

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

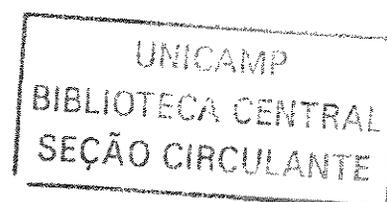
**SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS:  
RELAÇÕES COM CLASSE, MOBILIDADE E SUPORTE SOCIAL  
PERCEBIDOS E EXPERIÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSANTES.**

**SAMILA SATHLER TAVARES**

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ANITA LIBERALESSO NERI**

**2004**

**i**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

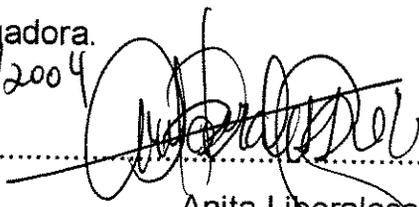
**Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes.**

Autor: Samila Sathler Tavares  
Orientadora: Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida por SAMILA SATHLER TAVARES e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 30/8/2004

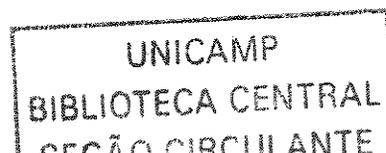
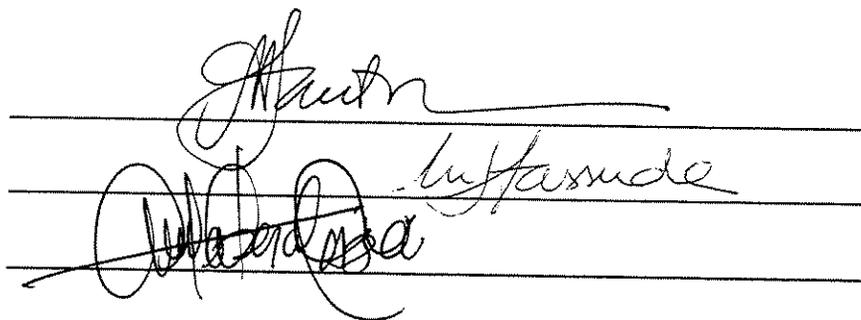
Assinatura:.....



Anita Liberalesso Neri

Orientadora

COMISSÃO JULGADORA:



UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	
	UNICAMP
	T197s
V	EX
TOMBO BC/	62453
PROC.	16-26-DS
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	26/03/05
Nº CPD	

Rw.id 343269

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

T197s Tavares, Samila Sathler.  
Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estrêssantes / Samila Sathler Tavares . -- Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientador : Anita Liberalesso Neri.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

1. Depressão. 2. Validação de método. 3. Experiência de vida. 4. Idosos - Condições sociais. 5. Velhice. I. Neri, Anita Liberalesso. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade Educação. III. Título.

04-181-BFE

## Agradecimentos

Ao meu Deus, Criador, Sustentador e Dono de todo o meu ser: Tudo é para Tua Glória!

À minha querida família a gratidão por acreditar e apoiar minhas escolhas: Amo vocês! Ao meu amado Fabrício pelo apoio, carinho e amor compartilhados nesse período de distância.

À Andréa, pela amiga e irmã inigualável que se revelou num momento das nossas vidas tão singular ! Aos irmãos da Igreja Presbiteriana Central de Campinas agradeço o carinho e apoio tão familiar.

À Nelma pelas orientações e amizade e aos mestrandos em Gerontologia 2003/2004 pelo compartilhar das experiências e convivência carinhosa que fizeram desse mestrado uma experiência marcante.

## Agradecimentos Especiais

Sou muitíssimo grata à Professora Dra. Anita Liberalesso Neri pela honra e privilégio de ser sua orientanda. Além de um período de grande aprendizagem nas áreas da Gerontologia e da Psicologia, esse percurso à sua sombra ensinou-me que para ser grande é necessário primeiro ser humilde, grata, acolhedora e dedicada. Esses são os fertilizantes essenciais para uma grande colheita. Obrigada querida Anita!

À Professora e amiga Dra. Ana Paula Cupertino pelo empenho para que esse mestrado se concretizasse e por me permitir colaborar com o Projeto PENSA que foi o início e continuidade desse caminho. Obrigada pelo incentivo, sugestões e ensinamentos que ultrapassam o plano acadêmico, fazendo de você e seus familiares pessoas especiais em minha vida pessoal.

Às demais professoras do Mestrado, Dra. Neusa, Dra. Maria José e principalmente Dra. Mônica Yassuda, pela disponibilidade, carinho, pelas oportunidades abertas para aprendizagem na área da cognição e participação em minha banca examinadora.

À Professora Dra. Acácia A. Angeli dos Santos pela disponibilidade em também participar da banca examinadora.

À Dra. Flávia Rodrigues Brandão pela contribuição na área da Psiquiatria.

À Dra. Meire Cachioni por abrir-me as portas à experiência da docência com tanto respeito e aos alunos da FACETI, exemplos de um envelhecimento bem-sucedido! Obrigada!

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	1
1. DEPRESSÃO NA VELHICE: SINTOMAS, ETIOLOGIA, PREVALÊNCIA E AVALIAÇÃO .....	3
2. UMA PERSPECTIVA DE DESENVOLVIMENTO APLICADA AO ESTUDO DA DEPRESSÃO NA VELHICE.....	15
OBJETIVOS.....	30
MÉTODO .....	32
RESULTADOS .....	42
1. ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS.....	43
2. RELAÇÕES ENTRE ESCOLARIDADE, RENDA E CLASSE SOCIAL PERCEBIDA .....	50
3. ANÁLISE DESCRITIVA UNIVARIADA E BIVARIADA PARA TODAS AS VARIÁVEIS, CONSIDERADAS AS CONDIÇÕES GÊNERO E IDADE .....	51
4. ANÁLISE MULTIVARIADA CONSIDERANDO A VARIAÇÃO CONJUNTA DAS VARIÁVEIS CLASSE SOCIAL PERCEBIDA, MOBILIDADE SOCIAL PERCEBIDA, SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO, NÚMERO DE EVENTOS ESTRESSANTES, DEPRESSÃO, GÊNERO E IDADE.....	57
DISCUSSÃO .....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

## Lista de Quadros

Quadro 1	Dados de estudos selecionados sobre sintomatologia depressiva em idosos .....	5
Quadro 2	Perfis de maior e menor risco para depressão segundo o cálculo de probabilidade. ....	60

## Lista de Tabelas

Tabela 1	Coeficientes de consistência interna para as escalas de depressão e suporte social.....	44
Tabela 2	Composição dos fatores da CES-D para amostra de idosos brasileiros residentes na comunidade.....	45
Tabela 3	Coeficientes de consistência interna para novos fatores da CES-D .....	47
Tabela 4	Frequência dos eventos considerados como “muito” ou “extremamente estressantes” no último ano. ....	53
Tabela 5	Razões de risco para depressão relativos às variáveis gênero, idade, classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido e número de eventos estressantes. ....	56
Tabela 6	Resultados da análise de regressão logística multivariada para depressão, ajustada para mobilidade social e classe social percebida (n=885).....	59

## 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 (Gatz, 1998). .....	18
Figura 3. Distribuição da população do PENSA por gênero .....	34
Figura 4. Distribuição da população do PENSA por idade .....	35
Figura 5. Distribuição da população do PENSA por gênero e idade .....	35
Figura 6. Distribuição da população do PENSA por estado civil .....	35
Figura 7. Distribuição da população do PENSA por nível de escolaridade .....	36
Figura 8. Distribuição da população do PENSA por renda familiar .....	36
Figura 9. Análise da Curva ROC para a CES-D em função do escore da GDS.....	48
Figura 10. Correlação entre escore da GDS e da CES-D (n=446; r=0.45; p<0.001). .....	49
Figura 11. Frequência de ocorrência das intensidades de resposta 1,2 e 3 para cada item da CES-D (N=903). .....	54
Figura 12. Frequência de ocorrências de intensidade de resposta zero para cada item da CES-D (N=903).....	55
Figura 13. Agrupamentos gerados pela análise de correspondência múltipla aplicada às variáveis classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido, número de eventos estressantes, gênero e idade.....	58

## Lista de Anexos

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética do HU-UFJF .....	96
ANEXO 2 FICHA DE RECRUTAMENTO - PENSA.....	102
ANEXO 3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	103
ANEXO 4 VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.....	104
ANEXO 5 CLASSE SOCIAL PERCEBIDA.....	105
ANEXO 6 ISEL – REDUZIDO (Interpersonal Support Evaluation- 5 itens).....	106
ANEXO 7 Inventário de eventos estressantes entre idosos (The Elders Life Stress Inventory- ELSI - Aldwin,1990). .....	107
ANEXO 8 CES-D (Center Epidemiologic Survey-Depression).....	109
ANEXO 9 GDS .....	110
ANEXO 10 Medida de adequação da amostra, auto-valores dos fatores e percentual de explicação da variabilidade total para a CES-D .....	111
ANEXO 11 Comparação entre escores da GDS e da CES-D, segundo o ponto de corte para a CES-D obtido pela Curva ROC .....	112
ANEXO 12 Valores dos itens da CES-D para a estimativa de sensibilidade e de especificidade pela Curva ROC.....	113
ANEXO 13 Resultados das análises bivariadas relativas às variáveis classe social percebida, renda e escolaridade .....	114
ANEXO 14 Dados brutos relativos à comparação entre as variáveis nível de escolaridade, nível de renda e classe social percebida .....	115
ANEXO 15 Análise descritiva das variáveis mobilidade social percebida, suporte social percebido, experiência de eventos estressantes e sintomas depressivos. ....	116
ANEXO 16 Resultados das análises bivariadas relativas às variáveis mobilidade social percebida, suporte social percebido, número de eventos estressantes vividos no último ano, número de sintomas depressivos, gênero e idade. ....	118

ANEXO 17 Resultados brutos dos testes Qui-quadrado e Tukey aplicados às variáveis Classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido, experiência de eventos estressantes e depressão. ....	119
ANEXO 18 Comparação dos escores dos quatro fatores da CES-D, considerando-se as variáveis gênero, idade, classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido e número de eventos estressantes. ....	123
ANEXO 19 Probabilidades de risco para depressão segundo o perfil dos indivíduos.....	126

TAVARES, S.S.(2004). **Sintomas depressivos entre idosos: Relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes.** Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP.

## RESUMO

A literatura gerontológica tem apontado os sintomas depressivos na velhice como capazes de alterar o curso de envelhecimento normal. Por esta razão, eles são considerados um tema relevante para a pesquisa clínica, epidemiológica e desenvolvimental. **Objetivos:** Este estudo tem um foco metodológico e um desenvolvimental. O primeiro buscou explorar as características psicométricas da CES-D em comparação à GDS, a consistência interna da versão reduzida da ISEL e a correlação entre as medidas objetivas e subjetivas de classe e mobilidade social. O segundo objetivo foi o de identificar o impacto relativo à experiência de eventos estressantes, do suporte social percebido e da classe e mobilidade social percebidas sobre a sintomatologia depressiva entre 903 idosos residentes na comunidade ( $M=72,3$  anos  $DP=8,21$ ), amostra esta pertencente a um projeto de pesquisa sobre Envelhecimento Saudável (PENSA) realizado na cidade de Juiz de Fora (MG). **Resultados:** 1) Em comparação à GDS (15%) a CES-D ( $\geq 11$ ) superestimou a prevalência de depressão (33,8%). Entretanto, encontrou-se alta consistência interna para a CES-D ( $\alpha=0,86$ ), uma estrutura fatorial de três fatores (afetos negativos; dificuldades de iniciar comportamentos; afetos positivos); altos índices de sensibilidade (74,6%) e especificidade (73,6%). Correlações estatisticamente significativas entre medidas objetivas e subjetivas de classe e mobilidade social; consistência interna intermediária para a ISEL reduzida. 2) Regressão logística multivariada identificou que alto número de eventos estressantes no último ano ( $O.R = 2,55$ ) e percepção de baixa qualidade no suporte social ( $O.R= 2,31$ ) ofereceram os maiores riscos para sintomatologia depressiva. Ser do gênero feminino e ter idade inferior a 70 anos também se constituíram em risco significativo. O perfil de maior risco para sintomatologia depressiva foi: ser mulher de menos de 70 anos, perceber-se pertencente à classe média-baixa e ter sofrido mobilidade social descendente na velhice, avaliar o suporte social como pouco satisfatório e identificar alto número de eventos estressantes no último ano.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idosos; depressão; CES-D; validação; eventos de vida; suporte social; posição social.

TAVARES, S. S. (2004). **Sintomas depressivos entre idosos: Relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes.** Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Brazil. (*Depressive symptoms among elderly: effects of perceived social class, social mobility and social support, and of stressful life events*). Orientadora: Anita Liberalesso Neri.

## ABSTRACT

As it is largely recognized by medical and psychological literature, depressive symptoms can modify the course of normal aging. By this reason, they are considered as a relevant issue in clinical, epidemiological and developmental research. **Objectives:** This study had a methodological and a developmental focus. The first was associated with the exploration of the psychometric features of the CES-D *vis* GDS, the internal consistency of a short version of the ISEL and the correlation between the subjective and objective measures of social position. The second was linked to the aim of identifying the relative impact of stressful life events, perceived social support, perceived social class and perceived social mobility on depressive symptoms occurring in 903 community dwelling old males and females aged 60 ( $M=72,3$  and  $DP=8,21$ ), the sample of a project on successful aging that is being carried out in Juiz de Fora, Brazil (PENSA). **Results: 1)** In comparison with GDS (15%), CES-D ( $\geq 11$ ) overestimated the prevalence of depression (33,8%); high internal consistency ( $\alpha=0,86$ ) and a structure of three factors (negative affect; difficulties to initiate behaviors; positive affect) for CES-D; *vis* GDS, CES-D reached sensitivity = 74,6% and specificity = 73,6%; statistically significant positive correlations between objective and subjective measures of social class and social mobility; intermediate internal consistency to short ISEL. 2) Multivariate logistic regression identified that high number of stressful events in the last year (O.R = 2,55) and perception of low quality of social support (O.R = 2.31) offer the highest risks for depressive symptomatology. The profile of higher risk to depression includes: being woman, being younger than 70, perceiving themselves as pertaining to the lower-middle class, perceiving descending social mobility in old age, perceiving social support as insufficient to fulfill his/her needs, and reporting a high number of stressful events lived in the last year.

**KEY WORDS:** Aged people; depression; CES-D; validation; life events; social support; social position

**“A vida só pode ser comprendida olhando-se para trás;  
mas só pode ser vivida, olhando-se para frente”  
(Soren Kierkegaard)**

## INTRODUÇÃO

As alterações patológicas do humor e dos estados afetivos em idosos, tais como a depressão, são mundialmente consideradas como importantes preocupações de saúde pública em virtude de sua alta prevalência nessa faixa de idade, bem como pelos seus efeitos adversos sobre o bem-estar dos indivíduos e dos grupos de que fazem parte. Elas se associam de forma importante a alterações no curso do envelhecimento normal, devido às suas relações com fragilidade, doenças somáticas, incapacidades, dor e isolamento social. Os sintomas também podem se manifestar concomitantemente a doenças e a condições crônicas preexistentes, ampliando os riscos de comorbidades e de mortalidade. Numa perspectiva macro-social, essa realidade reflete-se em maiores custos e demandas para o sistema de saúde. Numa perspectiva micro-social, reflete-se negativamente sobre o bem-estar pessoal e familiar do idoso. Em publicação de 2001, a *Society of Biological Psychiatry*<sup>1</sup> resumiu os resultados de publicações internacionais sobre as implicações da depressão na velhice sob a sigla “5 D”: *Disability* (incapacidades); *Decline* (declínio); *Diminished quality of life* (diminuição da qualidade de vida) e *Discriminatory reimbursement policies* (políticas discriminatórias de indenização). Tal sigla resume os desafios a serem enfrentados pelas instituições sociais, por profissionais e serviços que atuam com idosos, pela família, por grupos informais e pelo próprio indivíduo, quando se trata da promoção da saúde, do apoio social e do tratamento de idosos portadores de depressão.

Dado o potencial da depressão para alterar o curso do envelhecimento humano, é relevante compreender esse fenômeno, não apenas no âmbito da pesquisa epidemiológica e da psicometria, como também da pesquisa descritiva em psicologia do envelhecimento. Este campo se ocupa, entre outras coisas, da variabilidade intra e interindividual dos perfis de saúde física, cognitiva, social e emocional entre os idosos. O estudo dos antecedentes, das características e das relações entre sintomas auto-relatados de depressão no envelhecimento pode contribuir para a compreensão da heterogeneidade das experiências individuais e sociais

---

<sup>1</sup> *Biological Psychiatry* 2002; 52: 145-147.

na velhice. A prática clínica e as intervenções sociais visando ao bem-estar de indivíduos e populações idosas podem também beneficiar-se desses conhecimentos.

Este texto divide-se em duas partes. A primeira tratará sucintamente das maneiras de abordar a depressão na velhice, sua definição e da etiologia da depressão entre idosos, apresentará dados sobre prevalência e comentará questões associadas à mensuração desse transtorno. Mostrará que a análise da depressão não é tarefa simples, uma vez que, em qualquer idade, suas manifestações podem ser determinadas por variáveis biológicas, sociais, contextuais, por processos psicológicos e pela combinação dessas influências. Tipicamente, na velhice, as pessoas tornam-se mais susceptíveis à fragilidade, a perda de outros significativos, à pobreza e à perda de papéis sociais (Woodruff-Pack, 1997). Essa maior susceptibilidade a perdas pode originar ou intensificar a depressão eventualmente produzida por alterações neuroquímicas típicas do envelhecimento ou por outras moléstias. Também ficam mais sujeitas à influência de práticas sociais e de preconceitos que determinam que sejam vistas como normais certas manifestações de afastamento que, muitas vezes, mascaram doenças somáticas, incapacidade e depressão. Por outro lado, não há como negar que o afastamento de papéis e de atividades sócio-emocionais é uma exigência que se propõe à adaptação dos idosos (Carstensen, 1995). Nesse quadro, não é fácil caracterizar o que é genuinamente depressão nessa faixa etária, os subtipos de depressão para essa população, a etiologia dos quadros depressivos na velhice e se há diferenças entre a depressão das pessoas mais velhas e das não-idosas. Tais dificuldades refletem-se nas medidas de depressão e, por extensão, afetam a validade dos dados de pesquisas epidemiológicas sobre prevalência e fatores de risco.

No segundo tópico ver-se-á que a avaliação da depressão entre idosos é não apenas uma questão aberta para os pesquisadores que levantam dados populacionais, para os psicometristas e para os pesquisadores da área clínica. Interessa também aos que lidam com os processos de desenvolvimento e envelhecimento, uma vez que sintomas depressivos podem tanto significar alteração patológica dos estados de humor, sociais, motivacionais e cognitivos, quanto alteração adaptativa face aos controles impostos pela sociedade e face às restrições e às perdas associadas ao envelhecimento. O tópico conterà princípios e dados baseados numa

perspectiva evolutiva em relação à depressão, a partir dos quais mostrará relações entre trajetórias de vida e processos de vulnerabilidade, estresse, resiliência e depressão na velhice. Entre os eventos estressantes que merecerão atenção, há duas variáveis psicológicas associadas à percepção dos idosos sobre sua posição social, melhor dizendo, sobre perdas sociais e econômicas que podem associar-se à percepção de mobilidade social descendente e a um conseqüente incremento da vulnerabilidade e do senso de incontrollabilidade. No entanto, mostrará o texto, existe suficiente potencial adaptativo do *self* na velhice, o qual permite que, mesmo na presença de circunstâncias de vida adversas, os idosos mantenham o bem-estar subjetivo, a motivação para planejar e perseguir metas e para obter satisfação por alcançá-las, a capacidade de discriminar contingências, a possibilidade de acionar recursos sociais e, enfim, de continuar funcionando bem a despeito das perdas que caracterizam a velhice. Mostrará também que o suporte social de que um idoso dispõe e a avaliação subjetiva que ele faz da suficiência desse suporte para suprir-lhe as necessidades é um outro elemento importante à determinação de seu bem-estar subjetivo e da sua vulnerabilidade a eventos estressantes e à depressão.

### **1. DEPRESSÃO NA VELHICE: SINTOMAS, ETIOLOGIA, PREVALÊNCIA E AVALIAÇÃO**

A depressão é uma síndrome psiquiátrica cujas principais características são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Entre idosos esta síndrome é heterogênea no que se refere à sua etiologia e aos aspectos relacionados à sua apresentação e ao seu tratamento, a começar pelo próprio diagnóstico. Discute-se se há diferenças entre a depressão dos idosos e a que acomete pessoas em outras faixas etárias. Tal controvérsia repercute na pesquisa sobre prevalência e gera discussão sobre quais são os melhores instrumentos para avaliá-la entre idosos.

Na literatura permanecem três formas distintas de se abordar a depressão tendo em vista os objetivos que se pretendem ser alcançados, sejam eles a pesquisa, o diagnóstico ou a avaliação da funcionalidade nas atividades diárias. Entretanto, tem se tornado mais claro entre os pesquisadores e clínicos que a depressão, principalmente entre idosos, não é um construto

unitário. Na pesquisa tradicional (Aubrey Lewis, 1934, apud Blazer & Koenig, 1999), e atualmente nas pesquisas populacionais, geralmente se considera as várias manifestações de depressão ao longo de um *continuum*. Por exemplo, listas de sintomas, tais como a Escala de Auto-avaliação de Depressão de Zung (Zung, 1965), a escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*CES-D*; Radloff, 1977) e a Escala de Depressão Geriátrica (*GDS*, Yasavage et al., 1983), são utilizadas para determinar até que ponto num *continuum* um indivíduo sofre de depressão na velhice, e para examinar a relação entre a sintomatologia depressiva e com outras variáveis de interesse. Entretanto, os investigadores modernos privilegiam uma abordagem categórica, tal como descrita pelo *DSM-IV*, pois consideram os transtornos afetivos como um grupo de entidades distintas ou síndromes independentes gerando terapias específicas para entidades diagnósticas distintas. Uma terceira abordagem da depressão entre idosos é a funcional, pela qual os sintomas depressivos tornam-se suficientemente severos a ponto de serem identificados como um caso digno de atenção clínica quando a função está prejudicada. Assim, o funcionamento social, especialmente o desempenho de papéis e responsabilidades é considerada como variável fundamental na monitoração do tratamento.

Mesmo que a depressão não seja um construto único, existe um considerável corpo de dados que evidenciam a associação da sintomatologia depressiva, não necessariamente específica de alguma categoria diagnóstica, com respostas negativas no âmbito da saúde física, cognitiva e social, tal como adotado pela primeira abordagem descrita acima. Por exemplo, Botino (2002) revisou 15 artigos indexados no MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) entre 1994-2000, e observou que os sintomas depressivos são apontados como elementos que aumentam o risco para doenças físicas, déficits cognitivos e incapacidade entre idosos. Foram levantados estudos transversais e longitudinais. No Quadro 1 aparece uma seleção dos dados gerados por essa revisão e que são de interesse para o presente trabalho. A eles foi acrescentado o estudo de Rozzini et al (1997) porque também contempla a associação de sintomas depressivos com fatores psicossociais.

Quadro 1

Dados de estudos selecionados sobre sintomatologia depressiva em idosos

<b>Estudos transversais</b>					
<b>Autores</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>	
Beekman et al, (1997)	Examinar relações entre depressão e doença física	3.056 idosos residentes na comunidade (55-85 anos)	CES-D DIS-Diagnostic Interview Schedule.	Depressão menor associada a aspectos negativos da saúde física geral e não a doenças específicas. Depressão maior associada à vulnerabilidade para doenças crônicas.	
Rozzini et al (1997)	Investigar a associação entre sintomas depressivos e condições desvantajosas co-ocorrentes.	390 idosos (70 anos e +) residentes na comunidade	GDS (30 itens)	Sujeitos que pontuaram abaixo do tercil inferior da distribuição quanto às condições de suporte social, cognição, saúde física, número de doenças e sintomas somáticos apresentaram mais sintomas de depressão.	
West et al (1998)	Examinar relações entre sintomas depressivos e renda, saúde física e suporte social	1948 sujeitos (55 anos e +) residentes na comunidade	CES-D	Saúde física comprometida, incapacidades físicas e isolamento social parecem mediar a correlação positiva encontrada entre renda e depressão.	
<b>Estudos Longitudinais</b>					
<b>Autores</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Nº. de medidas / intervalo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
Bruce et al (1994)	Examinar o impacto da sintomatologia depressiva sobre a saúde física ao longo do tempo	2 / 2,5 anos	1040 idosos (70-79 anos) residentes na comunidade	CES-D	Sintomatologia depressiva constitui risco para incapacidade em AVDs, mesmo controlando fatores sócio-demográficos, saúde física e funcionamento cognitivo (na primeira medida).

Dufouil et al (1997)	Examinar relações entre sintomas depressivos e declínio cognitivo ao longo do tempo	2 / 3 anos	1600 idosos (65 e +) residentes na comunidade	CES-D MEEM (Mini-Exame do Estado Mental)	Na reavaliação da cognição e dos sintomas depressivos o risco de declínio cognitivo esteve associado apenas ao nível de sintomatologia depressiva da reavaliação, independente da sintomatologia depressiva basal.
----------------------	---	------------	---	---	--

A despeito das evidências empíricas disponíveis sobre o impacto dos sintomas depressivos, não há uma teoria ou abordagem unificada que explique completamente a etiologia destes na velhice. Uma tendência é a de fazer distinções entre fatores biológicos e psicossociais, embora se leve em conta a sua interação na explicação do surgimento do transtorno depressivo (Forlenza & Almeida, 1997). Sabe-se que alterações cerebrais estruturais, vasculares, neuroendócrinas e bioquímicas são importantes componentes da depressão que se manifesta pela primeira vez na velhice (depressão de início tardio) e que, ao contrário do que ocorre entre os não idosos, esta depressão tardia é pouco influenciada por predisposição genética (Stoppe Jr. & Neto, 1999).

Eventos de vida estressantes ou doenças físicas são citados como elementos que contribuem para o desenvolvimento da depressão em idosos (Brodaty, 1996). Estudos que levam em conta a interação da biologia com os eventos estressantes têm encontrado similaridades entre a resposta normal ao estresse e a síndrome da depressão. Como resultado, sugere-se, a depressão pode ser resultado de uma ativação prolongada da resposta ao estresse (Holsboer, 1995; Rossen & Buschmann, 1995).

O estudo das possíveis origens psicossociais da depressão em idosos ganhou uma contribuição importante representada pela construção de instrumentos que levantam os eventos de vida que os idosos estão vivendo, a avaliação cognitiva que fazem deles em termos de seu significado (por exemplo, perda, ameaça ou desafio), de sua intensidade (fraca, moderada ou forte, ou possível ou impossível de tolerar), de seu grau de controlabilidade, ou ainda, do grau em que

afetam o próprio idoso ou seus entes queridos (Aldwin, 1994). Esta pesquisadora refletiu tal ponto de vista num inventário de eventos estressantes específico para idosos (Elders Life Stress Inventory – ELSI, Aldwin, 1990), que inclui itens capazes de deflagrar depressão, tais como morte de parentes, do cônjuge, de amigos e de filhos; institucionalização de pais ou do cônjuge, aposentadoria, ou ainda, divórcio de filhos.

Doenças físicas podem precipitar episódios depressivos e contribuir para sua cronicidade, atuando tanto como evento de vida ameaçador como um componente de estresse psicossocial (Forlenza & Almeida, 1997). Entre outros fatores de risco relacionados à incidência de depressão entre idosos citam-se: histórico pessoal ou familiar de depressão; doença crônica; solidão; falta de suporte social e ser do sexo feminino (Pahkala et al., 1995).

Do ponto de vista da abordagem categórica da depressão, as práticas clínicas gerontológicas e a maioria dos estudos sobre depressão entre idosos têm utilizado os critérios do *DSM-IV* (Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais- 4ª edição) para identificar episódio depressivo maior. Para o *DSM-IV* um episódio depressivo maior implica em que, pelo menos por duas semanas, devem ocorrer humor deprimido ou perda de interesse ou de prazer em quase todas as atividades, acompanhados por pelo menos cinco sintomas adicionais: sentimentos de inutilidade, idéias suicidas, fadiga, distúrbios do apetite, interrupção do sono, retardo ou agitação, falta de concentração ou indecisão.

Outras classificações da depressão do *DSM-IV* tais como “depressão menor” e “distímia” levam em conta um menor número de sintomas da na lista supracitada e diferenças quanto à persistência desses sintomas no tempo (Para depressão menor: presença de 2 a 4 sintomas por duas ou mais semanas; para distímia: presença de 3 ou 4 sintomas, durante dois anos, no mínimo) (Ballone, 2002).

Entretanto, Verhey & Honig (1997) ressaltam que os critérios do *DSM-IV* para episódio depressivo maior foram criados para pacientes mais jovens e saudáveis do ponto de vista físico, pois, um episódio só pode ser diagnosticado quando os sintomas não estiverem

diretamente relacionados a uma condição médica subjacente. Assim, acreditam, o uso dos critérios do *DSM-IV* entre idosos pode levar a um subdiagnóstico, devido à alta frequência de condições médicas concomitantes, à possível incapacidade cognitiva associada à idade, à ênfase dos idosos nos sintomas somáticos e cognitivos e aos múltiplos eventos de vida adversos a que estão expostos. Hybels, Blazer & Pieper (2001) sugeriram que as várias manifestações de depressão entre os idosos pertencem a um *continuum*, pois tanto a depressão menor quanto a maior correlacionam-se com as variáveis sócio-demográficas ser solteiro, pertencer ao gênero feminino e ter baixo suporte social percebido, e com as variáveis de saúde, incapacidade funcional, pobre saúde física percebida e uso de psicotrópicos.

