AGFI (GFI Adjusted for Degrees of Freedom)	0.9071
RMR (Root Mean Square Residual)	0.0461
CFI (Bentler's Comparative Fit Index)	0.9099
NNFI(Bentler & Bonett's (1980) Non-normed Index)	0.8943

* Número de itens da CES-D: 17 itens; n=347 sujeitos.

Tabela 8. Resultado da análise fatorial confirmatória para o modelo re-especificado, após primeira realocação dos itens.

Itens da CES-D	Cargas	T
Fator 1		
18. Senti-me triste.	0.786	15.97*
9. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso.	0.037	9.55*
14. Senti-me sozinho/a.	0.448	9.35*
20. Não consegui levar adiante minhas coisas.	0.373	9.02*
10. Senti-me amedrontado	0.390	8.67*
13. Eu falei menos do que o habitual	0.442	9.37*
1. Senti-me incomodado com coisas que normalmente não me incomodam.	0.386	6.55*
Fator 2		
7. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0.538	9.77*
2. Não tive vontade de comer, ou seja, tive pouco apetite.	0.251	5.72*
3. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de amigos e familiares.	0.544	10.12*
5. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	0.391	7.42*
6. Senti-me deprimido	0.777	15.35*
8. Senti-me otimista sobre o futuro	0.275	3.65*
16. Aproveitei minha vida	0.771	11.55*
Fator 3		
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.	0.174	5.16*
17. Tive crises de choro.	0.317	7.21*
12. Estive feliz.	0.433	7.18*

* valores significativos das cargas dos itens ($p < 0.05$) para $t\text{-value} > 1.96$.

Para esse modelo, o Teste de Wald não indicou de retirada de nenhum dos itens. Já a Análise dos Multiplicadores de Lagrange (Tabela 9) sugeriu a realocação dos itens 5, 6 e 17 ao fator 1; do item 19 ao fator 2; e dos itens 1 e 3 ao fator 3. No entanto, como os valores dos índices ficaram piores que os do ajuste anterior, decidiu-se não utilizar a 2ª realocação proposta.

Tabela 9. Segunda realocação de itens nos fatores segundo os resultados da análise fatorial confirmatória da CES-D.

Item	Fator	χ^2	p-valor
6	1	13.43	0.0002
5	1	12.68	0.0004
17	1	7.22	0.0072
19	2	5.24	0.0220
1	3	4.07	0.0434
3	3	3.91	0.0480

A seguir, são apresentados os coeficientes de consistência interna (α de Cronbach) da CES-D na 2ª avaliação. Índices $\alpha \geq 0.8$ indicam alta consistência interna dos itens e índices $\alpha \geq 0.6$ indicam moderada consistência.

Tabela 10. Análise da consistência interna da CES-D (n=310).

Escala total e Fatores da CES-D	Nº de Itens	Coefficientes*	Itens com menor consistência	Correlação com o Total**	Coefficiente* (após retirada dos itens)
Escore Total	20	0.823	Dep 4	-0.007	0.834
Fator 1	9	0.771	---	---	---
Fator 2	5	0.594	---	---	---
Fator 3	4	0.470	Dep 4	0.022	0.614

* coeficiente alfa de Cronbach para escala CES-D.

Pela Tabela 10, verifica-se alta consistência interna para a escala no total e para o fator 1 da CES-D. Os itens dos fatores 2 e 3 não refletiram altas correlações entre seus itens e são os fatores menos explicativos da variância dos dados, conforme já mostrado anteriormente na Tabela 3.

Os resultados referentes ao primeiro objetivo do presente trabalho podem ser assim resumidos:

- a) A estrutura fatorial da CES-D entre idosos, gerada pelo estudo de Batistoni, Neri e Cupertino (2007), foi reproduzida, visto que o arranjo de seus itens demonstrou índices de ajuste ou adequação superiores a outros arranjos, conforme verificado pelos procedimentos de Análise Fatorial Confirmatória;
- b) Observa-se a possibilidade de retirada do item 4 da CES-D sem alterar significativamente a estrutura fatorial testada. O item 4 também demonstrou a menor consistência com os demais itens da escala;
- c) Além de ter sido demonstrada a reprodutibilidade da estrutura fatorial, a replicação da escala continuou a mostrar confiabilidade devido à alta consistência interna demonstrada na aplicação da escala como um todo. O fator 1 da CES-D (Afetos Negativos) também demonstrou alta consistência entre seus itens, diferentemente dos demais fatores (2 e 3) que demonstraram apenas leve tendência de correlação entre seus itens.

A seguir, são apresentados os resultados do segundo objetivo do presente trabalho.

6. Identificação dos padrões de incidência, remissão e estabilidade de sintomas depressivos e suas relações com variáveis sócio-demográficas e psicossociais

Para o alcance do segundo objetivo, primeiramente serão descritas as características da amostra na primeira e segunda medida do estudo. A seguir serão apresentados os resultados das comparações estatísticas entre as variáveis de interesse.

A Tabela 11 traz os dados referentes à descrição da amostra em termos de frequência e de medidas de posição. Traz também informações referentes aos testes de comparação dos dados das variáveis que foram medidas nos dois momentos da pesquisa (CES-D e saúde percebida).

Tabela 11. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais na primeira e segunda medida do estudo.

Características	Primeira medida				Segunda medida				Significância
	N	%	Média	DP	N	%	Média	DP	
CES-D (total)	310	100	11,04	10,18	310		10,19	8,61	p=0.061
CES-D ≤ 12	205	66,13			202	65,16			Mc Nemar: p =0.753
CES-D < 12	105	33,87			108	34,84			
Saúde percebida									Simetria de Bowker: p=0.625
Excelente	27	8,74			26	8,47			
Muito boa	56	18,12			47	15,31			
Boa	134	43,37			142	46,25			
Razoável	81	26,21			86	28,01			
Péssima	11	3,56			6	1,95			
Número de doenças	310	100	3,91	2,75					
0	16	5,16							
1-2	90	29,03							
3-4	106	34,19							
≥5	98	31,61							
Tipo de doença									
Cardiovasculares	211	68,06							
Gastro- intestinais	123	39,68							
End-Metabólicas	122	39,35							
Osteoarticulares	137	44,19							
Genito- Urinárias	59	19,03							
Neurológicas	112	36,13							
Respiratórias	48	15,48							
Tegumentares	25	8,06							
Malignidades	11	3,55							
Suporte social	305	98,4	17,51	3,13					
Baixo	91	29,84							
Médio	78	25,57							
Alto	136	44,59							
Número de eventos estressantes	309	99,6	3,20	1,95					
0	23	7,44							
1-2	105	33,98							
3-4	100	32,36							
≥5	81	26,21							
Tipos de eventos									
Perda de entes	210	67,92							
Situações dos familiares	163	52,75							
Eventos pontuais	110	35,60							
Finanças	84	27,18							
Interp/engajamento	145	46,93							
Conflitos familiares	37	11,97							
Cuidar	46	14,89							
Saúde da própria pessoa	194	62,78							

A Tabela 2, anteriormente mostrada no tópico “métodos”, já apresentou as características gerais da amostra quando comparou a amostra do PENSA excluída e incluída no presente estudo. Observou-se uma amostra com predomínio de mulheres (cerca de 73%) e uma média de idade de 71,96 anos (DP= 8.45). O grupo de 60 a 69 anos também predominou em relação aos demais, mas ressalta-se a parcela significativa de idosos com mais de 80 anos que participou desta pesquisa. Ou seja, idosos com idade mais avançada encontraram-se física e cognitivamente aptos e dispostos a participar. Quanto à escolaridade, apesar de grande parte da amostra possuir apenas o primário, é relevante o percentual de idosos que concluíram o ensino médio (cerca de 24%) e que possui formação superior (11%). A distribuição entre as faixas de renda mostrou-se relativamente semelhante.

Com base nos dados complementares da Tabela 11, depreende-se que a amostra não revelou diferença significativa quanto à pontuação média na CES-D nas duas medidas do estudo. Verifica-se que também não houve diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de depressão entre as duas medidas do estudo. Quanto à percepção da própria saúde, a amostra revelou bons níveis de avaliação, chamando atenção, entretanto, a parcela significativa (cerca de 23%) que considerou a própria saúde como “razoável”. Como essa medida foi tomada nos dois momentos de coleta de dados, as respostas foram comparadas. Tal comparação não revelou diferença estatisticamente significativa na classificação dos idosos entre as duas medidas.

Apesar de a avaliação subjetiva da saúde ter revelado maior frequência nos níveis mais altos, a média de queixas e doenças físicas auto-relatadas foi de 3,91 (DP= 2.75). Chama atenção ainda o percentual de idosos com cinco ou mais queixas ou doenças auto-relatadas, percentual semelhante ao encontrado entre aqueles que apresentaram avaliações subjetivas de saúde como “razoável” ou “péssima”. As queixas sobre doenças refletiram altas frequências de doenças cardiovasculares, gastro-intestinais, endócrino-metabólicas e osteoarticulares, que frequentemente estão associadas ao processo de envelhecimento.

No que se refere à percepção de suporte social, a amostra revelou média elevada (17,5; DP=3.13), considerando que a pontuação da escala varia entre 5 e 20 pontos.

Foi identificada média de 3,2 eventos estressantes vividos no último ano (DP = 1.95), com grupo de cerca de 26% que relatou cinco ou mais eventos estressantes. Quando se examinaram esses eventos por tipos, ressaltaram-se as frequências de perdas de entes queridos, de eventos ligados à saúde da própria pessoa, situações que envolviam os familiares (como saúde ou

comportamento de filhos, netos, etc.) e eventos ligados à vida de relação e à mudança em papéis ou em responsabilidades dos idosos.

As variáveis estado civil, escolaridade, renda, suporte social, número de doenças e queixas específicas relativas ao sistema cardiovascular, mostraram associações estatisticamente significantes com gênero (Tabela 12). Pelos resultados, verificou-se maior frequência de mulheres viúvas, mais homens casados, menor escolaridade e renda entre as mulheres, menor suporte social percebido e maior número de doenças entre as mulheres, principalmente as relacionadas aos sistemas cardiovascular, gastro-intestinal e osteoarticular. Houve diferença significativa ($p \leq 0.001$) entre os gêneros indicando maior número médio de doenças ($\underline{M}=4.29$; $DP= 2.72$) e maior escore total de depressão na segunda medida ($\underline{M}= 11.08$; $DP=8.92$) para as mulheres em relação aos homens (média de doenças $M=2.88$, $DP=2.56$; e depressão $M=7.70$, $DP=7.16$). Os resultados das comparações com as demais variáveis não foram estatisticamente significantes e encontram-se no Anexo 9.

Tabela 12. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais segundo o critério de gênero.

	Masculino		Feminino		Total	Significância $\chi^2=54.75$; GL=2; p=0.001
	N	%	N	%		
Estado Civil						
Casado	67	<u>82,72</u>	81	35,53	148	$\chi^2=20.86$; GL=3; p<0.001
Solteiro/ Divor/Separado	7	8,64	39	<u>17,11</u>	46	
Viúvo	7	8,62	108	<u>47,37</u>	115	
Total	81		228		309	
Escolaridade						
Analf./ Primário	22	27,16	125	<u>54,82</u>	147	$\chi^2=18.81$; GL=3; p<0.001
Ginásial	18	<u>22,22</u>	36	15,79	54	
Colegial	25	<u>30,86</u>	49	21,49	74	
Superior	16	<u>19,75</u>	18	7,89	34	
Total	81		228		309	
Renda						
1-2 salários	8	9,88	45	<u>20,09</u>	53	$\chi^2=19.84$; GL=2; p<0.001
3-4 salários	12	14,81	67	<u>29,91</u>	79	
5-8 salários	24	29,63	59	<u>26,34</u>	83	
>8 salários	37	<u>45,68</u>	53	23,66	90	
Total						
Número de doenças						
0-2	44	53,66	62	27,19	106	$\chi^2=9.34$; GL=2; p=0.009
3-4	23	28,05	83	36,40	106	
≥5	15	18,29	83	<u>36,40</u>	98	
Total					310	
Suporte Social por faixas						
Baixo	20	24,69	71	<u>31,70</u>	91	$\chi^2=14.55$; GL=1; p<0.001
Médio	31	38,27	47	20,98	78	
Alto	30	37,04	106	47,32	136	
Total	81		224		305	
Tipo de Doença						
Cardiovascular						
Não	40	48,78	59	25,88	99	$\chi^2=6.13$; GL=1; p=0.012
Sim	42	51,22	169	<u>74,12</u>	211	
Total	82		228		310	
Gastro- intestinais						
Não	59	<u>71,95</u>	128	56,14	187	$\chi^2=11.78$; GL=1; p<0.001
Sim	23	28,05	100	<u>43,86</u>	123	
Total	82		228		310	
Osteoarticulares						
Não	59	71,95	114	50	173	$\chi^2=11.78$; GL=1; p<0.001
Sim	23	28,05	114	<u>50</u>	137	
Total	82		228		310	

A Tabela 13 apresenta as comparações entre as faixas etárias que resultaram em diferenças estatisticamente significantes. As demais estão apresentadas no Anexo 10.

Tabela 13. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais segundo o critério etário.

	60-69 anos		70-79 anos		>80 anos		Total	Significância $\chi^2=52.48$; GL=4; p<0.001
	N	%	N	%	N	%		
Estado Civil								
Casado	90	<u>63,38</u>	47	<u>43,93</u>	11	18,33	148	
Solteiro/ Divor/Separado	23	16,20	18	16,82	5	8,33	46	
Viúvo	29	20,42	42	39,25	44	<u>73,33</u>	115	
Total	142		107		60		309	
Escolaridade								$\chi^2=16.70$; GL=6; p=0.011
Analf./ Primário	51	35,92	58	<u>54,21</u>	38	62,33	147	
Ginasial	33	<u>23,24</u>	15	14,02	6	10	54	
Colegial	40	<u>28,17</u>	24	22,43	10	16,67	74	
Superior	18	12,68	10	9,35	6	10	34	
Total	142		107		60		309	
Número de Eventos								$\chi^2=12.34$; GL=4; p=0.015
0	43	30,28	35	32,71	23	<u>38,33</u>	101	
1-2	44	30,99	32	29,91	28	<u>46,67</u>	104	
≥ 3	55	<u>38,73</u>	40	<u>37,38</u>	9	15	104	
Total	142		107		60		309	
Evento 4- Finanças								$\chi^2=7.38$; GL=2; p=0.025
Não	118	83,10	95	88,79	58	96,67	271	
Sim	24	<u>16,90</u>	12	11,21	2	3,33	38	
Total	142		107		60		309	
Tipo doença								$\chi^2=8.22$; GL=2; p=0.016
Cardiovascular								
Não	55	<u>38,73</u>	33	<u>30,56</u>	11	18,33	99	
Sim	87	61,27	75	69,44	49	<u>81,67</u>	211	
Total	142		108		60		310	
Neurol/ sentidos								$\chi^2=17.04$; GL=2; p<0.001
Não	106	74,65	65	60,19	27	45	198	
Sim	36	25,35	43	39,81	33	<u>55</u>	112	
Total	142		108		60		310	

Pelos resultados das Tabelas 12 e 13, verifica-se diferença significativa entre as faixas etárias para as seguintes variáveis categóricas: estado civil (maior frequência de viúvos entre os idosos com 80 anos e mais), escolaridade (menor escolaridade entre os mais velhos), evento 4 (finanças) e número de eventos (mais entre os mais novos), doenças cardiovasculares e neurológicas (mais entre os mais velhos).

A seguir, foram feitos os cruzamentos das variáveis sócio-demográficas e psicossociais com a variável critério “presença de sintomas depressivos na segunda medida” (ver Tabela 14, 15, 16 e 17). Para tal, a amostra foi dividida em dois grupos, com base no ponto de corte da CES-D: os “com depressão”, que pontuaram 12 ou mais na CESD-D, e os “sem depressão”, que pontuaram 11 ou menos na CES-D

Tabela 14. Distribuição das variáveis sócio-demográficas entre os grupos com depressão e sem depressão na segunda medida.

	Sem depressão (CES-D<12)		Com depressão (CES-D≥12)		Total	Significância $\chi^2=9.77$; GL=1; p=0.002
	N	%	N	%		
Sexo						
Masculino	65	<u>79,27</u>	17	20,73	82	
Feminino	137	60,09	91	<u>39,91</u>	228	
Total	202		108		310	
Idade						$\chi^2=1.62$;GL=2; p=0.444
60-69	96	67,61	46	32,39	142	
70-79	71	65,74	37	34,26	108	
>80	35	58,33	25	41,67	60	
Total	202		108		310	
Escolaridade						$\chi^2=13.12$;GL=3; p=0.004
Analf./ Primário	84	57,14	63	<u>42,86</u>	147	
Ginasial	34	62,96	20	<u>37,04</u>	54	
Colegial	55	<u>74,32</u>	19	25,68	74	
Superior	29	<u>85,29</u>	5	14,71	34	
Total	202		107		309	
Renda						$\chi^2=3.38$;GL=3; p=0.337
1-2 salários	30	56,60	23	43,40	53	
3-4 salários	50	63,29	29	36,71	79	
5-8 salários	59	71,08	24	28,92	83	
>8 salários	61	67,78	29	32,22	90	
Total	200		105		305	
Estado Civil						$\chi^2=1.40$;GL=3; p=0.706
Casado	101	68,24	47	31,76	148	
Solteiro	17	68	8	32	25	
Divor/Separado	13	61,90	8	38,10	21	
Viúvo	71	61,74	44	38,26	115	
Total	202		107		309	

Dentre as variáveis sócio-demográficas, apenas sexo feminino e nível mais baixo de escolaridade associaram-se significativamente com depressão em T2.

As comparações dos dois grupos com as variáveis de saúde são apresentadas nas Tabelas 15 e 16.

Tabela 15. Distribuição das variáveis de saúde entre os grupos com depressão e sem depressão na segunda medida.

	Sem depressão (CES-D<12)		Com depressão (CES-D≥12)		Total	Significância $\chi^2=31.97$; GL=4; p<0.001
	N	%	N	%		
Saúde Percebida em T1						
Excelente	22	<u>81.48</u>	5	18.52	27	
Muito boa	42	<u>75.00</u>	14	25.00	56	
Boa	98	<u>73.13</u>	36	26.87	134	
Razoável	38	46.91	43	53.82		
Péssima	2	18.18	9	81.82	11	
Total	202		207		309	
Saúde percebida em T2						$\chi^2=22.12$; GL=4; p<0.001
Excelente	22	<u>84.62</u>	4	15.38	26	
Muito Boa	36	<u>76.60</u>	11	23.40	47	
Boa	98	<u>69.01</u>	44	30.99	142	
Razoável	41	47.67	43	<u>52.33</u>	86	
Péssima	2	33.33	4	<u>66.67</u>	6	
Total	199		108		307	
Número de doenças						$\chi^2= 11.26$; GL=2; p=0.004
0-2	81	<u>76.42</u>	25	23,58	106	
3-4	68	<u>64,15</u>	38	35,85	106	
≥5	53	54,08	45	<u>45,92</u>	98	
Total	202		108		310	

Tanto em T1 quanto em T2, pior saúde percebida associou-se significativamente com depressão. Também foi estatisticamente significativa a associação entre depressão e maior número (cinco ou mais) de doenças relatadas, bem como entre depressão e queixas específicas ligadas aos sistemas cardiovascular, gastro-intestinal e genito-urinário.

Tabela 16. Distribuição dos tipos de queixas ou doenças entre os grupos com depressão e sem depressão na segunda medida.

	Sem depressão (CES-D<12)		Com depressão (CES-D≥12)		Total	Significância
	N	%	N	%		
Cardiovasculares						$\chi^2 = 4.71$; GL=1; p<0.030
Não	73	<u>73.74</u>	26	26.26	99	
Sim	129	61.14	82	<u>38.86</u>	211	
Total	202		108		310	
Gastro-Intestinais						$\chi^2 = 13.62$; GL=1; p<0.001
Não	137	<u>73.26</u>	50	26.74	187	
Sim	65	52.85	58	<u>47.15</u>	123	
Total	202		108		310	
Endocrino- Metabólicas						$\chi^2 = 0.37$; GL=1; p<0.542
Não	125	66.49	63	33.51	188	
Sim	77	63.11	45	36.89	122	
Total	202		108		310	
Osteoarticulares						$\chi^2 = 0.62$; GL=1; p<0.432
Não	116	67.05	57	32.95	173	
Sim	86	62.77	51	37.23	137	
Total	202		108		310	
Genito-Urinárias						$\chi^2 = 8.23$; GL=1; p<0.004
Não	173	<u>68.92</u>	78	31.08	251	
Sim	29	49.15	30	<u>50.85</u>	59	
Total	202		108		310	
Neurológicas						$\chi^2 = 3.01$; GL=1; p<0.083
Não	136	68.69	62	31.31	198	
Sim	66	58.93	46	41.07	112	
Total	202		108		310	
Respiratórias						$\chi^2 = 1.17$; GL=1; p<0.280
Não	174	66.41	88	33.59	262	
Sim	28	58.33	20	41.67	48	
Total	202		108		310	
Tegumentares						$\chi^2 = 0.32$; GL=1; p<0.572
Não	187	65.61	98	34.39	285	
Sim	15	60.00	10	40.00	25	
Total	202		108		310	
Malignidades						Exato de Fisher: p=0.200
Não	197	65.89	102	34.11	299	
Sim	5	45.45	6	54.55	11	
Total	202		108		310	

A Tabela 17 mostra que depressão na segunda medida foi significativamente associada com baixo suporte social, assim como se associou significativamente com baixos escores nos itens 2 e 3 da escala de suporte social percebido.

Tabela 17. Distribuição das variáveis de suporte social entre os grupos com depressão e sem depressão na segunda medida.

	Sem depressão (CES-D<12)		Com depressão (CES-D≥12)		Total	Significância
	N	%	N	%		
Suporte Social por faixas						
Baixo	47	51,65	44	<u>48,35</u>		$\chi^2= 11.59$; GL=2; p=0.003
Médio	58	<u>74,36</u>	20	25,64		
Alto	95	<u>69,85</u>	41	30,15		
Total	200					
Suporte social por itens						
1- (“pessoas com quem conversar”)						
Nunca	10	47.62	11	52.58	21	$\chi^2= 4.84$; GL=3; p<0.189
Às vezes	24	60.00	16	40.00	40	
Maioria das vezes	27	62.79	16	37.21	43	
Sempre	139	69.15	62	30.85	201	
Total	200		105		305	
2- (“encontra/ conversa com amigos/ familiares”)						
Nunca	3	30.00	7	<u>70.00</u>	10	$\chi^2=8.18$;GL=3; p<0.042
Às vezes	35	<u>58.33</u>	25	41.67	60	
Maioria das vezes	43	<u>69.35</u>	19	30.65	62	
Sempre	119	<u>69.79</u>	54	31.21	173	
Total	200		105		305	
3- (“pessoas que possam ajudar nos afazeres”)						
Nunca	8	<u>66.67</u>	4	33.33	12	$\chi^2= 12.06$ GL=3; p<0.007
Às vezes	5	29.41	12	<u>70.59</u>	17	
Maioria das vezes	21	<u>58.33</u>	15	41.67	36	
Sempre	166	<u>69.17</u>	74	30.83	240	
Total	200		105		305	
4- (“sugestão de como lidar com um problema”)						
Nunca	8	50.00	8	50.00	16	$\chi^2= 7.47$; GL=3; p<0.058
Às vezes	11	45.83	13	54.17	24	
Maioria das vezes	21	61.76	13	38.24	34	
Sempre	160	69.26	71	30.74	231	
Total	200		105		305	
5- (“pessoa cuja opinião confia plenamente”)						
Nunca	14	63.64	8	36.36	22	$\chi^2= 3.99$; GL=3; p<0.262
Às vezes	8	50.00	8	50.00	16	
Maioria das vezes	14	53.85	12	46.15	26	
Sempre	164	68.05	77	31.95	241	
Total	200		105		305	

Tabela 18. Distribuição das variáveis de eventos estressantes entre os grupos com depressão e sem depressão na segunda medida.

	Sem depressão (CES-D<12)		Com depressão (CES-D≥12)		Total	Significância
	N	%	N	%		
Número de Eventos						$\chi^2= 8.29$; GL=2; p=0.016
0	74	<u>73,27</u>	27	26,73	101	
1-2	71	<u>68,27</u>	33	31,73	104	
≥3	57	58,81	47	<u>45,19</u>	104	
Total	202		107		309	
Tipos de Eventos						$\chi^2= 3.80$; GL=1; p=0.051
1- Perda de entes						
Não	127	69,78	55	30,22	182	
Sim	75	59,06	52	40,94	127	
Total	202		107		309	
2-Situações dos familiares						$\chi^2= 7.23$; GL=1; p=0.007
Não	154	70	66	30	220	
Sim	48	53,93	41	<u>46,07</u>	89	
Total	202		107		309	
3-Eventos pontuais						$\chi^2= 1.11$; GL=1; p=0.292
Não	185	66,31	94	33,69	279	
Sim	17	56,67	13	43,33	30	
Total	202		107		309	
4-Finanças						$\chi^2= 1.07$; GL=1; p=0.301
Não	180	66,42	91	33,58	271	
Sim	22	57,89	16	42,11	38	
Total	202		107		309	
5-Interp/mudanças						$\chi^2=8.15$; GL=1; p=0.004
Não	174	<u>69,05</u>	78	30,95	252	
Sim	28	49,12	29	<u>50,88</u>	57	
Total	202		107		309	
6- Conflitos familiares						$\chi^2=5.05$; GL=1; p=0.025
Não	193	<u>67,01</u>	95	32,99	288	
Sim	9	42,86	12	<u>57,14</u>	21	
Total	202		107		309	
7- Cuidar						$\chi^2=0.01$; GL=1; p=0.986
Não	183	65,36	97	34,64	280	
Sim	19	65,52	10	34,48	29	
Total	202		107		309	
8- Saúde da própria pessoa						$\chi^2=3.75$; GL=1; p=0.053
Não	148	68,84	67	31,16	215	
Sim	54	57,45	40	45,55	94	
Total	202		107		309	

Houve maior relato de eventos estressantes (três ou mais), bem como entre os que viveram especificamente os eventos do tipo 2 (situações dos familiares), 5 (interpessoais/papéis) e 6 (conflitos familiares) no grupo com depressão na segunda medida.

A Figura 3 apresenta a frequência de indivíduos que manifestaram diferentes padrões de manifestação de sintomas depressivos na segunda medida da CES-D em comparação com a primeira. Para designar a configuração desses padrões será usada a expressão “evolução dos sintomas depressivos entre as medidas”. Sendo assim, observou-se a formação de quatro grupos de evolução entre as medidas. O primeiro não sofreu mudança de condição, permanecendo livre de depressão (50,9% da amostra). O segundo grupo foi o de depressão recorrente (19,7%). O terceiro foi formado pelos novos casos, que passaram a pontuar para depressão em T2 (15,2%). O quarto foi o de idosos que melhoraram ou que apresentaram remissão dos sintomas depressivos (14,2%).

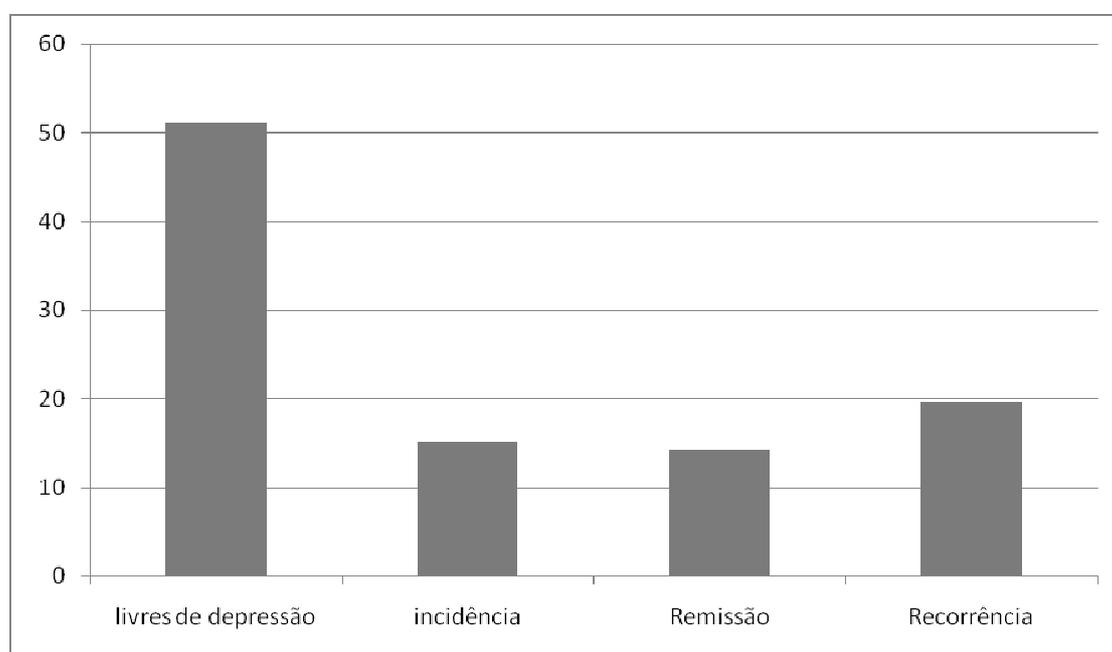


Figura 3. Padrões de manifestação de sintomas depressivos na segunda medida da CES-D em comparação com a primeira.