Na pesquisa epidemiológica, o uso dos critérios do *DSM-IV* para depressão maior parece responder pela baixa prevalência desta categoria entre idosos (entre 1 a 5%) e, ao mesmo tempo, pela alta prevalência de sintomas depressivos (cerca de 15% entre idosos que vivem na comunidade), mesmo estes não preenchendo os critérios diagnósticos de depressão maior. Os índices variam consideravelmente entre os estudos a depender da metodologia de pesquisa, dos instrumentos utilizados e do contexto de avaliação. Em revisão sobre estudos de prevalência de depressão, Heok (2000) encontrou índices variando de 3,7% a 15,9%. Em relação ao contexto de pesquisa, destaca-se que é mais alta a prevalência de depressão entre idosos hospitalizados (35%) e asilados (7-14%) (Carvalho & Fernandez, 2002). Segundo Aldwin & Levenson (1998), as diferenças entre os índices de prevalência encontrados na população idosa podem ser atribuídas em parte ao uso de escalas de sintomas desenvolvidas para a população adulta. No Brasil, Veras & Murphy (1994) encontraram prevalência de depressão (segundo os critérios para depressão maior) em torno desses achados internacionais, porém diferenciada entre os idosos de alto, médio e baixo poder aquisitivo: 6,75%, 4,51% e 11,57% respectivamente. Porém a presença de sintomas depressivos entre a população gira em torno de 15% (Stoppe Jr. & Neto, 1999).

Além de a utilização de diferentes critérios poderem levar a diferentes estimativas de prevalência de depressão entre idosos, na prática clínica a utilização acrítica desses critérios pode ocasionar subdiagnóstico, o que compromete as possibilidades terapêuticas e a qualidade

de vida dos idosos afetados. Assim, um dos aspectos mais desafiadores para os que estudam depressão é saber se há diferença entre a depressão dos idosos e a das populações mais jovens. Caso a depressão entre idosos seja diferente da depressão dos mais jovens, tal fato implica, entre outras coisas, na necessidade de critérios diagnósticos e tratamentos diferenciados.

Snowdon (2002) comparou diversos estudos brasileiros e internacionais e destacou que o padrão das apresentações clínicas entre os depressivos varia entre os grupos etários. As depressões relacionadas ao uso de drogas são provavelmente mais comuns nos primeiros anos da vida adulta. A comorbidade da depressão com doenças ou incapacidades físicas é mais comum na velhice, e a depressão maior sem comorbidade com doenças físicas é menos comum entre os idosos. A demência junto com depressão é raramente encontrada entre jovens ou entre pessoas de meia-idade, sendo mais prevalente após os 75 anos do que entre 65 e 74 anos. Entre outras diferenças que a literatura indica em relação à depressão de idosos e à de não-idosos, destacam-se as mais altas taxas de suicídio entre idosos do que entre jovens, taxas estas que tendem a ser mais altas entre homens de 75 a 83 anos (Lovestone & Howard, 1997).

Na literatura existe uma tendência a denominar a 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., 1991). Entretanto, os manuais *DSM-IV* e *CID-10* (Código Internacional de Doenças – OMS) não definem categorias nosológicas de depressão específicas para idosos. Argumentos que sustentam ser a depressão no idoso um tipo diferente de depressão apóiam-se em diferenças de sintomatologia 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. Queixam-se menos de humor deprimido e de outros sintomas disfóricos essenciais ao diagnóstico de depressão maior do que as

populações jovens. Porém, entre os idosos há muito mais queixas somáticas e de dificuldades na vida de relação do que entre os 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 freqüente 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, ou seja, que se leve em conta e analise todos os sintomas existentes, antes de descartá-los ou de atribuí-los a outras causas.

### **Dificuldades inerentes à avaliação da depressão entre idosos**

Elaborar um diagnóstico de depressão e medir a gravidade dos sintomas de depressão relatados pelos indivíduos são diferentes tarefas. O diagnóstico de depressão é sempre pautado por entrevistas clínicas que contextualizam os sintomas na história e no momento da vida dos pacientes. A mensuração da depressão por meio de escalas de sintomas é tanto um recurso de auxílio ao clínico quanto um meio utilizado em pesquisas que focam as características da depressão na população, tais como sua incidência e prevalência. Dentre as escalas, as chamadas *escalas de rastreio* são um mecanismo rápido e econômico de identificar indivíduos supostamente afetados ou vulneráveis à depressão, apesar de não serem utilizadas como instrumento diagnóstico no sentido estrito (Silveira & Jorge, 2000).

O Inventário de Depressão de Beck (*BDI*; Beck et al., 1961) e a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (*CES-D*; Radloff, 1977) são instrumentos de rastreio de depressão

frequentemente utilizados em populações adultas, mas também são consideradas válidas para utilização entre idosos (Fiske & Jones, *no prelo*). Sua utilidade estende-se à investigação das relações entre sintomas depressivos e variáveis demográficas e psicossociais e à identificação de fatores de risco. São um importante instrumento para o entendimento da natureza da depressão e dos processos subjacentes ao seu desenvolvimento entre idosos.

Entre os idosos, conforme já dito neste texto, os sintomas de depressão muitas vezes se confundem com os sintomas de outras doenças (o que permite falar-se em “depressão mascarada”) ou mesmo com alterações evolutivas que acompanham o envelhecimento. Tal confusão é apontada como uma importante explicação para a alta prevalência de sintomas depressivos encontrada entre idosos (Adams, 2001). Acredita-se que o uso de escalas de rastreamento de depressão que incluem tanto itens que dizem respeito a alterações comportamentais de origem psicossocial (por exemplo a diminuição na frequência de contatos sociais), quanto itens sobre queixas somáticas (que tendem a aumentar com a idade por razões biológicas e ligadas ao estilo de vida), contribua de modo expressivo para as superestimativas encontradas na literatura.

A *Geriatric Depression Scale* (GDS; Yassavage et al., 1983) é também uma escala de rastreio (Forlenza & Almeida, 2000), entretanto muito comumente adotada para avaliação clínica de idosos por muitos profissionais de saúde. Tal adoção tem sido justificada por esta escala excluir do seu rol de itens aqueles que dizem respeito a queixas e sintomas somáticos. Entretanto, Fiske & Jones (*no prelo*) ressaltam que certos sintomas somáticos, tais como alterações no sono e falta de energia, são prognósticos e podem ser relatados por idosos que relutam em queixar-se de sintomas psicológicos típicos, tais como tristeza e atitudes negativas em relação a si. Esta crítica indica a necessidade de refinamento tanto dos instrumentos clínicos quanto dos de rastreamento da depressão entre idosos, de modo que melhor identifiquem conceitualmente a natureza dos itens que os compõem e os critérios para discriminar entre portadores e não-portadores de depressão.

Como ocorre com outros construtos em saúde mental, a depressão é uma síndrome associada a respostas em vários domínios, incluindo o cognitivo, o emocional, o comportamental, o somático e os componentes sociais. Entretanto, como analisaram Riddler, Blais & Hess (2002), no âmbito da pesquisa a maioria dos estudos não enfatiza os sub-componentes das escalas, utilizando apenas o escore total gerado pelas mesmas. Seguindo esse raciocínio, estes autores investigaram a estrutura fatorial da *Center Epidemiologic Scale Depression* – CES-D (Radolff, 1977) e exploraram relações entre sintomatologia depressiva e várias características de diferentes populações. Apontaram que a estrutura de quatro fatores obtida por Radolff (1977) - afeto depressivo, redução do afeto positivo, queixas somáticas e atividades lentificadas, e problemas interpessoais – pode organizar-se de diferentes formas, dependendo das características etárias e culturais de outras populações. Citam por exemplo, os estudos de Guarnaccia, Angle & Worobey (1989), de Manson et al. (1990) e de Ying (1988), feitos com minorias americanas (entre elas, a de asiáticos), os quais resultaram em estruturas de três fatores, em que os sintomas de afeto depressivo e as alterações somáticas formaram um único fator. Entretanto, resultados semelhantes foram encontrados entre sujeitos anglo-americanos e franco-canadenses, que apresentaram alta ou moderada correlação entre itens indicadores de afeto depressivo e de queixas somáticas (Hertzog et al., 1991; Riddle et al., 2000; Sheehan et al., 1995). Jenkins, Kleinman & Good, 1991, sugeriram que há boas evidências de que a somatização da depressão seja um fenômeno universal. Essas informações são indicadores adicionais de o quanto o estudo mais detido das propriedades psicométricas das escalas de depressão pode auxiliar a compreensão desse fenômeno e das suas possíveis diferenças em diferentes grupos de idosos, diferenças essas tributáveis a eventos sócio-culturais, psicossociais e orgânicos.

Partindo desse pressuposto e visando às possíveis diferenças etárias no construto de depressão, Adams (2001) buscou investigar o comportamento da escala de depressão *GDS (Geriatric Depression Scale)* com amostra americana de 327 idosos ( $M=73,2$   $DP=6,20$ ). Nesse estudo, ele buscou diferenciar quais sintomas poderiam caracterizar da chamada *depleção*, quais fariam parte da estreita definição de depressão maior e ainda, quais sintomas poderiam dizer respeito à alterações típicas do envelhecimento normal. Tais alterações típicas destacadas por

Adams foram os itens que representariam uma tendência a uma seletividade sócio-emocional no âmbito das relações sociais, ou mesmo diminuição em atividades e interesses materiais como prevista nas perspectivas de Gerotranscendência (Tornstam, 1997). Essas tendências, embora adaptativas, podem confundir-se com apatia ou falta de vigor. Assim, procurou saber se o domínio da GDS que envolve itens sobre baixa energia, desinteresse em sair de casa e diminuição em atividades e interesses, correspondia a características da *depleção* ou a alterações adaptativas. Se fossem alterações adaptativas, apareceriam menos associadas com sintomas disfóricos e de ansiedade e com variáveis de estresse, além de apresentarem uma relação positiva com idade. Análise de dados de 1000 idosos (65 anos e mais) mostrou correlações positivas com idade, porém, os que pontuaram mais alto nessa dimensão da escala eram os sujeitos que relataram problemas físicos, como doenças e incapacidades, o que fortalece a noção de *depleção*. Conforme comenta o autor, considerando-se que a GDS é um instrumento de avaliação de possíveis casos de depressão maior, a predominância de respostas positivas aos itens relativos à baixa energia, falta de interesse em sair e diminuição em atividades e interesses inflariam o escore total, ocasionando superestimativa de depressão maior entre idosos. Para caracterizar apenas alterações adaptativas, esperavam-se menores associações destes itens com sintomas disfóricos, de ansiedade, variáveis de estresse e uma relação positiva com idade.

No Brasil existe carência de instrumentos válidos para a detecção de depressão na população idosa. Os dados disponíveis tomaram como base a *GDS (Geriatric Depression Scale)*, instrumento já validado para o Brasil e considerado como de grande utilidade como ferramenta clínica. Almeida & Almeida (1999) investigaram a confiabilidade teste-reteste da versão brasileira da GDS-15. No âmbito da utilização clínica, seus resultados indicam que os escores obtidos para itens individuais da escala são pouco consistentes. No entanto, o escore total da GDS-15 e da GDS-10 pareceu um indicador relativamente estável do humor do entrevistado, e acredita-se que pode ser utilizado clinicamente para a detecção de casos de depressão e para o monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo. Há de se levar em conta que a construção dessa escala partiu da premissa que a depressão na velhice possui características próprias que não podem ser confundidas com queixas somáticas ou com

diminuição do contato social. Contudo, considerando-se os argumentos de Fiske & Jones (*in prelo*) e Adams (2001) supracitados, parece útil realizar a validação ou a construção de outros instrumentos que controlem essas ocorrências, para que se obtenham dados populacionais mais confiáveis e adaptados à nossa realidade.

Contrastar resultados de sujeitos idosos expostos a escalas de depressão construídas a partir de diferentes lógicas é uma forma de compreender não apenas as características psicométricas de diferentes instrumentos como também da própria depressão na velhice. Estudos contrastivos baseados em diferentes instrumentos, clínicos e de rastreio, permitem, adicionalmente, a realização de comparações com dados obtidos em outros países. Um instrumento que parece interessante estudar no contexto brasileiro é a *CES-D (Center Epidemiologic Scale – Depression*, de Radloff, 1977), porque tem como objetivo a identificação de sintomatologia indicadora de depressão na população adulta, e não especificamente de depressão em idosos, e também porque já existem no Brasil estudos psicométricos envolvendo seu comportamento em populações clínicas e não-clínicas formadas por jovens (Silveira & Jorge, 2000). A *CES-D* foi também utilizada pela equipe de pesquisadores do Projeto Internacional LIDO<sup>2</sup> (*“Longitudinal Investigation of Depression Outcomes”*), em Porto Alegre - RS, projeto este desenvolvido para avaliar a relação entre sintomas depressivos, qualidade de vida e utilização de recursos em pacientes adultos que procuram serviços de cuidados primários de saúde em seis centros de diferentes países (Austrália, Brasil, Espanha, Israel, Estados Unidos e Rússia). Como se trata de um projeto comparativo, os pesquisadores utilizaram o ponto de corte original da *CES-D* que é de 16 pontos. No LIDO, o escore de intensidade da sintomatologia depressiva medida pelo *CES-D* foi de 20,2 para as mulheres e de 16,2 para os homens. Não foram notadas diferenças relativas à idade.

Dado que a *CES-D* envolve sintomas que caracterizam afetos depressivos, somáticos, psicomotores e interpessoais, torna-se importante estudar seu comportamento entre amostras de idosos brasileiros, primeiramente, pela carência de instrumentos válidos para essa população no Brasil e ainda pela própria heterogeneidade das condições dos idosos. Outra

importante medida é comparar a CES-D com a GDS, por esta ser já ser validada no Brasil. Tal medida auxilia os estudos clínicos, epidemiológicos e desenvolvimentais sobre a relação entre envelhecimento e depressão.

## 2. UMA PERSPECTIVA DE DESENVOLVIMENTO APLICADA AO ESTUDO DA DEPRESSÃO NA VELHICE

Uma outra forma de compreender a ocorrência de depressão e de sintomas depressivos na velhice é buscar analisar essas manifestações do ponto de vista da psicologia do envelhecimento. Visto que este campo se ocupa da variabilidade intra e interindividual dos perfis de saúde física, cognitiva, social e emocional entre os idosos, torna-se relevante compreender o potencial da depressão para alterar o curso do envelhecimento humano. Nesse sentido, o presente trabalho parte da perspectiva desenvolvimental *life-span* e do modelo de desenvolvimento diátese-estresse de Gatz (1998) que fornecem orientações para a análise dos sintomas depressivos na velhice e para a análise de suas relações com as variáveis psicossociais selecionadas para esse estudo - classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido e experiência de eventos estressantes.

Inicialmente, cabe ressaltar que existem duas grandes perspectivas teóricas que organizam a literatura psicológica sobre a manifestação dos transtornos mentais tais como a demência, a depressão e a ansiedade na velhice. Essas perspectivas são a da psicologia do desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*) e os modelos psicopatológicos baseados no paradigma de estresse e no conceito de resiliência (Gatz, 1998).

Resumidamente, a perspectiva *life-span* propõe que o desenvolvimento humano se dá desde a concepção à morte e envolve uma complexa interação entre os processos biológicos, socioculturais e psicológicos. Cinco conceitos-chave nessa perspectiva são os de interações múltiplas, identidade, coorte, diversidade e agência. Tais conceitos podem ser traduzidos na concepção de que, ao longo da vida, o desenvolvimento se dá em contextos históricos e

---

<sup>2</sup> Revista de Saúde Pública 2002; 36(4):431-438.

culturais particulares, e disso decorrem influências que estão em interação com os aspectos genético-biológicos e psicológicos. Contudo, apesar das mudanças ocorridas ao longo do desenvolvimento, permanece nos indivíduos um senso de continuidade identitária mesmo em face de mudanças evolutivas. São centrais a esse enfoque os conceitos de multidimensionalidade e de multidirecionalidade do desenvolvimento e há numerosas demonstrações empíricas de que existem diferentes trajetórias e ritmos de desenvolvimento e envelhecimento intra-individuais, interindividuais e entre as coortes históricas. Outro aspecto central a essa perspectiva é a concepção de que os indivíduos são ativos e não apenas responsivos a alterações biológicas ou ambientais, ou seja, constroem seu desenvolvimento e seu ambiente social, dão significado e avaliam a si e aos eventos que os cercam (Baltes, 2000).

Por sua vez, os modelos psicopatológicos diátese-estresse e o conceito de resiliência buscam prever se, quando e como fatores de risco específicos produzem de fato psicopatologias. Conforme essa perspectiva, os transtornos mentais resultam da interação de dois conjuntos de variáveis: 1) as diáteses, ou seja, as predisposições genéticas e vulnerabilidades inatas ou adquiridas pelos indivíduos; 2) estresse, isto é, experiências ambientais que requerem do organismo respostas adaptativas. Adicionalmente, tal perspectiva destaca o papel dos fatores protetores individuais que fazem com que os indivíduos sejam mais resistentes aos efeitos do estresse. Assim, leva em conta o conceito de resiliência humana que se traduz na capacidade dos indivíduos para resistir ou para se recuperar dos efeitos dos estressores (pressões internas ou externas), alcançando novamente níveis satisfatórios de adaptação (Lindström, 2001; Zubin & Spring, 1977; Brown & Harris, 1978).

Embora as adote como princípios orientadores, Gatz (1998) ressalta limitações de tais perspectivas frente à compreensão dos transtornos mentais na velhice. Para a autora: 1) a perspectiva *life-span* não explicita a natureza da psicopatologia ou de possibilidades para intervenção com idosos; 2) os modelos psicopatológicos, que compreendem a psicopatologia como produto de vulnerabilidades constitucionais (diáteses) e de estresse, não incluem uma

abordagem de desenvolvimento, mesmo reconhecendo que as vulnerabilidades e o estresse se modificam ao longo da vida.

Gatz sugere uma combinação de tais perspectivas na tentativa de descrever um modelo heurístico na explicação da incidência dos transtornos mentais na velhice. O *Modelo de desenvolvimento diátese-estresse* proposto por Gatz (1998) deriva da perspectiva *life-span* em psicologia os modelos de pessoa e de mudança ao longo da vida. Dos modelos psicopatológicos, Gatz emprestou os construtos de vulnerabilidade, de estressores e de fatores protetores em interação. Resultante da combinação dessas duas perspectivas, o *Modelo de desenvolvimento diátese-estresse* proposto por Gatz (1998) está calcado em quatro proposições básicas as quais serão revistas em interação com a literatura de pesquisa sobre envelhecimento e depressão.

*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 efeitos genéticos presentes na meia-idade ou na idade adulta.

A Figura 1 ilustra as diferentes trajetórias das vulnerabilidades, dos estressores e dos fatores protetores ao longo de toda a vida. Observa-se que não só são diferentes trajetórias, como também se diferencia a forma tomada por estas em função da idade.

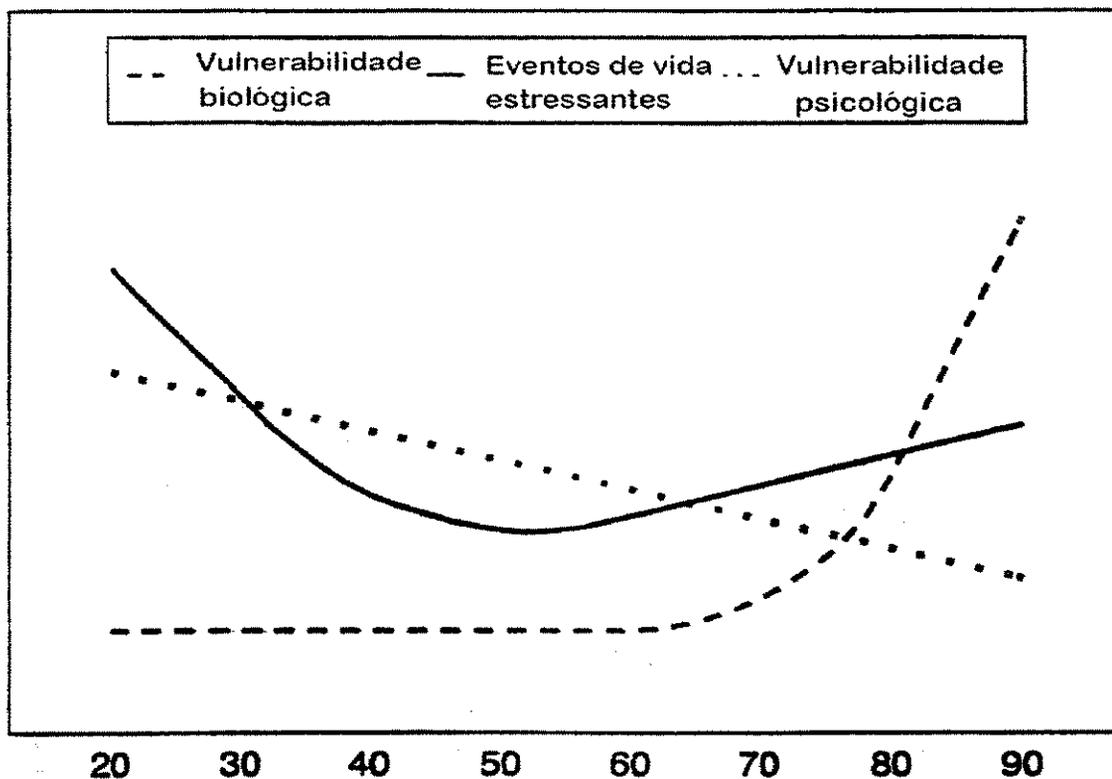


Figura 1. Mudanças na magnitude da influência exercida pela vulnerabilidade biológica e psicológica e pelos eventos estressantes sobre a sintomatologia depressiva ao longo da vida (Gatz, 1998).

*Proposição 2: A etiologia dos transtornos difere de acordo com a idade de ocorrência.* Em grande extensão, os transtornos na velhice, tais como a depressão maior, as demências e transtornos de ansiedade, são continuação de transtornos iniciados em idades anteriores. As 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.

*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 do atingimento desse ponto de culminância no desenvolvimento. Esta diminuição pode ocorrer de forma lenta ou abrupta, dependendo de eventos fisiológicos que possam determinar

maiores ou menores perdas neuronais. Indivíduos que possuem grandes 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 mais influenciados 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 capacidade de reserva aplica-se também aos afetos: a regulação das emoções é vista como um tipo de pragmática 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 que pode decorrer 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, isto é que oneram seus recursos físicos ou 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. Nesse sentido, 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).

A literatura sobre depressão na velhice tende a dar suporte as quatro proposições de Gatz. Do ponto de vista das vulnerabilidades biológicas, as diáteses podem alterar-se no tempo devido a mudanças no funcionamento cerebral, aumentando os riscos para certas doenças e efeitos genéticos presentes na meia-idade ou na idade adulta, (Lovestone & Howard, 1997; Gatz, Kasl-Godley & Karel, 1996) conforme já se revisou anteriormente.

Contudo, a literatura proveniente da Psicologia do Envelhecimento avança e pode acrescentar a primeira proposição de Gatz pois, considerar uma perspectiva de desenvolvimento significa levar em conta que, além das vulnerabilidades genético-biológicas, outras vulnerabilidades podem ser adquiridas ao longo da vida como resultado do contexto e das influências sócio-culturais e macro-estruturais. Estas vulnerabilidades podem não seguir a mesma trajetória linear tal como percebida nas trajetórias genético-biológicas, mas também podem culminar em depressão e em sintomas depressivos. Conforme Diehl (1999), ao longo de vida, os contextos microssocial e macro-estrutural predisõem os indivíduos a certas vulnerabilidades: dependendo dos papéis sociais que desempenham ou à posição que ocupam na estrutura social, as pessoas ficam mais ou menos expostas a eventos de vida críticos durante o seu desenvolvimento. Segundo o mesmo autor, pessoas pobres, com pouco acesso à educação e que sofrem outras restrições devido à posição social são mais expostas a eventos incontroláveis do que as mais privilegiadas justamente porque lhes faltam recursos não só para não sofrerem os eventos, como também para superá-los e para discriminar as contingências que os determinam. Os dados relatados por Fiscella, Franks, Gold & Clancy, (2000), Everson, Maty, Lynch & Kaplan, (2002), Hoffman & Hatch, (2000) confirmam essa informação ao mostrar que variáveis relacionadas a *status* sócio-econômico, em diferentes grupos etários, associam-se a diferentes respostas em saúde mental. Outras pesquisas produziram dados que corroboram tais vulnerabilidades. Por exemplo, em relação à vulnerabilidade para depressão, sabe-se que mulheres pertencentes a minorias étnicas têm maior probabilidade de virem a experimentar depressão do que mulheres brancas (Miranda et al., 2003). Além disso, indivíduos de classe social baixa tendem a ter índices mais altos de hostilidade e depressão (Lorant et al., 2003), maior vulnerabilidade a desordens neuróticas (Lewis et al., 1998) mais ansiedade e mais agressividade (Black & Krishnakumar, 1998) do que indivíduos de estratos sociais mais altos. Os dados de prevalência de depressão entre idosos brasileiros, anteriormente citados (Veras & Murphy, 1994), ilustram também a variabilidade entre diferentes grupos sócio-econômicos.

No que se refere aos estudos que usam classe social como um parâmetro para descrever e comparar indivíduos e grupos, a literatura psicológica comumente usa os critérios

sociológicos de renda, nível educacional e ocupação do indivíduo, de seus pais ou de sua família como indicadores (Tuwenge & Campbell, 2002). No entanto, a exemplo de Liu e seus colaboradores (2002 e 2004), vários estudiosos julgam que essas variáveis têm menos valor explicativo do que o julgamento pessoal que o indivíduo faz de sua posição social, a partir do processo de comparar-se com os outros e com seus próprios valores, realizações e expectativas. Para Liu et al (2004), o construto classe social percebida diz respeito à avaliação que o indivíduo faz dos recursos humanos, sociais ou culturais disponíveis para que se sinta parte de um dado grupo de referência. Liga-se à percepção de posição e de prestígio no grupo e tem forte relação com sentimentos de pertencimento. Liu et al.(2004) realizaram meta-análise da literatura disponível sobre classe social percebida e identificaram que a avaliação subjetiva de classe social prediz melhor medidas de saúde física e mental do que os critérios objetivos renda, ocupação e educação. O estudo de Adler, Epel, Castellazzo & Ickovics (2000) com 157 mulheres residentes na comunidade, sugere que a auto-percepção de classe social influencia o modo como o indivíduo experimenta eventos estressantes, seu senso de controle e seu pessimismo, bem como influencia indicadores de saúde tais como sono e peso corporal, todos associados à depressão.

Um indivíduo pode ter baixa renda, baixo nível de educação e baixo nível ocupacional; pode ter sido criado e pode ter assimilado os códigos de conduta, os valores e as expectativas da classe baixa. No entanto, por várias razões, num dado momento de sua vida ele pode perceber-se diferente e superior a outras pessoas do seu grupo de origem, caso venha a identificar-se com modelos de estilo e vida e de valores da classe média. Um adulto ou um idoso pode perceber que, mesmo que sempre tenham sido pobres, desfrutam de uma condição de bem-estar, de pertencimento e de prestígio melhores do que jovens de classe média que hoje estão sub-empregados ou desempregados e que têm menos acesso a oportunidades de ascensão social do que eles tiveram. Um profissional pode igualmente identificar-se com seu chefe ou com grandes proprietários, aprender com eles novas formas de comportar-se, novos valores e novas aspirações e logo poderá sentir-se diferente das pessoas do seu grupo, de nível social mais baixo. Esses dois exemplos incluem uma outra variável importante, a mobilidade social. A exemplo de classe social, ela tem um aspecto objetivo e um subjetivo. A discrepância entre

o real e o percebido em termos de posição social e de mobilidade social pode ajudar ou prejudicar a adaptação da pessoa, na medida em que venha a funcionar como mecanismo motivacional protetor ou estressante em relação ao funcionamento psicossocial e ao bem-estar subjetivo.

Objetivamente falando, o empobrecimento, a perda de prestígio e a perda de papéis, têm potencial para moderar sentimentos de insatisfação decorrentes da percepção de que está ocorrendo um processo de mobilidade social descendente. No entanto, a literatura internacional sobre bem-estar subjetivo tem mostrado que a satisfação dos idosos com a vida não declina com a idade, apesar do declínio em recursos financeiros que ocorre na velhice, talvez em virtude do fato de as coortes mais velhas terem um nível de aspiração mais baixo, talvez como sinal de que os idosos são capazes de ajustar suas metas face à diminuição de recursos e de competências (Diener & Suh, 1997; Suh, 2000; Ratzlaff et al., 2000). Uma indicação derivada da pesquisa empírica é útil para ajudar a compreender a complexa interação entre classe social e mobilidade social, em termos objetivos e subjetivos. É a que diz respeito ao fato de que níveis absolutos de renda têm menos relação com o senso de bem-estar subjetivo do que mudanças bruscas de renda e de estilo de vida. Assim, o empobrecimento, a perda de prestígio e a perda de papéis podem gerar sentimentos de insatisfação e de ansiedade decorrentes da percepção de que está havendo um processo de mobilidade social descendente na velhice. Da mesma forma, enriquecimento súbito pode criar conflitos de valores e de expectativas e insatisfação. Em qualquer dos casos, processos de comparação social e processos de auto-regulação do *self* ajudam os idosos a adaptar-se às mudanças (Neri, 2002, Diener & Ioshi, 2000, Diener & Suh, 1997).

A consideração dos efeitos das variáveis classe social percebida e mobilidade social percebida sobre o bem-estar subjetivo dos idosos é uma opção válida para os interessados em estudar a depressão nas coortes mais velhas, uma vez que a depressão tem relação com processos motivacionais e que estes guardam estreita associação com as crenças pessoais sobre identidade, controle e agência. Estas são aprendidas ao longo da vida e apóiam-se em mecanismos de comparação social. Comparações para cima podem ser importantes

mediadores do estabelecimento de metas e para o uso de mecanismos de enfrentamento que ajudarão a pessoa a desenvolver-se e a sentir-se no comando da própria vida. Podem também ser fontes de desadaptação, quando os recursos pessoais não condizem com as metas ou com os investimentos requeridos para realizá-las. Comparações para baixo podem ser adaptativas em situações em que o indivíduo precisa salvar a auto-estima, quando prejudicada pela percepção de incapacidade ou inadequação. Comparações laterais podem ser úteis quando o foco da adaptação é a necessidade de auto-identificação e de autoconfirmação (Bandura, 1997, Triandis, 2000).

Na literatura sobre estresse e enfrentamento na velhice considera-se que o empobrecimento financeiro e de recursos sociais e as auto-percepções de perdas sociais são ocorrências típicas da velhice e exercem forte demanda sobre os idosos (Aldwin, 1990). Processos de comparação social intervêm na avaliação do bem-estar subjetivo, do qual a depressão é uma expressão, e igualmente, na avaliação da própria posição social, da qual classe social e mobilidade social percebidas são expressão. Por esse motivo, os quatro construtos são alvos do interesse dos estudos sobre envelhecimento e sobre psicopatologia na velhice.

A vulnerabilidade a eventos estressantes não é um evento discreto, mas evolui ao longo do ciclo vital, de modo que uma suficiente concepção sobre o desenvolvimento e o envelhecimento deve considerar a trajetória de estressores presentes na vida de cada indivíduo e de cada coorte. 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. No entanto, em estudos transversais em que utilizou o *ELSI*, Aldwin (1990) encontrou uma pequena relação entre idade e número de estressores. Em estudos longitudinais envolvendo homens idosos essa relação também se mostrou não-linear, embora os dados tenham sugerido

que tende a ocorrer um aumento de eventos estressantes na meia-idade e diminuição deles depois dos 65 anos (Yancura, Aldwin & Spiro, 1999).

Se for verdade que o número e os tipos de estresse pelo qual passam os indivíduos tendem a variar ao longo da vida, e que na velhice aumenta a probabilidade de ocorrência de eventos estressantes vivenciados como não-normativos - perdas, mortes, etc - (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995) e incontroláveis (Dihel, 1999), também há evidências empíricas de que a avaliação da intensidade dos eventos estressantes muda ao longo da vida e que muda em função da percepção da eficácia das estratégias de enfrentamento. Aldwin (1994) encontrou diferenças etárias na avaliação de eventos estressantes em pesquisa com amostra de 1000 entrevistados. Um dos resultados foi o de que os idosos tenderam menos do que os outros grupos de idade a avaliar eventos como altamente estressantes. Possíveis explicações para isso são que os idosos tendem a colocar os problemas em perspectiva, já que ao longo da vida já passaram por situações semelhantes.

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 e pelo o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de estresse mais maduras ou efetivas e possibilidade de aumento na 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 têm se mostrado como 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 & Baltes (1990) e Marsiske, Lang, Baltes & 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 & Baltes (1991). 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 & 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 (1989).

Se por um lado a avaliação e a ativação de recursos pessoais podem ajudar a maximizar a qualidade de vida e a reduzir as diferenças etárias em depressão (Baltes & Lang, 1997), por outro, os recursos de ação tornam-se cada vez mais escassos com o avanço da idade, e assim os custos de esforços ativos e compensatórios mais cedo ou mais tarde se sobrepõem aos ganhos (Brandtstädter & Rothermund, 2002). Entretanto, mesmo quando os recursos (ou reservas) são escassos, mudanças adaptativas quanto a metas, níveis de aspiração e orientações de vida ajudam o indivíduo que envelhece a se desengajar das metas difíceis de serem alcançadas e a derivar significado de outros domínios da vida que não dependem da utilização dos mesmos recursos de ação de que podia lançar mão antes. Nessa perspectiva, a idade pode associar-se com aumento na flexibilidade ao ajustamento a metas, à reavaliação positiva e a recursos de significado transcendentais. Trata-se de variáveis protetoras que predizem baixa depressão e diminuição do impacto negativo das perdas sobre os recursos de ação (Brandtstädter & Renner, 1990; Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987).

A atuação das redes de suporte social é um importante coadjuvante na produção de bem-estar subjetivo e de resiliência do *self* e de diminuição da vulnerabilidade à depressão. Segundo

Neri (2001), citando a literatura, redes de suporte social são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. Elas existem ao longo de toda a vida, porém sua estrutura e funções mudam com a idade. Os modelos de Seleção, Otimização e Compensação de Baltes & Baltes (1990) e Seletividade Sócio-emocional de Carstensen (1995) têm um ponto de vista sobre a atuação das redes de suporte social ao longo do ciclo vital. Conforme Carstensen (1995), face à mudança na perspectiva de tempo que decorre da percepção de que a morte está mais próxima, os idosos realizam uma seleção dos parceiros em que vale a pena investir e excluem os membros 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 retorno emocional. Ou seja, 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 & 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, acesso a serviços, posição social e papéis possa ser 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 esses essenciais à regulação emocional (Krause, Liang & Yatomi, 1989).

Entre idosos, o insuficiente envolvimento com a rede de suporte social, em termos de seu tamanho, de sua composição e da freqüência de interações que proporciona, é preditivo de depressão (Kaplan, Roberts, Camacho & Coyne, 1987) e de mortalidade (Berkman & Syme, 1979; House et al., 1982). Porém, a quantidade de membros da rede e a freqüência 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). Tais dados tendem a indicar 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 & Yatom, 1989). No que se refere à avaliação subjetiva do suporte social, os dados de Krause (2001) identificaram que quando idosos avaliam seu suporte social como satisfatório, independentemente do suporte recebido (ou seja, o quanto esses são ativados objetivamente), tal fato leva os idosos tanto a sentirem-se eficazes para ativar seu suporte social quanto necessário como também os libera para tentarem lidar ou resolver os problemas eficazmente por si próprios. Isso se refletiu nas medidas de auto-dignidade e senso de controle pessoal, as quais se relacionam com menor depressão. Interessante ressaltar que esses dados corroboram a quarta proposição do modelo de Gatz (1998).

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 explicativos. No primeiro, denominado modelo dos amortecedores, o suporte social é visto em termos de sua função primariamente protetora durante os períodos de estresse por estimular comportamentos adaptativos de enfrentamento (Cobb, 1979). 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 na 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 poderiam ser mais aptos a lidar com eventos de vida mais estressantes do que aqueles que têm com menor ou que não têm suporte. Estes últimos estariam 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 baixo nível ou nulo nível de suporte. Krause (1986) encontrou evidências sobre os efeitos amortecedores do suporte social para as experiências de viuvez, crises e crises no trabalho entre idosos. Estudos sobre suporte como amortecedor de estresse indicam que suporte social também é um importante fator na prevenção de depressão entre idosos. Cutrona, Russel & Rose (1986) encontraram que entre idosos, saúde mental foi relacionada a interação entre estresse e disponibilidade de suporte

social: altos níveis de suporte social reduziram o impacto negativo do estresse sobre a saúde mental.

De acordo com o segundo modelo, o suporte social (tanto o percebido quanto o objetivo) 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 importantes para os idosos do que para os não-idosos. Nessa linha, inserem-se as pesquisas de Carstensen e colaboradores (Carstensen, 1995; Lang & Carstensen, 1994) os quais têm investigado a vida social dos idosos e concluíram que a importância do suporte social na velhice repousa sobre o fato de ser fonte de regulação emocional.

Paralelamente a esses modelos, outros pesquisadores demonstraram um relacionamento recíproco entre suporte social e depressão (Matt & Dean, 1993; Tyler & Hoyt, 2000). Entre eles, os resultados de Russel & Cutrona (1991), em pesquisa com 301 idosos, utilizando a escala *Zung Self-Rating Depression Scale*, 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 traz tanto implicações diretas quanto indiretas sobre a depressão entre idosos. Como implicação indireta, baixa percepção de suporte social foi relacionado a aumento na incidência de aborrecimento diário, o que, por sua vez, é um significativo preditor de depressão entre idosos.

Retomando a quarta proposição do modelo de Gatz (1998), esta diz respeito à relação entre a resiliência e as avaliações subjetivas que os indivíduos fazem de seus recursos de enfrentamento. A esse respeito podem ser lembrados os dados de Baltes & Lang (1997), segundo os quais, quando a velhice é associada a perda de recursos subjetivamente avaliados

como necessários à adaptação ou ao alcance de metas desejáveis - como, por exemplo, *status* social, prestígio, boa saúde, renda, funcionamento cognitivo que assegure autonomia e presença da quantidade e da qualidade de apoio social que a pessoa julga adequados ao seu bem-estar - ela tende a ser vivida como um período crítico do desenvolvimento. Correlatamente, Tyler & Hoyt (2000) sugerem que, entre os idosos, ter poucos recursos econômicos e poucos recursos sociais pode resultar em alta incidência de efeitos psicológicos negativos porque tal escassez os expõe a eventos negativos, a pouco acesso a recursos de enfrentamento e a avaliações disfuncionais sobre suas possibilidades de resolver problemas. Perceber que se dispõe de mais ou menos recursos sociais para enfrentar as adversidades pode fortalecer ou fragilizar os idosos que já estão experimentando redução no *status* social e nos recursos econômicos devido ao envelhecimento e à aposentadoria.

No contexto brasileiro, há carência de dados populacionais que contemplem as relações entre depressão e variáveis como classe social percebida, suporte social percebido e experiência de eventos estressantes entre idosos. Conforme já apontado, há também escassez de instrumentos válidos para a identificação de depressão entre idosos, o que dificulta a comparação entre dados brasileiros e os provenientes da literatura internacional. O presente estudo foi planejado para preencher essa dupla lacuna. Trata-se de não só num estudo de levantamento sobre depressão, como também de suas relações com variáveis psicológicas tais como classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido e experiência de eventos estressantes. Paralelamente, foram realizados os estudos psicométricos necessários a conferir confiabilidade e validade a instrumentos existentes na literatura internacional para a avaliação da depressão, de suporte social percebido e de experiência de eventos estressantes. Foram igualmente testadas questões planejadas para refletir os construtos classe social percebida e mobilidade social percebida.

## OBJETIVOS

Dois objetivos centrais nortearam o presente trabalho.

- 1) Realizar um estudo psicométrico visando aferir a confiabilidade e a validade a um instrumento existente na literatura internacional para a avaliação de depressão (CES-D), aferir confiabilidade para uma escala de suporte social percebido e testar questões planejadas para refletir os construtos classe social percebida e mobilidade social percebida e de uma escala de experiência de eventos estressantes.
- 2) Analisar relações entre sintomas depressivos e variáveis psicossociais, a saber: classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido e experiência de eventos estressantes entre idosos residentes na comunidade.

Para alcançar o primeiro objetivo, especificamente foram realizadas as seguintes operações:

- a) Análise do comportamento psicométrico da escala de depressão CES-D, expressos pelos índices Alpha de Cronbach (que reflete sua confiabilidade medida por sua consistência interna) e pela estrutura fatorial (na busca a validade de construto) dessa escala aplicada a uma amostra de idosos residentes na comunidade;
- b) Comparar a CES-D com um instrumento de depressão para idosos já validado no Brasil (GDS), buscando um ponto de corte válido para a CES-D para o rastreamento de sintomatologia depressiva na mesma população;
- c) Análise da consistência interna da escala de suporte social percebido (ISEL) utilizado pela primeira vez entre idosos brasileiros, expresso pelo Alpha de Cronbach.

Para alcançar o segundo objetivo, examinou-se:

- a) a prevalência de sintomatologia depressiva significativa entre idosos mensurada pela CES-D e pela GDS;
- b) a variabilidade na percepção de classe social, mobilidade social, suporte social e número de eventos estressantes no último ano;

- c) as relações entre variáveis sócio-econômicas objetivas (renda e educação) com as variáveis sócio-econômicas subjetivas (classe social percebida e mobilidade social percebida);
- d) as relações de sintomatologia depressiva significativa mensurada pela CES-D e as variáveis classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido e número de eventos estressantes no último ano;
- e) se houve diferenças por gênero e idade entre as variáveis de estudo e na relação com depressão;
- f) os perfis de risco para sintomatologia depressiva significativa a partir das variáveis psicossociais consideradas.

Na pesquisa, a utilidade de um modelo repousa no fato de descrever a maneira como o pesquisador acredita que as variáveis estão relacionadas, ou ainda, o que acredita sobre qual é a direção das relações que pretende investigar. Um modelo tem como base a teoria e os dados empíricos disponíveis (Bengston, Rice & Johnson, 1999). Na presente investigação adotou-se o seguinte modelo operacional:

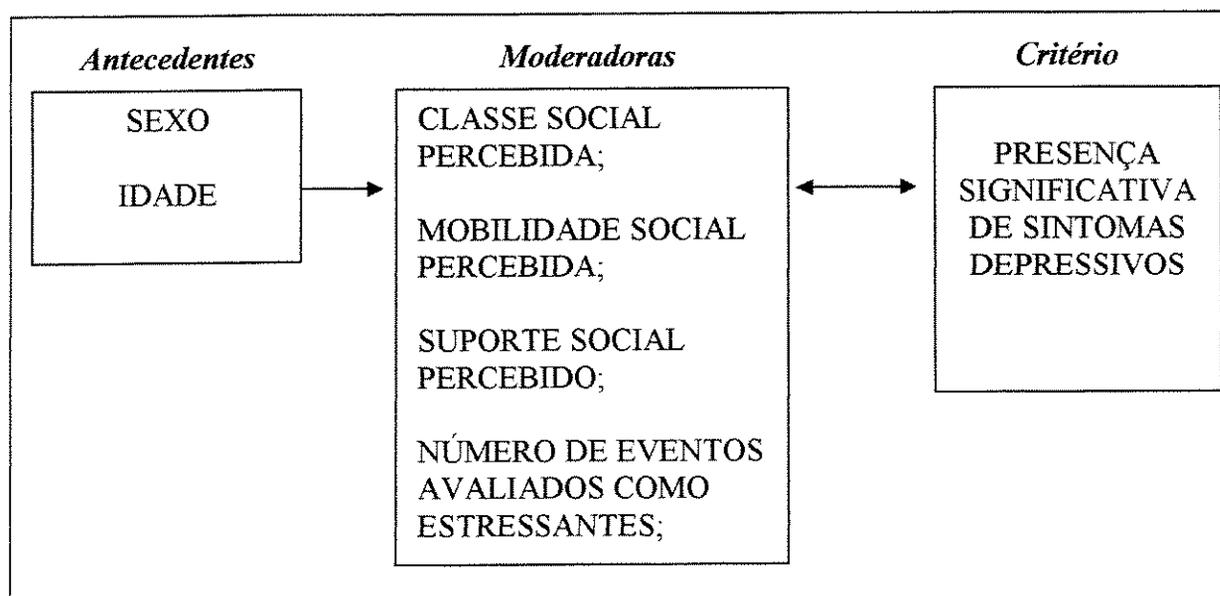


Figura 2. Modelo operacional adotado no presente estudo

## MÉTODO

Os dados do presente estudo fazem parte do banco obtido na primeira fase da coleta de um estudo longitudinal que está em desenvolvimento na Universidade Federal de Juiz de Fora. Trata-se do *Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA)* financiado pelo programa de fixação de doutores – CNPq-PROFIX e coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino. Após aprovação pelo Comitê de Ética para Realização de Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (ANEXO 1), o projeto PENSA iniciou suas atividades no mês de março de 2002. Até dezembro de 2003 procedeu à primeira leva de coleta de dados com o protocolo completo aplicado a toda a amostra identificada e já realizou o primeiro seguimento do estudo, com 27,61% da amostra presente à primeira medida.

O *Estudo PENSA* tem como **objetivos** descrever as características sócio-demográficas, psicossociais e de saúde física, emocional e cognitiva de uma amostra populacional de idosos residentes na comunidade. Visa também analisar relações entre essas variáveis transversalmente e longitudinalmente e validar instrumentos de pesquisa internacionais para a população brasileira visando significativas contribuições para o estudo dos processos do envelhecimento no Brasil.

O **instrumental** do PENSA foi planejado para permitir analisar dez grupos de variáveis que aparecem resumidamente a seguir:

- 1) Status sócio-econômico (por exemplo, idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda, entre outras).
- 2) Histórico sócio-econômico (inclui questões como a escolaridade dos pais, a ocupação dos pais durante a infância do sujeito, a última ocupação do sujeito, entre outras).
- 3) Saúde física percebida (por exemplo, avaliação da saúde física global e referenciada a domínios, frequência de visitas ao médico no último ano, doenças somáticas nos últimos cinco anos, independência funcional em AVDs e AIVDs, entre outras).

- 4) História de vida, traduzida em termos de experiências afetivas, sociais e educacionais da infância (por exemplo, crises financeiras na família, doenças e acidentes, imagem social na infância, entre outras).
- 5) Satisfação pessoal (inclui questões como satisfação global com a vida, aceitação da própria velhice, entre outras).
- 6) Suporte social percebido (por exemplo, a frequência de contatos com os parentes, origem das amizades, avaliação qualitativa do suporte social, entre outras).
- 7) Espiritualidade e religiosidade (com questões referentes à crença em Deus, o tipo de crença religiosa, tipo e frequência de prática religiosa, entre outras).
- 8) Saúde mental (depressão e status cognitivo).
- 9) Experiência de eventos de vida positivos e negativos (por exemplo, o tipo e a ocasião de ocorrência de eventos positivos e negativos, o evento negativo ocorrido mais recentemente, considerando o tipo, o tempo decorrido desde o evento, entre outras questões).
- 10) Intensidade de eventos estressantes associados ao envelhecimento (questões sobre eventos ocorridos no último ano – Inventário de Estresse entre Idosos).

### **População e amostra para o PENSA**

Juiz de Fora (MG) é uma cidade de 436.432 habitantes dentre os quais 10,6% têm mais de 60 anos. Destaca-se que a proporção de idosos na cidade é superior à do Brasil (8,6%) e do Estado de Minas Gerais (9,8%). Pretendendo trabalhar com amostra representativa e estratificada dos idosos residentes na comunidade, o PENSA selecionou 14 bairros de Juiz de Fora (MG) cujo percentual de idosos residentes é superior a 15%, segundo dados do Censo 2000 do IBGE. Recrutadores treinados foram de porta-em-porta nesses bairros, para identificar residências que tivessem pelo menos um morador idoso em condições cognitivas de responder aos instrumentos da pesquisa. Para tanto, procuravam saber quantos idosos moravam no domicílio e se tinham autonomia intelectual para responder oralmente a um conjunto de questionários, escalas e inventários.

Na mesma visita inicial planejada para identificar o(s) idoso(s) residente(s) que eram cognitivamente apto(s) a participar, os recrutadores se apresentavam e apresentavam ao(s)

idoso(s) um folheto descrevendo os objetivos do estudo e as características dos instrumentos e da coleta de dados. Era então feito um convite para participar. Cada idoso que concordou em participar preencheu uma ficha de recrutamento e assinou um termo de consentimento livre e esclarecido conforme exigência do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Anexos 2 e 3). Foi-lhes assegurado o direito à recusa, a retirar-se da pesquisa a qualquer momento, à privacidade e ao sigilo dos dados individuais. Logo em seguida, nessa mesma visita, era marcada uma data e um horário para retorno do pesquisador para uma única sessão de coleta de dados.

Foram visitados 7089 domicílios dentre os quais foram identificados 1686 nos quais residia pelo menos um idoso. Novecentos e cinquenta e seis idosos aceitaram participar (56%), 614 recusaram (36%) e 116 estavam física e/ou cognitivamente incapacitados para tanto. A amostra final de idosos entrevistados nessa fase constituiu-se de 956 indivíduos, dos quais 28,2 % eram homens e 71,8% eram mulheres com idade entre 60 e 103 anos ( $M=72,4$   $DP=8,3$ ). As Figuras 2 a 7 apresentam dados sobre gênero, idade, estado civil, escolaridade e nível de renda da população do PENSA. Observe-se que havia um número bem maior de mulheres do que de homens. Cruzando-se os dados de gênero e de idade verificou-se que não havia relação estatisticamente significativa entre estas variáveis ( $\chi^2=4.72$ ;  $GL=2$ ;  $p=0.095$ ).

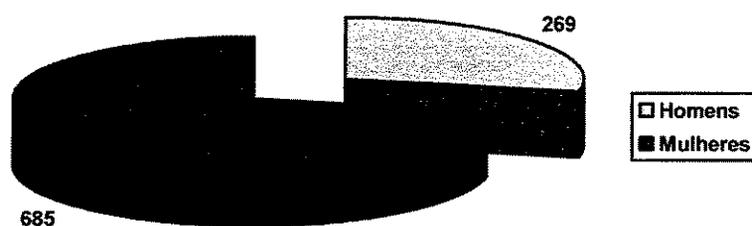


Figura 3. Distribuição da população do PENSA por gênero

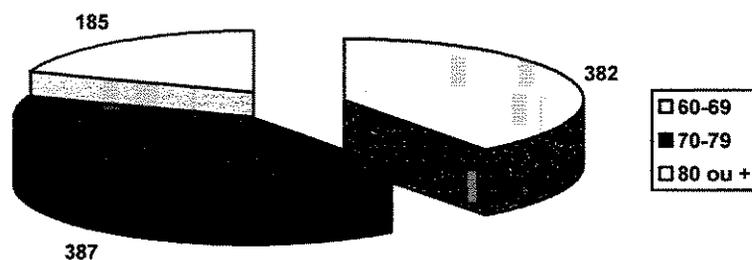


Figura 4. Distribuição da população do PENSEA por idade

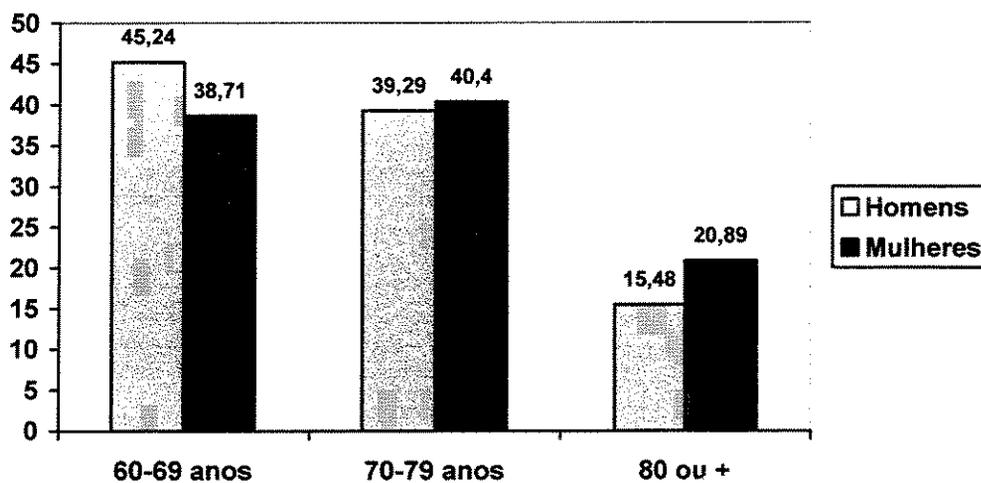


Figura 5. Distribuição da população do PENSEA por gênero e idade

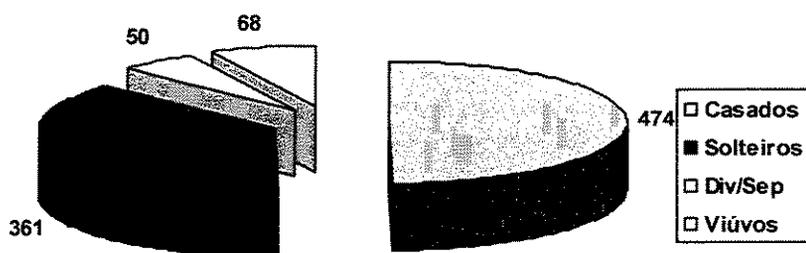


Figura 6. Distribuição da população do PENSEA por estado civil

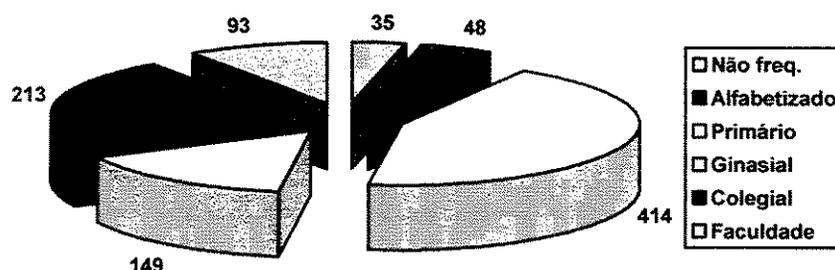


Figura 7. Distribuição da população do PENSA por nível de escolaridade

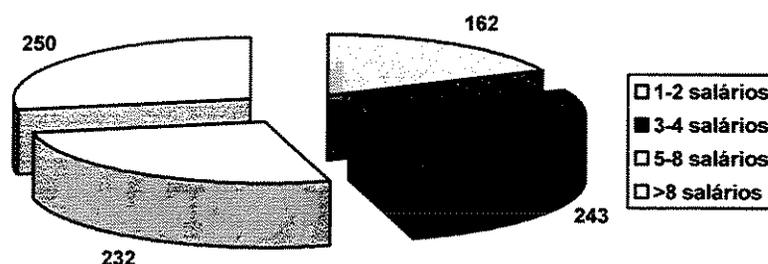


Figura 8. Distribuição da população do PENSA por renda familiar

Na amostra do PENSA, 40,5% dos idosos têm idade entre 60 e 69 anos, uma proporção comparável entre 70 e 79 anos (40,1%). Metade dos idosos do PENSA são casados, 38 solteiros e o restante viúvos e divorciados ou separados. Sessenta e cinco por cento são alfabetizados ou têm o curso primário, 38% tinham o antigo Ginásio ou o curso colegial e 10% o curso superior. Os resultados mostraram uma proporção comparável de indivíduos distribuídos pelos três níveis de renda considerados e uma proporção menor de sujeitos na faixa de menor renda, de forma diferente da que ocorre na população brasileira de modo geral.

O retorno aos domicílios e a realização da primeira fase de entrevistas semi-estruturadas do PENSA foi feita exclusivamente com esses idosos e teve duração aproximada de duas horas.

Dos 956 idosos que faziam parte do banco de dados do PENSA, 903 responderam a todos os itens referentes a variável-critério, ou seja sintomas depressivos. A utilização dos seus dados

foi permitida pela coordenação do PENSA e pelo mesmo Comitê de Ética em Pesquisa que aprovou o grande projeto.

Passar-se á agora a descrever os itens do delineamento do presente estudo, cujos objetivos foram descritos às páginas 41 e 42.

### **Sujeitos**

Participaram desta investigação 903 sujeitos que responderam na íntegra os instrumento de depressão (CES-D), 72,4% dos quais eram mulheres. Quarenta por cento tinham entre 60 e 69 anos, 40 % entre 70 e 79 e o restante 80 anos e mais ( $M=72,3$   $DP=8,21$ ). Sua distribuição por estado civil, escolaridade e renda foi igualmente comparável à da população do PENSA acima descrita.

### **Instrumentos**

Selecionou-se do banco de dados do projeto PENSA as seguintes variáveis e os seguintes instrumentos relativos ao objetivos deste estudo:

1. **Variáveis sócio-demográficas:** Foram selecionadas 5 questões fechadas relativas à idade dos entrevistados, ao gênero, ao estado civil, à escolaridade e à renda familiar em número de salários mínimos mensais (Anexo 4).
2. **Classe social percebida:** isto é, a noção pessoal de pertencimento a uma dada classe social. Foi solicitado aos sujeitos que declarassem a que classe social achavam que pertenciam atualmente, num contexto em que os itens anteriores conduziam os sujeitos a analisar a que nível achavam que pertenceram em sua infância, em sua adolescência, na maior parte da vida adulta e na velhice (Anexo 5).
3. **Mobilidade social percebida:** Considerando que a literatura sobre bem-estar subjetivo indica que mudanças de nível social ao longo da vida são mais determinantes de alterações no bem-estar percebido do que níveis absolutos de renda (Diener e Suh, 1998), foi criada a variável “mobilidade social percebida” a partir das respostas que os sujeitos deram à análise da classe social na vida adulta e à classe social atual (velhice)

(Anexo 5). A criação dessa variável pretende dar conta do fenômeno de estabilidade x mudança (ascendente ou descendente) social percebidas. Foi atribuído o valor 1 para os indivíduos que perceberam a classe social atual como melhor (mudança em pelo menos 1 ponto em relação a percebida na vida adulta), o valor 2 os que atribuíram a mesma classe social tanto na vida adulta quanto na vida atual (velhice) e o valor 3 para os que se perceberam atualmente numa classe social pior (em pelo menos 1 ponto) do que na vida adulta.

4. **Escala de percepção da qualidade do suporte social: ISEL- reduzida** - Interpersonal Support Evaluation List, de Cohen, Mermelstein, Kamarck, & Hoberman (1985), que aparece no Anexo 6. A ISEL foi desenvolvida para a população geral e para medir quatro funções do suporte percebido: suporte tangível (i.e. assistência material ou suporte instrumental), pertencimento (i.e., identificação com alguém da rede de suporte), auto-estima (i.e., comparações positivas com os outros), e suporte avaliativo (i.e., suporte informacional). Um exemplo da medida de pertencimento é: “Você diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho”. Um exemplo de suporte avaliativo é: “Você tem com quem contar quando você precisa de uma sugestão de como lidar com algum problema”. Um item medindo suporte tangível é: “Você teria facilidade em encontrar pessoas que possam te ajudar nos afazeres se estiver doente”. 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, utilizou-se, para medir a percepção do suporte social, uma versão de cinco itens retirados desse inventário (itens 5,7, 18,22 e 38). Esta versão reduzida também tem sido utilizada no contexto americano no *Cardiovascular Health Study* sob a coordenação de Richard Schulz (ver Newsom, Schulz, 1996; Martire, Schulz, Mittelmark, Newsom, 1999). Os itens são respondidos utilizando um escala de 4 pontos com 1- nunca; 2- às vezes; 3- maioria das vezes; 4- Sempre, como possíveis respostas. O máximo de pontos que cada sujeito pode obter na versão reduzida são 20.