As Tabelas 19 e 20 apresentam as estatísticas e distribuições das variáveis pelos grupos de evolução em sintomas depressivos entre as medidas. A Tabela 19 mostra que as médias das variáveis do Grupo 4 (recorrência) diferiram significativamente das médias dos demais grupos, com exceção da variável idade.

Tabela 19. Estatísticas das variáveis idade, número de doenças, suporte social total e número de eventos segundo critério de evolução na CES-D.

	G1 (Livres)			G2(Incidência)			G3(Remissão)			G4(Recorrência)		
	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP	N	Média	DP
Idade	158	71,85	8.18	47	74,34	9.25	44	70,61	7.97	61	71,36	8.64
Número de doenças	158	3,39	2.28	47	4,11	2.50	44	3,50	2.26	61	5,43*	3.69
Suporte social total	156	18,15	2.59	46	18,11	2.37	44	17	3.44	59	15,76*	3.93
Número de Eventos	158	1,66	2.02	46	2,15	2.61	44	1,93	2.29	61	3,36*	3.26

* p-valor referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre os 4 Grupos, seguido do teste de Dunn: Idade (P=0.194); N. de Doenças (P=0.001; Grupos 1 e 3 ≠ Grupo 4); SupTotal (P<0.001; Grupos 1 e 2 ≠ Grupo 4); N. de Eventos (P<0.001; Grupos 1, 2 e 3 ≠ Grupo 4).

Tabela 20. Distribuição das variáveis sócio-demográficas pelo critério de evolução na CES-D.

	G1 (Livres)		G2(Incidência)		G3(Remissão)		G4(Recorrência)		Total	Significância
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Gênero										$\chi^2=9.95$; GL=3; p=0.019
Masculino	50	<u>31.65</u>	8	17.02	15	<u>34.09</u>	9	14.75	82	
Feminino	108	68.35	39	<u>82.98</u>	29	65.91	52	<u>85.25</u>	228	
Total	158		47		44		61		310	
Idade										$\chi^2=9.10$; GL=6; p=0.168
<70	73	46.20	14	29.79	23	52.27	32	52.46	142	
70-79	58	36.71	18	38.30	13	29.55	19	31.15	108	
≥80	27	17.09	15	31.91	8	18.18	10	16.39	60	
Total	158		47		44		61		310	
Estado Civil										Exato de Fisher: p=0.565
Casado	79	50.00	21	45.65	22	50.00	26	42.62	148	
Solteiro	12	7.59	5	10.87	5	11.36	3	4.92	25	
Div/Sep.	8	5.06	2	4.35	5	11.36	6	9.84	21	
Viúvo	59	37.34	18	39.13	12	27.27	26	42.62	115	
Total	158		46		44		61		309	
Escolaridade										Exato de Fisher: p=0.159
Analf.	5	3.16	1	2.17	1	2.27	2	3.28	9	
Primário	61	38.61	28	60.87	17	38.64	32	52.46	138	
Ginasial	25	15.82	6	13.04	9	20.45	14	22.95	54	
Colegial	44	27.85	9	19.57	11	25.00	10	16.39	74	
Superior	23	14.56	2	4.35	6	13.64	3	4.92	34	
Total	158		46		44		61		309	

Os grupos diferiram somente em relação a gênero: houve mais mulheres nos grupos que mostraram incidência e recorrência de sintomas depressivos e mais homens nos que continuaram livres dessa condição ou que mostraram remissão dos sintomas.

Tabela 21. Distribuição das variáveis de saúde e suporte social pelo critério de evolução na CES-D.

	G1 (Livres)		G2(Incidência)		G3(Remissão)		G4(Recorrência)		Total	Significância Estatística
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Saúde										
Percebida em T1										Exato de Fisher: p<0.001
Excelente	17	<u>10.76</u>	3	6.52	<u>5</u>	<u>11.36</u>	2	3.28	27	
Muito boa	37	<u>23.42</u>	<u>7</u>	15.22	5	11.36	7	11.48	56	
Boa	78	<u>49.37</u>	14	30.43	20	<u>45.45</u>	22	36.07	134	
Razoável	26	16.46	20	<u>43.48</u>	12	27.27	23	<u>37.70</u>	81	
Péssima	0	0.00	2	4.35	2	4.55	7	<u>11.48</u>	11	
Total	159		46		44		61		309	
Percebida em T2										$\chi^2=34.01$; GL=6; p<0.001
Excelente/	53	<u>33.97</u>	9	19,15	5	11,63	6	9.84	73	
Muito boa	76	<u>48.72</u>	18	38,30	22	<u>51.16</u>	26	42,62	142	
Razoável/	27	17,31	20	<u>42,55</u>	16	<u>37,21</u>	29	<u>47,54</u>	92	
Péssima										
Total	156		47		43		61		307	
Número de doenças										
0	10	6.33	1	2.13	4	9.09	1	1.64	16	$\chi^2=15.94$; GL=9; p=0.068
1-2	55	34.81	11	23.40	12	27.27	12	19.67	90	
3-4	52	32.91	19	40.43	16	36.36	19	31.15	106	
≥5	41	25.95	16	34.04	12	27.27	29	47.54	98	
Total	158		47		44		61		310	
Suporte Social										
Baixo	32	20.51	12	26.09	15	34.09	32	<u>54.24</u>	91	$\chi^2=24.63$; GL=6; p<0.001
Médio	46	29.49	12	26.09	12	27.27	8	13.56	78	
Alto	78	<u>50.00</u>	22	<u>47.83</u>	17	<u>38.64</u>	19	32.20	136	
Total	156		46		44		59		305	

A Tabela 21 mostra que os grupos que se mantiveram livres de depressão e os que tiveram remissão de sintomas depressivos pontuaram mais alto que os demais em saúde percebida em ambas as medidas. Os piores níveis de saúde percebida estiveram significativamente associados com incidência e com recorrência de sintomas depressivos. O número de doenças ou queixas relatadas não diferiu significativamente entre os grupos. O índice de suporte social baixo caracterizou melhor o grupo 4 (recorrência), quando comparado com os demais grupos, que se caracterizaram por índices mais altos de suporte percebido.

Tabela 22. Distribuição das variáveis de saúde e suporte social pelo critério de evolução na CES-D.

	G1 (Livres)		G2(Incidência)		G3(Remissão)		G4(Recorrência)		Total	Significância
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Número de Eventos										$\chi^2=17.90$; GL=6; p=0.007
0	62	<u>39,24</u>	16	<u>34,78</u>	12	27,27	11	18,03	101	
1-2	52	32,91	16	34,78	19	<u>43,18</u>	17	27,87	104	
≥ 3	44	27,85	14	30,43	13	29,55	33	<u>54,10</u>	104	
Total	158		46		44		61		309	
Tipo de Eventos										
Estressantes										
1- Perda de entes										$\chi^2=4.10$; GL=3; p=0.251
Não	99	62.66	25	54.35	28	63.64	30	49.18	182	
Sim	59	37.34	21	45.65	16	36.36	31	50.82	127	
Total	158		46		44		61		309	
2-Situações dos familiares										$\chi^2=8.54$; GL=3; p=0.036
Não	120	<u>75.95</u>	31	67.39	34	<u>77.27</u>	35	57.38	220	
Sim	38	24.05	15	<u>32.61</u>	10	22.73	26	<u>42.62</u>	89	
Total	158		46		44		61		309	
3-Eventos pontuais										Exato de Fisher: p=0.542
Não	144	91.14	42	91.30	41	93.18	52	85.25	279	
Sim	14	8.86	4	8.70	3	6.82	9	14.75	30	
Total	158		46		44		61		309	
4-Finanças										$\chi^2=13.30$; GL=3; p=0.004
Não	141	<u>89.24</u>	45	<u>97.83</u>	39	<u>88.64</u>	46	75.41	271	
Sim	17	10.76	1	2.17	5	11.36	15	<u>24.59</u>	38	
Total	158		46		44		61		309	
5-Interp/engajamento										$\chi^2=29.26$; GL=3; p<0.001
Não	140	<u>88.61</u>	42	<u>91.30</u>	34	77.27	36	59.02	252	
Sim	18	11.39	4	8.70	10	<u>22.73</u>	25	<u>40.98</u>	57	
Total	158		46		44		61		309	
6- Conflitos familiares										Exato de Fisher: p<0.001
Não	154	<u>97.47</u>	45	<u>97.83</u>	39	88.64	50	81.97	288	
Sim	4	2.53	1	2.17	5	<u>11.36</u>	11	<u>18.03</u>	21	
Total	158		46		44		61		309	
7- Cuidar										Exato de Fisher: p=0.182
Não	140	88.61	40	86.96	43	97.73	57	93.44	280	
Sim	18	11.39	6	13.04	1	2.27	4	6.56	29	
Total	158		46		44		61		309	
8- Saúde da própria pessoa										$\chi^2=7.13$; GL=3; p=0.068
Não	117	74.05	33	71.74	31	70.45	34	55.74	215	
Sim	41	25.95	13	28.26	13	29.55	27	44.26	94	
Total	158		46		44		61		309	

Os dados da Tabela 22 apontam diferença significativa entre os 4 grupos no que se refere ao número de eventos estressantes (maior frequência de experiência de um ou dois ou de mais que três eventos nos grupos que mostraram remissão ou recorrência) e no que se refere aos tipos de eventos. Os do tipo 2 (situações familiares) foram mais frequentes entre os com incidência ou recorrência, os do tipo 4 (problemas financeiros) entre os com recorrência, os do tipo 5 (relações interpessoais) entre os com remissão ou recorrência e os do tipo 6 (conflitos familiares/conjugais) nos grupos de remissão ou recorrência.

Em resumo, os resultados relativos ao segundo objetivo do estudo revelaram o seguinte:

- a) Os dados revelaram variabilidade, permitindo comparações entre grupos de variáveis.
- b) Não houve diferença significativa quanto à prevalência de depressão nas duas medidas, mas houve diferentes condições de evolução da sintomatologia depressiva entre as medidas do estudo. Chamam a atenção o percentual de novos casos identificados, o percentual de recorrência da depressão e também o de remissão dos sintomas.
- c) Ambas as medidas de saúde percebida associaram significativamente com depressão na segunda medida. Também foi significativa a associação de depressão na segunda medida com queixas e doenças relacionadas aos sistemas cardiovascular, gastro-intestinal e genito-urinário.
- d) Na segunda medida foi observada associação entre baixo suporte social total e nos itens 2 (“Você diria que encontra e conversa com amigos e familiares”) e 3 (“Você teria facilidade em encontrar pessoas que possam te ajudar nos seus afazeres se estiver doente”) com depressão.
- e) Na segunda medida, houve associação significativa entre depressão e número de eventos vividos e entre depressão e eventos do tipo 2 (situações que atingem os familiares), do tipo 5 (relações interpessoais ou mudança em papéis) e do tipo 6 (conflitos familiares).
- f) O grupo que continuou livre de depressão na segunda medida teve as seguintes características: sexo masculino; menor número de queixas e doenças auto-relatadas; melhor saúde percebida; pontuação mais alta em suporte social; menor número de eventos estressantes, e em especial menos eventos dos tipos 2 (situações que atingem os familiares), 4 (problemas financeiros), 5 (relações interpessoais e papéis sociais), e 6 (conflitos familiares).

- g) O grupo de novos casos (incidência) caracterizou-se por ter maior percentual de mulheres, pior saúde percebida e mais eventos do tipo 2 (situações que atingem os familiares). Contudo foi significativo o percentual de indivíduos desse grupo que consideram ter alto suporte social percebido.
- h) O grupo que demonstrou remissão de sintomas depressivos teve maior percentual de homens, maiores índices de saúde percebida, percentual significativo de alto suporte social, vivenciou menos eventos estressantes do tipo 2 (situações que atingem os familiares) e 4 (problemas financeiros), mais viveu mais eventos dos tipos 5 (relações interpessoais e engajamento) e 6 (conflitos familiares).
- i) O grupo que demonstrou recorrência apresentou maior frequência de mulheres, maior número de doenças, pior saúde auto-relatada, média mais baixa em suporte social e maior frequência de suporte social baixo. Relatou maior número de eventos estressantes e, em especial eventos do tipo 2 (situações que atingem os familiares), 4 (problemas financeiros), 5 (relações interpessoais e engajamento) e 6 (conflitos familiares).

7. Identificação de perfis de risco para sintomatologia depressiva nos tempos 1 e 2 .

Inicialmente são apresentados os resultados das análises de regressão logística univariada e multivariada para estudar a relação das variáveis com a depressão na primeira medida. Foi utilizado o critério *Stepwise* de seleção de variáveis na análise multivariada. As variáveis contínuas foram categorizadas pelos valores de seus quartis em: valores baixos (abaixo do 1º quartil), médios (valores entre o 1º e o 3º quartil) e altos (valores acima do 3º quartil).

Tabela 23. Resultados da análise de regressão logística univariada para depressão na primeira medida do estudo.

Variável	Categorias	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.*
Sexo	Masculino	---	1.00	---
	Feminino	0.005	1.59	1.15 – 2.20
Idade (anos)	70-79	---	1.00	---
	<70	0.005	1.56	1.14 – 2.13
	≥80	0.101	1.38	0.94 – 2.03
Escolaridade	Superior / Médio	---	1.00	---
	Ginasial	0.110	1.41	0.93 – 2.15
	Analfabeto / Primário	0.033	1.41	1.03 – 1.94
Saúde Percebida (T1)	Muito Boa / Excelente	---	1.00	---
	Boa	<0.001	2.07	1.42 – 3.01
Número de Doenças	Razoável / Péssima	<0.001	3.89	2.63 – 5.77
	0-2	---	1.00	---
	3-4	0.091	1.36	0.95 – 1.94
Número de Eventos Estressantes	≥5	<0.001	2.72	1.93 – 3.84
	0	---	1.00	---
	1-2	<0.001	1.94	1.36 – 2.78
Eventos Estressantes Tipo 1 (Perda Entes Queridos)	≥3	<0.001	2.84	1.99 – 4.05
	Não	---	1.00	---
Eventos Estressantes Tipo 2 (Situações Familiares)	Sim	0.056	1.32	0.99 – 1.74
	Não	---	1.00	---
Eventos Estressantes Tipo 3 (Eventos Pontuais)	Sim	<0.001	1.78	1.31 – 2.42
	Não	---	1.00	---
Eventos Estressantes Tipo 4 (Financeiro)	Sim	0.029	1.71	1.06 – 2.78
	Não	---	1.00	---
Eventos Estressantes Tipo 5 (Relações Interpessoais)	Sim	0.011	1.70	1.13 – 2.55
	Não	---	1.00	---
Eventos Estressantes Tipo 6 (Conflitos Familiares)	Sim	<0.001	2.61	1.84 – 3.69
	Não	---	1.00	---
Eventos Estressantes Tipo 7 (Cuidar Entes Queridos)	Sim	<0.001	2.68	1.59 – 4.54
	Não	---	1.00	---
Eventos Estressantes Tipo 8 (Problemas de Saúde)	Sim	0.643	0.89	0.54 – 1.47
	Não	---	1.00	---
Suporte Social Percebido	Alto	---	1.00	---
	Médio	0.094	1.35	0.95 – 1.92
	Baixo	<0.001	2.59	1.85 – 3.62

*IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Pelos resultados da análise univariada, verifica-se que as condições de maior risco para depressão na primeira medida são: ser do sexo feminino, ter menos que 70 anos, ter nível mais baixo de escolaridade (analfabeto e primário), ter pior saúde percebida (boa, razoável e péssima), ter maior número de doenças (5 ou mais), identificar maior número de eventos estressantes (1 ou mais), ter vivido eventos estressantes dos tipos 2, 3, 4, 5, 6 e 8 e ter baixa percepção de suporte social.

Tabela 24. Resultados da análise de regressão logística multivariada para depressão na primeira medida do estudo.

Variável	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.*
Saúde Percebida (T1)	Muito Boa / Excelente	---	1.00	---
	Boa	<0.001	2.04	1.36 – 3.05
	Razoável / Péssima	<0.001	3.04	1.96 – 4.69
Eventos Estressantes Tipo 5 (Relações Interpessoais)	Não	---	1.00	---
	Sim	<0.001	2.08	1.43 – 3.02
Suporte Social Percebido	Alto	---	1.00	---
	Médio	0.254	1.24	0.86 – 1.80
	Baixo	<0.001	1.96	1.37 – 2.80
Número de Doenças	0-2	---	1.00	---
	3-4	0.709	1.08	0.73 – 1.58
	≥5	0.002	1.82	1.24 – 2.67
Eventos Estressantes Tipo 6 (Conflitos Familiares)	Não	---	1.00	---
	Sim	0.007	2.25	1.25 – 4.04
Idade (anos)	70-79	---	1.00	---
	<70	0.004	1.66	1.18 – 2.34
	≥80	0.080	1.45	0.96 – 2.19

*IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco. Critério de seleção de variáveis: *Stepwise*.

Pelos resultados da análise multivariada para depressão, verifica-se que foram significativas conjuntamente para definição do perfil de indivíduos com depressão na primeira medida as variáveis: saúde percebida, eventos estressantes dos tipos 5 e 6, suporte social percebido, número de doenças e idade. Os indivíduos com maior risco de depressão são os que relataram: nível baixo de saúde percebida, eventos estressantes do tipo “relações interpessoais”, baixo suporte social percebido, alto número de doenças, presença de eventos estressantes do tipo “conflitos familiares” e ter menos de 70 anos.

As Tabelas 25 e 26 apresentam os resultados das análises de regressão logística univariada e multivariada para estudar a relação das variáveis da primeira medida com a depressão na segunda medida, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis na análise multivariada. Não foi incluída a variável saúde percebida em T2 (pertencente à segunda medida), visto que não houve diferença significativa nas relações com saúde percebida em T1.

Tabela 25. Resultados da análise de regressão logística univariada para depressão na segunda medida do estudo.

Variável	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.*
Sexo	Masculino	---	1.00	---
	Feminino	0.002	2.54	1.40 – 4.61
Idade (anos)	70-79	---	1.00	---
	<70	0.757	0.92	0.54 – 1.56
	≥80	0.341	1.37	0.72 – 2.62
Escolaridade	Superior / Médio	---	1.00	---
	Ginasial	0.048	2.06	1.01 – 4.21
	Analfabeto / Primário	<0.001	2.63	1.50 – 4.59
Depressão (T1)	Não	---	1.00	---
	Sim	<0.001	4.66	2.81 – 7.73
Saúde Percebida (T1)	Muito Boa / Excelente	---	1.00	---
	Boa	0.513	1.24	0.65 – 2.34
	Razoável / Péssima	<0.001	4.38	2.27 – 8.45
Número de Doenças	0-2	---	1.00	---
	3-4	0.052	1.81	0.99 – 3.30
	≥5	<0.001	2.75	1.51 – 5.01
Número de Eventos Estressantes	0	---	1.00	---
	1-2	0.432	1.27	0.70 – 2.33
	≥3	0.006	2.26	1.26 – 4.06
Eventos Estressantes Tipo 1 (Perda Entes Queridos)	Não	---	1.00	---
	Sim	0.052	1.60	0.99 – 2.57
Eventos Estressantes Tipo 2 (Situações Familiares)	Não	---	1.00	---
	Sim	0.008	1.99	1.20 – 3.31
Eventos Estressantes Tipo 3 (Eventos Pontuais)	Não	---	1.00	---
	Sim	0.294	1.51	0.70 – 3.23
Eventos Estressantes Tipo 4 (Financeiro)	Não	---	1.00	---
	Sim	0.303	1.44	0.72 – 2.87
Eventos Estressantes Tipo 5 (Relações Interpessoais)	Não	---	1.00	---
	Sim	0.005	2.31	1.29 – 4.14
Eventos Estressantes Tipo 6 (Conflitos Familiares)	Não	---	1.00	---
	Sim	0.030	2.71	1.10 – 6.65
Eventos Estressantes Tipo 7 (Cuidar Entes Queridos)	Não	---	1.00	---
	Sim	0.986	0.99	0.44 – 2.22
Eventos Estressantes Tipo 8 (Problemas de Saúde)	Não	---	1.00	---
	Sim	0.054	1.64	0.99 – 2.70
Suporte Social Percebido	Alto	---	1.00	---
	Médio	0.483	0.80	0.43 – 1.50
	Baixo	0.006	2.17	1.25 – 3.76

* OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Depressão (n=202 Sem Depressão e n=108 Com Depressão).
 IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

As condições de maior risco para depressão na segunda medida foram: ser do sexo feminino; ser analfabeto ou apenas possuir o primário; ter sido identificado com depressão na primeira medida (T1); ter pior percepção da saúde (razoável ou péssima); ter relatado cinco ou

mais doenças; ter vivido três ou mais eventos estressantes; ter vivido eventos do tipo 2, 5, 6; ter baixa percepção do suporte social.

Tabela 26. Resultados da análise de regressão logística multivariada para depressão na segunda medida do estudo.

Variável	Categorias	Valor-P	O.R.*	IC 95% O.R.*
Depressão (T1)	Não	---	1.00	---
	Sim	<0.001	4.14	2.40 – 7.14
Saúde Percebida (T1)	Muito Boa / Excelente	---	1.00	---
	Boa	0.888	1.05	0.53 – 2.10
	Razoável / Péssima	<0.001	3.49	1.71 – 7.14
Sexo	Masculino	---	1.00	---
	Feminino	0.004	2.63	1.35 – 5.11
Eventos Estressantes Tipo 2 (Situações que afetam Famíliares)	Não	---	1.00	---
	Sim	0.024	1.95	1.09 – 3.48

* OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Depressão (n=202 Sem Depressão e n=107 Com Depressão).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco. Critério de seleção de variáveis: *Stepwise*.

Pelos resultados da análise multivariada para depressão, verifica-se que foram significativas conjuntamente para definição do perfil de indivíduos com depressão na segunda medida as variáveis: depressão na primeira medida, saúde percebida, sexo feminino e evento estressante do tipo 2. Os indivíduos com maior risco de depressão são os com: depressão na primeira medida (risco 4.1 vezes maior), baixa saúde percebida (risco 3.5 vezes maior para os com razoável/péssima saúde percebida), sexo feminino (risco 2.6 vezes maior), e presença de evento estressante do tipo “situações familiares” (risco 2.0 vezes maior).

Em resumo:

- Os indivíduos com maior risco de depressão na primeira medida foram os com: média ou baixa saúde percebida, presença de eventos estressantes do tipo “relações interpessoais e engajamento”, baixo suporte social percebido, alto número de doenças, presença de eventos estressantes do tipo “conflitos familiares”, e pertencer à faixa etária entre 60-69 anos.
- Os indivíduos com maior risco de depressão na segunda medida foram os com: depressão em T1, baixa saúde percebida, sexo feminino e presença de evento estressante do tipo “situações que afetam os familiares”.
- Observa-se que as condições “faixa etária entre 60-69 anos”, “média ou baixa saúde percebida”, “baixo suporte social percebido”, “alto número de doenças” e eventos do tipo “relações interpessoais e mudança em papéis” foram significativas

para a determinação do perfil de risco para depressão na primeira medida, mas não para a depressão na segunda.

8. Comparação do desempenho dos idosos nas sub-escalas da CES-D da primeira e na segunda medidas.

A Tabela 27 apresenta as comparações entre as pontuações da amostra nos fatores da CES-D na primeira (T1) e segunda medidas (T2). Observa-se um aumento significativo do escore do fator 2 (Dificuldades de iniciar comportamentos) e uma redução significativa do escore do fator 3 (Afetos Positivos) na CES-D entre T1 e T2. Ressalta-se, entretanto que, a pontuação no fator 3 é invertida, e assim, a interpretação da redução observada significa melhora nos afetos positivos.

Tabela 27. Estatísticas da amostra quanto à pontuação na CES-D e nos fatores na primeira e segunda medidas.

	N	Média	D.P	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor*
CES-D total em T1	310	11.04	10.18	0	8	53	
CES-D total em T2	310	10.19	8.61	0	8	44	
Diferença entre T1 e T2	310	-0.85	9.12	-32	0	35	p=0.061
Fator 1 em T1	310	2.98	4.89	0	1	24	
Fator 1 em T2	310	2.83	4.17	0	1	23	
Diferença entre T1 e T2	310	-0.15	4.56	-20	0	21	p=0.958
Fator 2 em T1	310	1.85	2.92	0	0	13	
Fator 2 em T2	310	2.24	2.84	0	1	15	
Diferença entre T1 e T2	310	<u>0.39</u>	3.03	-10	0	15	p=0.013
Fator 3 em T1	310	5.40	3.48	0	5	12	
Fator 3 em T2	310	4.23	3.01	0	4	12	
Diferença entre T1 e T2	310	<u>-1.17</u>	4.07	-12	-1	8	p<0.001

* p-valor referente ao teste de Wilcoxon .

As Tabelas 28, 29 e 30 apresentam as comparações dos escores da CES-D total e nos fatores nas duas medidas segundo critérios de gênero e idade. A Tabela 28 descreve e compara a pontuação intra-gênero. A Tabela 29 apresenta as comparações inter-gênero. A Tabela 30 descreve e compara a pontuação intra-grupo etário. Não houve diferenças significativas nas pontuações inter-grupos etários, por isso suas estatísticas estão apresentadas no Anexo 11.

Tabela 28. Estatísticas da amostra quanto à pontuação na CES-D e nos fatores na primeira e segunda medidas, pelo critério de gênero.

	N	Média	D.P	Mediana	p-valor*
Sexo Masculino					
CES-D total em T1	82	9,28	7.98	7.00	
CES-Dtotal em T2	82	7,70	7.16	6.00	
Diferença entre T1 e T2	82	-1,59	8.38	-1.00	p= 0.058
Fator 1 em T1	82	1,55	3.01	0.00	
Fator 1 em T2	82	1,63	2.90	0.00	
Diferença entre T1 e T2	82	0,09	3.02	0.00	p= 0.644
Fator 2 em T1	82	1,50	2.67	0.00	
Fator 2 em T2	82	1,70	2.57	1.00	
Diferença entre T1 e T2	82	0,20	3.18	0.00	p= 0.555
Fator 3em T1	82	5,44	3.62	5.00	
Fator 3em T2	82	3,76	3.03	3.00	
Diferença entre T1 e T2	82	<u>-1.68</u>	4.32	-2.00	p= 0.001
Sexo Feminino					
CES-D total em T1	228	11,67	10.81	8.00	
CES-Dtotal em T2	228	11,08	8.92	9.00	
Diferença entre T1 e T2	228	-0.58	9.38	0.00	p= 0.277
Fator 1 em T1	228	3,50	5.28	1.00	
Fator 1 em T2	228	3,26	4.47	1.50	
Diferença entre T1 e T2	228	-0,24	5.00	0.00	p= 0.756
Fator 2 em T1	228	1,98	3.00	0.00	
Fator 2 em T2	228	2,44	2.91	1.00	
Diferença entre T1 e T2	228	<u>0,46</u>	2.98	0.00	p= 0.009
Fator 3 em T1	228	5,38	3.43	5.00	
Fator 3em T2	228	4,40	3.00	4.00	
Diferença entre T1 e T2	228	<u>-0.98</u>	3.96	-1.00	p<0.001

* Valor-P referente ao teste de Wilcoxon para amostras relacionadas para comparação das variáveis entre os tempos T1 e T2.

Observa-se redução significativa (ou melhora dos sintomas) no fator 3 entre os homens e mulheres e piora no escore do fator 2 (“Dificuldades de iniciar comportamentos) entre as mulheres.

Tabela 29. Comparação das médias dos escores da CES-D total e nos fatores pelo critério de gênero.