5. **Inventário de eventos estressantes entre idosos:** *The Elders Life Stress Inventory - ELSI*, de Aldwin (1990), que pode ser apreciado na íntegra no Anexo 7. O ELSI apresenta estímulos que permitem acessar eventos estressantes pelos quais os idosos podem estar passando e também o quão estressante esses eventos são considerados pelos respondentes. Trata-se que um lista de 32 eventos que podem ter ocorrido no último ano, cuja intensidade é avaliada 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. O escore total é a 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 e também preocupações egocêntricas. O ELSI inclui itens que acessam os eventos de vida que afetam os próprios indivíduos e outros significantes. No presente estudo foram selecionados e contados apenas os eventos avaliados como “muito estressantes” e como “extremamente estressantes” pelos quais os idosos da amostra disseram ter passado no último ano. Ou seja, o interesse centrou-se no número de eventos ocorridos no último ano que foram avaliados como grandes desafiadores do potencial adaptativo dos idosos.
  
6. **Escala de rastreamento de depressão:** *Center Epidemiologic Survey-Depression – CES-D* (Anexo 8). A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) constitui instrumento de rastreamento elaborado pelo National Institute of Mental Health (EUA) visando a identificar humor depressivo em estudos populacionais (Radloff 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), de Beck (Beck’s Depression Inventory - Beck et al, 1961), e de Raskin (Raskin et al, 1967), bem como do inventário de personalidade MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Dahlstron & Welsh , 1960). Trata-se de escala de 20 itens de 4 pontos cada um, que comportam avaliação da frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista (nunca, raramente, às vezes, freqüentemente,

sempre). Os 20 itens da CES-D incluem questões sobre o 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 é de 15 a 21 pontos e para depressão maior, acima de 22 pontos. Uma solução fatorial de quatro fatores tem sido constantemente encontrados em avaliações populacionais internacionais com essa escala: 1) afeto depressivo, 2) afeto positivo, 3) sintomas somáticos/atividades lentificadas e 4) relações interpessoais. Entre amostras norte-americanas não-idosas a consistência interna alcançou de 0.8 a 0.9. Entre uma amostra 3.319 idosos americanos atendidos em serviços de atenção primária a consistência interna foi de 0.85(Callahan & Wolinsky, 1994). Há indicações de estabilidade temporal e entre populações de diferentes etnias e condições de saúde. Conforme Lewinsohn, Seeley, Roberts & Allen (1997), ainda há pouca informação a respeito das propriedades psicométricas da CES-D administrada entre idosos, mesmo entre norte-americanos.

No Brasil, a CES-D tem sido utilizada em diferentes contextos, embora suas propriedades psicométricas não tenham ainda sido completamente exploradas. Silveira & Jorge (2000) descreveram sua confiabilidade e sua validade interna, sendo esta via análise fatorial, numa amostra de adolescentes e adultos jovens. O procedimento de adaptação da CES-D para o português abrangeu a validação semântica e a validação do construto clínico depressão. A consistência interna da versão brasileira da CES-D entre populações jovens (clínica e não-clínica) medida pelo alfa de Cronbach, foi  $> 0,84$ . No mesmo estudo, a análise estrutural revelou que duas questões poderiam ser excluídas da escala por apresentarem baixa correlação com todas as demais. 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 & Jorge (2000) foram semelhantes às subescalas propostas por Radloff (1977), portanto não foram novamente interpretadas. Cabe ressaltar que o projeto PENSA utilizou-se dessa versão produzida por Silveira & Jorge (2000).

No presente estudo foram realizadas análises de confiabilidade e de validade de construto da CES-D. Procedeu-se à análise da consistência interna mediante o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach e da validade de construto por meio da análise fatorial. Foi feita também validação de critério, uma vez que foram tomadas medidas de estabilidade e de sensibilidade ancoradas em escores na GDS que estavam disponíveis para a metade dos sujeitos que responderam à CES-D. Ou seja, foi feita também validação concorrente, utilizando-se como escala de referência a Geriatric Depression Scale (GDS-15; Shiekh & Yasavage, 1986) já validada e de uso difundido para medida de depressão em idosos brasileiros (ver Almeida & Almeida, 1999), também respondida por metade dos sujeitos do PENSA em sua primeira leva de medidas.

7. **Geriatric Depression Scale – GDS-15:** Esta escala foi desenvolvida especificamente para idosos, não incluindo itens que dificultariam sua aplicação entre idosos hospitalizados ou institucionalizados (como itens somáticos). A versão de 15 itens, descrita por Shiekh & Yasavage (1986) deriva da forma original de 30 itens (Anexo 9). Consiste num questionário de indicação de presença ou ausência (sim X não) de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. Estudos em que foram utilizadas versões brasileiras da GDS-15 mostraram que a GDS oferece medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior, de acordo com os critérios do DSM-IV e do CID-10. Na GDS-15 o ponto de corte  $\geq 6$  produziu índices de sensibilidade de 90,9% e de especificidade de 64,5% para diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com o DSM-IV (Almeida & Almeida, 1999).

## RESULTADOS

Em consonância com o objetivo de avaliar a confiabilidade dos instrumentos, a consistência interna dos itens das escalas foi previamente aferida mediante o coeficiente alfa de Cronbach. Valores de alfa maiores que 0.80 indicam alta consistência, enquanto valores acima de 0.60 indicam consistência intermediária. Ainda no âmbito das explorações psicométricas, procedeu-se ao cálculo da validade de construto da CES-D por meio de análise fatorial exploratória, assim como foi avaliada sua validade de critério, esta expressa por medidas de sensibilidade e especificidade, e validade concorrente mediante a Curva ROC em que os dados da CES-D foram ancorados por resultados da aplicação da GDS, aqui considerada como escala de referência para a validação da primeira, uma vez que já é validada para o Brasil (Almeida & Almeida, 1999).

Para descrever o perfil da amostra segundo as diversas variáveis em estudo - gênero, idade, classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido, número de eventos estressantes vividos no último ano e sintomas depressivos - foram feitas tabelas de frequência para as variáveis categóricas, bem como estatísticas descritivas com medidas de posição e dispersão para as variáveis contínuas. Para comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado e para as variáveis contínuas foram adotados os testes U de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, a depender do número de grupos comparados. Para comparar os escores das escalas entre os gêneros e as faixas etárias foi utilizada a Análise de Variância para 2 fatores (*Two-way ANOVA*) considerando-se os efeitos separados das duas variáveis e da interação entre eles. Este teste foi complementado pelo teste *post-hoc* de Tukey para comparações múltiplas. Para analisar a relação entre os escores das escalas foi usado o coeficiente de correlação de Spearman. Acrescenta-se o comentário de que foram utilizados testes não paramétricos visto que 1) não se sabe se a distribuição dos dados obedece à curva normal; 2) não se sabe em que medida a amostra é representativa da população de Juiz de Fora (MG).

Finalmente, para efeito da análise da influência das variáveis classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido, número de eventos estressantes sobre a depressão avaliada pela CES-D, foram feitas análises de regressão logística univariada pelo modelo *logito* e multivariada pelo modelo *stepwise* (Hosmer & Lemeshow, 1989).

O nível de significância adotado para todos os testes estatísticos foi de 5% ( $p < 0.05$ ). O tratamento estatístico foi apoiado pelos programas computacionais SPSS 11.5 e SAS 6.12.

Os resultados das análises psicométricas serão apresentados em primeiro lugar, uma vez que informam de antemão sobre a validade dos dados derivados dos instrumentos utilizados (Pasquali, 2003). Seguir-se-ão os resultados das análises univariadas, bivariadas e multivariadas para as variáveis classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido, número de eventos estressantes e depressão. Elas incluirão medidas de frequência, posição e dispersão; comparações inter-grupos de gênero e idade e entre as categorias das variáveis em estudo; análise de correspondência múltipla com o fito de estabelecer padrões de variação conjunta, e análises de regressão logística univariada e multivariada com o objetivo de estabelecer razões de risco para depressão, em relação às variáveis supra-mencionadas.

## 1. ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS

Os instrumentos escalares foram submetidos à análise de consistência interna. A Tabela 1, a seguir, apresenta os coeficientes  $\alpha$  de Cronbach indicativos da consistência interna das escalas de suporte social, de sintomas depressivos (CES-D), global e por domínios (identificados por Radloff, 1977), e de depressão geriátrica (GDS). Ocorreu alta consistência interna para a CES-D como um todo, e consistência intermediária para a escala de suporte social, para a GDS e para os domínios originais da CES-D (conforme Radloff, 1977), com exceção do quarto. Na CES-D o item que apresentou menor correlação com os demais foi o 4º e na GDS foram o 9º e o 15º.

TABELA 1

Coefficientes de consistência interna para as escalas de depressão e suporte social.

Escala/Domínio	Nº de Itens	$\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o Total*	$\alpha$ (após retirada dos itens)
<b>Suporte Social / Total</b> (n=937) (Itens 1 a 5)	5	0.748	---	---	---
<b>CESD / Total</b> (n=903) (Itens 1 a 20)	20	0.860	CES-D 4	0.135	0.866
<b>CESD / 1. Afeto Depressivo</b> (n=903) (Itens 3,6,9,10,14,17,18)	7	0.800	---	---	---
<b>CESD / 2. Afeto Positivo</b> (n=903) (Itens 4,8,12,16)	4	0.639	CES-D 4	0.235	0.691
<b>CESD / 3. Somático e Atitudes</b> (n=903) (Itens 1,2,5,7,11,13,20)	7	0.700	---	---	---
<b>CESD / 4. Interpessoal</b> (n=903) (Itens 15,19)	2	0.461	---	---	---
<b>GDS / Total</b> (n=483) (Itens 1 a 15)	15	0.707	GDS 9 GDS 9, GDS 15	0.121 0.190	0.714 0.715

\* correlação do último item retirado com o total do respectivo domínio.

Considerando que não há dados disponíveis na literatura brasileira sobre a validade de construto da CES-D para idosos decidiu-se submeter os seus 20 itens à análise fatorial exploratória. Foi feita rotação ortogonal pelo método *Varimax* de modo a deixar os fatores resultantes o mais independentes possível, separando melhor os itens que compõem cada fator e utilizado o método dos Componentes Principais para extração dos fatores. Para definir o número de fatores formados foi utilizado o critério dos fatores com auto-valor maior que 1. Previamente foi feita a medida MSA ou de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) para verificar a adequação da amostra para a análise fatorial.

A medida de adequação da amostra (MAS), ou Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,9115, indicando que a amostra tem alta consistência para ser utilizada na análise fatorial.

Pelo critério de seleção de fatores com auto-valor maior que 1, foram obtidos quatro fatores, que explicam 47.5% da variabilidade total dos dados (Johnson & Wichern, 1988 e Pereira, 1998). No Anexo 10 aparecem as medidas de auto-valor dos fatores para a CES-D e a distribuição das cargas dos itens nos fatores já rotacionados. A Tabela 2 apresenta os fatores resultantes.

Tabela 2

Composição dos fatores da CES-D para amostra de idosos brasileiros residentes na comunidade

Fatores	Cargas dos itens no fator	Itens com maiores cargas em cada fator
Fator 1	0.726	Q6 – SENTI-ME DEPRIMIDO
	0.708	Q18 – SENTI-ME TRISTE
	0.597	Q19 – SENTI QUE AS PESSOAS NÃO GOSTAVAM DE MIM
	0.591	Q17 – TIVE CRISES DE CHORO
	0.591	Q9 – CONSIDEREI QUE MINHA VIDA TINHA SIDO UM FRACASSO
	0.552	Q14 – SENTI-ME SOZINHO
	0.458	Q20 – NÃO CONSEGUI LEVAR ADIANTE MINHAS COISAS
	0.438	Q10 – SENTI-ME AMEDRONTADO
	0.392	Q13 – EU FALEI MENOS DO QUE O HABITUAL
Fator 2	0.613	Q7 – SENTI QUE TIVE QUE FAZER ESFORÇO P/ FAZER TAREFAS HABITUAIS
	0.612	Q2 – NÃO TIVE VONTADE DE COMER, POUCO APETITE
	0.604	Q1 – SENTI-ME INCOMODADO COM COISAS QUE NORMALM/E NÃO ME INCOMODAM
	0.559	Q3 – SENTI NÃO CONSEGUIR MELHORAR ESTADO DE ÂNIMO, MESMO C/ AJUDA DE OUTROS
	0.557	Q5 – SENTI DIFICULDADE EM ME CONCENTRAR NO QUE ESTAVA FAZENDO
Fator 3	0.719	Q8 – SENTI-ME OTIMISTA SOBRE O FUTURO
	0.645	Q16 – APROVEITEI MINHA VIDA
	0.616	Q4 – SENTI-ME, COMPARANDO-ME AOS OUTROS, TENDO TANTO VALOR QTO MAIORIA DELES
	0.600	Q12 – ESTIVE FELIZ
Fator 4	0.761	Q15 – AS PESSOAS NÃO FORAM AMISTOSAS COMIGO
	0.507	Q11 – MEU SONO ERA INQUIETO E NÃO DESCANSEI

Observe-se que a solução fatorial obtida para a amostra de idosos brasileiros difere em parte daquela obtida para jovens brasileiros e estrangeiros (a esse respeito ver descrição do

instrumento às páginas 50 e 51). As variáveis latentes subjacentes aos fatores obtidos nesta amostra são:

Fator 1: Afetos negativos

Fator 2: Dificuldade para iniciar comportamentos

Fator 3. Afetos positivos

(Fator 4 : não interpretado)

Os fatores derivados do comportamento da escala na amostra brasileira são empiricamente interessantes na medida em que separam emoções comumente compreendidas como disfóricas (itens do Fator1) do seu oposto (as dos Fator 3), que são o traço de identidade da depressão considerada como transtorno do humor. Observa-se na tabela que os itens 13 e 20, embora mais semelhantes ao grupo de questões referentes a queixas somáticas, se agruparam no primeiro fator. Contudo, possuem pequeno peso fazendo com que o fator um continue sendo interpretado como “afetos negativos” enquanto variável latente, visto que os seis primeiros itens (os de maior carga no fator) dizem respeito a humor disfórico. Por sua vez, o Fator 2 separa outra característica importante da depressão, ou seja, a relativa a alterações em comportamentos que têm impacto sobre a vida prática e sobre as relações sociais. Por esta razão, o Fator 2 foi chamado de “dificuldades para iniciar comportamentos” em vez de sintomas somáticos, como nas análises originais. O Fator 4 contém dois itens apenas, responde por pequena variabilidade dos dados e contém um item que corresponde ao Fator 1 e outro ao Fator 2, razões pelas quais não foi interpretado, pois em conjunto não são coerentes com a análise precedente. Interessante notar que Radloff (1977) denominou o quarto fator de sua análise original de queixas interpessoais, contudo já se mostrava o fator de menor peso e também formado por apenas dois itens. Assim, os três fatores derivados da análise apresentada serão adotados no restante deste trabalho quando o objetivo for o de comparações entre fatores. Contudo, serão considerados os resultados provenientes da utilização dos 20 itens aplicados entre os idosos.

Os três fatores que resultaram da análise fatorial exploratória foram submetidos à análise consistência de interna. Os índices alpha de Cronbach resultantes aparecem na Tabela 3. Verificou-se alta consistência interna para o fator 1, e consistência intermediária para os fatores 2 e 3.

Tabela 3

Coefficientes de consistência interna para novos fatores da CES-D

Fatores da CES-D obtidos por análise fatorial exploratória para a amostra brasileira de idosos	Nº de Itens	$\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o Total*	$\alpha$ (após retirada dos itens)
Fator 1 (Itens 6,18,19,17,9,14,20,10,13)	9	0.802	---	---	---
Fator 2 (Itens 7,2,1,3,5)	5	0.687	---	---	---
Fator 3 (Itens 8,16,4,12)	4	0.638	DEP 4	0.235	0.691

\* correlação do último item retirado com o total do respectivo fator. Agrupamento dos itens resultante da Análise Fatorial dos 20 itens da CES-D.

Para saber em que grau a CES-D discrimina entre indivíduos potencialmente portadores de depressão, a partir da contagem da intensidade e número de sintomas depressivos que relataram, foi necessário ancorar os dados da amostra numa escala de referência. No caso da presente pesquisa essa escala foi a GDS, porque validada para o Brasil, e que, no contexto do PENSA, havia sido aplicada a 446 dos sujeitos da amostra. Assim, esta amostra teve seu desempenho na CES-D e na GDS comparado para efeito de obtenção de uma nota de corte para a CES-D que fosse válida para a amostra brasileira. Além disso, foram calculados parâmetros de sensibilidade e de especificidade para a CES-D, ou seja, mais um critério de validade, já que seus dados serão objeto de comparação com as variáveis de interesse deste estudo.

Para obter um ponto de corte para a CES-D que fosse preditor de estado depressivo na amostra brasileira foi utilizada a Análise da Curva ROC (*Receiving Operator Characteristic*

*Curve*), que maximizou os valores de sensibilidade e especificidade da CES-D, comparando-o com os valores obtidos por indivíduos classificados como deprimidos ou não deprimidos na GDS, considerada como escala de referência.

Na Figura 9 são apresentados os resultados da análise da Curva ROC para o escore total da CES-D, quando comparada com os valores da GDS. Foram considerados deprimidos os indivíduos com  $GDS > 5$ . A análise apresenta a relação entre os valores de sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte. A regra é que quanto melhor for a medida em estudo para diferenciar os grupos (possivelmente afetados e possivelmente resguardados), mais a curva se aproximará do canto superior esquerdo (como um “L” invertido) e mais a área sob a curva se aproximará de 1.0 (Fletcher, Fletcher & Wagner, 1991).

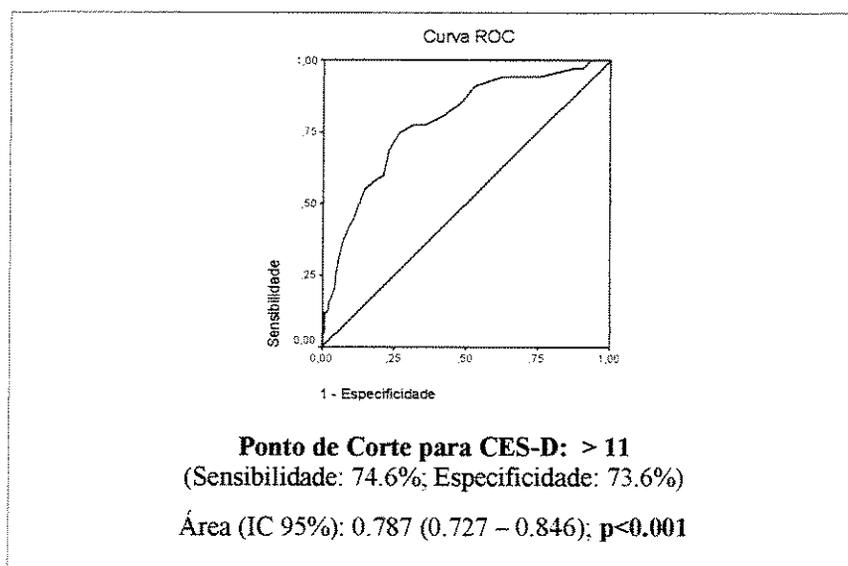


Figura 9. Análise da Curva ROC para a CES-D em função do escore da GDS

A Figura 9 mostra que o escore 11 é o que maximiza a condição de discriminar entre casos e não casos, pois demonstrou maior capacidade de balancear os resultados da sensibilidade e especificidade simultaneamente. Como se vê na Figura acima, a sensibilidade da CES-D, ou seja, a habilidade da escala para fornecer um resultado positivo quanto a pessoa testada tem ou

provavelmente irá desenvolver o transtorno em questão, quando avaliada em relação à GDS foi de 74,6%. Idealmente a sensibilidade precisa ser maior que a especificidade que é a habilidade de um teste de fornecer um resultado negativo quando a pessoa testada está livre ou provavelmente não irá desenvolver o transtorno. Na presente análise a especificidade foi de 73,6%. A porcentagem de participantes corretamente classificados (precisão) foi de 73,8%. No Anexo 12 encontra-se a tabela de contingência relativa às comparações entre o comportamento do grupo na CES-D e na GDS. No Anexo 12 podem ser observados os valores de sensibilidade e especificidade para os demais possíveis pontos de corte da CES-D, obtidos mediante resultados da amostra.

Os dados constantes da Figura 10 ajudam a esclarecer a natureza da relação entre os desempenhos nas duas escalas. É indicativa de que o escore 11 para a CES-D é o que melhor separa os itens da escala conforme o critério de co-variação com os da GDS, cujo escore de corte previamente estabelecido como referência é 5.

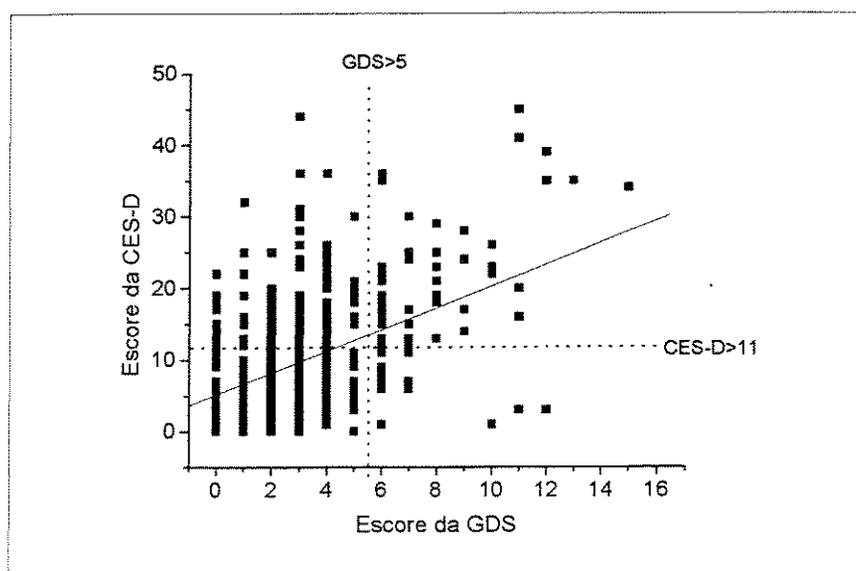


Figura 10. Correlação entre escore da GDS e da CES-D (n=446; r=0.45; p<0.001).

Observa-se no primeiro quadrante superior da figura 10 que altos escores na escala CES-D corresponderam a baixos escores na escala GDS. Ou seja, tais escores respondem pela superestimação da depressão gerado pela CES-D quando comparada aos parâmetros da GDS. Dentre os 446 sujeitos da amostra que responderam as duas escalas, 50 (11,22 %) pontuaram acima das notas de corte das duas escalas; 100 pontuaram acima da nota de corte na CES-D e abaixo da nota de corte da GDS (22,42%). Assim, verificou-se que a prevalência dos sintomas depressivos pela CES-D foi mais alta (33,6%) do que pela GDS (15%) entre a subamostra de 446 idosos. Portanto, devido a tal discrepância, o valor preditivo positivo (verdadeiros positivos entre os rastreados como positivos) foi de 33,3% ao passo que o valor preditivo negativo (verdadeiros negativos entre os rastreados como negativos) foi de 94,3%. Ao utilizarmos o ponto de corte >11 para a amostra total (903) a prevalência foi de 33,8%.

## **2. RELAÇÕES ENTRE ESCOLARIDADE, RENDA E CLASSE SOCIAL PERCEBIDA**

Uma vez que classe social percebida foi selecionada como uma das variáveis de interesse, julgou-se relevante confrontar os dados decorrentes de sua avaliação com os de classe social objetiva, esta indicada por renda familiar e por nível de escolaridade. Para tanto foram usados os testes Qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste de correlação de postos de Spearman para as variáveis contínuas. Resultaram relações estatisticamente significantes entre escolaridade e renda, no sentido em que quanto mais alto o grau de escolaridade dos sujeitos, maior a sua renda. Também foi observada associação significativa entre nível de escolaridade e classe social percebida e entre nível de renda e classe social percebida, ou seja, os de maior renda e de escolaridade mais alta percebem-se como pertencentes a um estrato social mais alto. Os que nunca foram à escola tendem a ver-se mais como miseráveis ou de classe baixa. Os que completaram o primário tanto podem se ver como pessoas de classe baixa, como de classe média ou alta. Os que recebem de 1 a 2 salários mínimos tendem a ver-se como miseráveis ou de classe baixa, os que ganham entre 3 e 4 salários tendem a ver-se como pertencentes à classe baixa, os que ganham entre 5 e 8 vêem-se como de classe média e os que

ganham mais que 8 salários mínimos tendem a ver-se como pertencentes às classe alta e média-alta. Estes resultados permitem que nos atenhamos ao comportamento da variável classe social percebida, como ponto de partida para a compreensão da variável mobilidade social percebida. No Anexo 13 e 14 aparecem os resultados dos testes e as tabelas de contingência que detalham os resultados desse tratamento.

### **3. ANÁLISE DESCRITIVA UNIVARIADA E BIVARIADA PARA TODAS AS VARIÁVEIS, CONSIDERADAS AS CONDIÇÕES GÊNERO E IDADE**

Os dados relativos às avaliações que os idosos fizeram das variáveis de interesse, uma a uma e em relação à depressão, mereceram tratamento descritivo de natureza univariada e bivariada e são apresentadas a seguir.

#### **Classe social percebida**

Quase 60% dos idosos (59,4%) afirmaram acreditar que pertencem à classe média, 22,5% relataram pertencer à classe média-baixa, 9,9 % à média-alta, 7,1% à classe baixa, 0,9% à classe alta e apenas 0,1 classificou-se como miserável.

#### **Mobilidade social percebida**

A grande maioria dos idosos avaliou que, na velhice, não sofreram nenhuma mudança em sua posição social atual quando comparada à posição que julgavam ocupar na vida adulta. Somente 10,5% avaliaram que melhoraram quanto a esse quesito de sua qualidade de vida e somente 11,4% declararam terem piorado.

#### **Suporte social percebido**

O escore médio da amostra em relação a suporte social percebido foi alto (17,65), mas a divisão do grupo em tercís revelou que cerca de 32% dos sujeitos classificaram essa condição como pobre em comparação às suas expectativas. Um número comparável classificou-o como

moderadamente satisfatório e 44,5% o viram como altamente satisfatório.

### **Número de eventos de vida estressantes no último ano**

Interessou saber o número de eventos considerados como “muito” ou “extremamente estressante” pelos idosos no último ano. Dos resultados dessa análise tem-se que 35% dos idosos declararam não terem experimentado nenhum evento de vida que considerassem “muito estressante” ou extremamente estressante” no último ano. Esse grupo foi caracterizado de frequência nula de eventos estressantes. Outros dois grupos puderam ser distinguidos tomando como base a distribuição percentual na frequência do número de eventos estressantes identificados pelos idosos. Assim, 44,6% identificaram de 1 a 3 eventos sendo então caracterizados como possuindo média frequência de eventos estressantes. Os 20,4% de idosos que identificaram entre 4 e 16 eventos estressantes formam caracterizados como possuindo uma alta frequência de eventos estressantes. O número médio de eventos entre essa amostra foi de dois eventos de vida estressantes no último ano ( $DP=2,50$ ).

Foi relevante também investigar a natureza dos eventos que significaram ônus para os idosos. Portanto, realizou-se uma análise da natureza dos itens aos quais os sujeitos atribuíram maior peso (“muito estressante ou “extremamente estressante”). Conforme a Tabela 4, um número comparável de sujeitos assinalou morte de parentes, piora da saúde de membro da família, doença pessoal e morte de pais como os eventos mais estressantes que haviam vivido no último ano. Morte de amigo, perda de poder aquisitivo, morte de cônjuge viver uma situação constrangedora e sofrer diminuição em atividades que aprecia 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. Os demais itens apresentam baixa frequência. No Anexo 15 encontram-se outros dados pertinentes a esta análise.

TABELA 4

Frequência dos eventos considerados como “muito” ou “extremamente estressantes” no último ano.

EVENTO	Frequência	Percentual
6-MORTE PARENTES	188	21,1
14-PIORA SAÚDE MEMBRO FAMÍLIA	173	19,4
7-DOENÇA PESSOAL	163	18,3
5-MORTE PAIS	152	17,1
13-MORTE DE AMIGOS	90	10,1
10-PERDA PODER AQUISITIVO	88	9,9
2-MORTE CÔNJUGE	80	9,0
30-SITUAÇÃO EM QUE FOI ENGANADO/RIDICULARIZADO	76	8,5
15-DIMINUIÇÃO EM ATIVIDADES QUE GOSTA	73	8,2
1-PERDA MEMÓRIA	70	7,9
16-DIVÓRCIO FILHOS	67	7,5
29-PERDA AMIGO	66	7,4
4-MORTE FILHO	61	6,8
26-MAIOR RESPONSABILIDADE COM FILHOS	51	5,7
3-INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CÔNJUGE	45	5,1
22-PIORA NA QUALIDADE VIDA	45	5,1
28-INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PAIS	38	4,3
31-PERDA DE COISAS DE POSSE	37	4,2
25-PIORA RELAÇÃO COM CÔNJUGE	34	3,8
24-PIORA RELAÇÃO COM FILHOS	31	3,5
17-DIMINUIÇÃO NAS RESPONSABILIDADES DE TRABALHO	29	3,3
12-CASAMENTO	26	2,9
9-DIVÓRCIO	19	2,1
11-SEPARAÇÃO CÔNJUGE	19	2,1
27-MAIOR RESPONSABILIDADE COM PAIS	19	2,1
8-APOSENTADORIA	15	1,7
23-PROBLEMAS COM CHEFE	12	1,3
18-AUMENTO NAS RESPONSABILIDADES DE TRABALHO	11	1,2
21-APOSENTADORIA DO CÔNJUGE	9	1,0
19-MUDANÇA DE RESIDÊNCIA	9	1,0
20-MUDANÇA PARA UM TRABALHO MENOS INTERESSANTE	3	0,3
32-ROUBO	3	0,3

### Depressão

A prevalência de depressão na amostra (N = 903), indicada pelo número de sujeitos que pontuaram acima do escore 11, anteriormente estabelecido como o ponto de corte para a CES-D nessa amostra foi de 33,8%. O escore médio alcançado pelas mulheres da amostra foi de 10,97 (DP=9,19) e para os homens, média de 8,31 (DP=7,30). Fazendo o teste de Mann-Whitney para comparar os escores entre os gêneros, obteve-se diferença significativa

( $p < 0.001$ ). Ainda pela CES-D, o número médio de sintomas depressivos por sujeito foi 5, com um desvio padrão de 3,91 e mediana de 4. Sessenta e cinco por cento dos sujeitos assinalaram de zero a cinco itens, 25% assinalaram entre 6 e 10 e o restante, ou 10%, assinalaram de 11 a 20 itens.