	Sexo Masculino			Sexo Feminino			p-valor*
	N	Média	D.P	N	Média	D.P	
CES-D total em T1	82	9,28	7.98	228	11,67	10.81	p=0.253
CES-D total em T2	82	7,70	7.16	228	<u>11,08</u>	8.92	p=0.001*
Diferença entre T1 e T2	82	-1,59	8.38	228	-0.58	9.38	p=0.334
Fator 1 em T1	82	1,55	3.01	228	<u>3,50</u>	5.28	p=0.004*
Fator 1 em T2	82	1,63	2.90	228	<u>3,26</u>	4.47	p=0.001*
Diferença entre T1 e T2	82	0,09	3.02	228	-0,24	5.00	p=0.835
Fator 2 em T1	82	1,50	2.67	228	1,98	3.00	p=0.189
Fator 2 em T2	82	1,70	2.57	228	<u>2,44</u>	2.91	p=0.034*
Diferença entre T1 e T2	82	0,20	3.18	228	0,46	2.98	p=0.478
Fator 3 em T1	82	5,44	3.62	228	5,38	3.43	p=0.959
Fator 3 em T2	82	3,76	3.03	228	4,40	3.00	p=0.066
Diferença entre T1 e T2	82	-1,68	4.32	228	-0,98	3.96	p=0.261

*Valor-p referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos escores entre os gêneros.

As médias da CES-D total em na segunda medida (T2), do escore no fator 1 na primeira e segunda medidas (T1 e T2) e do escore do fator 2 na segunda medida (T2) foram estatisticamente maiores para as mulheres em comparação com os homens.

Tabela 30. Estatísticas da amostra quanto à pontuação na CES-D e nos fatores na primeira e segunda medida, por faixas etárias.

	N	Média	D.P	Mediana	p-valor*
60- 69 anos					
CES-D total em T1	142	11,95	10.92	8.00	
CES-D total em T2	142	10,00	8.78	7.00	
Diferença entre T1 e T2	142	<u>-1,95</u>	8.73	-1.00	p= 0.012
Fator 1 em T1	142	3,27	5.02	1.00	
Fator 1 em T2	142	2,59	3.84	1.00	
Diferença entre T1 e T2	142	-0,68	4.26	0.00	p= 0.133
Fator 2 em T1	142	2,23	3.36	0.00	
Fator 2 em T2	142	2,44	3.11	1.00	
Diferença entre T1 e T2	142	0,21	3.01	0.00	p=0.189
Fator 3 em T1	142	5,44	3.41	5.00	
Fator 3em T2	142	4,04	3.04	3.00	
Diferença entre T1 e T2	142	<u>-1,40</u>	3.91	-1.50	p<0.001
70-79 anos					
CES-D total em T1	108	10,24	9.98	7.00	
CES-D total em T2	108	10,41	8.85	8.00	
Diferença entre T1 e T2	108	0,17	9.63	1.00	p=0.895
Fator 1 em T1	108	2,69	4.95	0.00	
Fator 1 em T2	108	2,94	4.58	1.00	
Diferença entre T1 e T2	108	0,25	4.86	0.00	p =0.339
Fator 2 em T1	108	1,45	2.49	0.00	
Fator 2 em T2	108	2,24	2.54	1.50	
Diferença entre T1 e T2	108	<u>0,79</u>	3.09	0.00	p =0.003
Fator 3em T1	108	5,48	3.70	4.00	
Fator 3em T2	108	4,31	2.88	4.00	
Diferença entre T1 e T2	108	<u>-1,17</u>	4.31	-1.00	p =0.009
> 80 anos					
CES-D total em T1	60	10,30	8.61	9.00	
CES-D total em T2	60	10,23	7.89	9.50	
Diferença entre T1 e T2	60	-0,07	8.95	-1.00	p=0.553
Fator 1 em T1	60	2,82	4.34	1.00	
Fator 1 em T2	60	3,20	4.19	1.00	
Diferença entre T1 e T2	60	0,38	4.60	0.00	p=0.318
Fator 2 em T1	60	1,68	2.39	1.00	
Fator 2 em T2	60	1,78	2.68	0.50	
Diferença entre T1 e T2	60	0,10	2.94	0.00	p=0.628
Fator 3 em T1	60	5,15	3.26	5.00	
Fator 3em T2	60	4,53	3.20	4.00	
Diferença entre T1 e T2	60	-0,62	4.00	-1.00	p=0.228

*Valor-P referente ao teste de Wilcoxon para amostras relacionadas para comparação das variáveis entre os tempos T1 e T2.

Houve diminuição significativa no escore total da CES-D entre as medidas para a faixa etária de 60-69 anos. Observou-se também uma redução do escore no fator 3 (o que corresponde a melhora dos sintomas) entre os tempos para as faixas etárias de 60-69 e 70-79 anos e aumento

significativo (ou piora nos sintomas) do escore do fator 2 entre os tempos T1 e T2 para a faixa etária de 70-79 anos.

A comparação das médias nos escores entre as faixas etárias foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis, que demonstrou não haver diferença significativa das médias entre as idades. Os dados dessa comparação estão apresentados no Anexo 10.

Em resumo:

- a) Para a amostra como um todo, foram significativas as mudanças na pontuação dos indivíduos no fator 2 e 3 da CES-D. Ou seja, houve aumento na pontuação em itens que refletem aspectos volitivos e somáticos da depressão (“Dificuldades de iniciar comportamentos”) e aumento nos itens que refletem “afetos positivos” entre as duas medidas.
- b) Entre as mulheres, observou-se piora nos itens volitivos e somáticos (Fator 2- “Dificuldades de iniciar comportamentos”) e melhora nos “afetos positivos” (fator 3 da CES-D) . Entre os homens, houve apenas melhora nos sintomas do fator 3.
- c) Comparando os gêneros, as mulheres pontuaram mais alto do que os homens no escore total, no fator 1 (“Afetos Negativos”) em ambas as medidas, e no fator 2 (“Dificuldades de iniciar comportamentos”) no tempo 2.
- d) Observa-se melhora significativa no escore total da CES-D entre as medidas para a faixa etária de 60-69 anos, juntamente com melhora nos “Afetos positivos”; na faixa etária 70-79 anos houve aumento significativo no escore do fator 2 e melhora dos sintomas do fator 3 (“Afetos positivos”). Não houve diferença significativa na evolução dos escores médios da escala e dos fatores no grupo com mais de 80 anos.
- e) Apesar das mudanças intra-grupo etário (nas faixas de 60-69 anos e 70-79 anos) e intra-gênero, essas mudanças não se refletiram em mudanças que pudessem diferenciar os grupos etários entre si, ou seja, diferenças nas mudanças inter-grupos entre as medidas do estudo.

DISCUSSÃO

O presente estudo deu continuidade à linha de investigação de indicadores de validade para a escala de depressão CES-D entre idosos brasileiros residentes na comunidade, iniciada com uma pesquisa em que foi identificada uma nota de corte para essa medida, em comparação com a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), e foi derivada uma estrutura fatorial para ela. A confiabilidade interna da CES-D foi analisada, assim como a dos fatores que emergiram na amostra brasileira. Além disso, procedeu-se à análise da prevalência de sintomas depressivos segundo critérios de gênero e idade e em comparação com variáveis psicossociais (Batistoni, Neri e Cupertino, 2007).

Ampliou-se o escopo da investigação do comportamento psicométrico da CES-D, com base em dados gerados por uma segunda leva de medidas realizada 16 meses após a tomada de linha de base. Da segunda medida participaram 310 dos idosos que haviam integrado a amostra inicial do PENSA. O primeiro objetivo foi verificar a reprodutibilidade da CES-D e para tanto foram realizadas análise fatorial confirmatória e análises de confiabilidade interna para a escala como um todo e para seus fatores. A seguir, o estudo buscou analisar o comportamento da variável sintomas depressivos em duas medidas sucessivas da mesma amostra (N = 310) e as características da evolução das relações entre sintomas depressivos considerando covariáveis reconhecidas como importantes na determinação de sintomas depressivos na velhice: experiência de eventos estressantes, saúde percebida e suporte social percebido. Interessou também analisar a evolução nas pontuações médias dos idosos nas subescalas da CES-D comparando os resultados entre os gêneros e faixas etárias.

Existem limitações à generalização dos dados, porque a amostra do PENSA não foi selecionada segundo critérios de amostragem probabilística, mas mesmo assim esta pesquisa representa uma contribuição ao conhecimento sobre a CES-D e sobre a evolução dos sintomas depressivos entre homens e mulheres idosos de diferentes idades. Os dados obtidos sugerem que a CES-D é um instrumento útil para o rastreamento da depressão e para a tomada de decisões sobre níveis de intervenção visando ao controle da moléstia em indivíduos e em populações.

Os procedimentos de Análise Fatorial Confirmatória demonstraram a reprodutibilidade da estrutura fatorial gerada anteriormente por meio de Análise Fatorial Exploratória. Na estrutura de três fatores que se confirmou, o primeiro fator (“Afetos Negativos”) manteve-se explicando a maior parte da variabilidade dos dados. Esse fator reúne os itens mais representativos dos

sintomas essenciais dos transtornos depressivos (humor deprimido e perda de prazer em atividades) e distingue-se do fator composto por itens de caráter volitivo e somático (denominado de “Dificuldades de iniciar comportamentos”), ou de itens que refletem bem-estar, satisfação ou “Afetos positivos”, estes opostos aos itens do primeiro fator.

A estrutura fatorial original da CES-D, gerada em sua validação para populações adultas jovens (Radloff, 1977), contém quatro fatores: Afetos depressivos, Afetos positivos, Queixas somáticas e Sintomas Interpessoais. Entretanto, vários autores demonstraram que, apesar de semelhantes fatores comporem o construto depressão, essa estrutura não se sustenta entre diferentes grupos culturais, étnicos e etários (Chapleski et al. 2007; Lin, 1989). Os sintomas volitivos e somáticos comportam-se de forma diferente entre idosos, apresentando-se sozinhos, como um segundo fator na explicação da variabilidade, ou misturando-se a itens de afetos depressivos. O presente estudo corrobora esse dado, visto que esse conjunto de sintomas foi o segundo fator explicativo da variância dos dados. No estudo de Silveira e Jorge (2000) com jovens e adolescentes brasileiros, a maioria dos itens correspondentes aos aspectos volitivos e somáticos agruparam-se no terceiro fator, diferentemente do que ocorreu com os idosos do presente trabalho. Esse dado é sugestivo de que os sintomas volitivos e somáticos são mais explicativos da depressão entre idosos do que entre jovens.

Os Sintomas Interpessoais (quarto fator da estrutura original de Radloff, 1977) não se mantém como um fator específico entre idosos, ora devido à falta de variabilidade das respostas, ora por associar-se a itens de Afetos depressivos (Davey et al., 2004). Krause, Liang e Yatomi (1989) também encontraram uma estrutura de três fatores entre idosos e, ao testarem a estrutura de Radloff, identificaram que os Sintomas Interpessoais apresentaram médias e variâncias mais baixas. Na Análise Fatorial Exploratória realizada para gerar o modelo fatorial testado nesse estudo, um sintoma interpessoal bem característico (item 15) foi mantido no quarto fator que não foi interpretado devido ao seu baixo poder explicativo. Por outro lado, outro sintoma interpessoal característico (item 19) correlacionou-se significativamente no Fator 1 (Afetos Negativos, dimensão equivalente ao denominado “Afetos depressivos” nos estudos internacionais), tendência essa ressaltada por Davey e colaboradores (2004). No estudo de Silveira e Jorge (2000), esses itens interpessoais aparecem no segundo fator da estrutura fatorial, parecendo serem mais relevantes à explicação da depressão entre jovens e adolescentes do que entre idosos. Há diferenças adicionais entre os grupos de jovens e idosos. No presente trabalho, o fator representativo da dimensão “Afetos Positivos” manteve-se como terceiro fator explicativo da

variância. No estudo de Silveira e Jorge (2000) com jovens brasileiros, a dimensão “Bem-estar”, equivalente a “Afetos positivos”, foi o quarto fator explicativo da variância

Outro indicador de confiabilidade da CES-D entre idosos foi dado pelo índice de consistência interna da escala na segunda medida realizada (T2). A Psicometria preconiza que, via de regra, instrumentos que comparam o mesmo grupo no tempo visando a avaliar mudança no curso da condição estudada, ou visando a tomar decisões clínicas, precisam alcançar consistência interna indicada pelo alfa de Cronbach correspondente a 0.90 ou a um valor que varie pelo menos entre 0.50 e 0.70 quando são feitas comparações entre medidas sucessivas ou entre grupos (Ware, 1984). O alfa de Cronbach alcançado pelos itens na segunda medida de depressão do mesmo grupo de 310 idosos foi de 0.82, sugerindo confiabilidade satisfatória.

Foi verificada também a consistência interna dos três fatores da CES-D. O primeiro fator (“Afetos Negativos”) demonstrou confiabilidade intermediária ($\alpha = 0.77$) e os demais demonstraram confiabilidade baixa, sugerindo que não devem ser usados como escalas independentes, pois seus resultados ganham sentido apenas no contexto do construto depressão. Como evidência adicional de confiabilidade da CES-D, a análise da prevalência de sintomas depressivos entre as duas medidas não demonstrou diferença significativa (cerca de 34%). Tal fato é sugestivo de que a CES-D foi capaz de reproduzir a prevalência de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade.

Refletindo sobre a necessidade de possíveis modificações na escala, observou-se que o item 4 da CES-D foi o que demonstrou menor consistência com os demais itens. Sua retirada eleva a consistência do fator 3 (“Afetos positivos”) tornando sua confiabilidade intermediária ($\alpha = 0.61$). O Teste de Wald, realizado no contexto dos procedimentos de Análise Fatorial Confirmatória, também indicou que a retirada do item 4 não afetaria significativamente a estrutura fatorial da escala. No estudo de Silveira e Jorge (2000) esse item também não demonstrou bom funcionamento, visto que, juntamente com o item 2, teve as menores correlações com os demais. É provável que a tradução desse item para o português não tenha refletido semanticamente bem o conteúdo a ser expresso e que tenha gerado dificuldades para respondê-lo. Investigações futuras devem incluir nova redação desse item de forma a melhorar seu funcionamento semântico.

O presente trabalho buscou também compreender a presença de sintomas depressivos a partir de suas associações com diferentes condições e realidades sócio-demográficas e psicossociais. Relações causais entre elas são difíceis de serem estabelecidas, mas em lugar disso

é fácil verificar a co-ocorrência de depressão e de condições desvantajosas das mais diferentes naturezas (Rozzini et al, 1997). Neste trabalho, investigamos depressão entre homens e mulheres idosos de diferentes idades e níveis de escolaridade e renda, com diferentes condições de suporte social e saúde, e com diversas experiências de eventos estressantes. Havia mais mulheres e idosos de 60 a 69 anos na amostra. Entretanto, observou-se variabilidade suficiente em todas as variáveis, o que reflete a própria heterogeneidade do processo de envelhecer. Essa heterogeneidade por si constitui um dado relevante.

Os dados de saúde coletados revelam aspectos interessantes do envelhecimento. Apesar da presença de um número relativamente alto de doenças auto-relatadas, observou-se que a percepção da própria saúde foi, de modo geral, boa. Cerca de 70% dos idosos consideraram sua saúde como excelente, boa ou muito boa. Cerca de 30% avaliou a saúde como regular ou péssima, dado esse que se compara ao percentual de idosos que relataram cinco ou mais queixas ou doenças. Contudo, os estudos e a experiência cotidiana indicam que, em níveis mais negativos de saúde objetiva há maior reciprocidade entre as avaliações subjetivas e objetivas que os indivíduos fazem da própria saúde. Doenças debilitantes e incapacitantes fornecem dados ou pistas fisiológicas e funcionais para que o indivíduo julgue sua saúde e a sua qualidade de vida (Pinquart, 2005).

Percepção da própria saúde é um dado cada vez mais valorizado na pesquisa gerontológica, uma vez que é relacionada a percepção de bem-estar, qualidade de vida, funcionalidade e velhice bem-sucedida. Por exemplo, os estudos de Strawbridge, Walhagen e Cohen (2002) comparando os parâmetros objetivos de velhice bem-sucedida dos pesquisadores Rowe e Kahn de 1998 com as definições subjetivas dos idosos mostraram que essas últimas foram mais preditivas de medidas de bem-estar. Levy, Slade e Kasl (2002) examinaram os benefícios longitudinais de auto-percepções positivas do envelhecimento sobre a funcionalidade de idosos e encontram associações positivas entre essas variáveis. Seus dados sugerem que o modo como os indivíduos percebem seu próprio envelhecimento afeta sua saúde funcional.

Os tipos de queixas e doenças mais relatados foram os que acometem os sistemas cardiovascular, gastro-intestinal, endócrino-metabólico e osteoarticular. Ao comparar as frequências entre os gêneros, as mulheres diferiram dos homens, pois relataram mais doenças de modo geral e mais doenças posteriormente classificadas como cardiovasculares, gastro-intestinais e osteoarticulares. Por exemplo, os itens relativos a "inchaço nas pernas" e a "cansaço" foram categorizados como cardiovasculares, o que pode ter contribuído para inflar a frequência de

doenças dessa natureza entre as mulheres. Da mesma forma, verbalizações tais como dores de estômago e gastrite foram categorizadas como doenças gastro-intestinais e podem ser apenas sintomas somáticos isolados, ou formas de as mulheres idosas se queixarem de depressão. Assim, estes resultados talvez tenham refletido mais a forma de coleta de dados do que a realidade.

Outras diferenças entre os gêneros também se verificaram. Houve maior frequência de mulheres viúvas, com baixas escolaridade e renda do que homens na mesma condição. Mulheres sozinhas e empobrecidas têm grande chance de virem a depender economicamente de filhos e outros parentes, condições que tendem a associar-se com baixo nível de bem-estar subjetivo, principalmente se tiverem número alto de comorbidades e incapacidade funcional (Neri, 2001; Neri, 2007).

Outro reflexo da influência de pertencimento a uma dada coorte é a menor escolaridade dos idosos acima de 80 anos. Este dado reflete as restrições em oportunidades educacionais ocorridas no contexto brasileiro do início e até meados do século XX (Camarano, 2002). O grupo de mais de 80 anos também se diferenciou por maior frequência de viúvos e por mais acometimentos cardiovasculares e neurológicos (que envolveram acometimentos dos sentidos). Estes dados são condizentes com o que é esperado e normativo para esse grupo. A vivência de eventos relacionados a finanças também diferenciou-se, sendo mais frequente entre os idosos mais novos, talvez refletindo uma situação normativa, na medida em que esses idosos ainda estão envolvidos com papéis da vida adulta, tais como chefia familiar, trabalho e provisão de recursos à família.

Ao buscar as associações de gênero e idade com sintomas depressivos em T2, 16 meses depois da tomada da primeira medida (T1), os dados indicaram maior frequência de sintomas entre as mulheres e entre os de menor escolaridade. Visto que houve maior número de mulheres com baixa escolaridade, acreditamos que a relação entre menor escolaridade com depressão seja um efeito sobreposto com a variável gênero. A escolaridade tomada isoladamente não é grande fator de risco para depressão entre as coortes hoje idosas (Cole & Dendukuri, 2003). Takkinen e colaboradores (2004) mostram diferenças de gênero quanto à prevalência de depressão, apontando que gênero feminino é uma condição desvantajosa no que se refere a sintomas depressivos. Os autores também encontraram que gênero feminino associou-se a aumento dos sintomas no tempo. Ser mulher está associado a uma grande quantidade de fatores de risco, entre os quais baixa escolaridade, pobreza e presença de comorbidades.

A percepção subjetiva da própria da saúde foi medida nos dois momentos de coleta de dados (T1 e T2). Pior percepção (atribuição das categorias “razoável ou péssima”) associou-se a presença de sintomas depressivos nas duas medidas. Não houve diferenças significativas entre elas. Apesar de este estudo não ter explorado mudanças objetivas em saúde entre as medidas, esse dado corrobora, em parte, o que revisou Pinquart (2001) de que a saúde auto-percebida não necessariamente declina na velhice, a não ser em indivíduos que vivenciam níveis mais negativos ou condições extremas de saúde objetiva.

Tipos particulares de queixas e doenças relacionaram-se à presença de sintomas depressivos. A literatura tem constantemente mostrado a relação existente entre doenças cardiovasculares e depressão (Choi e Bohmane, 2007). Entretanto, foi intrigante a associação de depressão com queixas gastro-intestinais e gênilo-urinárias. Talvez a explicação seja que órgãos do sistema gastro-intestinal são considerados órgãos de descarga psicossomática, mais freqüentemente relacionados à presença de preocupações ou ansiedade. Por outro lado, sabe-se que acometimentos gênilo-urinários estão relacionados à diminuição da vida social e maior restrição dos indivíduos ao ambiente doméstico. Futuras investigações podem aprofundar no entendimento de tais associações, visto que talvez as características do instrumento utilizado não permitiram análises mais aprofundadas. Inclusive esperava-se que doenças endócrino-metabólicas e osteoarticulares se associassem a depressão, como literatura tem apontado (Lyness et al, 2006), o que não ocorreu.

Suporte social tem sido considerado pela literatura como um fator de proteção em relação à depressão. Possuir redes de suporte deficitárias e baixa percepção do suporte disponível expõem os indivíduos a maior vulnerabilidade a estados depressivos. Neste trabalho, observou-se associação entre baixo suporte social percebido e depressão na segunda medida. Os itens da escala de suporte social representativos de tipos diferentes de suporte associaram-se também à depressão. Os itens relativos às funções afetivas ou a senso de pertencimento (representada pelo item 2: “Você diria que encontra e conversa com amigos e familiares”) e as de suporte instrumental (item 3: “Você diria que tem pessoas que possam te ajudar nos seus afazeres se estiver doente”) foram mais discriminativos para a condição depressiva do que os itens relativos a suporte informativo, corroborando as perspectivas de Carstensen (1995) sobre as mudanças nos motivos para os contatos sociais na velhice.

Por outro lado, melhor percepção de suporte afetivo e instrumental associou-se à ausência de sintomas depressivos. Krause e colaboradores (2001) identificaram que os idosos que avaliam

seu suporte social como satisfatório, independentemente do suporte recebido, revelaram mais senso de dignidade e de controle pessoal, os quais se relacionam com menos depressão. A percepção de suporte afetivo pode ser um importante recurso quando são avaliados os efeitos de diferentes variáveis sobre o senso geral de bem-estar, incluindo sintomas depressivos. Apesar de boa percepção de suporte instrumental ter sido associada à ausência de depressão, alguns estudos mostram que receber auxílio instrumental pode gerar sentimentos negativos de dependência (Reinhard et al, 2006). Contudo, perceber a disponibilidade de suporte parece ser um recurso significativo quando se avaliam respostas que remetem ao apoio em atividades do funcionamento diário, aumentando o senso de controle secundário (indireto) sobre a própria vida (Schulz, Heckhausen & O'Brien, 1994).

É interessante argumentar a respeito do funcionamento diferencial dos itens de suporte social sobre a condição de depressão. Existe o argumento de que medidas subjetivas não são discriminativas de depressão pois pessoas deprimidas tenderão a responder sempre negativamente, refletindo sua percepção negativa sobre a vida, sobre os outros e sobre o mundo. Entretanto, as diferentes respostas aos itens de suporte social sugerem serem tanto os deprimidos quanto os não deprimidos capazes de estabelecer discriminações entre as funções e de manifestar variabilidade em suas avaliações. Conforme a literatura, o que justifica a utilização de variáveis subjetivas na pesquisa e na clínica é o fato de que, entre idosos, tais variáveis serem melhor es preditoras de envelhecimento bem-sucedido do que as variáveis objetivas (Seligman, 1991; Diener & Suh, 1998; Freire, 2002; Strawbridge, Walhagen & Cohen, 2002). As variáveis referentes a avaliações subjetivas refletem a possibilidade de bem envelhecer que estão na dependência dos recursos do *self*. Aceitar esta noção ajuda a superação de concepções clássicas e preconceituosas sobre velhice, segundo as quais ela é período somente de perdas e declínio generalizados que impedem a ocorrência de ganhos evolutivos ou a continuidade de condições precedentes.

A análise das associações de eventos estressantes com depressão em T2 corrobora essa perspectiva a respeito da importância das avaliações subjetivas na determinação do bem-estar. Entre os indivíduos identificados como deprimidos, a maior porcentagem foi a dos que vivenciaram três ou mais eventos percebidos como “muito” ou “extremamente estressantes” a cerca de dois anos atrás, visto que estresse foi medido em T1, remetendo os idosos à ocorrência de eventos estressantes no último ano. Outra evidência da importância das avaliações subjetivas é a de que, embora a perda de entes queridos e os eventos negativos relacionados à própria saúde tenham sido as ocorrências mais frequentes entre os idosos entrevistados (refletindo um dado

normativo do envelhecimento), os eventos que se associaram significativamente com depressão foram os eventos relacionados às situações que afetam os familiares (saúde de filhos, divórcio de filhos, responsabilidades com filhos), conflitos familiares, problemas interpessoais ou mudanças no nível de engajamento social. Interessante observar, portanto, que na diferenciação entre deprimidos e não deprimidos foram mais importantes eventos que se assemelham. Ou seja, por serem eventos envolvem uma outra pessoa ou envolvem situações externas, os indivíduos tendem a ter menos controle sobre as causas e sobre a direção da condução do enfrentamento da situação (Aldwin, 1990; Aldwin, 1994). O senso de controle é um dos recursos internos de enfrentamento de eventos estressantes. O desafio a esse recurso proposto por determinados eventos expõe os indivíduos a dificuldades adaptativas e ao prolongamento dos efeitos do estresse. A maior exposição dos idosos a contingências incontroláveis pode levá-los a aprender que nada têm a fazer frente a tais situações. Isto acarreta déficits cognitivos e motivacionais, que levam os indivíduos a apresentar alguns dos sintomas que compõem a depressão (a esse respeito, ver Schulz, Heckhausen & O'Brien, 1994; Seligman, 1975).

Examinando as relações entre sintomas depressivos da primeira medida e respostas dos indivíduos na segunda medida, verificamos que não houve diferença na prevalência de sintomas depressivos entre as duas medidas. Contudo, a análise da evolução da depressão entre os que estavam livres da condição e os que foram rastreados para depressão na primeira medida mostraram interessantes diferenciações no tempo. Cerca de 51% da amostra continuou livre da condição depressiva e cerca de 15% passou a pontuar para essa condição na segunda medida. Isso quer dizer que, dos 66% avaliados como não-deprimidos na primeira medida, cerca de 23% evoluiu para possível depressão no tempo aproximado de 16 meses. Por outro lado, dentre os que haviam pontuado para depressão na primeira medida (34% do total), cerca de 42% (14,2% do total) demonstraram melhora ou remissão da condição depressiva na segunda medida. Cinquenta e oito por cento tiveram recorrência.

A medida da evolução dos indivíduos no tempo auxilia o entendimento da questão levantada pela literatura sobre a natureza episódica ou permanente dos sintomas depressivos entre idosos. As evidências geradas pelos resultados deste estudo corroboram a tendência observada nos estudos internacionais de caracterizar a sintomatologia depressiva entre idosos como de natureza episódica e dinâmica (ver Rothermund & Brandstädter, 2003; Schoevers et al, 2003; Beekman et al, 2002; Kennedy et al., 1991). Porém, a depressão em idosos é igualmente vista como algo mais permanente, ligado a traços decorrentes da experiência de afetos negativos ou da

personalidade (Davey et al, 2004). Neste estudo, os dados sobre recorrência podem ser indicativos tanto da validade interna da CES-D em sua versão brasileira para idosos, como da possibilidade de que parte dos idosos sejam casos de transtorno depressivo clinicamente identificável.

Diferentes condições sócio-demográficas e psicossociais caracterizaram os quatro grupos de evolução da CES-D. Melhor evolução (continuar livre de depressão ou mostrar remissão nos sintomas) foi caracterizada por maior frequência de indivíduos do sexo masculino, melhor percepção da saúde e de suporte social e menor número de eventos estressantes relatados. Especificamente, esse grupo também demonstrou menor frequência de vivência de certos tipos de estresse. Esses tipos foram: situações que atingiram aos familiares (como por exemplo, doença ou divórcio dos filhos), eventos relacionados a finanças, eventos relativos a relações interpessoais (fora da família) e mudanças em papéis ou responsabilidades sociais e eventos relacionados a conflitos familiares. De maneira genérica, pode-se observar que essas condições associaram-se a melhores prognósticos em sintomatologia depressiva.

As piores evoluções (representadas pelos grupos de novos casos e recorrência) tiveram em comum as condições: maior frequência de mulheres, piores avaliações em saúde e alta frequência do evento “situações que atingem aos familiares”. Contudo, o grupo que demonstrou recorrência pode ser considerado como o mais desprivilegiado, considerando-se o número de condições negativas que o caracterizaram. Esse grupo revelou maior número de doenças auto-relatadas, mais frequência de suporte social considerado “baixo”, menor média na pontuação de suporte social total. Passou por maior número de eventos estressantes, principalmente situações que atingiram os familiares, eventos relacionados às finanças, a relações interpessoais (fora da família) e a mudanças no engajamento social e eventos relacionados a conflitos familiares.