Dado que a CES-D não se limita à presença ou ausência de sintomas, foi calculado o número de sujeitos que assinalou cada item da CES-D com as intensidades 1(raramente), 2 (maioria das vezes) e 3(sempre), (ver Figura 11), assim como foi verificado número de vezes em que cada um dos itens foi assinalado com a intensidade zero (ver Figura 12). Assim, pela combinação do número de sintomas e da intensidade (ou frequência dos mesmos na última semana), a média do escore total da amostra foi de 10.23 ( $DP = 8.78$ ).

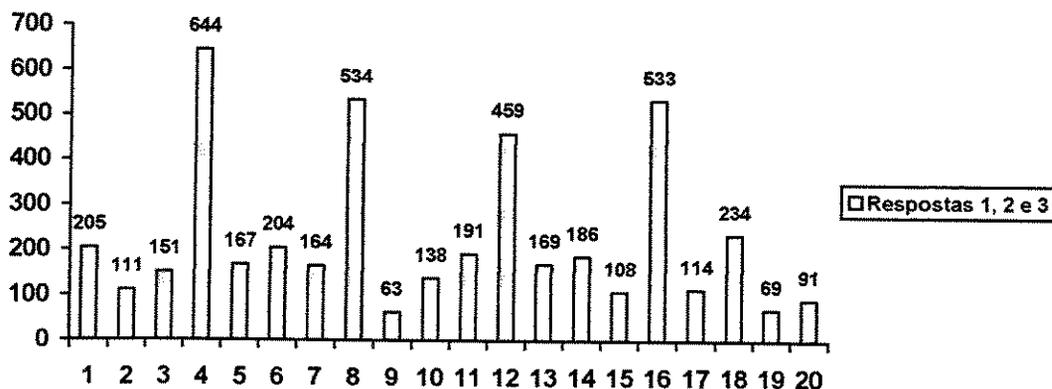


Figura 11. Frequência de ocorrência das intensidades de resposta 1,2 e 3 para cada item da CES-D (N=903).

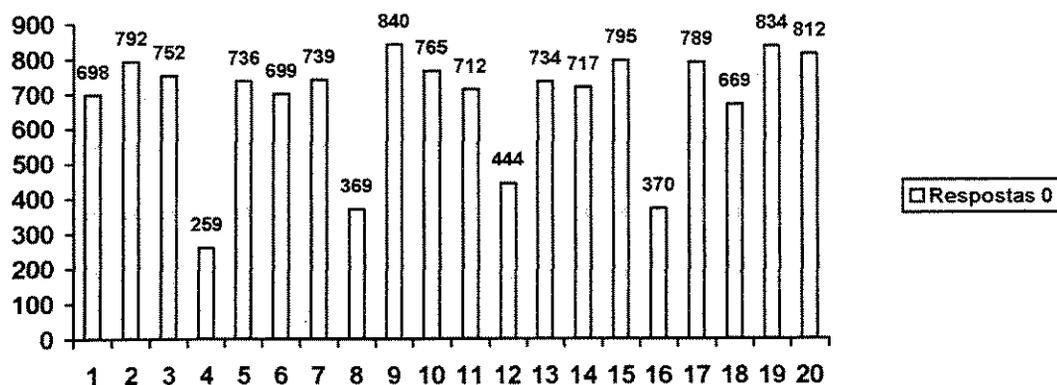
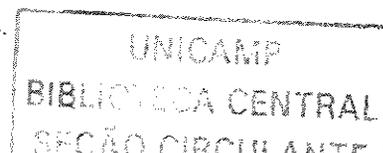


Figura 12. Frequência de ocorrências de intensidade de resposta zero para cada item da CES-D (N=903)

Observe-se que os itens da CES-D em que maior número de idosos responderam com as intensidades 1, 2 e 3, indicativas de presença de sintomas, foram os de número 4, 8, 16 e 12, que pertenciam ao fator afeto positivo, itens estes que também foram os menos respondidos com intensidade 0 (nunca). Cabe indicar que nas figuras 11 e 12 relativas às frequências os itens positivos da escala (4,8,12 e 16) não foram invertidos (exigência para contagem do escore total). Assim, a alta frequência desses itens positivos é indicativa de bem-estar apontado por grande parte da amostra. Os de frequência mais baixa foram os itens 9, 19, 20 e 2, pertencentes aos fatores afeto negativo e dificuldades de iniciar comportamentos, os quais também foram os de mais alta frequência de respostas 1, 2 ou 3.

Procedeu-se à análise bivariada para aferir a relação entre as variáveis classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido, experiência de eventos estressantes e escore total de depressão, e entre estas e gênero e idade. O Anexo 16 reúne as informações relativas a esses tratamentos que, em resumo, mostrou o seguinte:

- 1) As mulheres relataram ter vivido mais eventos estressantes do que os homens.
- 2) Quanto melhor a qualidade do suporte social percebido menor o número de eventos estressantes relatados (e vice-versa).
- 3) Quanto maior o número de sintomas depressivos pior o suporte social percebido e maior o número de eventos estressantes experimentados.



- 4) O número de sintomas depressivos foi significativamente maior entre os idosos de menos de 70 anos e de mais de 80 anos.

Uma análise de regressão logística univariada, modelo logito, permitiu conhecer as razões de risco entre as variáveis de interesse. A Tabela 5 permite saber que, para a amostra como um todo, a experiência de maior número de eventos estressantes representa o maior risco para depressão, vindo a seguir baixa qualidade de suporte social percebido, experiência de um número médio de eventos estressantes, depois ser mulher e, por último, ter entre 60 e 69 anos de idade.

Tabela 5

Razões de risco para depressão relativos às variáveis gênero, idade, classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido e número de eventos estressantes.

<i>Variável</i>	<i>Níveis de Comparação</i>	<i>p-valor</i>	<i>Odds ratio</i>	<i>Intervalo de confiança 95% O.R.</i>
Sexo	Feminino / Masculino	<b>0.0047*</b>	<b>1.59</b>	1.15 – 2.20
Idade	<70 anos / 70-79 anos	<b>0.0052*</b>	<b>1.56</b>	1.14 – 2.13
	>80 anos / 70-79 anos	0.1012	1.38	0.94 – 2.03
Classe Social Percebida	Miserável+Baixa/Média-Alta+Alta	0.2032	1.54	0.79 – 3.00
	Média-Baixa/ Média-Alta+Alta	0.2141	1.40	0.83 – 2.36
Mobilidade Social Percebida	Média/ Média-Alta+Alta	0.3952	1.23	0.76 – 1.98
	Piora/ Estabilidade	0.1690	1.35	0.88- 2.07
Suporte Social	Melhora/Estabilidade	0.1753	1.36	0.87 – 2.12
	Médio / Alto	0.0939	1.35	0.95 – 1.92
Eventos Estressantes	Baixo / Alto	<b>0.0001*</b>	<b>2.59</b>	1.85 – 3.62
	Médio / Nulo	<b>0.0001*</b>	<b>2.01</b>	1.44 – 2.81
	Alto / Nulo	<b>0.0001*</b>	<b>2.90</b>	1.95 – 4.30

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Estado Depressivo; (n=305 Sim e n=598 Não).

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

\* Significante

Para este estudo, é interessante, mas não suficiente, conhecer a distribuição de frequência dos sintomas depressivos e de quantos sujeitos pontuaram acima da nota de corte. É preciso analisar qualitativamente as respostas dadas pela amostra à CES-D. Para tanto, foram tomados

como base de análise os escores médios dos idosos em cada um dos fatores gerados pela análise fatorial exploratória (afetos negativos; dificuldades de iniciar comportamentos; afetos positivos). Para as variáveis categóricas, os escores médios nos fatores foram comparados por meio dos testes U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Para as variáveis contínuas foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman (ver Anexo 18).

As análises permitiram concluir que:

- 1) Homens e mulheres se diferenciaram estatisticamente quanto aos escores médios em todos os fatores, sendo mais elevados os escores das mulheres;
- 2) Os idosos de menos de 70 anos e acima de 80 anos pontuaram significativamente mais alto no fator 1 (afetos negativos) e 2 (dificuldade de iniciar comportamentos) do que os de 70 a 79 anos;
- 3) Não houve diferenças estatisticamente significativas quanto aos escores médios nos fatores entre as diferentes condições de mobilidade social (ascendente, estável, descendente);
- 4) Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios dos fatores entre as diferentes classes sociais percebidas;
- 5) Houve fracas correlações entre os escores nos fatores 1, 2 e 3 ( $r < 0.40$ ), porém foram estatisticamente significativas;
- 6) Houve fracas correlações ( $r < 0.40$ ) porém significativas entre os escores dos sujeitos na escala de suporte social e seus escores nos fatores 1, 2 e 3 da CES-D. O mesmo foi observado entre o número de eventos estressantes e os escores no fator 3.

#### **4. ANÁLISE MULTIVARIADA CONSIDERANDO A VARIAÇÃO CONJUNTA DAS VARIÁVEIS CLASSE SOCIAL PERCEBIDA, MOBILIDADE SOCIAL PERCEBIDA, SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO, NÚMERO DE EVENTOS ESTRESSANTES, DEPRESSÃO, GÊNERO E IDADE**

Para analisar de modo mais econômico e elegante a relação conjunta entre todas as variáveis foi utilizada a análise de correspondência múltipla. Ela agrupa geometricamente os casos que

apresentam e que não apresentam depressão (critério CES-D >11). No gráfico resultante, quanto mais associadas estiverem as categorias de uma variável com as categorias da outra variável, mais próximos estarão os pontos a elas referentes. Quanto maior for a inércia, maior será a distribuição das categorias das variáveis em grupos distintos, que formando conglomerados semelhantes a “constelações” em um mapa astronômico. A análise de correspondência múltipla é uma análise exploratória e, como tal, é apenas descritiva e não comparativa (Greenacre, 1993; Pamplona, 1998 e Pereira, 1999).

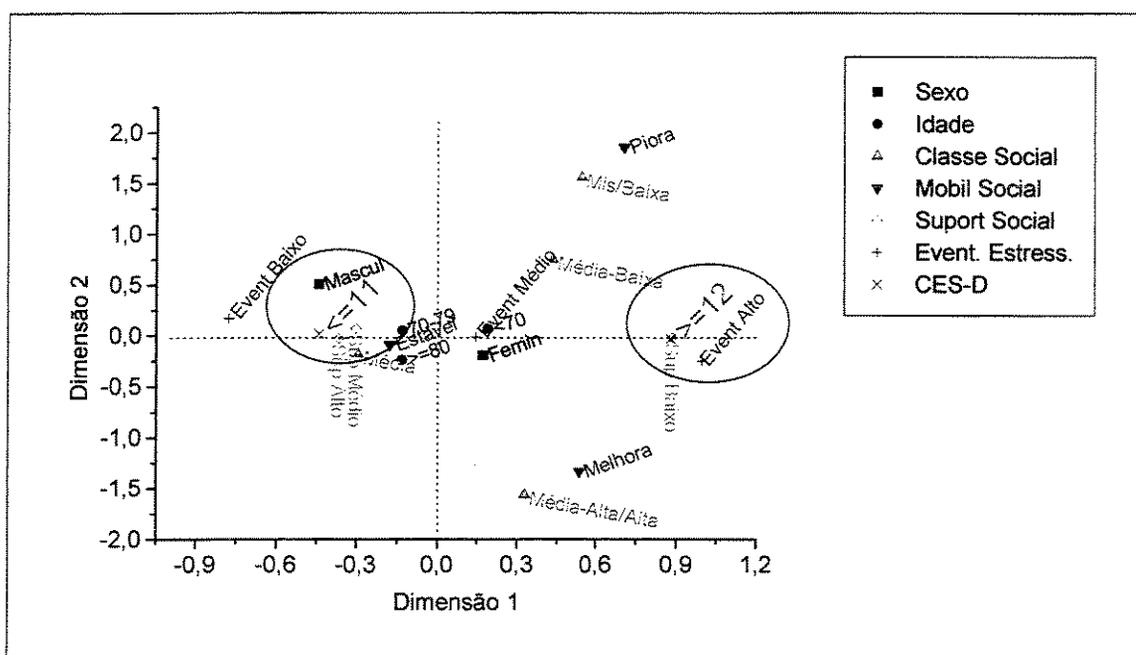


Figura 13. Agrupamentos gerados pela análise de correspondência múltipla aplicada às variáveis classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido, número de eventos estressantes, gênero e idade.

A Dimensão 1 da figura representa a distribuição (horizontal) dos sujeitos a partir do corte >11 (“Sem Estado Depressivo” à esquerda e “Com Estado Depressivo” à direita), juntamente com eventos estressantes (aumento do número de eventos estressantes da esquerda para a direita) e suporte social (baixo Suporte à direita e médio e alto suporte à esquerda). A Dimensão 2 representa a distribuição da classe social percebida (classes mais altas na parte

inferior e mais baixas na parte superior) e mobilidade social (piora na parte superior e melhora na parte inferior).

Assim, as descrições exploratórias principais identificaram que a pontuação >11 pontos associou-se com baixo suporte social, alto número de eventos estressantes, idoso jovem (<70 anos) e sexo feminino (parte direita do gráfico) e certa proximidade com classe social média-baixa. Por sua vez, a pontuação abaixo de 12 pontos na CES-D associou-se com alto ou médio suporte social, baixo número de eventos estressantes, sexo masculino, idade maior (70-79 e >80 anos), classe social percebida média e mobilidade social estável (parte esquerda do gráfico).

Como a análise de correspondência múltipla é apenas uma técnica exploratório-descritiva e não oferece informação sobre razão de risco, julgou-se interessante submeter os dados à análises de regressão multivariada, segundo o modelo *stepwise* (Hosmer & Lemeshow, 1989). A Tabela 6 apresenta o último passo da análise de regressão logística multivariada para depressão, ajustada para mobilidade social e classe social percebida.

Tabela 6

Resultados da análise de regressão logística multivariada para depressão, ajustada para mobilidade social e classe social percebida (n=885).

Passo / Variável	Níveis de Comparação*	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
1. Suporte Social Percebido	Médio / Alto	0.0558	1.42	0.99 – 2.05
	Baixo / Alto	<b>0.0001</b>	<b>2.31</b>	1.63 – 3.27
2. Eventos Estressantes	Médio / Nenhum	<b>0.0009</b>	<b>1.80</b>	1.27 – 2.55
	Alto / Nenhum	<b>0.0001</b>	<b>2.55</b>	1.68 – 3.87
3. Idade	<70 anos / 70-79 anos	<b>0.0034</b>	<b>1.64</b>	1.18 – 2.27
	≥80 anos / 70-79 anos	0.0624	1.47	0.98 – 2.21
4. Sexo	Feminino / Masculino	<b>0.0282</b>	<b>1.46</b>	1.04 – 2.05

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para depressão, ajustada para mobilidade social e classe social percebidas; (n=296 Sim e n=589 Não). IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco. Critério de Seleção: *Stepwise*. \* nível de comparação / nível de referência.

Tais resultados foram usados para o cálculo dos perfis de risco para a amostra. Tal procedimento resultou num grande número de combinações possíveis de perfis, ao se considerar conjuntamente as seis variáveis independentes (sexo =2 níveis, idade =3 níveis, classe social percebida =4 níveis, mobilidade social percebida =3 níveis, suporte social percebido =3 níveis, e eventos estressantes =3 níveis, resultando em 648 combinações possíveis). Assim, optou-se por apresentar os 10 perfis de menor risco e os 10 perfis de maior risco, que aparecem interpretados no Quadro 2 (ver valores numéricos no Anexo 19).

## Quadro 2

### Perfis de maior e menor risco para depressão segundo o cálculo de probabilidade.

<i>Os dez perfis da maior risco</i>
1º Mulher de menos de 70 anos, que percebe pertencente à classe média-baixa, que percebeu piora na escala social, que avalia o suporte social de que dispõe como pouco satisfatório e que identificou alto número de eventos estressantes no último ano.
2º Mulher de 80 anos ou mais, que se percebe pertencente à classe média, que acha que melhorou na escala social, que avalia o suporte social de que dispõe como pouco satisfatório, e que identificou alto número de eventos estressantes no último ano.
3º Mulher de 80 anos ou mais, que se percebe pertencente à classe média-baixa, que acha que piorou na escala social, que avalia o suporte social de que dispõe como pouco satisfatório, e que identificou alto número de eventos estressantes no último ano.
4º Mulher de menos de 70 anos, que se percebe como pertencente à classe miserável ou baixa, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como pouco satisfatório e identificou um alto número de eventos estressantes no último ano.
5º Mulher de menos de 70 anos, que se percebe pertencente à classe miserável ou baixa, que acha que piorou na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como pouco satisfatório e identificou um número médio de eventos estressantes no último ano.
6º Mulher de 80 anos ou mais, que se percebe pertencente à classe miserável ou baixa, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como pouco satisfatório e identificou alto número de eventos estressantes no último ano.
7º Mulher de menos de 70 anos, que se percebe pertencente à classe média, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como pouco satisfatório e identifica alto número de eventos estressantes no último ano.

8º Mulher de menos de 70 anos, que se percebe pertencente à classe média, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como pouco satisfatório e identifica alto número de eventos estressantes no último ano.

9º Mulher de menos de 70 anos, que se percebe pertencente à classe média-baixa, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte que dispõe como pouco satisfatório e identifica alto número de eventos estressantes no último ano.

10º Mulher de menos de 70 anos, que se percebe pertencente à classe média, que acha que melhorou na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como pouco satisfatório e identificou um número médio de eventos estressantes no último ano.

### *Os dez perfis de menor risco*

1º Homem de 70 a 79 anos, que se percebe pertencente à classe média-alta ou alta, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como de alta qualidade e que não identificou nenhum evento estressante no último ano.

2º Homem de 70 a 79 anos, que se percebe pertencente à classe média-alta ou alta, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como de média qualidade e que não identificou nenhum evento estressante no último ano.

3º Mulher de 70 a 79 anos, que se percebe pertencente a classe média alta ou alta, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como de alta qualidade e não identificou nenhum evento estressante no último ano.

4º Homem de 70 a 79 anos, que se percebe pertencente à classe média-baixa, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como de alta qualidade e que não identificou nenhum evento estressante no último ano.

5º Homem de 70 a 79 anos, que se percebe pertencente à classe média, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como de alta qualidade e que não identificou nenhum evento estressante no último ano.

6º Homem, maior de 80 anos, que se percebe pertencente à classe média-alta ou alta, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como de alta qualidade e que não identificou nenhum evento estressante no último ano.

7º Homem de 70 a 79 anos, que se percebe pertencente à classe média-alta ou alta, que acha que permaneceu estável na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como de alta qualidade e que identificou um número médio de eventos estressantes no último ano.

8º Homem de 70 a 79 anos, que se percebe pertencente à classe média-baixa, que acha que piorou na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como de alta qualidade e que não identificou nenhum evento estressante no último ano.

9º Homem de 70 a 79 anos, que se percebe pertencente à classe média, que acha que piorou na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como de alta qualidade e que não identificou nenhum evento estressante no último ano.

10º Homem de 70 a 79 anos, que se percebe pertencente à classe média-baixa, que acha que melhorou na escala social, que avalia o suporte social que dispõe como de alta qualidade e que não identificou nenhum evento estressante no último ano.

## DISCUSSÃO

Indicativos de distúrbio da área afetiva ou do humor, os sintomas depressivos são reconhecidos pela literatura como de natureza multifatorial porque envolvem aspectos de ordem biológica, psicológica e social, geram forte impacto funcional e constituem-se em risco para alterações patológicas no curso do desenvolvimento e do envelhecimento. No Brasil, o estudo da depressão e suas implicações entre os idosos tem sido realizado, em sua maioria, por profissionais da área médica e sub-especialidades, entre elas a psiquiatria geriátrica. Em número bem limitado encontram-se estudos psicológicos de levantamento, psicométricos ou de natureza clínica, os quais, em conjunto, poderiam contribuir não somente para o planejamento de estratégias de intervenção que beneficiariam a população, como também poderiam contribuir para o desenvolvimento da psicologia como ciência.

No âmbito mundial, por volta dos anos 1950 começaram a surgir estudos pioneiros sobre velhice conduzidos a partir de um ponto de vista evolutivo. Desde então, a psicologia tem contribuído de forma importante para o desenvolvimento do conhecimento sobre os idosos, a velhice e o envelhecimento. Nesse contexto, idosos são indivíduos que estão vivendo a última fase de seu ciclo vital e que são assim reconhecidos pela sociedade. A velhice é vista como fase caracterizada por mais perdas do que ganhos evolutivos e por um conjunto típico de mudanças orgânicas, sociais, psicológicas e comportamentais. O envelhecimento é considerado como processo de mudanças estruturais e comportamentais determinadas pela interação entre variáveis genético-biológicas, psicológicas e sócio-culturais, processo esse que se inicia logo depois da maturidade sexual e que acelera com a cessação ou a diminuição da possibilidade de reprodução da espécie. O refinamento de suas teorias e o diálogo interdisciplinar que vem mantendo com outras disciplinas, notadamente a Biologia e as Ciências Sociais, tem favorecido o seu progresso e aperfeiçoamento de seus conhecimentos nos domínios de conhecimento e de aplicação no campo gerontológico. Entre as contribuições que a psicologia do envelhecimento tem oferecido estão os parâmetros psicológicos sobre o que é e o que determina ou facilita um envelhecimento bem-sucedido e sobre quais são as

características dos diferentes padrões de envelhecimento, comumente reconhecidos como normal, ótimo e patológico. A caracterização dessas categorias vale-se amplamente das autodescrições e avaliações que os idosos fazem de suas condições de saúde e funcionalidade física e mental, afetividade, motivação, independência financeira e autonomia. Essas autodescrições são mediadas por mecanismos de comparação entre as suas condições e as apresentadas por pessoas da sua idade, entre as condições de que desfrutam na atualidade e as que dispunham no passado e entre as suas condições e as suas expectativas atuais e passadas.

As autodescrições e as avaliações da própria satisfação e do próprio ajustamento às condições da velhice muitas vezes envolvem conteúdos de afastamento social, distanciamento afetivo, insatisfação generalizada, desinteresse pela vida, escassez de metas e de envolvimento com atividades, dores, cansaço e mal-estar generalizado, que, aos olhos do especialista, refletem depressão. Se bem que esses estados depressivos não sejam uma ocorrência universal entre os idosos, existe um consenso de que a sua probabilidade de ocorrência aumenta na presença de condições que limitam o acesso de pessoas de quaisquer idades a experiências que as fazem sentir-se bem e descrever-se como altamente satisfeitas e envolvidas com a vida. Tipicamente, a velhice potencializa as limitações em matéria de saúde, de relações sociais, de manejo da vida diária e de status social, entre outras condições e, por isso, os idosos estão mais sujeitos do que os mais jovens a um desequilíbrio entre emoções, interesses, bem-estar, imagem social e envolvimento global com a vida.

Este trabalho pretendeu cobrir duas lacunas da pesquisa brasileira sobre envelhecimento e sintomas depressivos. A primeira diz respeito à análise de auto-relatos de sintomas depressivos experimentados por uma amostra de idosos residentes na comunidade em relação com outras variáveis subjetivas que são significativas na velhice, tais como a experiência de eventos estressantes, a avaliação da suficiência do suporte social disponível e a posição social desfrutada pelo idoso atualmente e em comparação com a posição de que desfrutava anteriormente. Como se sabe, a probabilidade de convivência com eventos estressantes do curso de vida e com eventos estressantes típicos da velhice aumenta com a idade. A condição de maior fragilidade dos idosos e as perdas econômicas e sociais acarretadas pela

aposentadoria e pelo afastamento dos papéis adultos fazem com que os idosos necessitem de mais apoio dos semelhantes. A segunda lacuna que se pretendeu preencher foi a análise psicométrica de um instrumento ainda não validado no Brasil para aferir depressão entre idosos. Procurou-se avaliar a consistência interna, a validade de construto e a validade de critério de uma escala (a CES-D) que, diversamente de outra comumente usada em pesquisas brasileiras com idosos (a GDS), abre oportunidades para a avaliação de estados depressivos associados a sintomas somáticos, que são ocorrências comuns entre idosos. Muito embora se saiba que a presença desse tipo de item pode contribuir para a super-estimativa da depressão nessa população, acredita-se que, por outro, a validação da CES-D pode permitir comparar a depressão dos idosos com a dos não idosos, bem como estudar a influência de doenças somáticas sobre os sintomas somáticos de depressão. Embora a CES-D, enquanto escala de sintomas, não possa diferenciar grupos com diferentes diagnósticos, conforme preconizado pelo *DSM-IV*, sua utilização nesse estudo demonstrou índices de confiabilidade e validade satisfatórios. A CES-D não se constitui num instrumento diagnóstico no sentido estrito, mas funciona como um indicador da possível presença de depressão, que deve ser avaliada por critérios clínicos, bioquímicos e psicossociais, para que se possa fazer uma afirmação mais segura sobre sua existência ou não-existência. Sua utilização pareceu válida nesta pesquisa, dado o seu caráter de levantamento.

O estudo considerou sintomas depressivos auto-relatados como correlatos de bem-estar subjetivo, na medida em que existe uma relação inversa entre estados depressivos e bem-estar subjetivo, já que o que caracteriza esses estados é um aumento nos afetos negativos e um conseqüente desequilíbrio entre afetos positivos e negativos. Julgou-se que seria relevante buscar relações entre estados depressivos e eventos de alta probabilidade de ocorrência na velhice, como já dito acima. Pareceu interessante examinar e buscar relações entre tais variáveis e a avaliação que os idosos fazem da sua posição na escala social, em comparação com a posição desfrutada na vida adulta. Foi investigada também a satisfação com o suporte social que os idosos avaliam dispor e o número de eventos estressantes vivenciados no último ano que desafiaram sua capacidade de enfrentamento. Conforme a revisão da literatura, o que justifica a utilização dessas variáveis subjetivas - correlatas de bem-estar subjetivo - é o fato

de que, entre idosos, tais variáveis são melhor preditoras de “envelhecimento bem-sucedido” do que as variáveis objetivas (Seligman, 1991; Diener & Suh, 1998; Freire, 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.

Pode-se dizer que os dados analisados neste estudo são genuinamente de natureza psicológica na medida em que são mediados pela subjetividade dos entrevistados. No entanto, não se pode negar que alguns se associam mais do que outros a variáveis objetivas. Outros ainda, dependem inteiramente de controles intraverbais. No primeiro caso, por exemplo, os idosos podem referir-se a sintomas somáticos baseados em referentes físicos. Podem avaliar sua classe social ou sua mobilidade social com base nos bens que possuem ou que possuíam no passado e não possuem mais. Podem relatar sentimentos tais como ansiedade ou tristeza, que têm referentes físicos mais claros do que outros estados subjetivos, cuja nomeação depende de refinadas aprendizagens, tais como saudade ou admiração. Além disso, as pessoas podem falar sobre questões existenciais, tais como preocupação com a felicidade das próximas gerações, cujos referentes fisiológicos ou sociais são muito mais tênues (para uma discussão mais detalhada deste assunto, ver Skinner, 1957 e 1989.)

Reconhecendo que a depressão não é fenômeno unitário, mas transtorno com diferentes apresentações e persistência no tempo, este trabalho optou por abordá-la em termos de um conjunto de manifestações, mais ou menos duradouras, mais ou menos recorrentes, mas que percorrem um *continuum* de intensidade ao longo de uma escala de sintomas característicos do transtorno. Essa opção conceitual reflete a principal tendência corrente entre os atuais estudos populacionais que se desenvolvem em vários países (Hybels, Blazer & Pieper, 2001).

Assim, inicialmente e consoante com o objetivo de aferir a validade da CES-D, observou-se que os itens da CES-D demonstraram alta consistência interna ( $\alpha = 0,860$ ), o que é

indicativo de que se trata de uma escala com comportamento unidimensional na amostra de idosos, da mesma forma como ocorre com amostras de jovens (por exemplo, Silveira & Jorge (2000), obtiveram um índice  $\alpha = 0,848$  com jovens). Isso significa que os itens da escala referem-se ao mesmo transtorno, tanto ocorrendo em jovens quanto em idosos, e, paralelamente, confirma a adequação da adaptação semântica da CES-D para a língua portuguesa falada no Brasil. O resultado que indica unidimensionalidade da CES-D nessa amostra foi também encontrado por Grayson et al. (2000).

O exame da validade de construto da CES-D, por meio da análise fatorial, resultou numa estrutura de três fatores que explicaram 47% da variância. No estudo de Silveira & Jorge (2000) a estrutura fatorial relativa aos resultados de uma amostra de jovens continha quatro fatores explicativos de 53,8% da variância. Há diferenças adicionais entre os dois grupos, dentre elas a composição dos fatores e o seu peso relativo na solução fatorial. Entre os jovens, a maioria dos itens correspondentes aos aspectos somáticos e aos aspectos comportamentais e motivacionais agruparam-se no terceiro fator e alguns nos demais fatores. Entre os idosos, tais itens agruparam-se no segundo fator, denominado “dificuldades de iniciar comportamentos”. Ou seja, houve uma concentração dos itens sobre queixas somáticas, comportamentais e motivacionais no fator que explicou cerca de 8% da variância - porcentagem semelhante ao terceiro fator explicativo entre os jovens -, demonstrando maior relevância de tais queixas entre os idosos do que entre os jovens, na organização hierárquica dos fatores. Outra comparação a ser feita é que entre os idosos todos os itens relativos à descrição de estados afetivos positivos – por exemplo felicidade, otimismo e satisfação -, agruparam-se no fator 3, ao passo que entre os jovens apareceram agrupados no quarto fator. Isto possivelmente indica que, para estes, os estados afetivos positivos são um pouco menos importantes para explicar estados depressivos do que entre idosos. Na escala original de Radloff (1977) esses itens apareceram no segundo fator, que foi denominado “bem-estar”. Nesta pesquisa o quarto fator não foi interpretado, por conter somente dois itens e ser estatisticamente pouco explicativo.