As diferentes evoluções em sintomatologia e as diferentes associações de condições evidenciam padrões heterogêneos de envelhecimento psicológico e variabilidade em condições que predisõem ou protegem da depressão. Apesar de não se ter medido que mudanças ao longo do tempo teriam respondido por esses padrões, os dados deixaram claro que condições prévias associaram-se de forma diversa com o curso da sintomatologia depressiva.

Idade não se associou significativamente com a evolução da depressão. Alguns autores defendem que no grupo mais velho ocorreria aumento dos sintomas somáticos (ver Bolla-Wilson & Blecker, 1989) e em consequência aumento do risco para pior evolução, que não ocorreu nesta amostra.

Os resultados do presente estudo sugerem que a co-ocorrência de condições sócio-demográficas e psicossociais desvantajosas relaciona-se tanto à presença de sintomas depressivos entre idosos quanto ao curso desses sintomas. Os dados replicam os de Schoevers e colaboradores (2000) e de Rozzini e colaboradores (1997), entre outros. Três cenários podem ser estabelecidos para tentar explicar essas associações. O primeiro é o de que as diferentes condições podem atuar de forma relativamente independente sobre a depressão. Assim, vivenciar mais eventos estressantes pode por si só predispor idosos a mais sintomas depressivos. O segundo é o de que uma condição desvantajosa pode associar-se a condições do mesmo nível predispondo idosos à depressão. Por exemplo, menor renda associada a menos suporte social e mais doenças físicas geram um cenário específico de predisposição à depressão. A terceira hipótese, oposta à anterior, é a de que a própria presença de sintomas depressivos predis põe os indivíduos às condições de desvantagem sócio-demográfica de psicossocial.

Foram realizadas análises de regressão logística univariada para investigar o risco individual das variáveis em relação à depressão por ocasião da primeira medida. Verificou-se que ser do gênero feminino representou duas vezes mais risco para depressão em T1 do que ser do gênero masculino. Verificamos também que ser analfabeto ou apenas possuir o primário oferece risco de relativa magnitude para depressão. Entretanto, a regressão logística multivariada não mostrou o efeito conjunto da escolaridade. Tal evidência fortalece a hipótese de que o efeito dessa variável tenha sido reflexo da presença de maior número de mulheres, uma vez que a prevalência de depressão é relativamente mais alta entre as mulheres e estas possuem menor escolaridade. Observou-se, ainda, o risco de ter entre 60 e 69 anos, que talvez reflita necessidades de adaptação psicológica à essa nova fase da vida.

Quanto aos eventos estressantes, tanto ter vivido um ou dois como ter vivido mais que três eventos ofereceram risco para depressão em T1, mas experiência de mais de três eventos ofereceu um risco maior. Suporte social percebido como ruim ou péssimo ofereceu risco duas vezes e meia maior para depressão do que suporte percebido como moderadamente suficiente para atender às necessidades do indivíduo. Avaliar o suporte social como pelo menos razoável (ou mediano) protege da depressão, como mostra a literatura (Ross et al, 2006).

Essas relações de risco já haviam sido demonstradas pela presente autora em sua dissertação de mestrado (Tavares, 2004), na qual gênero feminino, ter entre 60 e 69 anos e ter mais de 80 anos, vivência de maior número de eventos estressantes e menor suporte social foram as variáveis de maior risco para depressão. O diferencial do presente trabalho foi o fato de incluir

variáveis de saúde e a especificação dos tipos de eventos estressantes e verificar o risco individual e conjunto das diferentes condições. Nesse sentido, observou-se que ter pior saúde percebida, relatar maior número de queixas e doenças (5 ou mais) ou ter vivido eventos estressantes dos tipos 2, 3, 4, 5, 6 e 8 revelaram risco significativo para depressão na primeira medida, a mesma fonte de dados da dissertação de mestrado.

Investigar a influência das variáveis de saúde é essencial no estudo da relação entre envelhecimento e depressão. Estudos que buscam entender os mecanismos subjacentes às relações biológicas das doenças com depressão oferecem dados interessantes, principalmente no que diz respeito às doenças que acometem os sistemas cardiovascular e neuro-endócrino. A presença de doenças ou queixas físicas e de incapacidade também acarreta riscos psicossociais, porque essas condições afetam as demandas por cuidado, a avaliação do suporte social, os sentidos de auto-eficácia e de controle, a auto-estima e o auto-conceito e as autopercepções de vulnerabilidade.

Nesta pesquisa, situações incontroláveis que afetam os familiares, eventos pontuais do curso de vida, problemas financeiros, questões ligadas às relações sociais e engajamento, conflitos familiares e problemas com a própria saúde mostraram-se como fatores de risco para depressão. Foram exceções apenas os eventos do tipo 1, referentes às perdas de entes queridos e os do tipo 7, que diz respeito às tarefas de cuidado com pais ou cônjuges debilitados.

A perda de entes queridos por morte e as tarefas de cuidado são eventos muito investigados na literatura sobre envelhecimento, em função do ônus psicológico e físico que podem trazer para o idoso, parte do qual decorre da percepção de que são inesperados e incontroláveis (Pearlin & Zarit, 1993). Contudo, nesta pesquisa eles não estiveram claramente associados com a presença de sintomas depressivos, talvez porque os idosos tendessem a experimentá-los como eventos comuns à experiência de pessoas de sua idade.

Analisando a literatura, Moos e colaboradores (2005) encontraram dados consistentes para afirmar que eventos de natureza interpessoal envolvendo amigos e familiares têm forte relação com depressão em idosos, ao passo que estressores não-interpessoais, entre eles problemas financeiros e ligados à própria saúde associam-se a sintomas depressivos em todas as idades. Os dados da presente pesquisa confirmam esses resultados da pesquisa internacional, uma vez que as análises multivariadas mostraram que as variáveis mais fortemente associadas com depressão na primeira medida foram pior percepção de saúde, presença de eventos estressantes do tipo “relações interpessoais e mudança em papéis”, baixo suporte social percebido, alto número de

doenças, presença de eventos estressantes do tipo “conflitos familiares” e ter entre 60 e 69 anos. Na composição desse perfil de risco, a percepção de saúde como “excelente ou muito boa” apareceu como protetora em comparação com avaliações do tipo “boa, razoável ou péssima”. Ter mais que cinco queixas ou doenças apareceu como fator de risco mais importante para depressão do que relato de três ou quatro doenças. Esse dado é indicativo da importância de se prevenir um alto número de comorbidades no que se refere à prevenção da depressão. Ter baixo senso de suporte social foi fator de risco na presença de eventos que envolviam relações interpessoais, mudança em responsabilidades e conflitos familiares, confirmando dados de Moos e colaboradores (2005).

Este estudo buscou compreender em que medida as variáveis de risco identificadas na primeira medida relacionaram-se com depressão na segunda medida. As associações se mantiveram, e, mais importante, sintomatologia depressiva na primeira medida mostrou-se como o principal fator de risco para a sintomatologia depressiva na segunda. Evidência similar é encontrada em estudos clínicos que mostram o poder preditivo da experiência de um episódio depressivo maior na determinação da recorrência do quadro ao longo da vida (Maj & Sartorius, 2005). Outro dado importante é que, na segunda medida, mantiveram-se como fatores de risco para depressão apenas os eventos de vida estressantes de natureza interpessoal. A análise de regressão multivariada refinou esses dados e apontou as seguintes variáveis: depressão em T1, baixo escore em saúde percebida, ser mulher e experiência de evento estressante do tipo “situações familiares”. Avaliação de saúde como “boa” em T1 mostrou-se como fator protetor, em comparação com avaliação de saúde como “razoável ou péssima”. Com base no mesmo inventário de estresse utilizado neste estudo, Aldwin (1990), investigou relações dos eventos estressantes com sintomas depressivos e relatou ter encontrado fortes relações de eventos categorizados como “não-egocêntricos” (ou seja, aqueles que afetam outras pessoas) com sintomas depressivos quando comparados e os demais eventos categorizados como “egocêntricos” (aqueles que afetam o próprio indivíduo). Em revisão de estudos com metodologia de corte-transversal ou longitudinal de curto prazo, Moos e colaboradores (2005) também encontraram que eventos relacionados aos filhos adultos e aos amigos próximos aumentam em importância com o avanço da idade e são associados com aumento em sintomas depressivos ao longo do tempo.

A literatura tem demonstrado que além de mostrar-se útil na identificação da presença de sintomas depressivos entre idosos, a CES-D também contribui para a compreensão do próprio

construto de depressão em diferentes populações. Conhecer a prevalência e a incidência de sintomas depressivos numa dada população oferece uma resposta útil, porém incompleta sobre o seu nível de bem-estar e sobre o prognóstico da própria depressão. Resposta mais vantajosa é obtida com a identificação dos escores médios nos fatores e sua relação com variáveis de risco em diferentes ocasiões de medida (Riddler, Blais e Hess, 2002). No presente estudo, a amostra como um todo diferiu significativamente quanto à pontuação nos fatores 2 (“Dificuldades de iniciar comportamentos”) e 3 (“Afetos positivos”) na primeira e na segunda medida. Interpretadas, essas mudanças refletiram piora nos sintomas somáticos e volitivos, porém melhora nos sintomas referentes aos afetos positivos ou ao bem-estar. Ou seja, não houve mudanças significativas no domínio chave do construto de depressão que são os sintomas relativos a estados de humor negativos ou depressivos representados pelo fator 1 (“Afetos Negativos), mas ocorreu piora no âmbito comportamental. Embora o tempo transcorrido entre as medidas tenha sido curto, não é desprezível a hipótese de que a explicação para a evolução nos fatores 1 e 2 seja devida ao agravamento de doenças crônicas e incapacidades para a vida prática. Ainda que pequenas o suficiente para não afetar os registros de saúde percebida, talvez elas tenham afetado os níveis de atividade ou de motivação para a ação.

Apesar de não terem alcançado índices de confiabilidade interna que permitam dizer que constituem sub-escalas da CES-D, os itens dos fatores 2 e 3 compõem o construto de depressão. Muitos estudos mostram relações entre eles e o processo do envelhecimento. No estudo ora apresentado, as mudanças nos escores dos fatores da primeira para a segunda medida podem ser apontadas como hipóteses interessantes a respeito de como as emoções são reguladas e se apresentam na velhice. Apesar da crença tradicional de que emoções negativas aumentam linearmente com a idade, a manutenção dos escores do fator 1 na segunda medida não corroborou essa crença. Por outro lado, observou-se um aumento significativo nos sintomas mais relacionados a estados disposicionais e somáticos (fator 2). Ainda mais intrigante foi observar uma melhora em sintomas relativos aos afetos positivos entre as medidas do estudo. Ausência de afetos negativos e manutenção de afetos positivos são domínios comportamentais relacionados, mas não idênticos (Isen, 2000).

A literatura aponta diferenças significativas nos escores dos fatores da CES-D em medidas distanciadas no tempo. Nguyen e Zonderman (2006) encontraram mudanças relacionadas à idade mais pronunciadas para algumas sub-escalas da CES-D do que para outras. Os itens referentes aos sintomas somáticos e volitivos e os referentes aos afetos positivos (chamados de “falta de

bem-estar”) foram os que contribuíram para as associações lineares e não-lineares entre idade e escore na CES-D, ao passo que itens referentes a humor deprimido (dimensão equivalente, nesse trabalho, aos afetos negativos) não foram afetados pela idade. Os mesmos autores encontram estabilidade nos afetos negativos no tempo e entre as idades. Argumentam que, embora os idosos tenham forte tendência a vivenciar mais sintomas somáticos e volitivos com o avanço da idade, a interveniência de processos relativos à resiliência psicológica diminui a possibilidade de que vivenciem formas mais graves de depressão (ver também Aldwin et al., 1996; Brandtstädter & Rothermund, 1994).

Em estudo de 1991, Clark e Watson argumentaram que a sub-escala da CES-D composta por itens característicos de afetos negativos parece ser mais reativa a atributos internos tais como personalidade e a condições mais crônicas de saúde enquanto a sub-escala relativa a afetos positivos parece ser mais responsiva a eventos de vida externos, tais como os ligados ao envolvimento social. Gatz e Hurwicz (1990) também argumentaram que o aumento em sintomas somáticos e volitivos sejam formas transitórias de manifestação de *distress*, forma de reatividade mais freqüente entre idosos do que entre jovens.

O aumento em afetos positivos também corrobora os dados da literatura a respeito do intrigante “paradoxo do bem-estar”. A gerontologia tem coletado evidências de que, a despeito da presença de perdas físicas e sociais, os idosos mantêm altos níveis de afetos positivos e bem-estar (Staudinger, Fleeson & Baltes, 1999; Labouvie-Vief, 2002). Costa e McCrae (1980) argumentam que pode ser que os itens das escalas de depressão relativos a afetos positivos meçam outro construto, ligado ao senso de satisfação com a vida.

Teorias sobre a regulação emocional baseadas na perspectiva *life-span* admitem que, na velhice, a diminuição do bem-estar subjetivo só se revela associado ao aumento com a idade quando déficits em saúde e outros problemas tornam-se mais graves (Isaacowitz & Smith, 2003). Tais teorias desafiam o estereótipo de que pessoas idosas são desprovidas de recursos afetivos e particularmente deprimidas por causa de doenças e perdas que se associam ao envelhecimento. O conhecimento gerado de que idosos constroem ativamente seus próprios significados sociais e realidades emocionais produtivas tem adicionado ao quadro da velhice a perspectiva de um tempo de independência continuada e realização. Mesmo assim, sabe-se, os idosos não estão livres de emoções negativas. Segundo Carstensen e colaboradores (2000), os idosos vivenciam as emoções de forma mais complexa do que os adultos jovens e são profundamente afetados pela experiência de afetos negativos e positivos ocorrendo isolada ou concorrentemente. A literatura

psicogerontológica abandonou a visão simplista de aumento ou diminuição na frequência de afetos positivos e negativos na velhice. Abandonou igualmente a idéia de as emoções e a cognição serem assuntos separados. Em lugar disso, investe na noção de que esses processos atuam conjuntamente na tarefa de moldar as emoções à serviço das metas pessoais dos idosos.

Nesse contexto, sobressaem dois modelos de regulação emocional na velhice. Primeiramente, há o modelo teórico representado pelas perspectivas de Schulz e Heckhausen (1998), segundo o qual a regulação emocional na velhice torna-se mais forte à medida em que aumenta a percepção de que as perdas na possibilidade de controle primário podem ser compensadas por esforços de preservação do *self* por meio do controle secundário. O segundo modelo, representado pelas perspectivas de Labouvie-Vief (Labouvie-Vief et al., 1999) e de Carstensen (1995), defende que as fases finais do desenvolvimento humano são caracterizadas pela integração das funções cognitivas e afetivas, integração essa que é adaptativa e se reflete em aumento da capacidade de lidar com as incertezas e com a complexidade das relações sociais. Com a idade, ocorre mudança no foco dos investimentos sociais. Enquanto as interações dos mais jovens tendem a maximizar a obtenção de conhecimentos e de status, as dos idosos tendem a investir em relacionamentos e situações que trazem retorno afetivo e a deixar de lado as que não trazem. Isen (2000) aponta que, do ponto de vista neuropsicológico, os afetos positivos são relacionados com maior flexibilidade cognitiva, alterando as formas de percepção de estímulos. Essa relação não foi encontrada com afetos negativos, gerando mais uma evidência de que não se trata do mesmo construto. Portanto, na velhice, é possível que os afetos positivos tenham um papel chave na manutenção do bem-estar subjetivo.

Interessou-nos investigar prospectivamente a ocorrência de mudanças no escore total e nos fatores da CES-D entre os gêneros e as idades. Como estas sintetizam mudanças relativas ao desenvolvimento humano é importante conhecer quão sensível o construto depressão de mostra à influência delas.

As comparações inter-grupos etários não revelaram diferenças significativas. Pertencer a diferentes faixas etárias não foi fator significativo em termos de mudança no tempo. A evolução dos grupos etários foi semelhante. Portanto, esse pesquisa revelou que, em termos comparativos, gênero foi mais significativo que idade na associação com mudanças em sintomatologia depressiva no tempo.

As comparações por critérios de gênero e idade geraram dados compatíveis com a literatura sobre depressão no envelhecimento (por exemplo, Weissman, 1996; Nguyen &

Zonderman, 2006). Os sintomas depressivos foram mais prevalentes entre as mulheres, assim como os afetos negativos (Afetos negativos) nos dois momentos da pesquisa e os sintomas somáticos e volitivos na segunda medida. Assim, nas duas medidas, ser mulher ofereceu mais risco para depressão do que ser homem. Nolen-Hoeksema (2001) realizou uma extensa revisão da literatura, a partir da qual sugere uma interpretação integrativa segundo a qual as mulheres possuem menor poder social, vivem mais tensões crônicas na vida diária em virtude dos papéis sociais femininos e das expectativas em relação a eles, e adotam estilos de enfrentamento menos eficazes do que os homens. Esses fatores, em interação, contribuiriam para maior vulnerabilidade feminina a estados depressivos.

As comparações pelo critério de idade apontaram poucas diferenças na pontuação nos fatores da CES-D, sendo que o grupo etário que mais se diferenciou de uma medida para a outra foi o de 70 a 79 anos. Dentro de cada grupo de idade, as mudanças no tempo talvez sejam reflexo das necessidades adaptativas de cada um. No início da velhice, muitos idosos mantêm ou desejam manter potenciais biológicos e envolvimento com papéis e responsabilidades compatíveis com a vida adulta e, apesar da adaptação necessária a essa fase, ainda podem usufruir os benefícios desse envolvimento. Contudo, para os idosos acima de 70 a 79 anos existe a necessidade de lidar mais efetivamente com as demandas sociais e pessoais acarretadas pelo envelhecimento. O resultado pode ser o de maior instabilidade nos sintomas depressivos, pois se torna mais urgentes à necessidade de utilizar mecanismos compensatórios para uma melhor adaptação emocional. O resultado do grupo com mais de 80 anos talvez reflita a adaptação às exigências da velhice e maior estabilidade dos estados emocionais.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA FUTUROS TRABALHOS

O estudo dos sintomas depressivos revelou ser rico em informações a respeito do processo de envelhecimento psicológico. Partindo de uma perspectiva multidimensional e evolutiva desses fenômenos no contexto do envelhecimento, essa variável auxilia tanto a explicação de processos não-adaptativos ao longo da velhice, quanto a compreensão dos fenômenos de adaptação e desenvolvimento frente aos desafios, estes resumidos no conceito de resiliência psicológica. Visto que a maioria dos idosos não foi identificada como possivelmente deprimida, pode-se observar que, mesmo na velhice, é possível preservar o bem-estar subjetivo em face de circunstâncias adversas.

Partir dessa perspectiva significa compreender o desenvolvimento humano como multidimensional, multidirecional, plástico e em permanente dinâmica de ganhos e perdas. É compreendê-lo não apenas no âmbito individual, como também contextualizado histórica, cultural e socialmente. Neste estudo, foram observados diferentes mecanismos em ação sobre a sintomatologia depressiva, alguns gerando riscos, outros amortecendo o impacto de influências negativas sobre o processo de desenvolvimento.

Entretanto, podem ser apontadas limitações de caráter metodológico. Primeiramente, ressalta-se a utilização de uma amostra não-probabilística da população de idosos residentes na cidade de Juiz de Fora (MG). Embora a amostra do PENSA tenha sido suficientemente grande para permitir a realização de análises estatísticas mais refinadas, e embora suas características se identifiquem com as da população de Juiz de Fora, ela não foi casualizada (ver Cupertino et al., no prelo).

Ressalta-se, também, o fato de as versões em língua portuguesa dos instrumentos utilizados não terem sido baseadas em procedimentos tidos como necessários para uma adaptação transcultural. Apesar de ter revelado consistência interna satisfatória, a escala de suporte social é muito sucinta e derivada de um instrumento mais amplo, ainda não validado para nossa população. Contudo, frente à carência de instrumentos de pesquisa psicológica com idosos no Brasil, os dados gerados pela aplicação desses instrumentos são indicativos de seu funcionamento e constituíram um primeiro levantamento de dados dessa natureza entre os estudos psicológicos.

O questionário que levantou doenças auto-relatadas gerou certa dificuldade em separar queixas físicas (como “dores nas pernas”) de doenças definidas (como “diabetes”) para analisar suas relações com depressão. A solução mais parcimoniosa encontrada para utilizar esses dados

foi a de categorizar as respostas por sistemas orgânicos, mas admitimos a possibilidade de que esses dados sejam pouco fidedignos para caracterizar doenças auto-relatadas diagnosticadas por médicos na população idosa.

Por outro lado, observou-se que a versão brasileira da CES-D tem consistência interna, validade de construto e valor preditivo suficientes para uso como instrumento de rastreio de depressão em idosos brasileiros recrutados na comunidade. Novos estudos que comparem dados obtidos a partir dela com avaliações clínicas poderão esclarecer seu valor no diagnóstico de depressão maior nessa população. Também são necessários novos estudos com diferentes populações idosas, tais como as formadas por indivíduos residentes em asilos, hospitalizados e atendidos em ambulatórios de geriatria, para que se conheçam quais são os valores de referência mais válidos para o instrumento e possíveis variações da estrutura fatorial.

Apesar de o tempo entre as duas medidas ser relativamente curto para permitir observação de mudanças muito grandes relacionadas ao processo de envelhecimento, o estudo confirmou o caráter multidimensional e dinâmico do fenômeno depressão já descrito pela literatura internacional, bem como sua co-variação com variáveis psicossociais, de saúde e sócio-demográficas. Observaram-se fatores de risco importantes para depressão ao longo do período estudado.

Novos estudos prospectivos com maior número de medidas, poderão oferecer mais indicadores de validade para a CES-D. Infelizmente não será possível fazê-lo com a amostra do PENSA, pois ele foi planejado para ser uma pesquisa de corte transversal. Replicar as medidas seria vantajoso porque permitiria observar mudanças em todas as variáveis de interesse e suas relações com depressão. Sugere-se, ainda, que novos estudos prossigam com os esforços de validação ou mesmo de construção de instrumentos de pesquisa para utilização com idosos brasileiros, principalmente entre os residentes na comunidade, entre eles, inventários de saúde física mais refinados. Seria interessante controlar a frequência de homens e mulheres na composição da amostra para assegurar medidas mais fidedignas de diferenças entre os gêneros.

Os resultados desta e de outras pesquisas similares podem ser úteis em situação de aplicação. Dado o prejuízo que a associação de sintomas depressivos ao processo de envelhecimento pode gerar, é bom que a sua extensão seja conhecida e que os sintomas sejam reconhecidos pelos idosos e pelos profissionais que atuam com essa população.

Finalmente, considerando-se que este trabalho foi desenvolvido numa Faculdade de Educação, parece relevante considerar o papel da educação em saúde na promoção da qualidade

de vida na velhice. Educação em saúde refere-se à um trabalho dirigido ao aumento dos conhecimentos das pessoas, para que elas desenvolvam juízo, crítica e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, possam criar condições para se apropriarem de sua própria existência. O conceito de educação em saúde sobrepõe-se ao conceito de promoção da saúde. Diz respeito à participação de toda a população e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer. Baseia-se num conceito mais amplo de saúde, que a considera como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental, ambiental, pessoal/emocional e sócio-ecológico.

Uma das formas de atuar no campo da educação em saúde visando-se especificamente a depressão na velhice é a veiculação de informações científicas sobre o tema a leigos idosos e não-idosos. No Anexo 12, é apresentada uma proposta de folheto ou cartilha com o qual se pretende perseguir tal objetivo, com base em informações de natureza psicológica e, além disso, contribuir para a quebra de estereótipos e mitos à respeito da depressão e de seu tratamento. Espera-se que esse material seja divulgado em diversos ambientes, mas principalmente em contextos de participação de idosos, tais como universidades e grupos de terceira idade, conselhos municipais do idoso e espaços clínicos diversos.

Saúde física, saúde mental e qualidade de vida na velhice não são apenas responsabilidades ou fruto de atributos pessoais. São essenciais os recursos da cultura, provenientes da co-participação do indivíduo e do ambiente social para que se concretizem. Como afirma Baltes (1997), na velhice os indivíduos se tornam cada vez mais dependentes dos recursos culturais no que diz respeito às possibilidades de adaptação. O binômio saúde-educação é um investimento certo na possibilidade de bem-envelhecer coletivamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, K. B. (2001). Depressive Symptoms, Depletion, or Developmental Change? Withdrawal, Apathy, and Lack of Vigor in the Geriatric Depression Scale. *The Gerontologist*, 41(6), 768-777.
- Aldwin, C. M. (1990). Elders Life Stress Inventory: Egocentric and nonegocentric stress. In J. H. C. M. A. P. Stephens, S. E. Hobfall, & D. L. Tennenbaum (Ed.), *Stress and coping in late life families* New York: Hemisphere.
- Aldwin, C. M. (1994). Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective. In New York: Guilford.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G., & Spiro, A. . (1996). Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the Normative Aging Study. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51, P179–P188.
- Aldwin, C. M., & Levenson, M. R. (1998). *Assessment of mental health in older adults*. San Diego: Academic Press.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., & Lachman, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of Personality*, 64, 837-871.
- Alexopoulos, G. S. (2002). Frontostriatal and limbic dysfunction in late-life depression. *American Journal of Geriatrics Psychiatry* 10, 687-695.
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2-B), 421-426.
- Antonucci, T. C., Fuhrer, R., & Dartigues, J.-F. (1997). Social Relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling french older adults. *Psychology and Aging*, 12(1), 189-195.
- Antonucci, T. C., & Jackson, J. S. (1987). Social support, interpersonal efficacy, and health: a life course perspective. In L. L. C. B. A. Edelstein (Ed.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 291-311). New York, NY: New York.
- Argyle, M. (1992). Benefits produced by supportive social relationships In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 13-32). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* New York.: Cambridge University Press.
- Barefoot, J., Mortensen, E., Helms, M., Avlund, K., & Schroll, M. . (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychology and Aging, 16*, 342–345.
- Batistoni, S. S., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D) entre idosos brasileiros. *Revista Saúde Pública 41*(4).
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. . (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry 4*, 561-571.
- Beekman, A. T., Penninx, B.W. (1997). Depression and Physical health in later life: results from Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *Journal of Affective Disorders, 46*(3), 219-231.
- Beekman, A. T., Deeg, D. J., Van Tilburg, T., Smith, J. H., Hooijer, C., & Van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. . *Journal of Affective Disorders, 36*, 65-75.
- Beekman, A. T. F., Geerlings, S.W., Deeg, D. J. H., Smit, J. H., Schoevers, R. S., de Beurs, E. Braam, A. W., Penninx, B. W. J. H., van Tilburg, W. . (2002). The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Archives of general psychiatry, 59*, 605-611.
- Berkman, I. F., & Syme, S. L. (1979). Social Networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology, 109*, 186-204.
- Berry, J. M., Storandt, M., & Coyne, A. . (1984). Age and sex differences in somatic complaints associated with depression. *Journal of Gerontology, 39*, 465–467.
- Blazer, D. G. (1982). Social Support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology, 115*, 684-694.
- Blazer, D. G., Burchett, B., Service, C. & George, L. K. (1991). The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration *Journal of Gerontology, 46*(6),

M210-M215.

- Blazer, D. G., & Koenig, H.G. . (1999). Transtornos do humor. In D. G. Blazer & E. W. Busse (Eds.), *Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and Commentary. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences*, 58(3), 249-265.
- Bolla-Wilson, K., Bleecker, M. L. (1989). Absence of depression in elderly adults. *Journals of Gerontology*, 44(2), P53-55.
- Borawski, E. A., Kinney, J.M., & Kahana, E. . (1996). The meaning of older adults' health appraisals: Congruence with health status and determinant of mortality. *The Journal of Gerontology: Series B: Psychological Science and Social Science*, 51, S157-S170.
- Bosworth, H. B., Steffens, D. C., Kuchibhatla, M. N., Jiang, W. J., Arias, R. M., O'Connor, C. M., et al. (2000). The relationship of social support, social networks and negative events with depression in patients with coronary artery disease. *Aging and Mental Health*, 4, 253–258.
- Boyle, S. H., Williams, R.B., Mark, D.B., Brummett, B.H., Siegler, I.C., Helms, M.J., Barefoot, J.C. . (2004). Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. *Psychosomatics Medicine*, 66, 629-632.
- Brandtstadter, J., & Rothermund, K. . (1994). Self-percepts of control in middle and later adulthood: Buffering losses by rescaling goals. . *Psychology and Aging*, 9, 265–273.
- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., & Steffens, D. C. (2000). Relation of subjective and received social support to clinical and self-report assessments of depressive symptoms in an elderly population. *Journal of Affective Disorders*, 61, 41-50.
- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. In K. W. Schaie (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (Vol. 11, pp. 195-217). New York: Springer.
- Carstensen, L. L. (1995). Motivação para o contato social ao longo do curso da vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus.
- Carstensen, L. L., Mikels, J. A., & Mather, M. (2006). Aging and the intersection of cognition, motivation and emotion. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, San Diego: Academic Press. Sixth Edition. (6th ed.). San Diego: Academic Press.
- Chapleski, E., Lamphere, J., Kaczynski, R., Lichtenberg, P., & Dwyer, J. . (1997). Structure of depression measure among American Indian elders: Confirmatory Factor Analysis of the

- CES-D Scale. . *Research on Aging*, 19(4), 462-485.
- Charlson, M., Szatrowski, T. P., Peterson, J., & Gold, J. (1994). Validation of a combined comorbidity index. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, 1245–1251.
- Chipperfield, J. G. (1993). Incongruence between Health Perceptions and Health Problems: Implications for Survival among Seniors. *Journal of Aging and Health*, 5, 475-496.
- Chiriboga, D. A., Jang, Y., Banks, S., , & Kim, G. (2007). Acculturation and Its Effect on Depressive Symptom Structure in a Sample of Mexican American Elders *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 29(1), 83-100.
- Choi, N. G., Bohmane T. M. (2007). Caregiving Status, Work and Volunteering, and Health-Related Life: How Much Do Changes in Health Status, Marital and Predicting the Changes in Depressive Symptomatology in Later Behaviors Contribute? . *Journal of Aging and Health*, 19, 152-177.
- Clark. L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3).
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300–314.
- Cobb, S. (1979). Social support and health through the life course. In M. W. Riley (Ed.), *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*. (pp. 93-106). Boulder, Colorado: Westview Press.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social suport, stress, and the buffering hypotesis; a theoretical analysis. In A. Baum, S.Taylor & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. (Vol. IV, pp. 253-268). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In G. Sarason & B. R.Sarason (Eds.), *Social support: Theory, Research, and applications* (pp. 73-94). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156.
- Copeland, J. R. M., Dewey, M. E., Henderson, A. S. et al. . (1998). The Geriatric Mental Health State (GMS) used in community replication studies of the computadorised diagnosis

- AGECAT. *Psychological Medicine*, 18, 219-223.
- Cupertino, A.P., Aldwin, C.M., Lourenco, R., & Neri, A.L. (no prelo). Design and Baseline Report of Community-Based Study with older adults in Juiz de Fora - Minas Gerais – Brazil. *Revista de Saúde Pública*.
- Cutrona, C. D., & Russel, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-64.
- Cutrona, C. E., Russel, D. W., & Rose, J. (1996). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Journal of Psychology of Aging*, 1, 47-54.
- Dahlstro, W. M., & Welsh, G. S. (1960). *An MMPI Handbook: A Guide to Use in Clinical Practice and Research*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Davey, A., C.F. Halverson, Jr., A.B. Zonderman and P.T. Costa, Jr. . (2004). Change in depressive symptoms in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *The Journals of Gerontology B: Psychological and Social Sciences*, 59(6), P270-P277.
- Diener, E., & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and old age: An interactional analysis. In K. W. Schaie & M. P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (Vol. Vol 17, Focus on Emotion and Adult Development, pp. 304-324). New York: Springer.
- Duarte, M. B., & Rego, M. A. V. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 691-700.
- Evans, M. E. (2002). Physical Illness and Depression. In J. R. M. Copeland, M. T. Abou-Saleh & D. G. Blazer (Eds.), *Principles and Practice of Geriatrics Psychiatry* (2th ed., pp. 417-422). London: John Willey & Sons.
- Fiske, A., Gatz, M., & Pedersen, N. L. . (2003). Depressive symptoms and aging: The effects of illness and non-health-related events *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, P320–P328.
- Fried, L. P., Kronmal, R.A., Newman, A.B., Bild, D.E., Mittelmark, M.B., Polak, J.F., Robbins, J.A., Gardin, J.M. . (1998). Risk factors for 5-year mortality in older adults: the cardiovascular Health Study. *The Journal of the American Medical Association*, 25(279(8)), 585-592.
- Fukukawa, Y., Nakashima, C., Tsuboi, S., Niino, N., Ando, F., Kosugi, S., et al. (2004). The impact of health problems on depression and activities in middle-aged and older adults: Age and social interactions as moderators. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 59, P19–P26.

- Gatz, M., & Hurwicz, M. . (1990). Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors. *Psychology and Aging, 5*, 284–290.
- Gatz, M., Kasl-Godley, J E , & Karel, M J (1996). Aging and mental disorders. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (4th ed.). San Diego: Academic Press.
- Gatz, M. (1998). Towards a developmentally-informed theory of mental disorder in older adults. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health* (pp. 101-120). New York: Plenum.
- Geerlings, S. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Van Tilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eighth-wave prospective community-based study. . *Psychological Medicine, 30*, 369-380.
- George, L. K. (1992). Social factors and the onset and outcome of depression. In K. W. Shaie, J. S. House & D. G. Blazer (Eds.), *Aging, Health Behaviors, and Health Outcomes* (pp. 138-157). Hillsdale: Erlbaum Associations.
- George, L. K. (1996). Social Factors and Illness. In Handbook of Aging and the Social In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 229 – 252). San Diego: Academic Press.
- George, L. K. (1999). Life Course Perspective on Mental Health. In C. Aneshensel & J. Phelan (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Illness*. San Diego: Academic Press.
- Harrington, R. (2004). Perspectives on depression in young people. In M. Power (Ed.), *Mood disorders : a handbook of science and practice*. (pp. 79-97.). Chichester: John Wiley & Sons.
- Harris, T., Cook, D.G., Victor, C., DeWilde, S., Beighton, C. . (2006). Onset and persistence of depression in older people - results from a two-year community follow-up study. *Age and Ageing, 35*, 25-32.
- Haynie, D. A., Berg, S., Johansson, B., Gatz, M., & Zarit, S. H. . (2001). Symptoms of depression in the oldest old: A longitudinal study. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*, P111–P118.
- Haynie, D. A., Berg, S., Johansson, B., Gatz, M., & Zarit, S. H. (2001). Symptoms of depression in the oldest old: A longitudinal study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*, P111-P118.
- Hays, J. C. L., L.R.; George, L. K.; Flint,E.P.; Koenig, H. G.; Land, K. C.; Blazer, D. G. .

- (1998). Social correlates of the dimensions of depression in the elderly. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(1), 31-39.
- Heikkinen, R.-L., Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 239-250.
- Herbert Matschinger, A. S. S. G. R.-H. M. C. A. (2000). On the application of the CES-D with the elderly: dimensional structure and artifacts resulting from oppositely worded items (Vol. 9, pp. 199-209).
- Holohan, C. J., Holohan, C. K., Moos, R. H., & Brennan, P. L. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: an expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 918-928.
- Holohan, C. k., & Holohan, C. J. (1987). Self-efficacy, social support, and depression in aging: a longitudinal analyses. *Journal of Gerontology*, 42(1), 65-68.
- Hong, T., Zarit, S. H., & Malmberg, B. (2004). The Role of Health Congruence in Functional Status and Depression. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 59(4):P151-P157, 59(4), P151-P157.
- House, J. H., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. . In W. R. Scott & J. Blake (Eds.), *Annual review of sociology* (Vol. 14, pp. 293–318). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Isaacowitz, D. M., & Smith, J. (2000). Positive and Negative Affect in Very Old Age. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 58, 143-152
- Isen, M. A. (2000). Some perspectives on positive affect and self-regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 184-187.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989-991.
- Kaplan, G. A., Roberts, R. E., Camacho, T. C., & Coyne, J. C. (1987). Psychosocial predictors of depression:Prospective evidence from the human population laboratory studies. *American Journal of Epidemiology*, 125(2), 206-220.
- Kaul, M., & Lakey, B. (2003). Where is the support in perceived support? The role of generic relationship satisfaction and enacted support in perceived support's relation to low distress. *Journal of Social and Clinical Psychology* 22, 59–78.
- Kennedy, G. J., Howard, R. K., Thomas, C. (1991). Persistence and remission of depressive symptoms in late life. *American Journal of Psychiatry*, 148 (2), 174-178.

- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, *36*, 531-572.
- Kessler, R. C., & McLeod, J. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. C. S. L. Syme (Ed.), *Social support and health* (pp. 219-240). San Diego: Academic Press.
- Knauper, B., & Wittchen, H. U. (1994). Diagnosing major depression in the elderly: Evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? *Journal of Psychiatric Research*, *28*, 147-164.
- Kohout, F. J., Berkman, L. F., Evans, D., & Cornoni-Huntley, J. . (1993). Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. *Journal of Aging and Health*, *7*, 367-375.
- Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. . (2002). Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* *57*, P87-P94.
- Krause, N. (1999). Social Support. In R. H. Binstock & L.K.George (Eds.), *Handbook of aging and social sciences* (5th ed., pp. 272-294). San Diego, CA: Academic Press.
- Krause, N. (2001). Social support. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (5th ed., pp. 272-294). San Diego, CA: Academic Press.
- Krause, N., Liang, J., & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis., *41*, 88-97.
- Krishnan, K. R. (2002). Biological risk factors in late life depression. *Biological Psychiatry* *52*, 185-192.
- Labouvie-Vief, G. (1999). Emotions in adulthood. In V. L. Bengston & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 253-267). New York: Springer.
- Lakey, B., & Lutz, C. J. (1996). Social support and preventive and therapeutic interventions. In G. R. Pierce, B. R. Sarason & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family*. New York: Plenum Press.
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, *9*, 315-324.
- Lawton, M. P. (1989). Environment pro-activity and affect in older people. . In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of aging* (pp. 135-163). Newbury Park: Sage.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nova York: Springer.
- Lebrão, M. L., & Laurenti, R. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *8*(2), 127-141.

- Leite, V. M. M., Carvalho, E. M. F., Barreto, K. M. L., & Falcao, I. V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 31-38.
- Lenze, E. J., Rogers, J.C., Martire, L.M., Mulsant, B.H., Rollman, B.L., Dew, M.A., Schulz, R., & Reynolds, C.F., III. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 113–135.
- Levi, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B, P409-P417.
- Lin, N., Ensel, W. M. (1989). Life Stress and Health: Stressors and Resources. *American Sociological Review*, 54(3), 382-399.
- Lin, N., & Dean, A. (1984). Social Support and depression. *Social Psychiatry* 19, 83-91.
- Lipowski, Z. J. (1967). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: general principles. *Psychosomatics Medicine*, 29, 153-171.
- Lyness, J. M., Niculescu, A., Tu, X., Reynolds, C. F., & Caine, E. D. (2006). The Relationship of Medical Comorbidity and Depression in Older, Primary Care Patients *Psychosomatics* 47, 435-439.
- Maciel, A. C. C., & Guerra, R. O. (2006). Prevalência de fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 55(1), 26-33.
- Maddox, G. L. (1962). Some correlates of differences in self-assessment of health status among the elderly. *Journals of Gerontology*, 17, 180–185.
- Magai, C., & Halpern, B. (2001). Emotional development during the middle years. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development*. New York: Wiley.
- Maj, M., & Sartorius, N. (2005). *Transtornos Depressivos* (2a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- McLean, D. E., & Link, B. G. (1994). Unravelling complexity: strategies to refine concepts, measures, and research designs in the study of life events and mental health. In I. H. G. W. R. Avison (Ed.), *Stress and mental health: contemporary issues and prospects for the future* (pp. 15-41). New York: Plenum Press.
- Moos, R. H., Schutte, K.K., Brennan, P.L., Moos B.S. (2005). The interplay between life stressors and depressive symptoms among older adults. *The Journals of Gerontology B*.

- Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(4), P199 - P206.
- Morris, P. L. P., Robinson, R. G., Raphael, B., & Bishop, D. (1991). The relationship between the perception of social support and post-stroke depression in hospitalized patients. *Psychiatry*, 54, 306-315.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. . (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72, 800-808.
- Neri, A. L. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. . *Gerontologia*, 9(1), 6-13.
- Neri, A. L. (2007). Feminização da velhice. In *In Fundação Perseu Abramo . Idosos no Brasil*. São Paulo: Editora Flamarion.
- Neri, A. L. (2007). Velhice bem-sucedida e subjetividade. In A. L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida na velhice: enfoques multidisciplinares*. Campinas: Átomo e Alínea.
- Newson, J.T. & Schulz, R.(1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34-44.
- Newman, J. P., Engel, R.J., & Jensen, J.E. . (1991). Age differences in depressive symptom experiences. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, , 46(A), P224-P235.
- Nguyen, H. T., Zonderman, A. B. . (2006). Relationship between age and aspects of depression: consistency and reliability across two longitudinal studies. *Psychology and Aging*, 21(1), 119-126.
- Nolen-Hoeksema, S. (1988). Life-span views on the development of depression
In P. B. Baltes, D. L. Featherman & R. M. Lerner (Eds.), *Life span development and behavior* (Vol. 9). New York: Erlbaum.
- Oliveira, D. A. A. P., Gomes, L., & Oliveira, R. F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência *Revista de Saúde Pública*, 40(4).
- Pearlin, L. I., & Zarit, S. H. Research into informal caregiving:Currents perspectives and future directions. In S. H. Zarit, L. I. Pearlin & K. W. Schaie (Eds.), *Caregiving Systems: Formal an Informal Helpers*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Peterson, C., Bossio, L. M. . (1991). *Health and optimism*. New York:: Free Press.
- Pierce, G. R., Sarason, B. E., Sarason, I. W., Joseph, H. J., & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In G. R. Pierce, B. R. Sarason & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family* (pp. 3–22). New York: Plenum Press.
- Pinquant, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology*

- and Aging, 16(3), 414-426.*
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging, 15(2), 187-224.*
- Prince, M., Harwood, R.; Thomas, A.; Mann, A. . (1998). A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychological Medicine, 28, 337-350.*
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depressive scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measurement, 1, 385–401.*
- Radloff, L. S., & Locke, B. Z. . (1986). The community mental health assessment survey and the CES-D Scale. In M. M. Weissman, J. K. Myers & C. E. Ross (Eds.), *Community surveys of psychiatric disorders* (pp. 177–189). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. .
- Raskin, A., Schulterbrandt, J., Reating, N. (1967). Factors of Psychopathology in Interview, Ward Behavior and Self-Report Ratings of Hospitalized Depressives. *Journal of Consultant Psychology, 31, 270.*
- Reifler, B. V. (1994). Depression: Diagnosis and comorbidity. In L. S. Schneider, C. F. Reynolds, B. D. Lebowitz & A. J. Friedhoff (Eds.), *Diagnosis and treatment of depression in late life. Results of the NIH consensus development conference.* Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Reinhardt, J. P., & Blieszner, R. (2000). Predictors of perceived support quality in visually impaired elders. *Journal of Applied Gerontology, 19, 345–362.*
- Reinhardt, J. P., Boerner, K., & Horowitz, A. (2006). Good to have but not to use: Differential impact of perceived and received support on well-being. *Journal of Social and Personal Relationships, 23(1), 117–129.*
- Reynolds, C. F. I. (1994). Treatment of depression in later-life. *American Journal of Medicine Suppl 6A, 39-46.*
- Riddler, A., Blais, M.R. & Hess, U. (2002). *A Multi-Group Investigation of the CES-D's Measurement Structure Across Adolescents, Young Adults and Middle-Aged Adults.*Scientific Series. Montreal: Cirano.
- Roberts, R. E., Lee, E. S., Roberts, C. R. (1991). Changes in Prevalence of Depressive Symptoms in Alameda County: Age, Period, and Cohort Trends. *ournal of Aging and Health, 3(1), 66 - 86.*

- Ross, A. T., Mary, F. F., & Rebecca, G. (2006). Social support and developmental psychopathology In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (2th ed.). London: John Wiley & Sons.
- Rothermund, K., & Brandtstadter, J. (2003). Depression in later life: Cross- sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging, 18*(1), 80-90.
- Russel, D. W., & Cutrona, C. D. (1991). Social Support, stress, and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychology and Aging, 6*(2), 190-201.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging, 6*, 286-295.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 97–128). New York: Wiley.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 201-228.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Hooijer, C., Jonker, C., van Tilburg, W. . (2003). The natural history of late-life depression: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders, 76*, 5-14.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Geerlings, M. I., Jonker, C., & Van Tilburg, W. . (2000). Risk factors for depression in later life: Results of a prospective community-based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders, 59*, 127-137.
- Schulz, R., Martire, L.M., Beach, S.R., & Scheier, M.F. . (2000). Depression and mortality in the elderly. *Current Directions in Psychological Science, 9*, 204–208.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1998). Emotion and control: A life span perspective. In K. W. Schaie & M. P. Lawton (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (Vol. 17, pp. 185-205). New York: Springer.
- Schulz, R., Heckhausen, J., & O'Brien, A. T. (1994). Control and the Disablement Process in the Elderly. *Journal of Social Behavior and Personality, 9*, 139-152.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.

- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Silveira, D. X., Jorge, M.R. . (2000). Escala de Rastreamento Populacional para Depressão CES-D em populações Clínicas e Não Clínicas de Adolescentes e Adultos Jovens. In C. Gorestain, L.H.S.G.Andrade & A. W. Zuarde (Eds.), *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Farmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Silverstone, P. H. (1990). Depression increases mortality and morbidity in acute life-threatening medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(6), 651-657.
- Snowdon, J. (2002). How high is the prevalence of depression in old age? . *Revista Brasileira de Psiquiatria, Supl I*, 42-47.
- Staudinger, U. M., Fleeson, W., & Baltes, P. B. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: similarities between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 305-319.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento*. (pp. 195-228). Campinas: Papyrus.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: self related compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.
- Takkinen, S., Gold, C., Pedersen, N. L., Malmberg, B., Nilsson, S., & Rovine, M. (2004). Gender differences in depression: a study of older unlike-sex twins. *Aging and Mental Health*, 8(3), 187-195.
- Tavares, S. S. (2004). *Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes*. . Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Campinas: UNICAMP.
- Troits, P. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.
- Van Doorn, C. (1999). A Qualitative Approach to Studying Health Optimism, Realism, and Pessimism. *Research on Aging*, 21(3), 440 – 457.
- Veras, R. P., & Coutinho, E. S. F. (1991). Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 25(3), 209-217.
- Viinamaki H, T. A., Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen , Haatainen K, Hintikka J. . (2006). Recovery from depression: a two-year follow-up study of general population subjects. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(1), 19-21.

- von Faber, M., van der Wiel, A. B., van Exel, E., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., van Dongen, E., et al. (2001). Successful ageing in the oldest old: who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, *161*, 2694–2700.
- Wallace, J., & O'Hara, M. W. (1992). Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: results from a cross-sectional and longitudinal studies. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 282-291.
- Ware, J. E. (1984). Methodologic considerations in the selection of health status assessment procedures. In NK Wenger , M. Mattsan, CD Furberg & J. Elinson (Eds.), *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. (pp. 87-111). New York: LeJacq Publishing Inc.
- Ware, J. E. J. (1987). Standards for validating health measures: Definition and content. . *Journal of Chronic Diseases*, *40*, 473-480.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, *27*, 78–89.
- Williamson, G. M., Schulz, R. . (1992). Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-residing elderly adults. *Journals of Gerontology*, *47*, P367-P372.
- Williamson, G. M., & Schulz, R. . (1992). Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients. *Psychology and Aging*, *7*, 343-351.
- Wrosch, C., Schulz, R., & Heckhausen, J. . (2004). Health stresses and depressive symptomatology in the elderly. A control-process approach. . *Current Directions in Psychological Science*, *13*, 17-20.
- Yesavage, J., Brink, T. L., Rose, T., Lum, O., Huang, O., Adey, V., & Leirer, V. . (1983). Development and Validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. . *Journal of Psychiatric Research*, *17*, 37-49.
- Zich, J. M., Attkisson, C.C., Greenfield TK. (1990). Screening for depression in primary care clinics: the CES-D and the BDI. *International Journal of Psychiatry Medicine*, *20*, 259–277.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* *12*: 63-79. *Archives of General Psychiatry*, *12*, 63-79.

ANEXOS

ANEXO 1 . PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HU-UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo CEP/HU: 170-009/2002

I- IDENTIFICAÇÃO

- I.1- Título: **DEPRESSÃO E SUICÍDIO: POSSÍVEIS MEDIADORES DESTA RELAÇÃO EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS EM JUIZ DE FORA**
I.2- Pesquisador responsável: Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino
I.3- Instituições: Departamento de Psicologia - UFJF
I.4- Data de apresentação ao CEP: 11 de março de 2002

II – Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL:

O objetivo mais amplo desta pesquisa será o de montar uma amostra representativa da população idosa de Juiz de Fora que nos permita conhecer ainda que de forma piloto o perfil demográfico, social, emocional e físico deste grupo etário. Especificamente, este projeto também examinará a prevalência da depressão entre idosos e explorar os fatores que possam atenuar esta relação. Sobretudo, é fundamental acompanhar estes idosos por um período prolongado, com o objetivo de compreender as mudanças nos estados depressivos, assim como explorar a relação existente entre depressão e suicídio. Este projeto assim também examinará os fatores de risco que antecedem a relação entre depressão e suicídio na idade avançada. Concluindo, esperamos que com este primeiro projeto de pesquisa voltado para população idosa de Juiz de Fora seja um dos fatores facilitadores da estruturação desta nova linha de pesquisa quer seja no âmbito acadêmico ou municipal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ⇒ Estabelecer nova área de pesquisa na Universidade Federal de Juiz de Fora;
- ⇒ Implementar um primeiro banco de informações sobre a população idosa de Juiz de Fora;
- ⇒ O projeto poderá servir como um primeiro piloto descritivo de perfil social, demográfico, emocional e físico da população acima de 60 anos.

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

Este projeto terá por objetivo montar uma amostra randômica composta de 1000 pessoas acima de 60 anos que seja representativa da população de Juiz de Fora em termos das variáveis demográficas. Espera-se, através do último censo demográfico ou pela descrição de eleitores por zona eleitoral, identificar as áreas geográficas com a maior concentração de idosos e a partir


Prof. Henrique Dosugol
Presidente CEP/HU



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

disso selecionar uma amostra de maiores de 60 anos, representativa de cada região geográfica ou zona eleitoral.

A seleção da amostra será realizada por recrutadores especialmente contratados e treinados para esse fim, que irão até essas regiões e buscarão identificar nos domicílios os indivíduos relevantes para a pesquisa. Feito isso será feita a explanação da pesquisa, objetivos, expectativas e processo para que o sujeito da amostra aceite ou não participar do processo, caso aceite deve assinar o termo de consentimento livre e esclarecido previamente elaborado em linguagem acessível. Esse termo de modo algum implica em vínculo definitivo com o projeto, podendo o mesmo se retirar da pesquisa a qualquer momento sem risco de dano moral, social, financeiro ou qual quer outro.

Aos sujeitos da pesquisa é garantido também acesso aos esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer momento que julguem necessário, além do sigilo e privacidade acerca dos dados pessoais coletados.

Essa mesma amostra será avaliada novamente após 12 e 24 meses após o início da pesquisa no intuito de identificar variação nos fatores de risco, quadros de depressão e suicídio.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- ♦ Pessoas acima de 60 anos;
- ♦ Interesse em participar da pesquisa após tomar conhecimento do processo;
- ♦ Ter aceito e assinado termo de consentimento livre e esclarecido;
- ♦ Não apresentar um déficit cognitivo que o impossibilite a compreensão do roteiro de entrevista.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- ♦ Não serão incluídos na pesquisa idosos institucionalizados;
- ♦ Idosos incapacitados de compreender / responder à pesquisa;
- ♦ Não concordância em participar da pesquisa.

ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA:

Para a investigação dos fatores de risco ou mediadores serão utilizadas as seguintes escalas:

1. *Escala de Eventos Estressantes (Aldwin, Sutton e Lachman – 1996) :*

Constituída por 32 itens sobre eventos estressantes comuns à idade avançada.

2. *Inventário de Coping (Aldwin, Sutton e Lachman – 1996) :*

Elaborado especificamente para a população idosa, consiste de 50 itens sobre as maneiras que as pessoas reagem frente a eventos estressantes ou inesperados.


Dr. Henrique Normigui
Presidente CEP/NU



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RUA CATULO BREVIGLIÈRE, S/Nº
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

3. *Escala de Avaliação do Evento Estressante (Aldwin, Sutton e Lachman – 1996) :*
Serve para identificar como os indivíduos avaliaram o evento estressante.
4. *Escala de Avaliação da Rede de Suporte Social :*
Seu objetivo é descrever as relações afetivas dos participantes em qualidade, quantidade e satisfação.
5. *Histórico Sócio – econômico:*
O objetivo desse instrumento é descrever cada indivíduo em termos das variáveis demográficas definindo seu nível sócio – econômico.
6. *Histórico da Saúde Física:*
Os participantes serão orientados a listar os diagnósticos clínicos dos últimos cinco anos até a data atual, além de falarem dos aspectos relacionados à saúde de um modo geral (medicação, hábitos de vida, etc).
7. *Minimental (Folstein – 1975) :*
Serve para avaliar o quadro cognitivo dos participantes.

Para investigação das variáveis dependentes serão utilizadas as seguintes escalas:
8. *CES – D (Radloff – 1977) :*
Através de 20 itens faz-se a auto - avaliação sobre frequência de sentimentos de depressão na semana anterior a entrevista.
9. *Histórico de Suicídio :*
Visa identificar se houve atentado de suicídio no período de um ano e se este necessitou de atendimento médico.

A entrevista será feita individualmente pelos entrevistadores com os indivíduos recrutados no primeiro momento. O local da entrevista será o próprio domicílio do idoso, no intuito de simplificar o processo evitando o deslocamento e possível ônus dos entrevistados.

Para análise dos dados serão utilizados os pacotes estatísticos SPSS 10.0 e LISREL. Os critérios para suspender ou encerrar a pesquisa, antes dos 24 meses (tempo previsto no projeto e de validade da bolsa do CNPq) consistem unicamente na recomendação justificada de uma das seguintes instituições : UFJF, CNPq e Comitê de Ética .

O local de realização das várias etapas (análises de dados, reuniões, divulgação de resultados entre outras) será o Laboratório de pesquisa que será montado exclusivamente para essa função através do patrocínio do CNPq, de


Prof. Henrique Portugal
Presidente CEP/HU



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

acordo com orçamento, contando com 2 computadores, arquivos, material de consumo de escritório, uma linha telefônica e mobiliário. Esse Laboratório será fixado em local indicado pela Universidade Federal de Juiz de Fora, de acordo com seus critérios.

ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES:

Serão feitas traduções das seguintes escalas: Escala de eventos estressantes, Escala de avaliação do estresse, Inventário de Coping (maneiras de lidar com eventos estressantes), Escala de avaliação da rede de suporte social. Feita a tradução, serão examinadas as propriedades psicométricas das mesmas através do cálculo do Alpha de Cronbach e análise da variância dos itens.

Quanto aos riscos e benefícios, a pesquisa não implicará em nenhum risco seja à saúde física, psíquica ou social dos indivíduos pesquisados. Serão tomadas todas as providências para garantir o sigilo das informações pessoais e o uso adequado das demais, os recrutadores e entrevistadores serão submetidos à rigorosa seleção e treinamento, estando sempre identificados para a execução das entrevistas. É de suma importância que os participantes saibam da importância de sua colaboração mesmo que esta não implique em nenhum ganho imediato outro que colaborar com os pesquisadores facilitando o desenvolvimento do conhecimento relativo aos processos do envelhecimento da população idosa de Juiz de Fora.

RESPONSABILIDADES DO PESQUISADOR:

- ⇒ Apresentar o protocolo ao CEP e aguardar seu pronunciamento antes de iniciar a pesquisa;
- ⇒ Desenvolver o projeto conforme delineado;
- ⇒ Apresentar relatórios parciais e finais ao CEP, ao CNPq e à UFJF;
- ⇒ Atender às solicitações de dados feitas por qualquer das instituições acima nomeadas;
- ⇒ Conservar em arquivo por cinco anos todos os dados da pesquisa;
- ⇒ Encaminhar os resultados para publicação, com o créditos de todos os pesquisadores (principal e associados) e do pessoal técnico envolvido;
- ⇒ Justificar perante ao CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;
- ⇒ Coordenar a equipe envolvida no projeto para o correto e ético desenvolvimento do mesmo.