Fatores sócio-culturais e relativos à saúde parecem afetar a frequência de respostas às diferentes categorias de itens e à solução fatorial da CES-D entre idosos. O fator relativo ao

bem-estar parece geralmente problemático em culturas não-ocidentais, dois fatores parecem ser mais explicativos do que quatro entre hispânicos vivendo nos E.U.A., os problemas interpessoais parecem ser mais importantes para os negros que ali vivem, e, entre os indígenas daquele país, os sintomas somáticos e os afetos depressivos se sobrepõem. Semelhantes resultados sugerem que, a despeito da freqüente obtenção de alta validade concorrente entre a GDS e a CES-D, provavelmente é necessário adaptar ambos os instrumentos e em especial a CES-D a peculiaridades locais (Mui-Ada, Burnette & Chen-Li, 2001).

Para averiguar a validade de critério da CES-D em termos de sensibilidade, especificidade, precisão e valores preditivos julgou-se necessário primeiramente identificar um ponto de corte válido para a CES-D para os idosos brasileiros. Por meio da análise da validade concorrente com a GDS – a qual foi aplicada à amostra concomitantemente à CES-D –, a análise de Curva ROC identificou o valor 11 como nota de corte. Com esse corte, o teste mostrou-se sensível, específico e com boa precisão, mas com baixo valor preditivo positivo (capacidade de identificar verdadeiros positivos entre os que pontuaram acima de 11), em relação ao seu valor preditivo negativo (capacidade de identificar verdadeiros negativos entre os que pontuaram abaixo de 11). Tal resultado pode ser explicado pela diferença de conteúdo entre as duas escalas: a CES-D inclui sintomas somáticos e a GDS não. Os sintomas somáticos têm alta probabilidade de ocorrência entre idosos, pelo fato de muitos idosos serem portadores de doenças somáticas associadas ao envelhecimento. Como a CES-D oferece a oportunidade aos idosos de registrarem esses sintomas e a GDS não, talvez isso também explique a diferença entre a prevalência identificada por cada uma das escalas – GDS = 15% e CES-D = 33, 8%. Assim, pode-se dizer que, comparada à GDS, a CES-D superestimou a percentual de idosos possivelmente afetados por depressão na amostra estudada. Grayson et al. (2000), chegaram a conclusão comparável num estudo metodológico em que quantificaram o efeito do viés gerado pela presença de sintomas somáticos sobre o diagnóstico de depressão, em idosos de 75 anos e mais, residentes na comunidade. Segundo os autores, ser mais velho/a, ser mulher e ser viúvo/a tem efeitos significantes e independentes sobre o escore total de depressão medida pela CES-D, não por essas condições em si mesmas, mas por causa das doenças e incapacidades que se associam a elas. Assim, as respostas aos itens que envolvem esforço,

sono e energia são afetadas pela presença de doenças somáticas, o que pode afetar o escore total de depressão avaliada pela CES-D. Por sua vez, os itens mais afetivos, como por exemplo os que envolvem tristeza, fracasso, satisfação são menos sensíveis aos efeitos da presença de doenças. Os pesquisadores sugerem, no entanto, que a avaliação do quanto o escore de cada grupo de idade ou de diferentes condições de saúde pode ser afetado pelos itens somáticos e afetivos não deve ser feita intuitivamente, mas sim por meio de táticas estatísticas tais como a do funcionamento diferencial do item, na perspectiva da teoria de resposta ao item.

Embora tenha sido adotada como escala de referência para avaliação da validade da CES-D entre idosos brasileiros, justamente por já ter sido validada no Brasil e por ser bastante usada no País, é preciso reconhecer que a GDS tem limitações. Assim como se argumenta que a CES-D aplicada a idosos, pode ter um escore total inflado pela presença de itens somáticos na escala, acredita-se também que parte dos itens da GDS são concernentes a alterações adaptativas do envelhecimento e não propriamente à depressão (Adams, 2001). Tais indicações são razões suficientes para indicar o uso criterioso da CES-D em estudos populacionais, e, por outro lado, sugerem que é importante realizar estudos de corte transversal e estudos longitudinais comparando diferentes populações de idosos e de não-idosos.

Mesmo diante dessas questões, três razões justificam a utilização da CES-D neste estudo. Em primeiro lugar, os resultados da análise psicométrica foram analisados à luz dos critérios correntes no campo das medidas psicológicas e psiquiátricas e pareceram satisfatórios (ver, por exemplo, Pasquali, 2003).

Em segundo lugar, mesmo diante da dificuldade em separar os efeitos dos itens somáticos, conforme ressaltam Grayson et al.(2000), Reynolds (1994) e Reifler (1994), entre outros, é importante não desconsiderar os sintomas somáticos entre idosos pois estes podem ser indicativos da presença de humor disfórico, que os idosos não seriam capazes de reconhecer ou nomear. Dessa forma, a presença de itens somáticos na escala funcionaria como pistas

válidas para a identificação de indicadores de depressão a serem melhor investigados em estudos de aprofundamento. Continuando essa suposição, Jenkins, Kleinman & Good (1991) levantaram a hipótese de que a somatização na depressão seria um fenômeno universal. Tomaram com base para essa sugestão os dados decorrentes da utilização da CES-D entre adultos (ver por exemplo, Guanarccia, Angle & Worobey, 1989, Manson et al, 1988 e Ying, 1988), estudos nos quais houve fusão dos itens somáticos e disfóricos no mesmo fator explicativo da escala. Essa hipótese requer investigações de natureza clínica, bem como estudos de levantamento mais minuciosos.

Em terceiro lugar, a CES-D é um instrumento amplamente usado na pesquisa gerontológica em todo o mundo, tem demonstrado ter boa consistência interna, confiabilidade de teste-reteste, validade concorrente em critérios clínicos e de auto-relato e validade de construto (Grayson et al., 2000). Validá-la com amostras brasileiras amplia nosso conhecimento psicométrico, permite realizar comparações entre nossos dados populacionais e de outros países, assim como permite realizar estudos transculturais. Pesquisa na base de dados *AGELINE* mostrou que, entre 1978 e 2004, aí apareceram 241 estudos que utilizaram a GDS, tradicional e especificamente usada em rastreamento de depressão entre idosos, e 191 que utilizaram a CES-D. Nesse contexto é útil citar que há trabalhos que compararam as duas escalas entre si e com outras escalas, para saber qual era mais eficaz para a avaliação da depressão entre idosos. Por exemplo, pesquisando com amostra de 303 porto-riquenhos residentes nos E.U.A., Robison et al. (2002) compararam quatro escalas: a GDS, a CES-D, a Yale e a *PRIME-MD* com os critérios diagnósticos da Organização Mundial de Saúde e com o *Composite International Diagnostic Interview*. Relataram ter observado uma taxa de prevalência que variou entre 34% e 61% dependendo da escala, sendo que 12% atingiram os critérios diagnósticos para depressão clínica. A CES-D de 20 itens e a de 10 itens tiveram o melhor desempenho entre as quatro escalas. Para uma nota de corte = 20, a sensibilidade da CES-D de 20 itens foi de 81% e a especificidade foi de 70%. Para a CES-D de 10 itens com nota de corte = 3, a sensibilidade foi de 84% e a especificidade de 64%. Ramos e Wilmoth (2003) avaliaram 871 idosos brasileiros e verificaram um índice alpha de 0,83 para a CES-D, mediante a qual encontraram o dado que quanto mais intensas são as trocas sociais com parentes, ser casado/a e estar

satisfeito com as relações familiares menor a depressão entre idosos; que quanto mais equilibradas as trocas e quanto maior a reciprocidade entre idosos e sua rede de apoio, menor a depressão

Dados sobre prevalência de depressão muitas vezes parecem conflitantes e isso se deve ao fato de serem coletados com diferentes instrumentos, ao tipo de pesquisa que se realiza e ao contexto em que são conduzidas. Revisões de pesquisas que utilizaram a CES-D, outros inventários e classificações diagnósticas levaram a diferentes conclusões. Por exemplo, há dados de pesquisa longitudinal que mostram tanto que a depressão cresce, como que decresce e que permanece estável ao longo das idades (Fiske, Gatz & Pedersen, 2003). Dados de pesquisa de corte transversal mostram que é mais prevalente nas populações entre os de 60-70 anos e entre os de 80 e mais, e menos prevalente entre os de 70 a 80 e entre os adultos de meia-idade; que é mais prevalente entre os idosos de mais de 80 anos, principalmente entre os mais doentes, os menos independentes, os mais pobres, os mais solitários, os que têm menos suporte, as mulheres e os viúvos (Grayson et al., 2000; M. Baltes, Freund, & Horgas, 1999; Mayer, et al., 1999). É diferente avaliar depressão numa amostra de idosos residentes na comunidade, caso do presente estudo, ou numa amostra de idosos que buscam serviços de atenção primária. Neste trabalho, as taxas de prevalência de depressão entre homens e mulheres foram mais baixas do que no LIDO, estudo gaúcho feito com idosos de ambulatório. Entretanto, em ambos, a prevalência foi mais alta entre as mulheres do que entre os homens. A prevalência mais alta entre os idosos recrutados no ambulatório permite suspeitar da influência de queixas somáticas, que terão sido mais freqüentemente relatadas nesta amostra do que na do PENSA.

A depressão está longe de ser um fenômeno dependente apenas de fatores orgânicos: como já se disse de início, é de natureza multifatorial e, nessa multifatorialidade, uma parte importante são os fatores subjetivos. Essa foi a razão que sustentou o planejamento de uma investigação sobre a relação entre sintomas depressivos em idosos e variáveis de auto-relato que implicam na análise complexa de diversas condições de vida que podem afetar os estados afetivos dos idosos. Entre as várias possíveis, duas foram escolhidas: classe social percebida e mobilidade

social percebida na transição da vida adulta para a velhice, justamente porque a literatura sobre bem-estar subjetivo mostra que elas guardam forte relação com a adaptação dos idosos. Não só isso, acredita-se com base em dados, que os mecanismos de auto-regulação do *self*, que se mantém na velhice, são em grande parte responsáveis pela manutenção do bem-estar, mesmo na presença de fatores adversos (Neri, 2001).

Foram escolhidas, assim, variáveis subjetivas, cuja relação com as suas correspondentes objetivas, tais como nível de renda, nível de escolaridade e estilo de vida, não eram conhecidas na amostra estudada. Cabe ressaltar que a objetividade é definida em termos de maior possibilidade de acordo entre observadores independentes (Kerlinger, 1990). Sob essa ótica, variáveis mensuráveis por critérios sócio-demográficos e econômicos, tais como idade, sexo, nível de renda, nível de escolaridade, condições de moradia e posse de bens materiais são consideradas mais objetivas do que valores, atitudes e satisfação, porque estas são referenciadas a critérios intraverbais. A eles apenas o sujeito tem acesso, embora a aquisição dependa de mecanismos sociais. Nível de renda indicado por número de salários mínimos mensais auferidos pelos sujeitos é uma variável objetiva, em comparação com a sua satisfação em relação a esse salário. Classe social indicada por nível de renda, nível de escolaridade e estilo de vida é uma variável objetiva em comparação com a variável classe social indicada pela percepção de cada pessoa sobre a posição que ocupa na escala social. Mobilidade social indicada pela diferença estatisticamente reconhecida entre o nível de renda, o nível educacional e o estilo de vida atuais, em comparação com as condições que o indivíduo desfrutava há 20 anos, é uma variável objetiva, em comparação com a mobilidade social percebida indicada pela avaliação que a pessoa faz sobre sua posição social hoje em comparação com a que desfrutava há 20 anos. Assumiu-se que era necessário validar as medidas das variáveis subjetivas indicativas da avaliação que o indivíduo faz de sua posição social, já que é a primeira vez que são utilizadas num estudo psicológico brasileiro. Conforme foi relatado, houve forte associação entre os dados objetivos e subjetivos.

A pesquisa empírica sobre qualidade de vida tem mostrado repetidamente em países com diferentes condições de desenvolvimento social e econômico, que as variáveis subjetivas são

mais preditivas de bem-estar de indivíduos e nações do que variáveis objetivas, e que condições absolutas de renda são menos importantes à avaliação do bem-estar subjetivo do que mudanças repentinas nessas condições ou que desigualdade social. Por outro lado, a pesquisa psicológica sobre ajustamento na velhice mostra que os idosos não apresentam bem-estar subjetivo mais baixo do que os jovens, mesmo considerando que a velhice implica em perdas e em afastamento social. As hipóteses mais aceitas para explicar este fato são que talvez os idosos tenham um nível de aspiração mais baixo do que os jovens e que suas capacidades de enfrentamento lhes permitam fazer face a eventuais adversidades associados ao envelhecimento, sem prejuízo ao seu senso pessoal de bem-estar e ajustamento (Brandstädter & Renner, 1990; Freire, 2002; Aldwin, 2004).

A concordância entre as medidas objetivas e subjetivas de classe social e de mobilidade social encontrada nesta pesquisa é indicativa da interveniência de processos de aprendizagem social. Ao longo do curso de vida, os sujeitos teriam tido chance de aprender a classificar e a avaliar as suas condições de vida segundo os critérios vigentes na sociedade. Tal aprendizagem deriva da exposição direta e vicariante a experiências de ter ou de não ter acesso a determinados bens e a determinadas oportunidades e posições sociais, que podem parecer congruentes ou incongruentes com a origem familiar, com a bagagem social e com os progressos que as pessoas vão conseguindo em relação aos membros de seu grupo de referência e em relação aos grupos reconhecidos como detentores de uma posição social superior ou inferior.

Consoante com o objetivo de investigar as propriedades psicométricas dos instrumentos, examinou-se a consistência interna da escala de suporte social percebido (ISEL). A consistência intermediária ( $\alpha=0,748$ ) observada talvez diga respeito ao pequeno número de itens que compõem a escala e ao fato de haver apenas um para cada uma das diferentes funções do suporte social avaliadas (instrumental, avaliativo, pertencimento e auto-estima). Futuros trabalhos deverão aprofundar a investigação sobre a ISEL entre idosos e entre outros grupos etários, levando em conta, adicionalmente, o peso de cada função do suporte social sobre o escore total.

O inventário de eventos estressantes (ELSI) foi avaliado apenas quanto à sua capacidade de identificar o número de eventos avaliados com os maiores graus de desafio à capacidade adaptativa pelos idosos. Assim considerado, o ELSI identificou um número médio de dois eventos enfrentados no último ano. Tal resultado ratifica os dados de Aldwin (1994), que revelaram que, mesmo passando por diversos eventos de mudanças e perdas, quando idosos foram solicitados a identificar eventos considerados ameaçadores às suas capacidades de adaptação e/ou enfrentamento, poucos eventos foram citados. Os eventos assim considerados referiram-se a eventos geralmente vividos como não-normativos (como mortes, ou seja, que não têm uma época pré-determinada de ocorrência) e como não-controláveis, tanto para si quanto para entes queridos. Fiske, Gatz e Pedersen (2003), realizaram um estudo longitudinal com adultos entre 23 e 93 anos e relataram que a depressão aumenta modestamente em homens e em mulheres, em função da idade; que o status de saúde correlacionou-se com sintomas depressivos, mas que novas doenças que tiveram início nos últimos três anos não predisseram consistentemente depressão. No entanto, um dado importante relatado pelas autoras foi que a experiência de eventos de vida negativos nos últimos três anos, eventos esses não relacionados com doenças, foram preditores de sintomas depressivos. Além disso, mostra o mesmo estudo, sintomas depressivos foram preditivos da ocorrência de eventos negativos. Os resultados ratificam o modelo de Gatz (1998), que descreve aumento na probabilidade de ocorrência de eventos estressantes, porém demonstração de resiliência, da qual o relato de poucos eventos estressantes seria um testemunho.

Avançando no estudo da escala de depressão e das variáveis selecionadas para este estudo, buscou-se aprofundar-se a investigação dos sub-componentes da CES-D expressos por sua estrutura fatorial. A esse respeito, Riddler, Blais & Hess (2002), enfatizaram a necessidade de que os estudos sobre depressão não se limitem ao escore total gerado por uma escala, visto que a depressão é uma síndrome associada a respostas em diversos domínios. Tal aprofundamento contribui para o estudo da natureza e do desenvolvimento dos sintomas depressivos, demarcando entre outras, diferenças etárias no peso relativo de cada sub-componente sobre o escore total. Neste estudo, foram observadas diferentes relações entre os fatores e as variáveis psicossociais de interesse. Ser do gênero feminino influenciou os escores

médios dos três fatores da na escala (afetos negativos, dificuldades de iniciar comportamentos e afetos positivos). As mulheres diferiram significativamente dos homens quanto ao escore total, replicando outros dados da literatura sobre depressão. Estudos clínicos e epidemiológicos conduzidos em vários países têm apontado que as mulheres apresentam maior número de sintomas depressivos e maiores taxas de prevalência do que os homens. As possíveis justificativas incluem desde diferenças bioquímicas até psicológicas e sociais. A respeito destas últimas, diz-se, por exemplo, que mulheres possuem maior facilidade para relatar queixas físicas e psicológicas, desfrutam de piores condições de saúde do que os homens, ocupam posições sociais mais baixas do que eles, e que são menos educadas, têm menos acesso a postos de trabalho e pior remuneração do que os homens (Diener & Suh, 1998; Motta, 1999; Baltes, Freund & Horgas, A L, 1999; Neri, 2001).

Os idosos mais jovens (60-69 anos) e os idosos mais velhos ( $\geq 80$  anos) pontuaram significativamente mais alto nos itens referentes aos afetos negativos (fator 1) e à dificuldade de iniciar comportamentos (fator 2) do que o grupo de 70-79 anos. É interessante observar que esses fatores explicaram maior proporção da variabilidade total das respostas à CES-D. Além de sugerir uma relação não-linear entre idade e depressão, tais resultados levam a suspeitar, também, de uma relação não-linear entre idade e capacidade adaptativa frente às mudanças relativas ao envelhecimento. Ou seja, o início da velhice marcaria uma ruptura com as experiências anteriores de domínio e essa ruptura teria forte potencial para causar frustração, ansiedade e depressão, porque esse idoso ainda não teria desenvolvido totalmente as estratégias de enfrentamento eficazes para lidar com as perdas ou com a ameaça de perdas acarretadas pela velhice. Conflitos entre as expectativas pessoais e sociais, numa sociedade que discrimina os idosos agravariam a situação desses idosos. Nesse sentido, os idosos de 70 a 79 anos seriam beneficiados pela experiência, pela maior aceitação da condição de idosos e por rebaixamento no seu nível de aspiração, os quais permitiriam que convivam melhor com a velhice, e assim, eles tenderiam a relatar menos sintomas depressivos. A vivência da velhice avançada, em que a fragilidade e a dependência se fazem mais presentes, é marcada por descontinuidade, ou seja, nas fases anteriores da velhice as perdas são menos acentuadas e o risco de disfuncionalidade muito menor. Neste momento, as reservas também já diminuíram, a

resiliência é menor, há mais doenças somáticas e a adaptação torna-se mais difícil. O idoso percebe que o declínio é irreversível e vê-se susceptível à dependência física, cognitiva e social. Talvez estas condições contribuam para a mais forte presença de sintomas disfóricos, somáticos e comportamentais indicativos de depressão.

A satisfação com o suporte social disponível mostrou-se negativamente correlacionada com a sintomatologia depressiva. Ou seja, quanto mais alta a satisfação com o suporte social disponível, menos freqüentes os afetos negativos e as dificuldades de iniciar comportamentos e mais freqüentes as queixas a respeito de afetos positivos. Conforme aponta a literatura revisada (Krause, 2001; Baltes, 2001; Carstensen, 1994; entre outros) a presença de satisfação no âmbito social reflete-se em menores índices de depressão, seja por causa de seus efeitos diretos sobre o bem-estar subjetivo, seja por tender a funcionar como apoio à adoção de estratégias compensatórias em relação às alterações do envelhecimento, tornando-se assim, um recurso de enfrentamento. Taylor e Lynch (2004) mostraram que o suporte social percebido é mais importante do que o objetivo, na mediação dos efeitos da incapacidade sobre a depressão, não só na velhice, mas em todas as idades. Conforme ressaltou Gatz (1998), há uma relação significativa entre a resiliência e as avaliações subjetivas dos recursos sociais e pessoais de enfrentamento, o que pode ser observado nesse estudo por meio da avaliação dos recursos sociais de enfrentamento feitas pelos idosos. É interessante também observar que o número de eventos estressantes vivenciados pelos sujeitos no último ano só se refletiu em queixas referentes à diminuição de afetos positivos, mas não em aumento de afetos negativos. De todo modo, a experiência de eventos estressantes terá tornando o equilíbrio entre os afetos menos favorável.

Em resumo, este estudo mostrou relações entre as variáveis gênero e idade e queixas disfóricas, somáticas e comportamentais/motivacionais; classe social e mobilidade social percebidas não se relacionaram significativamente com os escores nos fatores; a satisfação com o suporte social influenciou todos os domínios do construto depressão e o número de eventos estressantes associou-se com queixas em afetos positivos, ou, como diz Radloff (1977), em alterações no âmbito do bem-estar. Os dados reforçam a noção de que a depressão

é multifatorial ao mostrar que diferentes variáveis e avaliações subjetivas refletem-se em diferentes padrões de risco associados às variáveis gênero, idade, diferentes condições de classe, mobilidade e suporte social percebidos e número de eventos estressantes. (univariada e multivariada). As mulheres têm maior risco de apresentar depressão do que os homens, assim como os grupos de 60 a 69 e de 80 ou mais em relação ao de 70 e 79. Contudo, baixa satisfação com o suporte social recebido oferece mais risco para a depressão do que alta satisfação. Para o número de eventos estressantes não foram necessárias condições extremas visto que, em relação aos indivíduos que não passaram por eventos estressantes, ter vivido de 1 a 3 eventos ou de 4 a 16 eventos representou risco significativo para sintomatologia depressiva, embora o maior número de eventos (4 a 16) tenha representado um risco maior. Na regressão multivariada, o suporte social baixo mostrou-se como fator de maior risco, controlados os efeitos das demais variáveis. Em seguida, a experiência de um alto número de eventos estressantes (4-16 eventos) ofereceu um risco um pouco maior do que um número médio de eventos (1-3) em relação aos que não vivenciaram nenhum evento dessa natureza. Em terceiro lugar, observou-se o risco da idade, onde ter entre 60-69 ofereceu risco significativo em relação grupo de 70-79 anos. Gênero apareceu em último lugar nos resultados da regressão, o que apontou que ser mulher ofereceu cerca de uma vez e meia risco para sintomatologia depressiva.

Este estudo ainda investigou a relação de variáveis que espelham vulnerabilidade associada à posição social, que, como aponta a literatura, predispõe pessoas de quaisquer idades, inclusive os idosos, a condições adversas associadas à pobreza, ao estresse social, à violência, à doença, à discriminação e à falta de oportunidades. Diferentemente do que aponta a literatura sobre classe social percebida, esta variável, assim como mobilidade social percebida não ofereceu risco significativo nas análises de regressão, contudo as demais variáveis foram ajustadas pelas razões de risco por elas geradas. Pode-se supor que tal resultado, unido à congruência já apresentada entre as avaliações objetivas e subjetivas de classe social e de mobilidade social ocorrida nesta amostra, seria indicativo de ajustamento. Ao longo da vida ou do processo de envelhecimento os idosos teriam ajustado o seu nível de aspiração às condições de que dispunham e, principalmente os mais pobres, teriam aprendido a lidar com as adversidades

associadas a baixo nível social. As características da coorte que participou da pesquisa, residente em Juiz de Fora (MG), talvez possam explicar os resultados encontrados. Vejamos. Segundo o Censo 2000 e os levantamentos do PENSA, a maioria dos sujeitos havia nascido em pequenas cidades ou fazendas de Minas Gerais e foram residir em Juiz de Fora, onde alcançaram melhores condições de educação e trabalho. Tais idosos não possuem uma renda alta, mas grande parte possui casa própria. Assim, talvez ao se compararem consigo mesmo no passado, quando tinham uma vida mais difícil, os idosos teriam avaliado que sua posição melhorou ou se manteve na velhice, mesmo na presença do empobrecimento de que os demógrafos falam em relação aos velhos, em virtude de sua não-produtividade econômica. Sua noção de ajustamento talvez também decorra de comparações implícitas que fazem em relação aos mais jovens, entre os quais o desemprego é forte e crescente. Diante disso, possuir a própria casa e uma renda que faça frente às suas necessidades talvez leve os idosos desta amostra a se ajustarem às condições sócio-econômicas que possuem e avaliar que mantêm a mesma posição que detinham na vida adulta.

É interessante ainda confrontar os resultados deste estudo com o modelo de Gatz (1998). Segundo o modelo, com o envelhecimento aumenta-se a vulnerabilidade biológica, o que, no presente estudo, traduziu-se na maior frequência de queixas somáticas na CES-D. Conforme o modelo, a vulnerabilidade a eventos estressantes igualmente aumenta com o envelhecimento, mas a presença de mecanismos de enfrentamento medeia a adaptação dos idosos, minimizando o impacto daqueles sobre o seu bem-estar. O registro de um número relativamente pequeno de eventos estressantes vividos no último ano pelos idosos desta amostra possivelmente tem relação com a presença de tais mecanismos de enfrentamento. Os idosos do PENSA estariam igualmente protegidos pela rede de suporte social de que dispõem. Não se dispõe de dados sobre seu tamanho ou sua eficácia objetiva neste estudo, mas, de todo modo, os idosos a avaliaram como satisfatória para responder às suas necessidades de apoio nos âmbitos instrumental, informacional, afetivo e de pertencimento. Terá sido essa a razão da presença do dado segundo o qual, controlados os riscos das demais variáveis, quando o apoio social é avaliado como satisfatório, os idosos têm menos depressão.

Os perfis de maior e menor risco para sintomatologia depressiva (CES-D >11) encontrados na amostra do PENSA são comparáveis aos apontados pela literatura e pelo modelo de Gatz (1998). Entre os perfis de maior risco para depressão estiveram: ser mulher, ter menos de 70 anos, perceber-se pertencente à classe média, perceber estabilidade na posição social da vida adulta para a velhice, perceber o suporte social como pouco satisfatório e perceber alto número de eventos estressantes no último ano. Entre os perfis de menor risco, observou-se predominância das condições: ser homem, ter entre 70 e 79 anos, perceber-se pertencente à classe média-alta, perceber estabilidade na posição social, perceber alta qualidade no suporte social e não identificar nenhum evento estressante no último ano. Desses perfis ainda cabe ressaltar a observação de que talvez os homens sejam mais aptos a um envelhecimento bem-sucedido do que as mulheres, mesmo sendo menos longevos.

Assim, o presente trabalho permitiu conclusões interessantes relativas à variabilidade na percepção e avaliação de domínios selecionados do envelhecimento o que reflete a heterogeneidade desse processo (Baltes, 2001). Também, conforme aponta a perspectiva *life-span* em psicologia, permitiu vislumbrar empiricamente a multidimensionalidade e multidirecionalidade do desenvolvimento e envelhecimento, na medida em que esses processos possuem ritmos diferentes de ganhos e perdas nos diferentes domínios da vida. Exemplos disso foram observados em resultados tais como o de estar se percebendo pior na escala de posições sociais, porém tal fato não representar declínio em termos de sintomatologia depressiva e ainda, a demonstração de resiliência daqueles que se percebem supridos de suporte social em relação aos que não se percebem assim.

Contudo, algumas limitações podem ser apontadas, visando a um posterior refinamento das investigações. A amostra do PENSA foi composta por uma porcentagem muito maior de mulheres. Mesmo reconhecendo a maior longevidade feminina, o que torna ainda mais desigual a distribuição entre homens e mulheres na população, há uma diferença de 44% para a amostra feminina. Visto que gênero é uma variável importante principalmente nos estudos de envelhecimento (tal como sua relação com sintomas depressivos neste estudo) cabe ajustar o tamanho da amostra ao um percentual que seja representativo da distribuição da população

por gênero. Talvez a metodologia de recrutamento do PENSA tenha atraído mais a participação das mulheres e a recusa de homens, ou talvez haja uma diferença marcante entre o envelhecimento dos gêneros que revele maior abertura das mulheres a experiências tais como a participação em pesquisas.

Dentre os instrumentos utilizados, referentes à percepção de classe social e mobilidade, para um alcance mais efetivo dos objetivos propostos talvez fosse mais interessante ter utilizado um questionário que remetesse os sujeitos a um grau de avaliação mais subjetivo desse domínio, tal como satisfação ao invés de apenas localização percebida na escala social. Futuras investigações poderão verificar se os resultados se manteriam congruentes com dados objetivos (tais como renda e nível educacional) e se eles se associariam diferentemente com sintomas depressivos. Tais resultados auxiliariam também a investigar a hipótese de maior ajustamento e menores níveis de aspiração no domínio sócio-econômico no decorrer do envelhecimento em relação às faixas etárias mais jovens.

Futuras pesquisas poderão trabalhar mais dados sobre a experiência de eventos estressantes em termos de sua tipologia e de suas relações com doenças somáticas, idade, gênero e nível de renda, para melhor explicar a natureza de sua relação com depressão.

Quanto ao instrumento de rastreamento de depressão (CES-D), que inclui sintomas somáticos, seria interessante ter controlado o efeito da influência da presença de diagnósticos clínicos de saúde física. Somando tal observação à grande presença de mulheres na amostra, sabe-se que mulheres são mais acometidas de doenças crônicas o que poderia inflar a prevalência de depressão neste estudo. Um futuro estudo na base de dados do PENSA poderá buscar relações entre sintomas depressivos e status de saúde

Outra sugestão para futuros estudos de desdobramento do PENSA refere-se à investigação de história progressiva de depressão pessoal ou familiar, primeiramente por se constituir em fator de risco para depressão na velhice apontado na literatura e, ainda, para identificar se os

sintomas já estavam presentes no curso de vida dos idosos ou são manifestações concomitantes ao processo de envelhecimento.

Visto que o projeto PENSA é um estudo longitudinal, futuras pesquisas poderão acompanhar as mudanças nas variáveis selecionadas neste estudo a fim de melhor averiguar, entre outras coisas, se os resultados aqui encontrados referem-se mais a reais diferenças etárias ou se seriam melhor descritas como fruto da influência do pertencimento a determinadas coortes. Entre as justificativas para o avanço desta investigação está o fato de a literatura apontar crescimento nas taxas de prevalência de depressão entre as coortes mais jovens.

Futuros trabalhos com ênfase clínica, psicométrica ou de levantamento deverão continuar o exame da CES-D entre idosos. Visto que essa foi a primeira vez em que essa escala foi utilizada entre amostra de idosos residentes na comunidade brasileira, faz-se necessário adequar sua validade de critério baseando-se em instrumentos mais fidedignos e mais próximos a critérios clínicos e não apenas em outro instrumento de rastreio como a GDS - utilizada neste estudo.

Entretanto, esta pesquisa cumpriu seus objetivos, os quais eram ligados à tentativa de preencher lacunas na pesquisa brasileira sobre velhice e sintomas depressivos. Representa contribuição para o conhecimento gerontológico e psicológico no Brasil, pelo fato de oferecer dados sobre a validade de instrumentos e sobre relações antes não investigadas entre variáveis pertencentes ao âmbito da saúde e do bem-estar subjetivo em amostras de idosos residentes na comunidade. Ao contextualizar os dados de uma amostra populacional de idosos brasileiros no âmbito das teorias atualmente em voga no cenário internacional, cumpre o papel de oferecer contribuições para a psicologia enquanto ciência, pois esta se beneficia da discussão teórica. Ao veicular dados decorrentes da aplicação de instrumentos correntes na literatura internacional, abre possibilidades para o confronto entre dados brasileiros e dados obtidos em outros países, tendo em vista melhor compreensão do fenômeno velhice. Como estudo de levantamento, cumpre o papel de indicar direções para o aprofundamento das investigações por meio de pesquisas clínicas e por meio de outras pesquisas de levantamento feitas com

amostras diferentes, por exemplo compostas por idosos asilados, fragilizados por doenças ou por condições sociais e históricas adversas.

## 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.
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. I., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49, 15-24.
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological functioning: Preliminary data in health White woman. *Health Psychology*, 19, 586-596.
- Aguiar, W. M. & Dunningham, W. (1993). Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 67 (4): 291-310.
- Aldwin, C. M. (1990). The Elders Life Stress Inventory: Egocentric and nonegocentric stress. In M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfall, & D. L. Tennenbaum (Eds.), *Stress and coping in late life families* (pp. 49-69). New York: Hemisphere.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective*. New York, Guilford.
- Aldwin, C.M. & Levenson, M.R. (1998). Assessment of mental health in older adults. In H.S. Friedman (Ed.). *Encyclopedia of mental health* (pp.149-156). San Diego, CA: Academic Press.
- 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.
- Almeida, O. P. & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Oct., Vol. 14 (10), 858-865.
- Antonucci, T.C., & Jackson, J.S. (1987). Social support, interpersonal efficacy, and health: a life course perspective. In L.L. Carstensen & B.A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 291-311). New York, NY: Pergamom Press.
- Associação Americana de Psiquiatria. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição (DSM-IV)*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

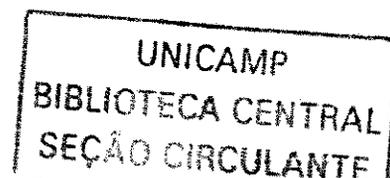
- Ballone, G. J.(2002). Depressão no Idoso - in. PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>, revisto em 2004.
- Baltes, M M, Freund, A and Horgas, A L (1999). Men and women in the Berlin Aging Study. In P B Baltes and K U Mayer (Eds.). *The Berlin Aging Study. Aging form 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, M.M.; Freund, Alexandra M.,Horgas, Ann L. (1999) Men and women in the Berlin aging study, in: Paul B.Baltes, Karl Ulrich Mayer (eds) *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*, Oxford: Academic Press: 259-281.
- Baltes, P. B., & Lang, F. R.(1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12, 433-443.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52 (4). 366-380.
- 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*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B. (2000). The Life-Span Development. *Handbook of Psychology Development*. San Diego: Academic Press.
- Bandura, A (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- 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.
- Bengston,V. L., Rice, C., & Johnson, M. L. (1999). Are theories of aging important? Models and explanations in Gerontology at the turn of the Century. In V. L. Bengston & Schaie, K. Warner (Eds). *Handbook of theories of aging*. New York: Spring.
- Black, M. M., & Krishnakumar, A.(1998). Children in low-income, urban settings: Interventions to promote mental health and well-being. *American Psychologist*, 53. 635-646.
- Blazer, D.G., Burchett, B., Service, C. & George, L. K.(1991). The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration . *Journals 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.
- Bosse, R., Aldwin, C. M., Levenson, M. R., & Ekerdt, D. J. (1987), "Mental Health Differences among Retirees and Workers: Finding from the Normative Aging Study". *Psychology and Aging*, 2, 383-389.
- Botino, C.M.C. (2002). envelhecimento bem-sucedido-aspectos psíquicos. *Gerontologia*, 10 (1-4), 16-19.
- Brandtstädter, J., & Greve, W.(1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Brodaty, H. (1996). Melancholia and the ageing brain. In P.G. Hadzi-Palovic (Ed.). *Melancholia: a disorder of Movement and Mood*. New York: Cambridge University Press. pp. 237-251.
- Brown, G.W., Harris, T.O.(1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Bruce, M. L., Seeman, T.E.(1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *American Journal of Public Health* 84, (11), 1796-1799.
- Busse, E.W. & Blazer, D. G. (1999). *Psiquiatria Geriátrica*. Artes Médicas: Porto Alegre.
- Carstensen L.L.(1995). Motivação para o contato social ao longo do curso da vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In: A. Liberalesso NERI. *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papyrus (Trad. Original em inglês de 1991).
- Carvalho, V.F.C. & Fernandez, M.E.D.(2002). Depressão no Idoso. In: M. P. Netto. *Gerontologia*. São Paulo. Atheneu.
- Chen, E., Matthews, K. A., & Broyce, W. T. (2002). Socioeconomic differences in children's health: How and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin*, 128. 295-329.
- Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R., & Williams, D. R.(1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychological model. *American Psychologist*, 54. 805-816.
- Cobb, S. (1979). Social support and health through the life course. In M. W. Riley (Ed.). *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*. Boulder, Colorado: Westview Press, 93-106.

- Cohen, S., & Willis, T.(1985) "Stress and Social Support and the Buffering hypothesis." *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- 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.
- Cutrona, C.E., Russel, D.W., Rose, J.(1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Journal of Psychology of Aging 1* : 47-54.
- Davies, A.D.M.(1996). Life Events, Health, Adaptation and Social Support in the Clinical Psychology of Late Life. In R. T. Woods (ed.). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Diehl, M. (1999). *Self-development in adulthood and aging: The role of critical life events*. In C. D. RYFF & V. W. MARSHALL (eds.). *The self and society in aging process*. New York: Springer Publishing Co., pp.150-183.
- Diener, E. & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and old age: An international analysis. In K Warner Schaie and M Powell Lawton (Eds.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Vol 17, Focus on Emotion and Adult Development*. N Y: Springer, pp 304-324
- Diener, E. & Ioshi, S. Money ad happiness: income and subjective well-being across nations. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and Subjective Well-being*. Cambridge: MIT Press, pp. 185-218.
- Diener, E. & Suh, E.U.(2000). Measuring subjective well-being to compare the quality of cultures. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and Subjective Well-being*. Cambridge: MIT Press, pp. 3-12.
- Dufoil, C., Fuhrer, R., Dartigues, J.F. (1996). Longitudinal analysis of the association between depressive symptomatology and cognitive deterioration. *Ameriacan Journal of Epidemiology*, 144, (7), 634-641.
- Duncan, O. D. (1961). A socioeconomic index fol all occupations. IN: A. J. Reiss, O. D. Duncan, P. K. Hatt & C.C. North (Eds). *Occupations and social status*. New York: Free Press.
- Elder,G.H.,JR.(2000). The Life-Course Perspective. *Handbook of Psychology Development*. San Diego: Academic Press.

- Everson, S. A., Maty, S. C., Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2002). Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 891-895.
- Fiscella, K., Franks, P., Gold, M. R., & Clancy, C. M. (2000). Addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2579-2584.
- Fisk, A., Jones, R.S. (no prelo). Depression. In M. Johnson (Eds), V.L. Bengtson, P. Coleman & T. Kirkwood (Assoc. Eds), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fleck, M.P., Lima, A.F.B.S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, v.r., Camey, S. et al. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*: 36(4):431-438.
- Fletcher, R.H.; Fletcher S. W. & Wagner, E. H. (1991), *Epidemiologia Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2ª ed. revisada.
- Forlenza, O.V., Almeida, O.P. (1997). Fatores de risco associados à morbidade psiquiátrica em idosos. In O. V. Forlenza, O. P. Almeida (Eds). *Depressão e demência no idoso*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Freire, S. A. (2002). A Personalidade e o Self na velhice: continuidade e mudança. In: E. V. Freitas, L.Py, A.L.Neri, F. A. X. Cançado, M.L.Gorzoni, S.M. Rocha (Eds.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- Ganguli, M., Gilby, J., Seaberg, E. & Belle, S. (1995). Depressive symptoms and associated factors in a rural elderly: the movies project. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 3, 144-160.
- 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.
- Gatz, M., Kasl-Godley, J.E., & Karel, M.J. (1996). Aging and Mental Disorders. In: T.A. Sauthouse, T.J. Mauer (Eds). *Handbook of Psychology and Aging*. (4<sup>th</sup> ed.). San Diego: Academic Press.
- Goldstein, L.L. (1995). Estresse, enfrentamento e satisfação com a vida entre idosos: um estudo do envelhecimento bem-sucedido. *Tese de doutorado*. UNICAMP.
- Gordilho, A. (2002). Depressão, Ansiedade, distúrbios afetivos e suicídio. In: E. V. Freitas, L.Py, A.L.Neri, F. A. X. Cançado, M.L.Gorzoni, S.M. Rocha (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.

- Grayson, D. A ., Mackinnon, A ., Jorm, A . F., Creasey, H. & Broe, G. A . (2000). Item bias in the Center for Epidemiological Studies Depression Scale: Effects of physical disorders and disability in an elderly communit sample. *Journal of Gerontology. Psychological Sciences, Vol. 55B* (no. 5), P273-P282.
- Greenacre, M. J. (1993), *Correspondence Analysis in Practice*. London: Academic Press.
- Guarnaccia, P. J., Angel, R., & Worobey, J. L. (1989). The factor structure of the CES-D in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: The influences of ethnicity, gender and language. *Social Science and Medicine, 29*, 85-94.
- Heok, K.E.(2000) Epidemiologia da depressão no Idoso. In O. V. Forlenza, P. Carameli. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro : Editora Atheneu. pp. 35-37.
- Hertzog, C., Van Alstine, J. V., Usala, P. D., Hultsch, D. F., & Dixon, R. (1990). Measurement properties of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in older populations. *Psychological Assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*, 64-72.
- Herzog, A. R. & Markus, H. R. (1998). The *self*-concept in life span and aging research. In: V.L. Bengston & H. W. Shaie (eds.) *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Hibels, C.F., Blazer, D.G., Pieper, C.F.(2001). Toward a Tershhold for Subthershold Dpression: An analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *The Gerontology, 41*: (3), 357-365.
- Hillerbrand, E. (1988). The relationship between socioeconomic status and counseling variables at a university counseling center. *Journal of College Student Development, 29*, 250-254.
- Hoffman, S., & Hatch, M. C.(2000). Depressive symptomatology during pregnancy: Evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class woman. *Health Psychology, 19*, 535-543.
- Holsboer, F.(1995). Neuroendocrinology of affective disorders. In: F. Bloom & D. Kupfer. (Eds). *Psychopharmacology. The Fourth Generation od Progress*. New York: Raven Press. pp.957-969.
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. L. (1989), *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.



- Hurwicz, M. L., Durham, C.C., Boyd-Davis, S.L. & Gatz, M. (1992). Saliente life-events in three generation families. *Journal of Gerontology*, 47, 11-13.
- Jenkins J.H., A. Kleinman, & B.J. Good.(1991).Cross-Cultural Aspects of depression." In *Advances in Affective Disorders: Theory and Research, (VOL 1), Psychosocial Aspects*. J. Becker and A. Kleinman, (Eds.). Erlbaum Press.
- Johnson, R. A. & Wichern, D. W. (1988), *Applied Multivariate Statistical Analysis*. New Jersey: Prentice Hall International Editions, 2<sup>nd</sup> ed.
- Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1997).*Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Kerlinger, F.N. (1990). *Metodologia da pesquisa. Um tratamento conceitual*. S. P. : EPU (Traduzido do original em inglês de 1979 para o português por José Roberto Malufe) .
- Kessler, R. C. & McLeod, J. (1985). Social support and mental health in community samples, In S. Cohen & S. L. Syme (Hg.), *Social support and health*. Academic Press, 219-240.
- Krause, N., Liang, J., & Yatomi, N., (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis. *Psychology and Aging*, 41, 88-97.
- 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.
- Laks, Jerson, Almeida, F. C. de, Caldas, G. A. (1994). Depressão no idoso. *Informe Psiquiátrico*, 13 (supl. 1); S23-S29.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nova York: Springer.
- Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R., e Meltzer, H. (1998). Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *The Lancet*, 352, 605-609.
- Lindström, B.(2001). O significado de resiliência. *Adolescência Latinoamericana*, 2, (3): 133-137.
- Liu, W. M., Ali, S. R., Soleck, G., Hopps, K. D., & Pickett Jr, T.(2004). Using Social Class in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 51 (1), 3-18.
- Liu, w.M.(2002). The Social Class- Related Experiences of men: Integrating Theory na Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 4, 355-360.

- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157 (2), 98-112.
- Lovestone, S. & Howard, R. (1997). *Depression in Elderly People*. London: Martin Dunitz.
- Maher, E. J., & Kroska, A. (2002). Social status determinants of control in individuals' accounts of their mental illness. *Social Science and Medicine*, 55, 949-961.
- Manson, S. M., Ackerson, L. M., Dick, R. W., Baron, A. E., & Fleming, C.M.(1990). Depressive symptoms among American Indian adolescents: Psychometric characteristics of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 231-237.
- Marmot, M. G., Davey Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., & Feeney, A.(1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study. *Lancet*, 337, 1387-1393.
- Marsiske, M., Lang, F. R., Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1995). Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. In R. A. Dixon & L. Bäckman (Eds.), *Compensating for psychological deficits and declines* (pp. 35-79). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Martire, L.M., Schulz,R., Mittelmark, M.B., Newsom. J.T.(1999). Stability and change in older adults' social contact and social support: the Cardiovascular Health Study. *Journal of Gerontology*, B, 54 (5): S302-11.
- Matt, G.E. & Dean, A. (1993). Social support from friends and psychological distress among elderly persons: Moderator effects of age. *Journal of Health of Social Behavior*, 34, 187-200.
- Mechanic, D. (1989). Socioeconomic Status and Health: An Examination of Underlying Processes. In: J. P. BUNKER, D. S. GOMBY, B. H. KEHRER (eds.) *Pathways to Health; The role of social factors*. Menbo Park: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Baltes, M. M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., Linden, M., Smith, J., Staudinger, U. M., Steinhagen-Thiessen, E., & Wagner, M. (1999). What do we know about old age and aging? Conclusions from the Berlin Aging Study. In P. B.

- Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 475-519). New York: Cambridge University Press.
- Miranda, J., Chung, J. Y., Green, B. L., Krupnick, J., Siddique, J., Revicki, D. A., & Belin, T. (2003). Treating depression in predominantly low income young minority women: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, *290*, 57-65.
- Motta, A B. da (1999). As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. *Cadernos Pagu*, *13*, 191-221
- Mui-Ada, C., Burnette, D., Chen-Li, M. (2001). Cross cultural assessment of geriatric depression: A review of the CES-D and of the GDS. *Journal of Mental Health and Aging*, *Vol 7* (No. 1), 137-164.
- Neri, A . L. (2001). Velhice e e qualidade de vida na mulher. In A . L. Neri (org.) (2001), *Desenvolvimento e Envelhecimento*. Teorias biológicas, sociológicas e psicológicas. Campinas: Papirus, pp. 161-200.
- Neri, A . L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: rumbo a una Psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *2002*, Vol. 34, pp. 55-74.
- Neri, A . L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: rumbo a una Psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 43 (1-2), 55-74.
- Neri, A. L. (1995). *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (2002). Teorias Psicológicas do Envelhecimento. In: E. V. Freitas, L.Py, A.L.Neri, F. A. X. Cançado, M.L.Gorzoni, S.M. Rocha (orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- Neri, A. L. (2003). Qualidade de vida na velhice. In J.R. Rebelatto e R. S. Morelli (org.). *Fisioterapia Geriátrica*. São Paulo: Manole.
- Netto, M.P. (2002). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.
- Newman, J. P. (1989). Aging and Depression. *Psychology and Aging*, *4*, 150-165.
- 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.

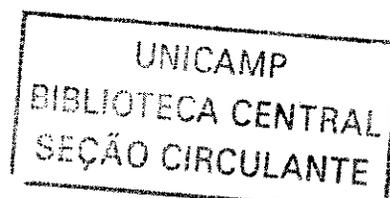
- Newsom J.T., Schulz, R. (1996). Social Support As A Mediator In The Relation Between Functional Status And Quality Of Life In Older Adults. *Psychology and Aging*, *11*, 34-44.
- Nolen-Hoeksema, S. (1988). Life-span views on the development of depression. In P.B. Baltes, D.L. Featherman, and R.M. Lerner (Eds.), *Life span development and behavior* (Vol. 9). New York: Erlbaum.
- Ormel J., Oldehinkel A.J., Brilman E.I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *American Journal of Psychiatry*, *158*:885-91.
- Pahkala, K.K. Kesti, E., Konkas- Soviario, P. et al (1995). Prevalence of depression in an aged population in Finland. *Society Psychiatry Epidemiológica*, *30*: 99-106.
- Pamplona, A.S. (1998), *Análise de Correspondência para Dados com Estrutura de Grupo*. Dissertação Mestrado – Unicamp, Campinas, SP.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria. Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Pereira, Júlio Cesar R. (1999), *Análise de Dados Qualitativos – Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. São Paulo: EDUSP.
- Phifer, J.F. (1990). Psychological distress and somatic symptoms after natural disaster: Differential vulnerability among older adults. *Psychology and Aging*, *5*, 412-420.
- 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.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.
- Ramos, M. & Wilmoth, J. (2003). Social relationships and depressive symptoms among older adults in Southern Brazil. *Journal of Gerontology. Social Sciences*, *Vol. 58B* (No. 4), S253-S261.
- Ratzlaff, C., Matsumoto, D., Koutznetsova, Raroque, J., & Ray, R. (2000). Individual psychological culture and subjective well-being, In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and Subjective Well-being*. Cambridge: MIT Press, pp.37-59.

- 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; 1994.
- Reynolds, C.F.III. Treatment of depression in later-life. *American Journal of Medicine (Suppl 6A)*, 39-46.
- Riddle, W.J.R., Scott, A.I.F.(1995). Relapse after successful eletroconvulsive therapy: the use and impact of continuation antidepressant drug treatment. *Humanistic Psychopharmacology*, 10: 201-205.
- 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.
- Robison, J., Gruman, C., Gaztambide, S., & Blank, K. (2002). Screening for depression in middle-aged and older Puerto Rican primary care patients. *Journal of Gerontology. Medical Sciences*, 57A (No. 5), M308-M314
- Rossen, E.K. & Buschmann, M.B.T.(1995). Mental Illness in late-life: the neurobiology of depression. *Archives of Psychiatry Nursing*, 9: 130-136.
- Rowe, J.W.& Kahn R. L. (1998). *Successful Aging*. New York: Pantheon Books.
- Rozzini R, Frisoni GB, Ferrucci L, Trabucchi M.(1997). Co-occurrence of disadvantage conditions in elderly subjects with depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 46(3):247-254.
- Russel, D., & Cutrona, C.E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and Aging*, 6, 190-201.
- Ryff, C. D.(1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6, 286-295.
- Ryff, C. D., Magee, W. J., Kling, K. C., Wing, E. H.(1999). Forging Macro-Micro Linkages in the Study of Psychological Well-Being. In: C. D. RYFF & V. W. MARSHALL.(eds). *The self and Society in Aging Processes*. New York: Springer Publishing Company.
- Scheier, M.F., & Caver, C.S.(1992). Effects of optimism on psychological and phyfical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.

- Schieman, S. Van Gundy, K & Taylor, J.(2002). The Relationship Between Age and Depressive Symptoms: A Test of Competing Explanatory and Suppression Influences. *Journal of Aging and Health*, 14, (2), 260-285.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Shaie, K. W. & Willis, S. L. (1996). *Adult development and Aging*. New York: HarperCollins College Publishers.
- Sheehan, T. J., Fifield, J., Reisine, S., & Tennen, H. (1995). The measurement structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Journal of Personality Assessment*, 64, 507-521.
- Silveira, D. X. da. & 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 (orgs). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Farmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. N. Y.: Appleton Century Crofts.
- Skinner, B. F. (1989). *Recent issues in Analysis of Behavior*. N. Y.: MacMillan (traduzido para o português por Anita Liberalesso Neri, e publicado pela Editora Papyrus em 1991).
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, R. Stettersten Jr., & Kunzmann, U. (1999). Sources of well-being in very old age. In P. B. Baltes & Mayer, K. U. (Eds.). *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Snowdon, J.(2002). How high is the prevalence of depression in ol age? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 20 (Supl I): 42-47.
- Staudinger, Marsiske, M. & Baltes (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*. Campinas: Papyrus, pp. 195-228 (tradução do original em inglês de 1993, publicado no periódico *Development and Psychology*).
- Stoppe Jr, A. & Neto, L. (1999). *Depressão na Terceira Idade*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Suh, E. M. (2000). Self, the hyphen between culture and subjective well-being. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and Subjective Well-being*. Cambridge: MIT Press, pp. 13-36
- Tavares, S. S., Neri, A. L. E Cupertino, A. P. (2004). Saúde Emocional após a aposentadoria. IN A. L. NERI, M. YASSUDA (orgs). *Velhice Bem- Sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papyrus.

- Taylor, M. J. & Lynch, S. N. (2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences, Vol. 59B* (4), S238-S246.
- Tornstam, L. (1997). Life Crises and Gerotranscendence.. *Journal of Aging and Identity, 2*:117-131.
- Triandis, H. C. (2000). Cultural syndromes and subjective well-being. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and Subjective Well-being*. Cambridge: MIT Press, pp. 13-12.
- Troits, P. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 54* (4): 416-423.
- Twenge, J. & Campbell, W. K. (2002). Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review, 6*, 59-71
- Tyler, K.A, & Hoyt, D. R. (2000). "The Effects of an Acute Stressor on Depressive Symptoms Among Older Adults: The Moderating Effects of Social Support and Age." *Research on Aging, 22*:143-164.
- Vargas, H. S. (1992). *A Depressão no Idoso: fundamentos*. São Paulo: Fundo Editorial BWK.
- Veras, R. P., Murphy, E. (1994). The mental health of older people in Rio de Janeiro. *International Journal Geriatrics Psychiatry, 9*, 285-295.
- Verhey, F.R.J., & Honig, A.(1997). Depression in the elderly. In A. Honig, H.M. van Praag (Eds). *Depression: Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances*. Chichester: John Wiley. Pp. 59-81.
- Vieira, E. B. & Koenig, A. M.(2002). Avaliação cognitiva. In: E. V. Freitas, L.Py, A.L.Neri, F. A. X. Cançado, M.L.Gorzoni, S.M. Rocha (orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- West, C. G., Reed, D. M. et al. (1998). Can money buy happiness? Depressive symptoms in an affluent older population. *Journal American Geriatric Society, 46*, 49-57.
- Wethington, E. & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health Social Behavior 27*:78-89.
- Woodruff-Pak, D.S. (1997). *The Neuropsychology of Aging*. Malden: Blackwell Publishers.
- Yancura, L. A., Aldwin, C.M., & Spiro, A. III.(1999). Does stress decrease with age? A longitudinal examination of stress in the Normative Aging Study [Abstract]. *The Gerontologist, 39*, 212.

- 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.
- Ying, Y. (1988). Depressive symptomatology among Chinese-Americans as measured by the CES-D. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 739-746.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zung, W.W.K. (1965). A self rating depression scale. *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



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 Morngai  
 DEPIHU



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
 RUA CATULO BREVIGLIERE, 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.

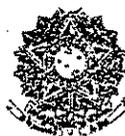
#### RESPONSABILIDADES DO PESQUISADOR:

- ⇒ 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.

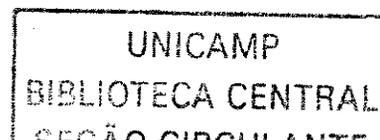
**Adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e forma de obtê-lo:**

Adequado e de fácil obtenção.

**Informações Adequadas quanto aos financiamentos:**

De acordo.

*Prof. Henrique Noronha*  
 Presidente CEP/HU





UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
RUA CATULO BREVIGLIÈRE, 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/NU

## ANEXO 2

FICHA DE RECRUTAMENTO - *PENSA*

Data Recr.: ____/____/____
Recrutador: _____
Bairro: _____
Data Entr: ____/____/____
Hora: _____
Entrevistador: _____

**Apresentação do Estudo**

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** ( ) Masc ( ) Fem

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Telefone** \_\_\_\_\_

**Vai participar do estudo?**

**Status do recrutamento**

( 1 ) Sim	( 11 ) Completo	
	( 12 ) Falta assinar termo de consentimento	
( 2 ) Não	( 13 ) Faltando algum dado	
	( 21 ) Incapacitado	( 1 ) Doença. Qual? _____
		( 2 ) Déficit Cognitivo
		( 3 ) Depressão
		( 4 ) Outros: _____
	( 22 ) Recusa - _____	
( 3 ) Pendente	( 31 ) Não Estava em casa	
	( 32 ) Não Pode atender no momento	
	( 33 ) Pediu para pensar a respeito	
	( 34 ) Outros _____	
	Retornar: ____/____/____	

**ANEXO 3**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
PROCESSOS DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL EM JUIZ DE FORA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável em Juiz de Fora pretende conhecer os aspectos que influenciam na forma como a população de nossa cidade envelhece e se desenvolve com o passar dos anos. Essa pesquisa além de buscar informações sobre o envelhecimento saudável, terá uma contribuição fundamental facilitando o conhecimento sobre as características da população idosa de Juiz de Fora. Ou seja, esta pesquisa permitirá conhecer e assim divulgar quais são as principais características da população idosa no que se refere aos aspectos sociais, físicos e emocionais.

Participar da pesquisa não implica em remuneração, nem em qualquer ganho material (brindes, indenizações, etc) para os entrevistados. Porém é importante ressaltar que ao aceitar participar da entrevista o participante irá contribuir para o desenvolvimento do conhecimento geral e específico a respeito das características da população idosa em Juiz de Fora, que vem aumentando progressivamente.

Aceitando participar desta pesquisa você receberá a visita de um entrevistador devidamente treinado e identificado para uma entrevista de aproximadamente 2 horas. Após 12 e 24 meses (1 e 2 anos) serão feitos novos contatos para acompanhamento dos participantes, com o objetivo de verificar se houve alguma mudança em relação ao estilo e modo de vida do entrevistado. É garantido a todos os participantes que se retirem da pesquisa quando quiserem, sem qualquer prejuízo financeiro, moral, físico ou social. A pesquisa será realizada somente com pessoas maiores de 60 anos, na própria casa do entrevistado, por uma pessoa treinada para essa função. Portanto, não será necessário o deslocamento para qualquer outro lugar, a menos que seja do interesse do entrevistado que esta se realize fora de sua casa.

Todas as informações colhidas serão cuidadosamente guardadas garantindo o sigilo e a privacidade dos entrevistados, que poderão obter informações sobre a pesquisa, a qualquer momento que julgarem necessário.

A responsabilidade pela pesquisa ficará a cargo da pesquisadora Prof Dr<sup>a</sup> Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino, quem estará disponível para maiores esclarecimentos.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino  
 Pesquisadora do CNPq – Projeto PROFIX  
 Universidade Federal de Juiz de Fora  
 Inst. de Ciências Humanas e Letras  
 Depto. de Psicologia, sala 1703 B  
 Telefone de contato: 3229-3117  
 E-mail: [pensa@ichl.ufjf.br](mailto:pensa@ichl.ufjf.br)

Caso queira participar da pesquisa, basta preencher abaixo com seus dados e assinar.

“Sim, tenho conhecimento do processo e aceito participar do Estudo sobre os Processos do Envelhecimento Saudável em Juiz de Fora”.