RESPONSABILIDADES DA INSTITUIÇÃO:

- ⇒ Designar o local no qual deverá funcionar o Laboratório da pesquisa;


Prof. Henrique Portugal
Presidente CEP - HU



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

- ⇒ Fornecer informações relativas ao andamento da pesquisa ao CEP e ao CNPQ quando solicitadas;
- ⇒ Zelar para o cumprimento da Resolução 196/96.

RESPONSABILIDADES DO PATROCINADOR:

- ⇒ Acompanhar o uso da verba destinada à pesquisa;
- ⇒ Solicitar relatórios parciais e finais da pesquisa;
- ⇒ Fiscalizar se o desenvolvimento da pesquisa está em concordância com o que foi delineado;

Disponibilizar a verba destinada à pesquisa;

IV – Comentários do relator frente a Resolução 196/96 e suas complementares em particular sobre:

Estrutura do Protocolo:

Adequadamente estruturado, de acordo com a Resolução 196/96 e suas complementares.

Grupo: III

Justificativa do uso de placebo:
Não se aplica.

Justificativa da suspensão terapêutica (Wash-out):
Não se aplica.

Análise de Riscos e Benefícios:
A pesquisa não implicará em riscos para os participantes quanto a saúde física, psíquica ou social. Não trará também benefícios diretos aos participantes.

Retorno de Benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade:
A pesquisa trará benefícios sociais, com o desenvolvimento do conhecimento relativo aos processos do envelhecimento da população de idosos de Juiz de Fora.

Adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e forma de obtê-lo:
Adequado e de fácil obtenção.

Informações Adequadas quanto aos financiamentos:
De acordo.


Prof. Henrique Norzugal
Presidente CEP/HU



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Outros centros, no caso de estudos multicêntricos:
Não se aplica.

V - PARECER do CEP:.

Em relação ao presente projeto de pesquisa, intitulado: "*Depressão e Suicídio: possíveis mediadores desta relação em uma amostra de idosos em Juiz de Fora*", somos de parecer favorável ao estudo, posto que, seu delineamento está em consonância com os propósitos éticos previstos pelas resoluções pertinentes.

VI - Data da aprovação: aprovado em 26 de março de 2002

VII - Assinatura do coordenador: *Prof. Henrique Araújo*
Presidente CEP / HU

Anexo 2 - Grupos de variáveis investigadas pelo PENSA

1. Variáveis sociodemográficas – questões que incluíam dados sobre idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda, entre outras.
2. Histórico socioeconômico – dados sobre escolaridade dos pais, ocupação dos pais durante a infância do participante, última ocupação do idoso, entre outras.
3. Saúde física percebida – avaliação de saúde global e referenciada a domínios, frequência e visitas ao médico no último ano, doenças somáticas nos últimos cinco anos, independência funcional em AVDs e AIVDs, entre outras.
4. Histórias de vida relatadas através de experiências afetivas, sociais e educacionais da infância, com questões sobre crises financeiras na família, doenças e acidentes, imagem social na infância, entre outras.
5. Satisfação pessoal – satisfação global com a vida, aceitação da própria velhice e outras.
6. Suporte social percebido – frequência de contato com parentes, origem das amizades, avaliação qualitativa de suporte social, e outras.
7. Espiritualidade e religiosidade – crença e religião declarada, histórico religioso, frequência e tipo da prática religiosa, significado da religiosidade, importância da espiritualidade.
8. Saúde mental – depressão e status cognitivo.
9. Experiência de eventos de vida positivos e negativos – tipo e ocasião de ocorrência de eventos positivos e negativos; o evento mais negativo ocorrido recentemente, considerando o tipo e o tempo ocorrido desde o evento e outras.
10. Intensidade de eventos estressantes associados ao envelhecimento – questões sobre eventos ocorridos no último ano – Inventário de Eventos Estressantes entre Idosos.

Anexo 3 - CES-D (The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)

	Nunca ou raramente	Poucas vezes (1 a 2 dias)	Na maioria das vezes (3 a 4 dias)	Sempre (5-7 dias)
1. Senti-me incomodado com coisas que normalmente não me incomodam.	0	1	2	3
2. Não tive vontade de comer, ou seja, tive pouco apetite.	0	1	2	3
3. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de amigos e familiares.	0	1	2	3
4. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto à maioria delas.	0	1	2	3
5. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	0	1	2	3
6. Senti-me deprimido	0	1	2	3
7. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0	1	2	3
8. Senti-me otimista sobre o futuro	0	1	2	3
9. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso.	0	1	2	3
10. Senti-me amedrontado	0	1	2	3
11. Meu sono era inquieto e não descansei	0	1	2	3
12. Estive feliz	0	1	2	3
13. Eu falei menos do que o habitual	0	1	2	3
14. Senti-me sozinho/a.	0	1	2	3
15. As pessoas não foram amistosas comigo	0	1	2	3
16. Aproveitei minha vida.	0	1	2	3
17. Tive crises de choro.	0	1	2	3
18. Senti-me triste.	0	1	2	3
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.	0	1	2	3
20. Não consegui levar adiante minhas coisas.	0	1	2	3

Anexo 4 – Inventário de doenças e queixas físicas utilizada pelo protocolo do PENSA categorizada por sistemas orgânicos.

Você diria que alguma vez, nos últimos 5 anos, você foi diagnosticado por um médico com :	1 – Sim 2 - Não	Categoria
1. Alta pressão arterial		1
2. Colesterol alto		3
3. Triglicérides alto		3
4. Diabetes		3
5. Ritmo cardíaco irregular / arritmia		1
6. Angina / dores no peito		1
7. Infarto		1
8. Acidente Vascular Cerebral / derrame		6
9. Trombose		1
10. Bronquites		7
11. Asma		7
12. Enfisema		7
13. Problema Pulmonar		7
14. Problema de vesícula		2
15. Problema hepático		2
16. Problema hormonal		3
17. Problema digestivo		2
18. Gastrite		2
19. Úlcera		2
20. Diarréia / náusea		2
21. Prisão de ventre		2
22. Problema renal		5
23. Pedra nos rins		5
24. Infecção urinária		5
25. Problemas relacionados ao ácido úrico		3
26. Catarata		6
27. Glaucoma		6
28. Ressecamento ou descamação da pele		8
29. Reumatismo / artrite		4
30. Osteoporose		4
29. Fratura		4
32. Parkinson		6
33. Dores de cabeça		6
34. Inchaço nas pernas, tornozelos e juntas		1
35. Cansaço, desânimo		1
36. Câncer, tipo?		9

Anexo 5 - Inventário de eventos estressantes entre idosos (The Elders Life Stress Inventory- ELSI - Aldwin,1990).

EVENTOS	Não aconte ceu	Nada estress ante	Pouco estres sante	Mediana -mente estressan te	Muito estressan te	Extrema- mente estressante	(Catego rias Criadas)
1. Perda da memória	0	1	2	3	4	5	8
2. Morte do esposo/a	0	1	2	3	4	5	1
3. Institucionalização da esposa/o	0	1	2	3	4	5	7
4. Morte de um filho ou filha	0	1	2	3	4	5	1
5. Morte do pai ou mãe	0	1	2	3	4	5	1
6. Morte de outro parente próximo	0	1	2	3	4	5	1
7. Uma doença ou problema de saúde (queda)	0	1	2	3	4	5	8
8. Aposentadoria	0	1	2	3	4	5	3
9. Divórcio	0	1	2	3	4	5	3
10. Perda do poder aquisitivo/ financeiro	0	1	2	3	4	5	4
11. Separação do esposo/a	0	1	2	3	4	5	3
12. Casamento	0	1	2	3	4	5	3
13. Morte de um amigo	0	1	2	3	4	5	1
14. Uma piora na saúde ou comportamento de um membro da família	0	1	2	3	4	5	2
15. Diminuição na participação em atividades que você realmente gosta	0	1	2	3	4	5	5
16. Divórcio ou separação dos filhos/as	0	1	2	3	4	5	2
17. Diminuição das responsabilidades ou horas no trabalho (mesmo que voluntário)	0	1	2	3	4	5	5
18. Aumento das responsabilidades ou horas no trabalho (mesmo que voluntário)	0	1	2	3	4	5	5
19. Mudança para uma outra casa	0	1	2	3	4	5	3
20. Mudança para um outro tipo de trabalho menos interessante	0	1	2	3	4	5	3
21. Aposentadoria do esposo/a	0	1	2	3	4	5	3
22. A piora na qualidade de vida	0	1	2	3	4	5	8
23. Problemas com chefe ou colegas de trabalho	0	1	2	3	4	5	5
24. Piora na relação com os filhos/as	0	1	2	3	4	5	6
25. Piora na relação com esposa	0	1	2	3	4	5	6
26. Assumindo maior responsabilidade com os filhos/as	0	1	2	3	4	5	2
27. Assumindo maior responsabilidade com o pai/mãe	0	1	2	3	4	5	7
28. Institucionalização do pai ou mãe	0	1	2	3	4	5	7
29. Perda de um amigo/a próximo devido mudança ou morte	0	1	2	3	4	5	1
30. Vivência de uma situação em que foi enganado ou ridicularizado	0	1	2	3	4	5	5
31. Perda de coisas de sua posse devido mudança ou outros	0	1	2	3	4	5	4
32. Outros: _____	0	1	2	3	4	5	-

Anexo 6 - Justificativas para as categorias criadas com base na análise dos itens do inventário de eventos estressantes

1. Perda de entes queridos: morte do cônjuge, de um filho ou filha, do pai ou mãe, de outro parente ou de amigo próximo, ou então mudança geográfica de amigo próximo que dificulte o contato. A experiência de perda de entes queridos por motivo de morte costuma causar desgosto e aproximar o idoso da idéia da própria morte. A perda de um amigo próximo devido à mudança geográfica representa descontinuidade no suporte social, no desempenho de papéis e na rotina do idoso. Tais perdas podem gerar sentimento de solidão ou desamparo por parte do idoso.
2. Situações que afetam os familiares: problemas de saúde ou de comportamento de um familiar, divórcio de filhos ou ter de assumir responsabilidades com os filhos são situações incontroláveis para o idoso, porque dependem de circunstâncias ligadas à vida de outrem. Os problemas ligados à saúde de um familiar afetam direta ou indiretamente os idosos devido ao apego afetivo que une membros da família e que dão origem à empatia. Os problemas com os filhos representam ameaça ao senso de integridade dos idosos, em parte porque muitas ocorrências dizem respeito ao desempenho de papéis sociais cujo adequado cumprimento pelos descendentes confirma os esforços educativos dos pais. Assumir responsabilidades com os filhos geralmente implica em assumir o cuidado com os netos ou assumir responsabilidade financeira total ou parcial pelos descendentes.
3. Eventos pontuais do curso de vida: eventos típicos (normativos) da velhice, tais como aposentadoria (própria ou do cônjuge), e eventos inesperados (não normativos), tais como divórcio, casamento, mudança de casa ou de trabalho. Seus efeitos estressantes derivam do fato de representarem uma ruptura com papéis exercidos ao longo do curso de vida.
4. Finanças: a perda de poder aquisitivo ou a perda de bens devido à mudança ou a outros fatores ameaçam o bem-estar do idoso porque podem acarretar mudanças nos padrões de cuidado com a saúde, de lazer e de alimentação; no desempenho de papéis sociais, no status e no senso de segurança, com prejuízos a saúde física e o bem-estar psicológico e social do idoso.
5. Eventos associados a relações interpessoais e ao engajamento em atividades: ocasionam mudanças no nível de comprometimento com atividades, problemas com chefe ou colegas de trabalho, ou vivência situações em que idoso é enganado ou ridicularizado. Representam desafio ou ameaça ao senso de continuidade e de integridade do *self* e mudanças nos padrões de interação social.
6. Conflitos familiares ou conjugais: problemas no âmbito das relações afetivas no núcleo familiar, tais como piora na relação com os filhos ou com o cônjuge.
7. Cuidar de entes queridos: institucionalização do esposo ou dos pais ou sogros e ter que assumir pessoalmente o cuidado são situações que geram pressões externas e internas, as

primeiras representadas por problemas financeiros e sobrecarga; as segundas por sentimentos como tristeza, ressentimento, compaixão, medo, culpa e dúvida.

8. Problemas de saúde ou declínio da própria pessoa: ocorrências típicas do envelhecimento normal, tais como perda da memória ou queda no estado de saúde, e ocorrências que prenunciam um envelhecimento patológico, como uma queda, levam o idoso a tomar consciência das próprias limitações e a confrontar-se com a morte, o que pode gerar ansiedade e depressão.

Anexo 7 - ISEL (Interpersonal Support Evaluation- 5 itens)

Gostaríamos de saber a facilidade que você encontra para se relacionar com as pessoas mais próximas	Nunca	Às vezes (1-2 dias / semana)	Maioria das vezes (3-4 dias / sem)	Sempre (5-7 dias / semana)
1. Você diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho.	1	2	3	4
2. Você diria que encontra e conversa com amigos e familiares.	1	2	3	4
3. Você teria facilidade em encontrar pessoas que possam te ajudar nos seus afazeres se estiver doente.	1	2	3	4
4. Você tem com quem contar quando você precisa de uma sugestão de como lidar com um problema.	1	2	3	4
5. Você tem pelo menos uma pessoa cuja opinião você confia plenamente.	1	2	3	4

Anexo 8 – Autorização para utilização dos dados do PENSA



The University of Kansas Medical Center

Kansas City, 30 de abril de 2007

Autorização De Uso de Dados de Pesquisa

Autorizo SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI, doutoranda em Educação na Faculdade de Educação da Unicamp, a utilizar-se livremente dos dados do banco de dados do Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA) em sua tese de doutorado. Autorizo também que os dados sejam divulgados em publicações futuras provenientes de seus resultados.

Sem mais,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana-Paula Cupertino'.

Ana-Paula Cupertino, Ph.D.
Research Assistant Professor
Department Preventive Medicine
University of Kansas Med Center
3901 Rainbow Blvd. 4028 Varnes
Kansas City - KS - 66160
tel: (913) 588-2783
fax:(913) 588-8398

Anexo 9- Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais pelo critério de gênero.

<p>IDADE SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td><70</td><td>42</td><td>100</td><td>142</td></tr> <tr><td></td><td>51.22</td><td>43.86</td><td></td></tr> <tr><td>70-79</td><td>28</td><td>80</td><td>108</td></tr> <tr><td></td><td>34.15</td><td>35.09</td><td></td></tr> <tr><td>>=80</td><td>12</td><td>48</td><td>60</td></tr> <tr><td></td><td>14.63</td><td>21.05</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>82</td><td>228</td><td>310</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=2.01; GL=2; P=0.366</p>	<70	42	100	142		51.22	43.86		70-79	28	80	108		34.15	35.09		>=80	12	48	60		14.63	21.05		Total	82	228	310	<p>CLSOCIAL SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>MIS/BAIX</td><td>5</td><td>14</td><td>19</td></tr> <tr><td></td><td>6.17</td><td>6.14</td><td></td></tr> <tr><td>MÉD BAIX</td><td>14</td><td>61</td><td>75</td></tr> <tr><td></td><td>17.28</td><td>26.75</td><td></td></tr> <tr><td>MÉDIO</td><td>53</td><td>128</td><td>181</td></tr> <tr><td></td><td>65.43</td><td>56.14</td><td></td></tr> <tr><td>MÉD/ALTO</td><td>9</td><td>25</td><td>34</td></tr> <tr><td></td><td>11.11</td><td>10.96</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>228</td><td>309</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=3.09; GL=3; P=0.378</p>	MIS/BAIX	5	14	19		6.17	6.14		MÉD BAIX	14	61	75		17.28	26.75		MÉDIO	53	128	181		65.43	56.14		MÉD/ALTO	9	25	34		11.11	10.96		Total	81	228	309	<p>RSUPTOT SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>BAIXO</td><td>20</td><td>71</td><td>91</td></tr> <tr><td></td><td>24.69</td><td>31.70</td><td></td></tr> <tr><td>MÉDIO</td><td>31</td><td>47</td><td>78</td></tr> <tr><td></td><td>38.27</td><td>20.98</td><td></td></tr> <tr><td>ALTO</td><td>30</td><td>106</td><td>136</td></tr> <tr><td></td><td>37.04</td><td>47.32</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>224</td><td>305</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=9.34; GL=2; P=0.009</p>	BAIXO	20	71	91		24.69	31.70		MÉDIO	31	47	78		38.27	20.98		ALTO	30	106	136		37.04	47.32		Total	81	224	305
<70	42	100	142																																																																																											
	51.22	43.86																																																																																												
70-79	28	80	108																																																																																											
	34.15	35.09																																																																																												
>=80	12	48	60																																																																																											
	14.63	21.05																																																																																												
Total	82	228	310																																																																																											
MIS/BAIX	5	14	19																																																																																											
	6.17	6.14																																																																																												
MÉD BAIX	14	61	75																																																																																											
	17.28	26.75																																																																																												
MÉDIO	53	128	181																																																																																											
	65.43	56.14																																																																																												
MÉD/ALTO	9	25	34																																																																																											
	11.11	10.96																																																																																												
Total	81	228	309																																																																																											
BAIXO	20	71	91																																																																																											
	24.69	31.70																																																																																												
MÉDIO	31	47	78																																																																																											
	38.27	20.98																																																																																												
ALTO	30	106	136																																																																																											
	37.04	47.32																																																																																												
Total	81	224	305																																																																																											
<p>ESTCIVIL SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>CASADO</td><td>67</td><td>81</td><td>148</td></tr> <tr><td></td><td>82.72</td><td>35.53</td><td></td></tr> <tr><td>SOLI/DIV</td><td>7</td><td>39</td><td>46</td></tr> <tr><td></td><td>8.64</td><td>17.11</td><td></td></tr> <tr><td>VIÚVO</td><td>7</td><td>108</td><td>115</td></tr> <tr><td></td><td>8.64</td><td>47.37</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>228</td><td>309</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=54.75; GL=2; P<0.001</p>	CASADO	67	81	148		82.72	35.53		SOLI/DIV	7	39	46		8.64	17.11		VIÚVO	7	108	115		8.64	47.37		Total	81	228	309	<p>SAUDE SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>EXC/MBOA</td><td>28</td><td>55</td><td>83</td></tr> <tr><td></td><td>34.57</td><td>24.12</td><td></td></tr> <tr><td>BOA</td><td>33</td><td>101</td><td>134</td></tr> <tr><td></td><td>40.74</td><td>44.30</td><td></td></tr> <tr><td>RAZ/PÉSS</td><td>20</td><td>72</td><td>92</td></tr> <tr><td></td><td>24.69</td><td>31.58</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>228</td><td>309</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=3.55; GL=2; P=0.169</p>	EXC/MBOA	28	55	83		34.57	24.12		BOA	33	101	134		40.74	44.30		RAZ/PÉSS	20	72	92		24.69	31.58		Total	81	228	309	<p>EVENTO1 SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>NÃO</td><td>53</td><td>129</td><td>182</td></tr> <tr><td></td><td>65.43</td><td>56.58</td><td></td></tr> <tr><td>SIM</td><td>28</td><td>99</td><td>127</td></tr> <tr><td></td><td>34.57</td><td>43.42</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>228</td><td>309</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=1.94; GL=1; P=0.164</p>	NÃO	53	129	182		65.43	56.58		SIM	28	99	127		34.57	43.42		Total	81	228	309																
CASADO	67	81	148																																																																																											
	82.72	35.53																																																																																												
SOLI/DIV	7	39	46																																																																																											
	8.64	17.11																																																																																												
VIÚVO	7	108	115																																																																																											
	8.64	47.37																																																																																												
Total	81	228	309																																																																																											
EXC/MBOA	28	55	83																																																																																											
	34.57	24.12																																																																																												
BOA	33	101	134																																																																																											
	40.74	44.30																																																																																												
RAZ/PÉSS	20	72	92																																																																																											
	24.69	31.58																																																																																												
Total	81	228	309																																																																																											
NÃO	53	129	182																																																																																											
	65.43	56.58																																																																																												
SIM	28	99	127																																																																																											
	34.57	43.42																																																																																												
Total	81	228	309																																																																																											
<p>ESCOLA SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>ANA/PRIM</td><td>22</td><td>125</td><td>147</td></tr> <tr><td></td><td>27.16</td><td>54.82</td><td></td></tr> <tr><td>GINASIAL</td><td>18</td><td>36</td><td>54</td></tr> <tr><td></td><td>22.22</td><td>15.79</td><td></td></tr> <tr><td>COLEGIAL</td><td>25</td><td>49</td><td>74</td></tr> <tr><td></td><td>30.86</td><td>21.49</td><td></td></tr> <tr><td>SUPERIOR</td><td>16</td><td>18</td><td>34</td></tr> <tr><td></td><td>19.75</td><td>7.89</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>228</td><td>309</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=20.86; GL=3; P<0.001</p>	ANA/PRIM	22	125	147		27.16	54.82		GINASIAL	18	36	54		22.22	15.79		COLEGIAL	25	49	74		30.86	21.49		SUPERIOR	16	18	34		19.75	7.89		Total	81	228	309	<p>SAUDE2 SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>EXC/MBOA</td><td>22</td><td>51</td><td>73</td></tr> <tr><td></td><td>27.16</td><td>22.57</td><td></td></tr> <tr><td>BOA</td><td>37</td><td>105</td><td>142</td></tr> <tr><td></td><td>45.68</td><td>46.46</td><td></td></tr> <tr><td>RAZ/PÉSS</td><td>22</td><td>70</td><td>92</td></tr> <tr><td></td><td>27.16</td><td>30.97</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>226</td><td>307</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.83; GL=2; P=0.662</p>	EXC/MBOA	22	51	73		27.16	22.57		BOA	37	105	142		45.68	46.46		RAZ/PÉSS	22	70	92		27.16	30.97		Total	81	226	307	<p>EVENTO2 SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>NÃO</td><td>60</td><td>160</td><td>220</td></tr> <tr><td></td><td>74.07</td><td>70.18</td><td></td></tr> <tr><td>SIM</td><td>21</td><td>68</td><td>89</td></tr> <tr><td></td><td>25.93</td><td>29.82</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>228</td><td>309</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.44; GL=1; P=0.506</p>	NÃO	60	160	220		74.07	70.18		SIM	21	68	89		25.93	29.82		Total	81	228	309								
ANA/PRIM	22	125	147																																																																																											
	27.16	54.82																																																																																												
GINASIAL	18	36	54																																																																																											
	22.22	15.79																																																																																												
COLEGIAL	25	49	74																																																																																											
	30.86	21.49																																																																																												
SUPERIOR	16	18	34																																																																																											
	19.75	7.89																																																																																												
Total	81	228	309																																																																																											
EXC/MBOA	22	51	73																																																																																											
	27.16	22.57																																																																																												
BOA	37	105	142																																																																																											
	45.68	46.46																																																																																												
RAZ/PÉSS	22	70	92																																																																																											
	27.16	30.97																																																																																												
Total	81	226	307																																																																																											
NÃO	60	160	220																																																																																											
	74.07	70.18																																																																																												
SIM	21	68	89																																																																																											
	25.93	29.82																																																																																												
Total	81	228	309																																																																																											
<p>RENDTOT SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>1-2 SM</td><td>8</td><td>45</td><td>53</td></tr> <tr><td></td><td>9.88</td><td>20.09</td><td></td></tr> <tr><td>3-4 SM</td><td>12</td><td>67</td><td>79</td></tr> <tr><td></td><td>14.81</td><td>29.91</td><td></td></tr> <tr><td>5-8 SM</td><td>24</td><td>59</td><td>83</td></tr> <tr><td></td><td>29.63</td><td>26.34</td><td></td></tr> <tr><td>>8 SM</td><td>37</td><td>53</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>45.68</td><td>23.66</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>224</td><td>305</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=18.81; GL=3; P<0.001</p>	1-2 SM	8	45	53		9.88	20.09		3-4 SM	12	67	79		14.81	29.91		5-8 SM	24	59	83		29.63	26.34		>8 SM	37	53	90		45.68	23.66		Total	81	224	305	<p>NDOENCA SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>0-2</td><td>44</td><td>62</td><td>106</td></tr> <tr><td></td><td>53.66</td><td>27.19</td><td></td></tr> <tr><td>3-4</td><td>23</td><td>83</td><td>106</td></tr> <tr><td></td><td>28.05</td><td>36.40</td><td></td></tr> <tr><td>>=5</td><td>15</td><td>83</td><td>98</td></tr> <tr><td></td><td>18.29</td><td>36.40</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>82</td><td>228</td><td>310</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=19.84; GL=2; P<0.001</p>	0-2	44	62	106		53.66	27.19		3-4	23	83	106		28.05	36.40		>=5	15	83	98		18.29	36.40		Total	82	228	310	<p>EVENTO3 SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>NÃO</td><td>71</td><td>208</td><td>279</td></tr> <tr><td></td><td>87.65</td><td>91.23</td><td></td></tr> <tr><td>SIM</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td>12.35</td><td>8.77</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>228</td><td>309</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.87; GL=1; P=0.351</p>	NÃO	71	208	279		87.65	91.23		SIM	10	20	30		12.35	8.77		Total	81	228	309								
1-2 SM	8	45	53																																																																																											
	9.88	20.09																																																																																												
3-4 SM	12	67	79																																																																																											
	14.81	29.91																																																																																												
5-8 SM	24	59	83																																																																																											
	29.63	26.34																																																																																												
>8 SM	37	53	90																																																																																											
	45.68	23.66																																																																																												
Total	81	224	305																																																																																											
0-2	44	62	106																																																																																											
	53.66	27.19																																																																																												
3-4	23	83	106																																																																																											
	28.05	36.40																																																																																												
>=5	15	83	98																																																																																											
	18.29	36.40																																																																																												
Total	82	228	310																																																																																											
NÃO	71	208	279																																																																																											
	87.65	91.23																																																																																												
SIM	10	20	30																																																																																											
	12.35	8.77																																																																																												
Total	81	228	309																																																																																											
		<p>EVENTO4 SEXO Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <table border="1"> <tr><td>NÃO</td><td>68</td><td>203</td><td>271</td></tr> <tr><td></td><td>83.95</td><td>89.04</td><td></td></tr> <tr><td>SIM</td><td>13</td><td>25</td><td>38</td></tr> <tr><td></td><td>16.05</td><td>10.96</td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td>81</td><td>228</td><td>309</td></tr> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=1.43; GL=1; P=0.231</p>	NÃO	68	203	271		83.95	89.04		SIM	13	25	38		16.05	10.96		Total	81	228	309																																																																								
NÃO	68	203	271																																																																																											
	83.95	89.04																																																																																												
SIM	13	25	38																																																																																											
	16.05	10.96																																																																																												
Total	81	228	309																																																																																											

<p>EVENTO5 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 64 , 188 , 252 , 79.01 , 82.46 ,</p> <p>SIM , 17 , 40 , 57 , 20.99 , 17.54 ,</p> <p>Total 81 228 309</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.47; GL=1; P=0.492</p>	<p>DOENCA1 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 40 , 59 , 99 , 48.78 , 25.88 ,</p> <p>SIM , 42 , 169 , 211 , 51.22 , 74.12 ,</p> <p>Total 82 228 310</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=14.55; GL=1; P<0.001</p>	<p>DOENCA6 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 59 , 139 , 198 , 71.95 , 60.96 ,</p> <p>SIM , 23 , 89 , 112 , 28.05 , 39.04 ,</p> <p>Total 82 228 310</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=3.15; GL=1; P=0.076</p>
<p>EVENTO6 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 77 , 211 , 288 , 95.06 , 92.54 ,</p> <p>SIM , 4 , 17 , 21 , 4.94 , 7.46 ,</p> <p>Total 81 228 309</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.60; GL=1; P=0.439</p>	<p>DOENCA2 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 59 , 128 , 187 , 71.95 , 56.14 ,</p> <p>SIM , 23 , 100 , 123 , 28.05 , 43.86 ,</p> <p>Total 82 228 310</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=6.30; GL=1; P=0.012</p>	<p>DOENCA7 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 67 , 195 , 262 , 81.71 , 85.53 ,</p> <p>SIM , 15 , 33 , 48 , 18.29 , 14.47 ,</p> <p>Total 82 228 310</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.67; GL=1; P=0.412</p>
<p>EVENTO7 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 75 , 205 , 280 , 92.59 , 89.91 ,</p> <p>SIM , 6 , 23 , 29 , 7.41 , 10.09 ,</p> <p>Total 81 228 309</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.50; GL=1; P=0.477</p>	<p>DOENCA3 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 55 , 133 , 188 , 67.07 , 58.33 ,</p> <p>SIM , 27 , 95 , 122 , 32.93 , 41.67 ,</p> <p>Total 82 228 310</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=1.93; GL=1; P=0.165</p>	<p>DOENCA8 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 73 , 212 , 285 , 89.02 , 92.98 ,</p> <p>SIM , 9 , 16 , 25 , 10.98 , 7.02 ,</p> <p>Total 82 228 310</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=1.27; GL=1; P=0.259</p>
<p>EVENTO8 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 52 , 163 , 215 , 64.20 , 71.49 ,</p> <p>SIM , 29 , 65 , 94 , 35.80 , 28.51 ,</p> <p>Total 81 228 309</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=1.50; GL=1; P=0.220</p>	<p>DOENCA4 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 59 , 114 , 173 , 71.95 , 50.00 ,</p> <p>SIM , 23 , 114 , 137 , 28.05 , 50.00 ,</p> <p>Total 82 228 310</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=11.78; GL=1; P<0.001</p>	<p>DOENCA9 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 79 , 220 , 299 , 96.34 , 96.49 ,</p> <p>SIM , 3 , 8 , 11 , 3.66 , 3.51 ,</p> <p>Total 82 228 310</p> <p>TESTE EXATO DE FISHER: P=1.000</p>
<p>NUMSTRES SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>0 , 25 , 76 , 101 , 30.86 , 33.33 ,</p> <p>1-2 , 29 , 75 , 104 , 35.80 , 32.89 ,</p> <p>>=3 , 27 , 77 , 104 , 33.33 , 33.77 ,</p> <p>Total 81 228 309</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.27; GL=2; P=0.876</p>	<p>DOENCA5 SEXO</p> <p>Frequency, Col Pct ,MASCULIN,FEMININO, Total</p> <p>NÃO , 69 , 182 , 251 , 84.15 , 79.82 ,</p> <p>SIM , 13 , 46 , 59 , 15.85 , 20.18 ,</p> <p>Total 82 228 310</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.73; GL=1; P=0.393</p>	

SEXO MASCULINO							SEXO FEMININO							
VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
IDADE	82	70.79	7.93	60.00	69.00	97.00	IDADE	228	72.38	8.60	60.00	72.00	99.00	P=0.166

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos valores entre Gêneros (M vs F).

SEXO MASCULINO							SEXO FEMININO							
VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
NDOENCA	82	2.88	2.56	0.00	2.00	12.00	NDOENCA	228	4.29	2.72	0.00	4.00	17.00	P<0.001
SUPTOTAL	81	17.56	2.98	6.00	19.00	20.00	SUPTOTAL	224	17.50	3.19	6.00	19.00	20.00	P=0.588
NUMSTRES	81	2.02	2.34	0.00	1.00	10.00	NUMSTRES	228	2.14	2.57	0.00	1.00	16.00	P=0.953
TOTDEP	82	9.28	7.98	0.00	7.00	39.00	TOTDEP	228	11.67	10.81	0.00	8.00	53.00	P=0.253
TOTDEPB	82	7.70	7.16	0.00	6.00	30.00	TOTDEPB	228	11.08	8.92	0.00	9.00	44.00	P=0.001
DIF1	82	-1.59	8.38	-32.00	-1.00	25.00	DIF1	228	-0.58	9.38	-29.00	0.00	35.00	P=0.344
DOMIN1	82	1.55	3.01	0.00	0.00	19.00	DOMIN1	228	3.50	5.28	0.00	1.00	24.00	P=0.004
DOMINB1	82	1.63	2.90	0.00	0.00	13.00	DOMINB1	228	3.26	4.47	0.00	1.50	23.00	P=0.001
DIF2	82	0.09	3.02	-11.00	0.00	13.00	DIF2	228	-0.24	5.00	-20.00	0.00	21.00	P=0.835
DOMIN2	82	1.50	2.67	0.00	0.00	12.00	DOMIN2	228	1.98	3.00	0.00	0.00	13.00	P=0.189
DOMINB2	82	1.70	2.57	0.00	1.00	15.00	DOMINB2	228	2.44	2.91	0.00	1.00	12.00	P=0.034
DIF3	82	0.20	3.18	-10.00	0.00	15.00	DIF3	228	0.46	2.98	-10.00	0.00	11.00	P=0.478
DOMIN3	82	5.44	3.62	0.00	5.00	12.00	DOMIN3	228	5.38	3.43	0.00	5.00	12.00	P=0.959
DOMINB3	82	3.76	3.03	0.00	3.00	12.00	DOMINB3	228	4.40	3.00	0.00	4.00	12.00	P=0.066
DIF4	82	-1.68	4.32	-12.00	-2.00	8.00	DIF4	228	-0.98	3.96	-12.00	-1.00	8.00	P=0.261

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos valores entre Gêneros (M vs F).

Anexo 10 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas e psicossociais pelo critério etário.

ESTCIVIL	IDADE			Total	ESCOLA	IDADE			Total	RENDTOT	IDADE			Total
Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80	Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80	Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80
CASADO	90	47	11	148	ANA/PRIM	51	58	38	147	1-2 SM	16	24	13	53
	<u>63.38</u>	<u>43.93</u>	18.33			35.92	<u>54.21</u>	<u>63.33</u>			11.43	22.64	22.03	
SOLT/DIV	23	18	5	46	GINASIAL	33	15	6	54	3-4 SM	32	29	18	79
	16.20	16.82	8.33			<u>23.24</u>	14.02	10.00			22.86	27.36	30.51	
VIÚVO	29	42	44	115	COLEGIAL	40	24	10	74	5-8 SM	43	27	13	83
	20.42	39.25	<u>73.33</u>			<u>28.17</u>	22.43	16.67			30.71	25.47	22.03	
Total	142	107	60	309	SUPERIOR	18	10	6	34	>8 SM	49	26	15	90
						12.68	9.35	10.00			35.00	24.53	25.42	
TESTE QUI-QUADRADO: X2=52.48; GL=4; P<0.001					Total	142	107	60	309	Total	140	106	59	305
					TESTE QUI-QUADRADO: X2=16.70; GL=6; P=0.011					TESTE QUI-QUADRADO: X2=10.33; GL=6; P=0.111				

CLSOCIAL	IDADE			Total	EVENTO1	IDADE			Total	EVENTO7	IDADE			Total
Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80	Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80	Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80
MIS/BAIX	7	8	4	19	NÃO	81	60	41	182	NÃO	125	98	57	280
	4.93	7.48	6.67			57.04	56.07	68.33			88.03	91.59	95.00	
MÉD BAIX	32	27	16	75	SIM	61	47	19	127	SIM	17	9	3	29
	22.54	25.23	26.67			42.96	43.93	31.67			11.97	8.41	5.00	
MÉDIO	87	59	35	181	Total	142	107	60	309	Total	142	107	60	309
	61.27	55.14	58.33		TESTE QUI-QUADRADO: X2=2.76; GL=2; P=0.252					TESTE QUI-QUADRADO: X2=2.59; GL=2; P=0.274				
MÉD/ALTO	16	13	5	34	EVENTO2	IDADE				EVENTO8	IDADE			
	11.27	12.15	8.33		Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80	Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80
Total	142	107	60	309	NÃO	98	76	46	220	NÃO	99	73	43	215
TESTE QUI-QUADRADO: X2=1.95; GL=6; P=0.924						69.01	71.03	76.67			69.72	68.22	71.67	
SAUDE	IDADE				SIM	44	31	14	89	SIM	43	34	17	94
Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80		30.99	28.97	23.33			30.28	31.78	28.33	
EXC/MBOA	40	28	15	83	Total	142	107	60	309	Total	142	107	60	309
	28.17	26.17	25.00		TESTE QUI-QUADRADO: X2=1.21; GL=2; P=0.547					TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.22; GL=2; P=0.897				
BOA	64	44	26	134	EVENTO3	IDADE				NUMSTRES	IDADE			
	45.07	41.12	43.33		Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80	Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80
RAZ/PÉSS	38	35	19	92	NÃO	124	99	56	279	0	43	35	23	101
	26.76	32.71	31.67			87.32	92.52	93.33			30.28	32.71	<u>38.33</u>	
Total	142	107	60	309	SIM	18	8	4	30	1-2	44	32	28	104
TESTE QUI-QUADRADO: X2=1.22; GL=4; P=0.875						12.68	7.48	6.67			30.99	29.91	<u>46.67</u>	
SAUDE2	IDADE				Total	142	107	60	309	>=3	55	40	9	104
Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80	TESTE QUI-QUADRADO: X2=2.67; GL=2; P=0.263						<u>38.73</u>	<u>37.38</u>	15.00	
EXC/MBOA	38	21	14	73	EVENTO4	IDADE				Total	142	107	60	309
	27.34	19.44	23.33		Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80	TESTE QUI-QUADRADO: X2=12.34; GL=4; P=0.015				
BOA	67	47	28	142	NÃO	118	95	58	271	DOENCA1	IDADE			
	48.20	43.52	46.67			83.10	88.79	<u>96.67</u>		Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80
RAZ/PÉSS	34	40	18	92	SIM	24	12	2	38	NÃO	55	33	11	99
	24.46	37.04	30.00			<u>16.90</u>	<u>11.21</u>	3.33			<u>38.73</u>	<u>30.56</u>	18.33	
Total	139	108	60	307	Total	142	107	60	309	SIM	87	75	49	211
TESTE QUI-QUADRADO: X2=5.10; GL=4; P=0.277					TESTE QUI-QUADRADO: X2=7.38; GL=2; P=0.025					Total	142	108	60	310
NDOENCA	IDADE				EVENTO5	IDADE				TESTE QUI-QUADRADO: X2=8.22; GL=2; P=0.016				
Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80	Frequency,	Col Pct	<70	,70-79	,>=80					
0-2	54	35	17	106										
	38.03	32.41	28.33											

Anexo 11- Comparação das médias no escore total e nos fatores da CES-D por faixa etária.

IDADE '60-69 ANOS'					IDADE '70-79 ANOS'					IDADE '>=80 ANOS'				
VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MEDIANA	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MEDIANA	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MEDIANA
NDOENCA	142	3.81	2.92	3.00	NDOENCA	108	3.87	2.61	3.00	NDOENCA	60	4.23	2.57	4.00
SUPTOTAL	141	17.27	3.45	19.00	SUPTOTAL	105	17.65	2.98	19.00	SUPTOTAL	59	17.86	2.51	19.00
NUMSTRES	142	2.32	2.68	1.50	NUMSTRES	107	2.17	2.42	1.00	NUMSTRES	60	1.52	2.17	1.00
TOTDEP	142	11.95	10.92	8.00	TOTDEP	108	10.24	9.98	7.00	TOTDEP	60	10.30	8.61	9.00
TOTDEPB	142	10.00	8.78	7.00	TOTDEPB	108	10.41	8.85	8.00	TOTDEPB	60	10.23	7.89	9.50
DIF1	142	-1.95	8.73	-1.00	DIF1	108	0.17	9.63	1.00	DIF1	60	-0.07	8.95	-1.00
DOMIN1	142	3.27	5.02	1.00	DOMIN1	108	2.69	4.95	0.00	DOMIN1	60	2.82	4.34	1.00
DOMINB1	142	2.59	3.84	1.00	DOMINB1	108	2.94	4.58	1.00	DOMINB1	60	3.20	4.19	1.00
DIF2	142	-0.68	4.26	0.00	DIF2	108	0.25	4.86	0.00	DIF2	60	0.38	4.60	0.00
DOMIN2	142	2.23	3.36	0.00	DOMIN2	108	1.45	2.49	0.00	DOMIN2	60	1.68	2.39	1.00
DOMINB2	142	2.44	3.11	1.00	DOMINB2	108	2.24	2.54	1.50	DOMINB2	60	1.78	2.68	0.50
DIF3	142	0.21	3.01	0.00	DIF3	108	0.79	3.09	0.00	DIF3	60	0.10	2.94	0.00
DOMIN3	142	5.44	3.41	5.00	DOMIN3	108	5.48	3.70	4.00	DOMIN3	60	5.15	3.26	5.00
DOMINB3	142	4.04	3.04	3.00	DOMINB3	108	4.31	2.88	4.00	DOMINB3	60	4.53	3.20	4.00
DIF4	142	-1.40	3.91	-1.50	DIF4	108	-1.17	4.31	-1.00	DIF4	60	-0.62	4.00	-1.00

* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre faixas etárias.

Anexo 12 – Proposta de um folheto informativo sobre depressão na velhice.

Depressão & Envelhecimento



SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI

Depressão e Envelhecimento

O envelhecimento humano é um processo que ocorre ao longo de toda vida. Porém, existe um período, ao qual chamamos velhice, onde ocorre um predomínio de perdas biológicas, o que não significa ser este um período negativo da vida do ponto de vista existencial. Nessa fase existem grandes possibilidades de manutenção do funcionamento físico, emocional e social, e também oportunidades de desenvolvimento do potencial humano, podendo vivenciá-la com qualidade de vida.

Contudo, uma ameaça substancial ao curso do envelhecimento normal é a ocorrência de quadros patológicos como o da depressão. Entre idosos, a depressão é considerada uma das mais frequentes causas de sofrimento emocional e de diminuição significativa na qualidade de vida, pois tem relações com incapacidades, comorbidades, pior saúde auto-relatada, maior uso de medicações, maior número de eventos de vida estressantes, menos suporte social e mortalidade.

A Depressão Maior (ou “Episódio Depressivo Maior”; “Depressão Grave”) é uma síndrome psiquiátrica cujas principais características são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Uma síndrome se refere a um conjunto de sintomas de diferentes naturezas que se manifestam em conjunto determinando a presença de um quadro de doença. No caso da depressão, os sintomas se referem à queixas de ordem comportamental, física, cognitiva (afetando os pensamentos) e emocional (sentimentos). Para ser diagnosticado, um Episódio Depressivo Maior implica em que, pelo menos por duas semanas, persistentemente devem ocorrer:

- humor deprimido;
- perda de interesse ou de prazer em quase todas as atividades;
- pelo menos cinco sintomas adicionais entre os seguintes: sentimentos de inutilidade, idéias suicidas, fadiga, distúrbios do apetite, interrupção do sono, retardo ou agitação, falta de concentração ou indecisão.

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais frequente entre os idosos (principalmente entre hospitalizados e institucionalizados). Porém, os índices não são maiores do que os de populações mais jovens, indicando que depressão não é um fenômeno próprio da velhice. Entre idosos são mais frequentes as formas mais leves e moderadas de depressão do que as depressões graves. Contudo, acredita-se que, entre idosos, depressão esteja mais relacionada a risco para suicídio do que entre os mais jovens.

As formas mais leves de depressão geralmente são identificadas na população idosa por meio de escalas que rastreiam a presença de sintomas depressivos. Os dados gerados por essas escalas mostram que tanto as formas graves de depressão quanto apenas a presença significativa de sintomas indicativos de depressão são associadas igualmente à prejuízos na funcionalidade de idosos. Por exemplo, igualmente implicam em mais dias acamados, maior uso de medicação, menor participação social e isolamento e mais queixas e incapacidades físicas (como dificuldades nas tarefas de auto-cuidado). A presença de sintomas depressivos constitui ainda um risco para a ocorrência de um quadro de Depressão Maior, a qual demanda tratamento especializado. Portanto, é importante identificar e prevenir a presença de sintomas depressivos, mesmo que em suas formas mais leves.

Alguns fatores contribuem para que este transtorno não seja diagnosticado apropriadamente pelos médicos, por exemplo:

- Os idosos recorrem menos à ajuda (alegando que os sintomas são “normais para a idade”);
- Os idosos teriam mais dificuldade de identificar o sentimento de tristeza e mais facilidade de relatar sintomas como possíveis doenças ou queixas corporais (como dores no corpo, dores de cabeça, dificuldades na digestão, falta de ar, etc...);
- Idosos tendem a procurar mais o clínico geral e não ao especialista em saúde mental;



Depressão e Envelhecimento

Causas da Depressão e Fatores de risco

As causas da depressão, em termos de mudanças no funcionamento e química cerebrais, ainda não são totalmente conhecidas. Entretanto, pesquisas nessa área sugerem fortemente influências bioquímicas importantes para a regulação de nosso estado afetivo. O que se sabe é que essas mudanças são disparadas pela ocorrência de eventos de vida estressantes tais como doenças, perdas de entes queridos, conflitos interpessoais ou eventos de transição na vida (como mudança em papéis sociais, aposentadoria).

Em geral, as pessoas que tem mais risco de apresentar depressão são:

Aquelas que tem história familiar ou episódios anteriores de depressão;

Pessoas isoladas socialmente;

Pessoas que vivem em instituições asilares ou estão hospitalizadas a mais tempo;

Pessoas que sofrem de Demência de Alzheimer;

Pessoas que apresentam déficits de vitaminas, problemas na tireóide, doenças cardíacas, artrites, doença de Parkinson e cancer;

Pessoas que abusam de bebidas alcoólicas;

Levando em conta questões sócio-demográficas e psicossociais relacionadas à depressão, uma pesquisa realizada com idosos residentes na comunidade, mostrou que o perfil de pessoas com maior risco para estar deprimida foi: ter pior percepção da saúde, ter vivido eventos estressantes relacionados às relações interpessoais e conflitos familiares, relatar um alto número de doenças físicas, ter baixa percepção de suporte social, e ter idade entre 60 e 69 anos.¹

Identificando fatores de risco e presença de sintomas depressivos

Depois de conhecermos os fatores de risco para depressão, os questionários a seguir podem ser utilizados como meios de auto-avaliação. O primeiro refere-se a questões sobre os recursos sociais que podemos acionar para nos ajudar a enfrentar situações desafiantes (ver Inventário de suporte social). O segundo auxilia a identificação de situações que estão sendo desafiadoras e estressantes (ver Inventário de eventos estressantes entre idosos). O terceiro visa identificar a presença de sintomas depressivos indicativos de possível quadro depressivo (ver escala de depressão).

Suporte social Percebido³

Verifique, após refletir sobre as respostas que dará as afirmações abaixo, a facilidade que você encontra para se relacionar com as pessoas mais próximas. Ter recursos sociais (pessoas com quem se pode contar) é protetor contra depressão e amortece o impacto do estresse sobre nossas vidas.

	Nunca	As vezes	Majoria das vezes	Sempre
1. Você diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho.	1	2	3	4
2. Você diria que encontra e conversa com amigos e familiares.	1	2	3	4
3. Você teria facilidade em encontrar pessoas que possam te ajudar nos seus afazeres se estiver doente.	1	2	3	4
4. Você tem com quem contar quando você precisa de uma sugestão de como lidar com um problema.	1	2	3	4
5. Você tem pelo menos uma pessoa cuja opinião você confia plenamente.	1	2	3	4



Depressão e Envelhecimento

Inventário de eventos estressantes entre idosos ²

Tente identificar quais desses eventos você vivenciou no último ano.

Marque:

0 = se o evento não aconteceu

1 = se aconteceu, mas você o percebeu como “nada estressante”

2 = se aconteceu, mas você o percebeu como “pouco estressante”

3 = se aconteceu, mas você o percebeu como “medianamente estressante”

4 = se aconteceu, mas você o percebeu como “muito estressante”

5 = se aconteceu, mas você o percebeu como “extremamente estressante”

Para sua auto-avaliação, tente identificar, principalmente se você os percebeu como “Muito ou Extremamente estressante.”

EVENTOS	0	1	2	3	4	5
1. Perda da memória	0	1	2	3	4	5
2. Morte do esposo/a	0	1	2	3	4	5
3. Institucionalização da esposa/o	0	1	2	3	4	5
4. Morte de um filho ou filha	0	1	2	3	4	5
5. Morte do pai ou mãe	0	1	2	3	4	5
6. Morte de outro parente próximo	0	1	2	3	4	5
7. Uma doença ou problema de saúde (queda)	0	1	2	3	4	5
8. Aposentadoria	0	1	2	3	4	5
9. Divórcio	0	1	2	3	4	5
10. Perda do poder aquisitivo/ financeiro	0	1	2	3	4	5
11. Separação do esposo/a	0	1	2	3	4	5
12. Casamento	0	1	2	3	4	5
13. Morte de um amigo	0	1	2	3	4	5
14. Uma piora na saúde ou comportamento de um membro da família	0	1	2	3	4	5
15. Diminuição na participação em atividades que você realmente gosta	0	1	2	3	4	5
16. Divórcio ou separação dos filhos/as	0	1	2	3	4	5
17. Diminuição das responsabilidades ou horas no trabalho (mesmo que voluntário)	0	1	2	3	4	5
18. Aumento das responsabilidades ou horas no trabalho (mesmo que voluntário)	0	1	2	3	4	5
19. Mudança para uma outra casa	0	1	2	3	4	5
20. Mudança para um outro tipo de trabalho menos interessante	0	1	2	3	4	5
21. Aposentadoria do esposo/a	0	1	2	3	4	5
22. A piora na qualidade de vida	0	1	2	3	4	5
23. Problemas com chefe ou colegas de trabalho	0	1	2	3	4	5
24. Piora na relação com os filhos/as	0	1	2	3	4	5
25. Piora na relação com esposa	0	1	2	3	4	5
26. Assumindo maior responsabilidade com os filhos/as	0	1	2	3	4	5
27. Assumindo maior responsabilidade com o pai/mãe	0	1	2	3	4	5
28. Institucionalização do pai ou mãe	0	1	2	3	4	5
29. Perda de um amigo/a próximo devido mudança ou morte	0	1	2	3	4	5
30. Vivência de uma situação em que foi enganado ou ridicularizado	0	1	2	3	4	5
31. Perda de coisas de sua posse devido mudança ou outros	0	1	2	3	4	5
32. Outros:	0	1	2	3	4	5



Escala de Sintomas depressivos.

Marque a frequência com que você experimentou os sintomas listados pensando na última semana. Depois, some todos os pontos que você marcou. Pontuação maior ou igual a 12 é indicativa de presença significativa de sintomas depressivos entre idosos⁴ e requerem uma atenção especial. Para adultos, a pontuação é de 16 pontos ou mais⁵.

	Nunca ou raramente	Poucas vezes (1 a 2 dias)	Na maioria das vezes (3 a 4 dias)	Sempre (5-7 dias)
1. Senti-me incomodado com coisas que normalmente não me incomodam.	0	1	2	3
2. Não tive vontade de comer, ou seja, tive pouco apetite.	0	1	2	3
3. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de amigos e familiares.	0	1	2	3
4. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto à maioria delas.	3	2	1	0
5. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	0	1	2	3
6. Senti-me deprimido	0	1	2	3
7. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0	1	2	3
8. Senti-me otimista sobre o futuro	3	2	1	0
9. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso.	0	1	2	3
10. Senti-me amedrontado	0	1	2	3
11. Meu sono era inquieto e não descansei	0	1	2	3
12. Estive feliz	3	2	1	0
13. Eu falei menos do que o habitual	0	1	2	3
14. Senti-me sozinho/a.	0	1	2	3
15. As pessoas não foram amistosas comigo	0	1	2	3
16. Aproveitei minha vida.	3	2	1	0
17. Tive crises de choro.	0	1	2	3
18. Senti-me triste.	0	1	2	3
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.	0	1	2	3
20. Não consegui levar adiante minhas coisas.	0	1	2	3



Enfrentando a depressão:

Primeiro passo:

Mudar nossas atitudes a respeito da depressão e de seu tratamento. É importante quebrar alguns mitos ou afirmações falsas sobre a depressão. Alguns deles estão listados abaixo⁶. Veja o que há de falso ou verdadeiro nessas afirmações:

❌ Mito 1:

“Depressão é normal na velhice”.

✅ Fato:

Sintomas de depressão de duração curta (horas ou dias) podem ocorrer em muitos idosos (entre 15 a 34% dos idosos), porém sintomas que persistem por semanas ou meses ocorre numa porcentagem menor (cerca de 3%). Depressão não é parte inevitável do envelhecimento.

❌ Mito 2:

“É normal estar deprimido, uma vez que estou doente ou incapaz”.

✅ Fato:

É verdade que idosos com doenças crônicas e incapacidades são mais prováveis de manifestarem depressão. Mas isso não significa que depressão é normal ou inevitável nessa situação. Depressão é tratável mesmo em pessoas fisicamente doentes.

❌ Mito 3:

“Eu posso sair dessa situação por mim mesmo”

✅ Fato:

Nós podemos ajudar a nós mesmos de muitas formas em casos de depressão leve (como a vivida em períodos de rebaixamento do humor ou tristeza, sem ajuda profissional. Mas a depressão maior (grave) requer ajuda profissional.

❌ Mito 4:

“Só gente louca precisam de psiquiatras ou psicólogos”.

✅ Fato:

Uma grande maioria de idosos que procuram esses profissionais estão sofrendo de depressão. Esses profissionais estão capacitados para trabalhar com os transtornos afetivos como a depressão. Muitos idosos preferem buscar clínicos gerais alegando origens físicas os sintomas emocionais e motivacionais, o que pode adiar a oportunidade de um tratamento eficaz da depressão.

❌ Mito 5:

“Medicamentos para a depressão nos deixam dopados”.

✅ Fato:

A maioria dos antidepressivos tem pouco ou nenhum poder sedativo. Antidepressivos não mudam a personalidade ou fazem as pessoas não serem elas mesmas. Eles simplesmente visam reduzir sintomas como tristeza, ansiedade, falta de energia e problemas de sono.

❌ Mito 6:

“Estou muito velho para mudar”

✅ Fato:

A probabilidade de melhora da depressão (com tratamento adequado) não parece diminuir com a idade, embora haja menos pesquisas com pessoas muito idosas.

❌ Mito 7:

“A última coisa que preciso é tomar mais remédios”

✅ Fato:

Frequentemente os idosos utilizam muitas medicações para as queixas físicas que muitas vezes tem origem na depressão. As pesquisas mostram que o tratamento da depressão faz diminuir o número dessas medicações. Muitas vezes é necessário apenas uma pílula ao dia de antidepressivo. A psicoterapia também é efetiva para a depressão que acomete os idosos.

❌ Mito 8:

“Eu não posso tratar a depressão agora. Primeiro tenho que cuidar dos meus problemas físicos”.

✅ Fato:

Se a depressão está presente juntamente com uma doença física, uma das mais importantes formas de melhora física é tratar a depressão. Depressão amplia os sintomas das doenças, levando a incapacidades e mortalidade.

❌ Mito 9:

“Eu não tenho tempo para lidar com a depressão, porque eu gasto meu tempo e energia para cuidar do meu esposo (ou pais, filhos)”.

✅ Fato:

É preciso primeiro estar bem para cuidar daqueles que amamos.

❌ Mito 10:

“O antidepressivo não pode me ajudar porque eu tenho uma doença cardíaca (ou qualquer outro tipo de doença)”.

✅ Fato:

Muitos antidepressivos funcionam bem mesmo na presença de doenças graves. Ao contrário, sabe-se que no caso de doenças cardíacas, não tratar da depressão é o mais perigoso. problemas de sono.



Depressão e Envelhecimento

Segundo passo:

Buscar tratamento. Depressão é uma doença tratável. Quanto antes ela for detectada e tratada, menos chance ela terá de se manifestar de forma grave e persistente. Em geral, os tratamentos envolvem:

a. Medicação:

Após uma cuidadosa avaliação de um profissional de saúde mental (com exames físicos, coleta da história médica, dos eventos da vida, testagem psicológica), pode-se chegar a conclusão sobre a necessidade de antidepressivos ou outras medicações específicas. Geralmente os antidepressivos levam de 4 a 6 semanas para começar a fazer efeitos perceptíveis, sendo importantíssimo seguir as orientações corretas dentro desse prazo. Muitas vezes, é necessário testar mais de uma medicação para se chegar a que traz o melhor funcionamento em cada caso. Ou seja, para indivíduos diferentes, tanto as medicações, dosagens e combinações de medicações são específicas.

b. Psicoterapia:

A psicoterapia é usada em casos de depressão de muitas formas, principalmente quando associadas ao tratamento medicamentoso. Primeiro, terapias de aconselhamento e apoio podem facilitar o enfrentamento da dor da depressão e pode ajudar nos sintomas de desesperança que o indivíduo apresenta. Segundo, terapias cognitivas trabalham com a mudança de pensamentos pessimistas, expectativas irreais e auto-avaliações negativas que a depressão cria e sustenta. Terapias cognitivas podem ajudar a pessoa a repensar quais são os problemas da vida que são mais críticos e quais tem importância menor. Terapias cognitivo-comportamentais contribuem na identificação de fontes de estresse que ajudam a sustentar a depressão, desenvolvendo no paciente melhores habilidades de enfrentamento. Terapias interpessoais podem auxiliar na resolução de conflitos de relacionamentos que podem advir com a depressão. As pesquisas tem mostrado que estes tipos de terapias mostram-se particularmente eficientes para o tratamento da depressão.

c. Mudanças no estilo de vida:

Algumas mudanças no estilo de vida são recomendadas como parte do tratamento da depressão. Entre elas:

- o Mudanças na alimentação.
- o Exercícios físicos.
- o Envolvimento em atividades sociais.
- o Evitar situações que disparam ansiedade ou estresse.

Tanto a depressão maior (ou grave) quanto a presença de sintomas depressivos trazem conseqüências negativas ao curso do envelhecimento normal. Portanto, é importante que os idosos busquem atuar preventivamente, por exemplo, desenvolvendo suas habilidades de enfrentamento das situações estressantes e fortalecendo suas redes de suporte social. Caso os sintomas depressivos estejam presentes, intervenções farmacológicas e psicossociais associadas reduzem os sintomas e previnem recaídas ou recorrência, gerando assim, oportunidades de vivenciar a velhice com qualidade de vida.



Depressão e Envelhecimento

Como ajudar um idoso depressivo?

Caso você não tenha identificado a presença de sintomas depressivos em sua auto-avaliação, mas queira ajudar outra pessoa que está passando por essa situação, é importante prestar atenção em algumas instruções⁷:

- 1) Escutar. Os idosos depressivos precisam de uma oportunidade para colocar seus sentimentos em palavras, de ouvir a si mesmos explicando o problema e de saber que você os está ouvindo e tentando compreender. Seja consistente e separe pelo menos 15 minutos para dar atenção exclusiva.
- 2) Não conte histórias próprias nem de pessoas que você conhece. O que ajudará é sua disposição para ouvir;
- 3) Não mude de assunto quanto o idoso fizer uma pausa. Em lugar disso, tente fazer eco às suas palavras. Por exemplo: "Você sente como se estivesse desapontando sua filha quando não tem vontade de ir à casa dela para jantar". Isso incentiva o idoso a dizer mais a respeito.
- 4) Reconheça a tristeza, a irritabilidade ou o retraimento. Isso significa que você deve responder aos sentimentos tanto quanto às palavras faladas. Você poderia dizer: "Sua tristeza faz você chorar muitas vezes". Se você der nome ao sentimento, a pessoa saberá que está sendo ouvida e entendida. Se ela não concordar com o modo como a frase foi construída, explicará os verdadeiros sentimentos muito cuidadosamente. Sentimentos sofridos devem ser abordados quanto identificados.
- 5) Não faça julgamentos sobre os sentimentos da pessoa. Evite dizer: "Você não deve ficar assim". Em lugar disso, reafirme os sentimentos que você acha que está ouvindo para ver se isso é realmente o que a pessoa queria dizer. Verifique o que está por trás daqueles sentimentos. Por exemplo: "Você está se perguntando se sua vida ainda poderia ter tanto significado quanto aos trinta anos".
- 6) Resista à tentação de dar conselhos. Depois de deixar o idoso expressar suas preocupações e sentimento, deixe que as soluções partam dele mesmo. Pergunte-lhe o que ele pensa que o ajudaria a se sentir melhor ou a melhorar a situação problemática. Discuta soluções alternativas para os problemas com ele e adote uma abordagem que o incentive a gerar suas próprias soluções. Por exemplo: "Diga-me quais as soluções e as vantagens e desvantagens de cada solução".
- 7) Elogie até as menores realizações. Cerifique-se que seus elogios sejam um reconhecimento honesto de que tenha sido feito progresso em qualquer atividade, mas particularmente naquelas que você sabe que amenizarão a depressão. Envolve a pessoa depressiva em conversas sobre assuntos anteriores, o que ela faz bem e gosta a respeito de si mesma.
- 8) Seja honesto e promova expectativas realista. As expectativas irreais podem levar a mais fracassos e sentimentos de inutilidade. Ajude o idoso a traçar metas que possa cumprir.
- 9) Tenha paciência e não pressione o idoso a responder. A depressão torna mais lentos os processos do pensamento e, muitas vezes, o idoso precisa de tempo para formular uma resposta.

Referências:

1. Batistoni, S. S. T. (2007). Sintomas depressivos entre idosos: estudo prospectivo de suas relações com variáveis sócio-demográficas e psicossociais. Tese (Doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação), Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, p.xx.
2. Aldwin, C. M. (1990). Elders Life Stress Inventory: Egocentric and nonegocentric stress. In J. H. C. M. A. P. Stephens, S. E. Hobfall, & D. L. Tennenbaum (Ed.), Stress and coping in late life families New York: Hemisphere.
3. Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), Social support: Theory, Research, and applications (pp. 73-94). The Hague: Martinus Nijhoff.
4. Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depressive scale for research in the general population. Journal of Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.
5. Batistoni, S. S., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D) entre idosos brasileiros. Revista Saúde Pública 41(4).
6. Late Life Depression Evaluation and Treatment Center University of Pittsburgh Medical Center [http:// www.latelivedepression.org](http://www.latelivedepression.org)
7. Depressão no Idoso. NeuroPsicoNews, 66. p. 3-10. <http://www.neuropsiconews.org>



Samila Sathler Tavares Batistoni
é Psicóloga, Mestre em Gerontologia e
Doutora em Educação pela UNICAMP.

Depressão & Envelhecimento



SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI

Depressão e Envelhecimento

O envelhecimento humano é um processo que ocorre ao longo de toda vida. Porém, existe um período, ao qual chamamos velhice, onde ocorre um predomínio de perdas biológicas, o que não significa ser este um período negativo da vida do ponto de vista existencial. Nessa fase existem grandes possibilidades de manutenção do funcionamento físico, emocional e social, e também oportunidades de desenvolvimento do potencial humano, podendo vivenciá-la com qualidade de vida.

Contudo, uma ameaça substancial ao curso do envelhecimento normal é a ocorrência de quadros patológicos como o da depressão. Entre idosos, a depressão é considerada uma das mais freqüentes causas de sofrimento emocional e de diminuição significativa na qualidade de vida, pois tem relações com incapacidades, comorbidades, pior saúde auto-relatada, maior uso de medicações, maior número de eventos de vida estressantes, menos suporte social e mortalidade.

A Depressão Maior (ou “Episódio Depressivo Maior”; “Depressão Grave”) é uma síndrome psiquiátrica cujas principais características são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Uma síndrome se refere a um conjunto de sintomas de diferentes naturezas que se manifestam em conjunto determinando a presença de um quadro de doença. No caso da depressão, os sintomas se referem à queixas de ordem comportamental, física, cognitiva (afetando os pensamentos) e emocional (sentimentos). Para ser diagnosticado, um Episódio Depressivo Maior implica em que, pelo menos por duas semanas, persistentemente devem ocorrer:

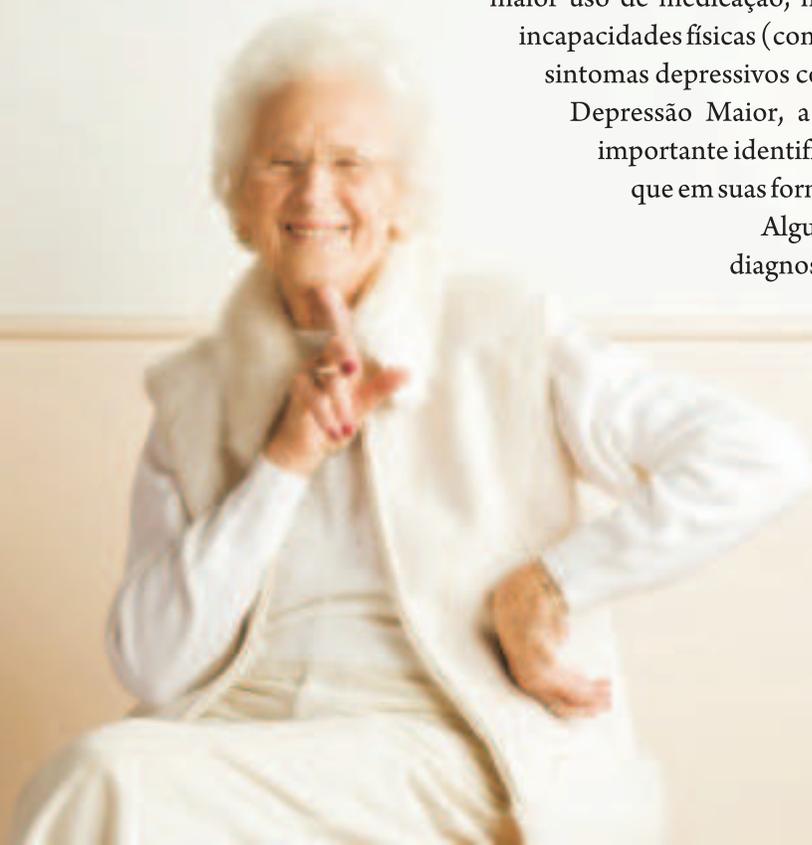
- humor deprimido;
- perda de interesse ou de prazer em quase todas as atividades;
- pelo menos cinco sintomas adicionais entre os seguintes: sentimentos de inutilidade, idéias suicidas, fadiga, distúrbios do apetite, interrupção do sono, retardo ou agitação, falta de concentração ou indecisão.

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais freqüente entre os idosos (principalmente entre hospitalizados e institucionalizados). Porém, os índices não são maiores do que os de populações mais jovens, indicando que depressão não é um fenômeno próprio da velhice. Entre idosos são mais freqüentes as formas mais leves e moderadas de depressão do que as depressões graves. Contudo, acredita-se que, entre idosos, depressão esteja mais relacionada a risco para suicídio do que entre os mais jovens.

As formas mais leves de depressão geralmente são identificadas na população idosa por meio de escalas que rastreiam a presença de sintomas depressivos. Os dados gerados por essas escalas mostram que tanto as formas graves de depressão quanto apenas a presença significativa de sintomas indicativos de depressão são associadas igualmente à prejuízos na funcionalidade de idosos. Por exemplo, igualmente implicam em mais dias acamados, maior uso de medicação, menor participação social e isolamento e mais queixas e incapacidades físicas (como dificuldades nas tarefas de auto-cuidado). A presença de sintomas depressivos constitui ainda um risco para a ocorrência de um quadro de Depressão Maior, a qual demanda tratamento especializado. Portanto, é importante identificar e prevenir a presença de sintomas depressivos, mesmo que em suas formas mais leves.

Alguns fatores contribuem para que este transtorno não seja diagnosticado apropriadamente pelos médicos, por exemplo:

- Os idosos recorrem menos à ajuda (alegando que os sintomas são “normais para a idade”);
- Os idosos teriam mais dificuldade de identificar o sentimento de tristeza e mais facilidade de relatar sintomas como possíveis doenças ou queixas corporais (como dores no corpo, dores de cabeça, dificuldades na digestão, falta de ar, etc...);
- Idosos tendem a procurar mais o clínico geral e não ao especialista em saúde mental;



Depressão e Envelhecimento

Causas da Depressão e Fatores de risco

As causas da depressão, em termos de mudanças no funcionamento e química cerebrais, ainda não são totalmente conhecidas. Entretanto, pesquisas nessa área sugerem fortemente influências bioquímicas importantes para a regulação de nosso estado afetivo. O que se sabe é que essas mudanças são disparadas pela ocorrência de eventos de vida estressantes tais como doenças, perdas de entes queridos, conflitos interpessoais ou eventos de transição na vida (como mudança em papéis sociais, aposentadoria).

Em geral, as pessoas que tem mais risco de apresentar depressão são:

Aquelas que tem história familiar ou episódios anteriores de depressão;

Pessoas isoladas socialmente;

Pessoas que vivem em instituições asilares ou estão hospitalizadas a mais tempo;

Pessoas que sofrem de Demência de Alzheimer;

Pessoas que apresentam déficits de vitaminas, problemas na tireóide, doenças cardíacas, artrites, doença de Parkinson e cancer;

Pessoas que abusam de bebidas alcoólicas;

Levando em conta questões sócio-demográficas e psicossociais relacionadas à depressão, uma pesquisa realizada com idosos residentes na comunidade, mostrou que o perfil de pessoas com maior risco para estar deprimida foi: ter pior percepção da saúde, ter vivido eventos estressantes relacionados às relações interpessoais e conflitos familiares, relatar um alto número de doenças físicas, ter baixa percepção de suporte social, e ter idade entre 60 e 69 anos.¹

Identificando fatores de risco e presença de sintomas depressivos

Depois de conhecermos os fatores de risco para depressão, os questionários a seguir podem ser utilizados como meios de auto-avaliação. O primeiro refere-se a questões sobre os recursos sociais que podemos acionar para nos ajudar a enfrentar situações desafiantes (ver Inventário de suporte social). O segundo auxilia a identificação de situações que estão sendo desafiadoras e estressantes (ver Inventário de eventos estressantes entre idosos). O terceiro visa identificar a presença de sintomas depressivos indicativos de possível quadro depressivo (ver escala de depressão).

Suporte social Percebido³

Verifique, após refletir sobre as respostas que dará as afirmações abaixo, a facilidade que você encontra para se relacionar com as pessoas mais próximas. Ter recursos sociais (pessoas com quem se pode contar) é protetor contra depressão e amortece o impacto do estresse sobre nossas vidas.

	Nunca	As vezes	Majoria das vezes	Sempre
1. Você diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho.	1	2	3	4
2. Você diria que encontra e conversa com amigos e familiares.	1	2	3	4
3. Você teria facilidade em encontrar pessoas que possam te ajudar nos seus afazeres se estiver doente.	1	2	3	4
4. Você tem com quem contar quando você precisa de uma sugestão de como lidar com um problema.	1	2	3	4
5. Você tem pelo menos uma pessoa cuja opinião você confia plenamente.	1	2	3	4



Depressão e Envelhecimento

Inventário de eventos estressantes entre idosos ²

Tente identificar quais desses eventos você vivenciou no último ano.

Marque:

0 = se o evento não aconteceu

1 = se aconteceu, mas você o percebeu como “nada estressante”

2 = se aconteceu, mas você o percebeu como “pouco estressante”

3 = se aconteceu, mas você o percebeu como “medianamente estressante”

4 = se aconteceu, mas você o percebeu como “muito estressante”

5 = se aconteceu, mas você o percebeu como “extremamente estressante”

Para sua auto-avaliação, tente identificar, principalmente se você os percebeu como “Muito ou Extremamente estressante.”

EVENTOS						
1. Perda da memória	0	1	2	3	4	5
2. Morte do esposo/a	0	1	2	3	4	5
3. Institucionalização da esposa/o	0	1	2	3	4	5
4. Morte de um filho ou filha	0	1	2	3	4	5
5. Morte do pai ou mãe	0	1	2	3	4	5
6. Morte de outro parente próximo	0	1	2	3	4	5
7. Uma doença ou problema de saúde (queda)	0	1	2	3	4	5
8. Aposentadoria	0	1	2	3	4	5
9. Divórcio	0	1	2	3	4	5
10. Perda do poder aquisitivo/ financeiro	0	1	2	3	4	5
11. Separação do esposo/a	0	1	2	3	4	5
12. Casamento	0	1	2	3	4	5
13. Morte de um amigo	0	1	2	3	4	5
14. Uma piora na saúde ou comportamento de um membro da família	0	1	2	3	4	5
15. Diminuição na participação em atividades que você realmente gosta	0	1	2	3	4	5
16. Divórcio ou separação dos filhos/as	0	1	2	3	4	5
17. Diminuição das responsabilidades ou horas no trabalho (mesmo que voluntário)	0	1	2	3	4	5
18. Aumento das responsabilidades ou horas no trabalho (mesmo que voluntário)	0	1	2	3	4	5
19. Mudança para uma outra casa	0	1	2	3	4	5
20. Mudança para um outro tipo de trabalho menos interessante	0	1	2	3	4	5
21. Aposentadoria do esposo/a	0	1	2	3	4	5
22. A piora na qualidade de vida	0	1	2	3	4	5
23. Problemas com chefe ou colegas de trabalho	0	1	2	3	4	5
24. Piora na relação com os filhos/as	0	1	2	3	4	5
25. Piora na relação com esposa	0	1	2	3	4	5
26. Assumindo maior responsabilidade com os filhos/as	0	1	2	3	4	5
27. Assumindo maior responsabilidade com o pai/mãe	0	1	2	3	4	5
28. Institucionalização do pai ou mãe	0	1	2	3	4	5
29. Perda de um amigo/a próximo devido mudança ou morte	0	1	2	3	4	5
30. Vivência de uma situação em que foi enganado ou ridicularizado	0	1	2	3	4	5
31. Perda de coisas de sua posse devido mudança ou outros	0	1	2	3	4	5
32. Outros:	0	1	2	3	4	5



Escala de Sintomas depressivos.

Marque a frequência com que você experimentou os sintomas listados pensando na última semana. Depois, some todos os pontos que você marcou. Pontuação maior ou igual a 12 é indicativa de presença significativa de sintomas depressivos entre idosos⁴ e requerem uma atenção especial. Para adultos, a pontuação é de 16 pontos ou mais⁵.

	Nunca ou raramente	Poucas vezes (1 a 2 dias)	Na maioria das vezes (3 a 4 dias)	Sempre (5-7 dias)
1. Senti-me incomodado com coisas que normalmente não me incomodam.	0	1	2	3
2. Não tive vontade de comer, ou seja, tive pouco apetite.	0	1	2	3
3. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de amigos e familiares.	0	1	2	3
4. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto à maioria delas.	3	2	1	0
5. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	0	1	2	3
6. Senti-me deprimido	0	1	2	3
7. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0	1	2	3
8. Senti-me otimista sobre o futuro	3	2	1	0
9. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso.	0	1	2	3
10. Senti-me amedrontado	0	1	2	3
11. Meu sono era inquieto e não descansei	0	1	2	3
12. Estive feliz	3	2	1	0
13. Eu falei menos do que o habitual	0	1	2	3
14. Senti-me sozinho/a.	0	1	2	3
15. As pessoas não foram amistosas comigo	0	1	2	3
16. Aproveitei minha vida.	3	2	1	0
17. Tive crises de choro.	0	1	2	3
18. Senti-me triste.	0	1	2	3
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.	0	1	2	3
20. Não consegui levar adiante minhas coisas.	0	1	2	3



Enfrentando a depressão:

Primeiro passo:

Mudar nossas atitudes a respeito da depressão e de seu tratamento. É importante quebrar alguns mitos ou afirmações falsas sobre a depressão. Alguns deles estão listados abaixo⁶. Veja o que há de falso ou verdadeiro nessas afirmações:

❌ Mito 1:

“Depressão é normal na velhice”.

✅ Fato:

Sintomas de depressão de duração curta (horas ou dias) podem ocorrer em muitos idosos (entre 15 a 34% dos idosos), porém sintomas que persistem por semanas ou meses ocorre numa porcentagem menor (cerca de 3%). Depressão não é parte inevitável do envelhecimento.

❌ Mito 2:

“É normal estar deprimido, uma vez que estou doente ou incapaz”.

✅ Fato:

É verdade que idosos com doenças crônicas e incapacidades são mais prováveis de manifestarem depressão. Mas isso não significa que depressão é normal ou inevitável nessa situação. Depressão é tratável mesmo em pessoas fisicamente doentes.

❌ Mito 3:

“Eu posso sair dessa situação por mim mesmo”

✅ Fato:

Nós podemos ajudar a nós mesmos de muitas formas em casos de depressão leve (como a vivida em períodos de rebaixamento do humor ou tristeza, sem ajuda profissional. Mas a depressão maior (grave) requer ajuda profissional.

❌ Mito 4:

“Só gente louca precisam de psiquiatras ou psicólogos”.

✅ Fato:

Uma grande maioria de idosos que procuram esses profissionais estão sofrendo de depressão. Esses profissionais estão capacitados para trabalhar com os transtornos afetivos como a depressão. Muitos idosos preferem buscar clínicos gerais alegando origens físicas os sintomas emocionais e motivacionais, o que pode adiar a oportunidade de um tratamento eficaz da depressão.

❌ Mito 5:

“Medicamentos para a depressão nos deixam dopados”.

✅ Fato:

A maioria dos antidepressivos tem pouco ou nenhum poder sedativo. Antidepressivos não mudam a personalidade ou fazem as pessoas não serem elas mesmas. Eles simplesmente visam reduzir sintomas como tristeza, ansiedade, falta de energia e problemas de sono.

❌ Mito 6:

“Estou muito velho para mudar”

✅ Fato:

A probabilidade de melhora da depressão (com tratamento adequado) não parece diminuir com a idade, embora haja menos pesquisas com pessoas muito idosas.

❌ Mito 7:

“A última coisa que preciso é tomar mais remédios”

✅ Fato:

Frequentemente os idosos utilizam muitas medicações para as queixas físicas que muitas vezes tem origem na depressão. As pesquisas mostram que o tratamento da depressão faz diminuir o número dessas medicações. Muitas vezes é necessário apenas uma pílula ao dia de antidepressivo. A psicoterapia também é efetiva para a depressão que acomete os idosos.

❌ Mito 8:

“Eu não posso tratar a depressão agora. Primeiro tenho que cuidar dos meus problemas físicos”.

✅ Fato:

Se a depressão está presente juntamente com uma doença física, uma das mais importantes formas de melhora física é tratar a depressão. Depressão amplia os sintomas das doenças, levando a incapacidades e mortalidade.

❌ Mito 9:

“Eu não tenho tempo para lidar com a depressão, porque eu gasto meu tempo e energia para cuidar do meu esposo (ou pais, filhos)”.

✅ Fato:

É preciso primeiro estar bem para cuidar daqueles que amamos.

❌ Mito 10:

“O antidepressivo não pode me ajudar porque eu tenho uma doença cardíaca (ou qualquer outro tipo de doença)”.

✅ Fato:

Muitos antidepressivos funcionam bem mesmo na presença de doenças graves. Ao contrário, sabe-se que no caso de doenças cardíacas, não tratar da depressão é o mais perigoso. problemas de sono.



Depressão e Envelhecimento

Segundo passo:

Buscar tratamento. Depressão é uma doença tratável. Quanto antes ela for detectada e tratada, menos chance ela terá de se manifestar de forma grave e persistente. Em geral, os tratamentos envolvem:

a. Medicação:

Após uma cuidadosa avaliação de um profissional de saúde mental (com exames físicos, coleta da história médica, dos eventos da vida, testagem psicológica), pode-se chegar a conclusão sobre a necessidade de antidepressivos ou outras medicações específicas. Geralmente os antidepressivos levam de 4 a 6 semanas para começar a fazer efeitos perceptíveis, sendo importantíssimo seguir as orientações corretas dentro desse prazo. Muitas vezes, é necessário testar mais de uma medicação para se chegar a que traz o melhor funcionamento em cada caso. Ou seja, para indivíduos diferentes, tanto as medicações, dosagens e combinações de medicações são específicas.

b. Psicoterapia:

A psicoterapia é usada em casos de depressão de muitas formas, principalmente quando associadas ao tratamento medicamentoso. Primeiro, terapias de aconselhamento e apoio podem facilitar o enfrentamento da dor da depressão e pode ajudar nos sintomas de desesperança que o indivíduo apresenta. Segundo, terapias cognitivas trabalham com a mudança de pensamentos pessimistas, expectativas irreais e auto-avaliações negativas que a depressão cria e sustenta. Terapias cognitivas podem ajudar a pessoa a repensar quais são os problemas da vida que são mais críticos e quais tem importância menor. Terapias cognitivo-comportamentais contribuem na identificação de fontes de estresse que ajudam a sustentar a depressão, desenvolvendo no paciente melhores habilidades de enfrentamento. Terapias interpessoais podem auxiliar na resolução de conflitos de relacionamentos que podem advir com a depressão. As pesquisas tem mostrado que estes tipos de terapias mostram-se particularmente eficientes para o tratamento da depressão.

c. Mudanças no estilo de vida:

Algumas mudanças no estilo de vida são recomendadas como parte do tratamento da depressão. Entre elas:

- o Mudanças na alimentação.
- o Exercícios físicos.
- o Envolvimento em atividades sociais.
- o Evitar situações que disparam ansiedade ou estresse.

Tanto a depressão maior (ou grave) quanto a presença de sintomas depressivos trazem conseqüências negativas ao curso do envelhecimento normal. Portanto, é importante que os idosos busquem atuar preventivamente, por exemplo, desenvolvendo suas habilidades de enfrentamento das situações estressantes e fortalecendo suas redes de suporte social. Caso os sintomas depressivos estejam presentes, intervenções farmacológicas e psicossociais associadas reduzem os sintomas e previnem recaídas ou recorrência, gerando assim, oportunidades de vivenciar a velhice com qualidade de vida.



Depressão e Envelhecimento

Como ajudar um idoso depressivo?

Caso você não tenha identificado a presença de sintomas depressivos em sua auto-avaliação, mas queira ajudar outra pessoa que está passando por essa situação, é importante prestar atenção em algumas instruções⁷:

- 1) Escutar. Os idosos depressivos precisam de uma oportunidade para colocar seus sentimentos em palavras, de ouvir a si mesmos explicando o problema e de saber que você os está ouvindo e tentando compreender. Seja consistente e separe pelo menos 15 minutos para dar atenção exclusiva.
- 2) Não conte histórias próprias nem de pessoas que você conhece. O que ajudará é sua disposição para ouvir;
- 3) Não mude de assunto quanto o idoso fizer uma pausa. Em lugar disso, tente fazer eco às suas palavras. Por exemplo: "Você sente como se estivesse desapontando sua filha quando não tem vontade de ir à casa dela para jantar". Isso incentiva o idoso a dizer mais a respeito.
- 4) Reconheça a tristeza, a irritabilidade ou o retraimento. Isso significa que você deve responder aos sentimentos tanto quanto às palavras faladas. Você poderia dizer: "Sua tristeza faz você chorar muitas vezes". Se você der nome ao sentimento, a pessoa saberá que está sendo ouvida e entendida. Se ela não concordar com o modo como a frase foi construída, explicará os verdadeiros sentimentos muito cuidadosamente. Sentimentos sofridos devem ser abordados quanto identificados.
- 5) Não faça julgamentos sobre os sentimentos da pessoa. Evite dizer: "Você não deve ficar assim". Em lugar disso, reafirme os sentimentos que você acha que está ouvindo para ver se isso é realmente o que a pessoa queria dizer. Verifique o que está por trás daqueles sentimentos. Por exemplo: "Você está se perguntando se sua vida ainda poderia ter tanto significado quanto aos trinta anos".
- 6) Resista à tentação de dar conselhos. Depois de deixar o idoso expressar suas preocupações e sentimento, deixe que as soluções partam dele mesmo. Pergunte-lhe o que ele pensa que o ajudaria a se sentir melhor ou a melhorar a situação problemática. Discuta soluções alternativas para os problemas com ele e adote uma abordagem que o incentive a gerar suas próprias soluções. Por exemplo: "Diga-me quais as soluções e as vantagens e desvantagens de cada solução".
- 7) Elogie até as menores realizações. Cerifique-se que seus elogios sejam um reconhecimento honesto de que tenha sido feito progresso em qualquer atividade, mas particularmente naquelas que você sabe que amenizarão a depressão. Envolve a pessoa depressiva em conversas sobre assuntos anteriores, o que ela faz bem e gosta a respeito de si mesma.
- 8) Seja honesto e promova expectativas realista. As expectativas irreais podem levar a mais fracassos e sentimentos de inutilidade. Ajude o idoso a traçar metas que possa cumprir.
- 9) Tenha paciência e não pressione o idoso a responder. A depressão torna mais lentos os processos do pensamento e, muitas vezes, o idoso precisa de tempo para formular uma resposta.

Referências:

1. Batistoni, S. S. T. (2007). Sintomas depressivos entre idosos: estudo prospectivo de suas relações com variáveis sócio-demográficas e psicossociais. Tese (Doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação), Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, p.xx.
2. Aldwin, C. M. (1990). Elders Life Stress Inventory: Egocentric and nonegocentric stress. In J. H. C. M. A. P. Stephens, S. E. Hobfall, & D. L. Tennenbaum (Ed.), Stress and coping in late life families New York: Hemisphere.
3. Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), Social support: Theory, Research, and applications (pp. 73-94). The Hague: Martinus Nijhoff.
4. Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depressive scale for research in the general population. Journal of Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.
5. Batistoni, S. S., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D) entre idosos brasileiros. Revista Saúde Pública 41(4).
6. Late Life Depression Evaluation and Treatment Center University of Pittsburgh Medical Center [http:// www.latelifedepression.org](http://www.latelifedepression.org)
7. Depressão no Idoso. NeuroPsicoNews, 66. p. 3-10. <http://www.neuropsiconews.org>



Samila Sathler Tavares Batistoni
é Psicóloga, Mestre em Gerontologia e
Doutora em Educação pela UNICAMP.