**NOME:** \_\_\_\_\_

**RUA:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**TEL.:** \_\_\_\_\_ **CART.IDENT.:** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **ASSINATURA:** \_\_\_\_\_

**ANEXO 4**  
**VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**

Nome: _____	
Endereço: _____	
Telefone: _____	Data de nascimento: ____ / ____ / ____
Sexo:           ( 1 ) Masculino           ( 2 ) Feminino	

**SE - STATUS SÓCIO - ECONÔMICO**

**Gostaríamos de começar nossa entrevista com algumas perguntas sobre o estilo de vida da sua família, um bate papo sobre quantas pessoas moram aqui, bem como conversar sobre alguns aspectos do estilo de vida que você tinha quando estava crescendo.**

1. Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_
  
4. Qual é o seu estado civil?
  - ( 1 ) Casada/o. Quantas vezes? \_\_\_\_\_
  - ( 2 ) Solteiro/nunca casado
  - ( 3 ) Divorciado       (PREENCHER QUANTAS VEZES CASOU)
  - ( 4 ) Separado(PREENCHER QUANTAS VEZES CASOU)
  - ( 5 ) Amasiado       (PREENCHER QUANTAS VEZES CASOU)
  - ( 6 ) Viúvo       (PREENCHER QUANTAS VEZES CASOU)
  
6. Você freqüentou a escola até que série?
 

( 1 ) Nunca freqüentou	( 6 ) Científico ( normal, técnico...)
( 2 ) Alfabetizado	( 7 ) Curso superior incompleto
( 3 ) Primário	( 8 ) Curso superior completo
( 4 ) Admissão (4 <sup>a</sup> série)	( 9 ) Outro. _____
( 5 ) Ginásial / colegial	
  
11. Qual seria o total dessa renda familiar em salários mínimos aproximadamente?
  - ( 1 ) 1 a 2 salários mínimos
  - ( 2 ) 3 a 4 salários mínimos
  - ( 3 ) 5 a 8 salários mínimos
  - ( 4 ) Mais de 8 salários mínimos

## ANEXO 5

### CLASSE SOCIAL PERCEBIDA

24. Você diria que você era de qual classe social na maior parte de sua vida enquanto adulto?

- ( 1 ) Miserável
- ( 2 ) Baixo
- ( 3 ) Médio - baixo
- ( 4 ) Médio
- ( 5 ) Médio-alto
- ( 6 ) Alto

29. Você diria que pertence a qual classe social atualmente (desde aposentado, se for o caso)?

- ( 1 ) Miserável
- ( 2 ) Baixo
- ( 3 ) Médio - baixo
- ( 4 ) Médio
- ( 5 ) Médio-alto
- ( 6 ) Alto

## ANEXO 6

## ISEL – REDUZIDO (INTERPERSONAL SUPPORT EVALUATION- 5 ITENS)

<b>Gostaríamos de saber a facilidade que você encontra para se relacionar com as pessoas mais próximas</b>	<b>Nunca</b>	<b>As vezes (1-2dias / semana)</b>	<b>Maioria das vezes (3-4 dias / sem)</b>	<b>Sempre (5-7 dias/ semana)</b>
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 7

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

Gostaríamos de saber se você passou por algum destes eventos estressantes no último ano. Por favor, diga se você passou por qualquer um destes eventos estressantes e o quão estressante foi este evento para você. Por estressantes queremos dizer eventos que te incomodaram ou atrapalharam de alguma forma.

EVENTOS	Não aconteceu	Nada estressante	Pouco estressante	Mediana- mente estressante	Muito estressante	Extrema- mente estressante
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

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

## ANEXO 8

## CES-D (Center Epidemiologic Survey-Depression)

	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 amistosias 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 9

## GDS

<b>Vou ler para você uma lista de maneiras de como as pessoas se sentem e se comportam e gostaria que você me dissesse como você tem se sentido.</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Em geral, sente-se satisfeito(a) com a vida?	0	1
2. Interrompeu muitas vezes suas atividades ou coisas de interesse pessoal ?	1	0
3. Acha sua vida vazia?	1	0
4. Aborrece-se com frequência?	1	0
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	1	0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se desamparado(a) com frequência?	1	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?	0	1
12. Sente que não vale a pena viver como vive agora?	0	1
13. Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14. Acha que sua situação tem solução?	0	1
15. Acha que tem muita gente em situação melhor que sua?	1	0

## ANEXO 10

### Medida de adequação da amostra, auto-valores dos fatores e percentual de explicação da variabilidade total para a CES-D

MEDIDA DE ADEQUAÇÃO DA AMOSTRA - MSA:

Kaiser's Measure of Sampling Adequacy: Over-all MSA = 0.9115

#### MAIORES AUTO-VALORES E PERCENTUAL EXPLICADO DA VARIABILIDADE TOTAL

FATOR	1	2	3	4	5	6	7
AUTO-VALOR	<u>5.7428</u>	<u>1.4821</u>	<u>1.1836</u>	<u>1.0881</u>	0.9722	0.8908	0.8524
PROPORÇÃO	0.2871	0.0741	0.0592	<u>0.0544</u>	0.0486	0.0445	0.0426
ACUMULADO	0.2871	0.3612	0.4204	<u>0.4748</u>	0.5234	0.5680	0.6106

### Cargas dos itens nos fatores já rotacionados para a CES-D.

	FATOR1	FATOR2	FATOR3	FATOR4
DEP1	0.08570	<u>0.60381</u>	0.03429	0.17406
DEP2	0.08294	<u>0.61201</u>	0.11154	0.01812
DEP3	0.46795	<u>0.55929</u>	0.06289	0.10289
DEP4	0.06166	0.00875	<u>0.61635</u>	-0.26105
DEP5	0.30769	<u>0.55743</u>	<u>0.05856</u>	-0.05144
DEP6	<u>0.72603</u>	0.30664	0.11323	0.08899
DEP7	0.27658	<u>0.61290</u>	0.05118	0.16274
DEP8	0.17983	0.04234	<u>0.71899</u>	0.02941
DEP9	<u>0.59050</u>	0.00267	0.11471	0.19422
DEP10	<u>0.43841</u>	0.23607	0.06863	0.13458
DEP11	<u>0.12950</u>	0.41832	0.13441	<u>0.50661</u>
DEP12	0.18207	0.19156	<u>0.59982</u>	0.43690
DEP13	<u>0.39232</u>	0.37238	0.06754	0.03417
DEP14	<u>0.55218</u>	0.22041	0.23250	-0.03383
DEP15	0.15854	0.07946	-0.03061	<u>0.76137</u>
DEP16	0.09637	0.19324	<u>0.64491</u>	0.43894
DEP17	<u>0.59072</u>	0.13953	0.15773	-0.06115
DEP18	<u>0.70799</u>	0.28386	0.15032	0.14882
DEP19	<u>0.59693</u>	-0.01866	-0.04774	0.42948
DEP20	<u>0.45787</u>	0.30950	-0.03809	0.09348

## ANEXO 11

Comparação entre escores da GDS e da CES-D, segundo o ponto de corte para a CES-D  
obtido pela Curva ROC

DEPRESSÃO PELA CES-D E PELA GDS				MEDIDAS DE DIAGNÓSTICO:	
CES-D	GDS			SENSIBILIDADE: 74.6%	
Freqüência				ESPECIFICIDADE: 73.6%	
%				VALOR PREDITIVO POSITIVO: 33.3%	
% linha				VALOR PREDITIVO NEGATIVO: 94.3%	
% coluna	GDS<=5	GDS>5	Total	Precisão (ou acurácia): 73.8%	
-----+-----+-----+					
CESD<=11	279	17	296	DEPRESSÃO PELA GDS: 15.0%	
	62.56	3.81	66.37	DEPRESSÃO PELA CESD: 33.6%	
	<u>94.26</u>	5.74		DEPRESSÃO PELA CESD NA AMOSTRA TOTAL (n=903):	
	<u>73.61</u>	25.37		33.8% OU n=305 em 903	
-----+-----+-----+					
CESD>11	100	50	150		
	22.42	11.21	<u>33.63</u>		
	66.67	<u>33.33</u>			
	26.39	<u>74.63</u>			
-----+-----+-----+					
Total	379	67	446		
	84.98	<u>15.02</u>	100.00		

## ANEXO 12

Valores dos itens da CES-D para a estimativa de sensibilidade e de especificidade pela Curva ROC

PONTOS DE CORTE PARA CESD SEGUNDO SENS E 1-ESPEC			CESD	SENSIB	1-ESPECIF
CESD	SENSIB	1-ESPECIF			
			19.50	.388	.079
			20.50	.373	.071
			21.50	.343	.066
			22.50	.313	.058
			23.50	.254	.047
			24.50	.209	.042
			25.50	.179	.034
			27.00	.164	.024
			28.50	.149	.021
			29.50	.134	.021
			30.50	.119	.013
			31.50	.119	.011
			33.00	.119	.008
			34.50	.104	.008
			35.50	.060	.008
			37.50	.045	.003
			40.00	.030	.003
			42.50	.015	.003
			44.50	.015	.000
			46.00	.000	.000
-1.0	1.000	1.000			
0.50	1.000	.931			
1.50	.970	.902			
2.50	.970	.868			
3.50	.940	.752			
4.50	.940	.697			
5.50	.940	.625			
6.50	.910	.528			
7.50	.851	.480			
8.50	.806	.417			
9.50	.776	.359			
10.50	.776	.314			
<u>11.50</u>	.746	.264 *			
12.50	.687	.230			
13.50	.597	.208			
14.50	.582	.185			
15.50	.552	.145			
16.50	.493	.124			
17.50	.448	.108			
18.50	.418	.092			

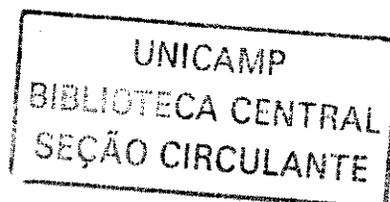
\* ponto que maximiza sensibilidade e especificidade simultaneamente.

## ANEXO 13

Resultados das análises bivariadas relativas às variáveis classe social percebida, renda e escolaridade

Variáveis comparadas	Valor do Qui <sup>2</sup>	Graus de liberdade	Valor de p (= ou >)	Conclusão sobre a associação com base no Teste Tukey
Escolaridade X renda	191,20	9	0,001*	Os de renda mais alta têm maior escolaridade
Escolaridade X classe social percebida	100,7	9	0,001*	Os que se percebem como pertencentes à classe social mais alta têm mais escolaridade
Renda X classe social percebida	175,08	9	0,001*	Os que se percebem como pertencentes a classe social mais alta têm maior renda

\* Estatisticamente significantes



## ANEXO 14

Dados brutos relativos à comparação entre as variáveis nível de escolaridade, nível de renda e classe social percebida

**ESCOLARIDADE vs RENDA**

Frequência,	Frequência				Total
	1-2 SM	3-4 SM	5-8 SM	>8 SM	
NUNC/ALF	27	25	14	5	71
	16.77	10.29	6.03	2.00	
PRIMÁRIO	104	134	86	61	385
	64.60	55.14	37.07	24.40	
GINASIAL	20	39	50	34	143
	12.42	16.05	21.55	13.60	
2GR/SUP	10	45	82	150	287
	6.21	18.52	35.34	60.00	
Total	161	243	232	250	886

Frequência de não-respostas = 17

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=191.20$ ; GL=9;  $p<0.001$ 

HOUE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE ESCOLARIDADE E RENDA: MAIOR ESCOLARIDADE PARA OS COM MAIOR RENDA.

**ESCOLARIDADE vs CLASSE SOCIAL PERCEBIDA**

Frequência	Frequência			Total
	MIS/BAIX	MÉDIO-BA	MÉDIO	
NUNC/ALF	16	24	31	72
	25.00	11.88	5.83	1.03
PRIMÁRIO	34	113	215	389
	53.13	55.94	40.41	27.84
GINASIAL	6	35	88	144
	9.38	17.33	16.54	15.46
2GR/SUP	8	30	198	290
	12.50	14.85	37.22	55.67
Total	64	202	532	895

Frequência de não-respostas = 8

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=100.07$ ; GL=9;  $p<0.001$ 

HOUE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE ESCOLARIDADE E CLASSE SOCIAL PERCEBIDA: MAIOR ESCOLARIDADE PARA OS DE MAIOR CLASSE.

**RENDA vs CLASSE SOCIAL PERCEBIDA**

RENDA	CLASSE SOCIAL PERCEBIDA				Total
	MIS/BAIX	MÉDIO-BA	MÉDIO	MÉDALT/A	
1-2 SM	30	64	62	6	162
	46.88	31.84	11.81	6.25	
3-4 SM	20	78	137	8	243
	31.25	38.81	26.10	8.33	
5-8 SM	10	37	162	23	232
	15.63	18.41	30.86	23.96	
>8 SM	4	22	164	59	249
	6.25	10.95	31.24	61.46	
Total	64	201	525	96	886

Frequência de não-respostas = 17

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=175.08$ ; GL=9;  $p<0.001$ 

HOUE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE RENDA E CLASSE SOCIAL PERCEBIDA: MAIOR RENDA PARA OS DE MAIOR CLASSE SOCIAL.

**COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE ESCOLARIDADE EM 4 NÍVEIS; RENDA EM 4 NÍVEIS E CLASSE SOCIAL PERCEBIDA EM 4 NÍVEIS).**

	ESCOL	CLASSE
CLASSE	r= 0.31350	
	p= 0.0001	
	n= 895	
RENTOT	r= 0.44804	0.41699
	p= 0.0001	0.0001
	n= 886	886

AS CORRELAÇÕES ENTRE TODAS AS VARIÁVEIS FORAM SIGNIFICATIVAS.

(r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=número de pessoas).

## ANEXO 15

Análise descritiva das variáveis mobilidade social percebida, suporte social percebido, experiência de eventos estressantes e sintomas depressivos.

### **Frequência de respostas para os três níveis de avaliação da mobilidade social percebida**

Avaliação	Frequência	Porcentagem
Piorou	102	11.4
Permaneceu estável	699	78.1
Melhorou	94	10.5
Não-respostas	8	

### **Medidas de posição e dispersão para a escala de suporte social percebido**

<i>N</i>	<i>MEDIA</i>	<i>DP</i>	<i>MAX</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>MIN</i>
888	17.65	3.03	20	19	6

### **Frequência de respostas para os três níveis de avaliação da qualidade do suporte social**

Níveis	Frequência	Porcentagem
BAIXO	249	28.0
MÉDIO	244	27.5
ALTO	395	44.5
Não respostas	15	

### **Medidas de posição e de dispersão para número de eventos de vida estressantes experimentados no último ano**

<i>N</i>	<i>MEDIA</i>	<i>DP</i>	<i>MAX</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>MIN</i>
891	2.02	2.50	16	1	0

### **Número de eventos estressantes baseados na distribuição da frequência dos eventos considerados como “muito” ou “extremamente estressantes”**

Níveis	Frequência	Porcentagem
Nulo (nenhum evento)	312	35.0
MÉDIO	397	44.6
ALTO	182	20.4
Não-respostas	12	

---

**Número de sintomas depressivos relatados**

<i>N</i>	<i>MEDIA</i>	<i>DP</i>	<i>MAX</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>MIN</i>
903	10.23	8.78	53	8	0

---

**Prevalência de depressão indicada pela CES-D, ou,  
número de casos que pontuaram acima e abaixo da nota  
de corte (11)**

Escore	Frequência	Porcentagem
<=11	598	66.2
>=12	305	33.8

---

## ANEXO 16

Resultados das análises bivariadas relativas às variáveis mobilidade social percebida, suporte social percebido, número de eventos estressantes vividos no último ano, número de sintomas depressivos, gênero e idade.

Variáveis comparadas	Valor do Qui <sup>2</sup>	Graus de liberdade	Valor de p (= ou >)	Conclusão sobre a associação com base no Teste de Tukey
Mobilidade social percebida e gênero	3,80	2	0,150	
Mobilidade social percebida e idade	0,86	4	0,930	
Classe social percebida e mobilidade social percebida	117,18	6	0,001	Os das classes sociais percebidas como miseráveis, baixa e média-baixa acreditam que desceram na escala social ;os que se percebem como de classe média, média-alta e alta acreditam que subiram na escala social
Suporte social percebido e gênero	4,37	2	0,113	
Suporte social percebido e idade	3,27	4	0,514	
Suporte social percebido e mobilidade social percebida	0,31	4	0,989	
Número eventos estressantes e gênero	7,12	2	<b>0,028*</b>	Mulheres relataram terem vivido mais eventos estressantes
Número eventos estressantes e idade.	2,64	4	0,621	
Número de eventos estressantes e mobilidade social percebida	3,30	4	0,508	
Número de eventos estressantes e suporte social percebido	29,23	4	<b>0,001*</b>	Maior número de eventos estressantes entre os que relataram ter pouco suporte social e menor número de eventos estressantes entre os que relataram ter muito suporte social
Depressão e gênero	8,08	1	<b>0,004*</b>	Mulheres com mais sintomas depressivos
Depressão e idade	8,08	2	<b>0,018*</b>	Maior entre os de menos de 70 anos e entre os de 80 anos e mais
Depressão e classe social percebida	3,36	3	0,339	
Depressão e mobilidade social percebida	3,31	2	0,191	
Depressão e suporte social percebido	31,00	2	<b>0,001*</b>	Mais sintomas depressivos entre os com baixo suporte social e menos sintomas depressivos entre os que tem mais suporte social percebido
Depressão e número de eventos estressantes	32,24	2	<b>0,001*</b>	Mais sintomas depressivos entre os que relataram mais eventos estressantes

\* Estatisticamente significante

## ANEXO 17

Resultados brutos dos testes Qui-quadrado e Tukey aplicados às variáveis Classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido, experiência de eventos estressantes e depressão.

NÚMERO DE EVENTOS ESTRESSANTES vs SEXO				MOBILIDADE SOCIAL vs IDADE						
Frequency.				Frequency.						
Col	Pct	MASCULIN.	FEMININO.	Total	Col	Pct	<70	.70-79	>=80	Total
BAIXO	.	100	. 212	. 312	PIORA	.	44	. 41	. 17	. 102
	.	40.00	. 33.07	.		.	12.09	. 11.48	. 9.77	.
MÉDIO	.	112	. 285	. 397	ESTÁVEL	.	282	. 277	. 140	. 699
	.	44.80	. 44.46	.		.	77.47	. 77.59	. 80.46	.
ALTO	.	38	. 144	. 182	MELHORA	.	38	. 39	. 17	. 94
	.	15.20	. 22.46	.		.	10.44	. 10.92	. 9.77	.
Total		250	641	891	Total		364	357	174	895
Frequency Missing = 12				Frequency Missing = 8						
TESTE QUI-QUADRADO: $\chi^2=7.12$ ; GL=2; p=0.028				TESTE QUI-QUADRADO: $\chi^2=0.86$ ; GL=4; p=0.930						
HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE EVENTOS ESTRESSANTES ENTRE OS SEXOS: MAIOR ENTRE AS MULHERES.				NÃO HOUE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE MOBIL SOCIAL E IDADE.						

SUPORTE SOCIAL vs SEXO				NÚMERO DE EVENTOS ESTRESSANTES vs IDADE						
Frequency.				Frequency.						
Col	Pct	MASCULIN.	FEMININO.	Total	Col	Pct	<70	.70-79	>=80	Total
BAIXO	.	61	. 188	. 249	BAIXO	.	122	. 125	. 65	. 312
	.	24.50	. 29.42	.		.	33.52	. 35.31	. 37.57	.
MÉDIO	.	80	. 164	. 244	MÉDIO	.	159	. 160	. 78	. 397
	.	32.13	. 25.67	.		.	43.68	. 45.20	. 45.09	.
ALTO	.	108	. 287	. 395	ALTO	.	83	. 69	. 30	. 182
	.	43.37	. 44.91	.		.	22.80	. 19.49	. 17.34	.
Total		249	639	888	Total		364	354	173	891
Frequency Missing = 15				Frequency Missing = 12						
TESTE QUI-QUADRADO: $\chi^2=4.37$ ; GL=2; p=0.113				TESTE QUI-QUADRADO: $\chi^2=2.64$ ; GL=4; p=0.621						
NÃO HOUE ASSOCIAÇÃO SIGNIFIC. ENTRE SUPORTE SOCIAL E SEXO.				NÃO HOUE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE EVENT ESTRES E IDADE.						

## ESTADO DEPRESSIVO (CES-D) vs SEXO

Frequency.			
Col Pct	MASCULIN.	FEMININO.	Total
<=11	185	413	598
	73.41	63.44	
>=12	67	238	305
	26.59	36.56	
Total	252	651	903

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=8.08$ ; GL=1; p=0.004

HOUVE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE ESTADO DEPRESSIVO ENTRE OS SEXOS: MAIOR ENTRE AS MULHERES.

## SUPORTE SOCIAL vs IDADE

Frequency.				
Col Pct	<70	.70-79	.>=80	Total
BAIXO	108	96	45	249
	29.83	27.12	26.16	
MÉDIO	89	107	48	244
	24.59	30.23	27.91	
ALTO	165	151	79	395
	45.58	42.66	45.93	
Total	362	354	172	888

Frequency Missing = 15

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=3.27$ ; GL=4; p=0.514

NÃO HOUVE ASSOCIAÇÃO SINGIFIC. ENTRE SUPORTE SOCIAL E IDADE

## CLASSE SOCIAL PERCEBIDA vs ESTADO DEPRESSIVO (CES-D)

Frequency.			
CLASVEL	DEPCESD		Total
Row Pct	<=11	.>=12	
MIS/BAIX	40	25	65
	61.54	38.46	
MÉDIO-BAIXO	129	73	202
	63.86	36.14	
MÉDIO	355	177	532
	66.73	33.27	
MÉDALT/AL	69	28	97
	71.13	28.87	
Total	593	303	896

Frequency Missing = 7

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=2.25$ ; GL=3; p=0.523

NÃO HOUVE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE CLASSE SOCIAL PERCEBIDA E ESTADO DEPRESSIVO.

## MOBILIDADE SOCIAL vs SEXO

Frequency.			
Col Pct	MASCULIN.	FEMININO.	Total
PIORA	33	69	102
	13.25	10.68	
ESTÁVEL	197	502	699
	79.12	77.71	
MELHORA	19	75	94
	7.63	11.61	
Total	249	646	895

Frequency Missing = 8

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=3.80$ ; GL=2; p=0.150

NÃO HOUVE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE MOBILIDADE SOCIAL E SEXO.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

## ESTADO DEPRESSIVO (CES-D) vs IDADE

Frequency.

Col Pct	<70	.70-79	.>=80	Total
<=11	226	259	113	598
	61.75	<u>71.55</u>	64.57	
>=12	140	103	62	305
	<u>38.25</u>	28.45	<u>35.43</u>	
Total	366	362	175	903

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=8.08$ ; GL=2;  $p=0.018$ 

HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE ESTADO DEPRESSIVO ENTRE AS IDADES: MAIOR ENTRE OS COM '&lt;70' e ENTRE OS COM '&gt;=80'.

## ESTADO DEPRESSIVO (CES-D) vs MOBILIDADE SOCIAL

Frequency.

Col Pct	.PIORA	.ESTÁVEL	.MELHORA	Total
<=11	62	473	57	592
	60.78	67.67	60.64	
>=12	40	226	37	303
	39.22	32.33	39.36	
Total	102	699	94	895

Frequency Missing = 8

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=3.31$ ; GL=2;  $p=0.191$ 

NÃO HOUE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE MOBILIDADE SOCIAL E ESTADO DEPRESSIVO.

## ESTADO DEPRESSIVO (CES-D) vs NÚMERO DE EVENTOS ESTRESSANTES

Frequency.

Col Pct	.BAIXO	.MÉDIO	.ALTO	Total
<=11	242	251	99	592
	77.56	63.22	54.40	
>=12	70	146	83	299
	22.44	36.78	<u>45.60</u>	
Total	312	397	182	891

Frequency Missing = 12

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=31.00$ ; GL=2;  $p<0.001$ 

HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE ESTADO DEPRESSIVO ENTRE OS NÍVEIS DE EVENTOS ESTRESSANTES: MAIOR ENTRE OS COM MAIS EVENTOS ESTRESSANTES.

## ESTADO DEPRESSIVO (CES-D) vs SUPORTE SOCIAL

Frequency.

Col Pct	.BAIXO	.MÉDIO	.ALTO	Total
<=11	131	166	293	590
	52.61	68.03	74.18	
>=12	118	78	102	298
	<u>47.39</u>	31.97	25.82	
Total	249	244	395	888

Frequency Missing = 15

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=32.24$ ; GL=2;  $p<0.001$ 

HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE ESTADO DEPRESSIVO ENTRE OS NÍVEIS DE SUPORTE SOCIAL: MAIOR ENTRE OS COM MENOR SUPORTE SOCIAL.

NÚMERO DE EVENTOS ESTRESSANTES vs MOBILIDADE SOCIAL

RNUMEV		MOBSOCI			Total
Frequency	Col Pct	.PIORA	.ESTÁVEL	.MELHORA	
BAIXO	31	252	28	311	
	30.39	36.26	30.11		
MÉDIO	47	308	42	397	
	46.08	44.32	45.16		
ALTO	24	135	23	182	
	23.53	19.42	24.73		
Total	102	695	93	890	

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=3.30$ ; GL=4; p=0.508

SUPORTE SOCIAL vs NÚMERO DE EVENTOS ESTRESSANTES

Frequency		MOBSOCI			Total
Col Pct	.BAIXO	.MÉDIO	.ALTO		
BAIXO	54	126	68	248	
	17.48	31.90	37.36		
MÉDIO	95	109	39	243	
	30.74	27.59	21.43		
ALTO	160	160	75	395	
	51.78	40.51	41.21		
Total	309	395	182	886	

Frequency Missing = 17

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=29.23$ ; GL=4; p<0.001

HOUVE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE NÚMERO DE EVENTOS ESTRESSANTES E SUPORTE SOCIAL: MAIOR NÚMERO DE EVENTOS ESTRESSANTES ENTRE OS COM BAIXO SUPORTE SOCIAL E MENOR NÚMERO DE EVENTOS ESTRESSANTES ENTRE OS COM ALTO SUPORTE SOCIAL.

SUPORTE SOCIAL vs MOBILIDADE SOCIAL

Frequency		MOBSOCI			Total
Col Pct	.PIORA	.ESTÁVEL	.MELHORA		
BAIXO	27	196	25	248	
	26.47	28.36	26.60		
MÉDIO	28	189	27	244	
	27.45	27.35	28.72		
ALTO	47	306	42	395	
	46.08	44.28	44.68		
Total	102	691	94	887	

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=0.31$ ; GL=4; p=0.989

CLASSE SOCIAL PERCEBIDA vs MOBILIDADE SOCIAL PERCEBIDA

CLASVEL		MOBSOCI			Total
Row Pct	.PIORA	.ESTÁVEL	.MELHORA		
MIS/BAIX	19	46	0	65	
	29.23	70.77	0.00		
MÉDIO-BAIXO	49	129	24	202	
	24.26	63.86	11.88		
MÉDIO	33	455	43	531	
	6.21	85.69	8.10		
MÉDALT/AL	1	69	27	97	
	1.03	71.13	27.84		
Total	102	699	94	895	

Frequency Missing = 8

TESTE QUI-QUADRADO:  $\chi^2=117.18$ ; GL=6; p<0.001

HOUVE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA ENTRE CLASSE SOCIAL PERCEBIDA E MOBILIDADE SOCIAL: PIORA PARA OS DE MENOR CLASSE SOCIAL E MELHORA PARA OS DE MAIOR CLASSE SOCIAL.

## ANEXO 18

Comparação dos escores dos quatro fatores da CES-D, considerando-se as variáveis gênero, idade, classe social percebida, mobilidade social percebida, suporte social percebido e número de eventos estressantes.

COMPARAÇÃO DOS ESCORES NOS FATORES ENTRE OS SEXOS								
SEXO	FATORES	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	MANN-WHITNEY
MASCULIN	FATOR1	252	1.41	2.75	0.00	0.00	19.00	p<0.0001
	FATOR2	252	1.17	2.23	0.00	0.00	14.00	p=0.0003
	FATOR3	252	5.03	3.50	0.00	4.00	12.00	p=0.0350
FEMININO	FATOR1	651	<u>3.02</u>	4.43	0.00	1.00	24.00	
	FATOR2	651	<u>1.76</u>	2.64	0.00	1.00	13.00	
	FATOR3	651	<u>5.53</u>	3.43	0.00	5.00	12.00	

HOUVE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA ENTRE OS SEXOS PARA OS SEGUINTE FATORES:

- FATOR 1: MAIOR PONTUAÇÃO ENTRE AS MULHERES;
- FATOR 2: MAIOR PONTUAÇÃO ENTRE AS MULHERES;
- FATOR 3: MAIOR PONTUAÇÃO ENTRE AS MULHERES.

COMPARAÇÃO DOS ESCORES NOS FATORES ENTRE FAIXAS ETÁRIAS								
IDADE	FATORES	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	KRUSKAL-WALLIS
<70	FATOR1	366	<u>2.95</u>	4.40	0.00	1.00	24.00	p=0.0030
	FATOR2	366	<u>1.92</u>	2.92	0.00	0.50	14.00	p=0.0105
	FATOR3	366	5.42	3.47	0.00	5.00	12.00	p=0.9713
70-79	FATOR1	362	2.17	3.84	0.00	0.00	21.00	
	FATOR2	362	1.25	2.20	0.00	0.00	13.00	
	FATOR3	362	5.38	3.40	0.00	5.00	12.00	
≥80	FATOR1	175	<u>2.62</u>	3.89	0.00	1.00	21.00	
	FATOR2	175	<u>1.62</u>	2.29	0.00	1.00	10.00	
	FATOR3	175	5.35	3.57	0.00	6.00	12.00	

HOUVE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA ENTRE AS IDADES PARA OS SEGUINTE FATORES:

- FATOR 1: MAIOR PONTUAÇÃO ENTRE OS COM "<70 ANOS" E "≥80";
- FATOR 2: MAIOR PONTUAÇÃO ENTRE OS COM "<70 ANOS" E "≥80";

COMPARAÇÃO DOS ESCORES NOS FATORES ENTRE AS FAIXAS DE MOBILIDADE SOCIAL								
MOB SOCIAL	DOMÍNIOS	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	KRUSKAL-WALLIS
PIORA	FATOR 1	102	2.51	3.78	0.00	1.00	17.00	p=0.1556
	FATOR 2	102	1.52	2.05	0.00	1.00	10.00	p=0.1851
	FATOR 3	102	5.52	3.52	0.00	5.50	12.00	p=0.7479
ESTÁVEL	FATOR1	699	2.48	4.02	0.00	1.00	24.00	
	FATOR2	699	1.53	2.50	0.00	0.00	14.00	
	FATOR3	699	5.34	3.49	0.00	5.00	12.00	
MELHORA	FATOR1	94	3.35	4.90	0.00	1.00	19.00	

FATOR2	94	2.19	3.25	0.00	1.00	13.00
FATOR3	94	5.54	3.19	0.00	5.00	12.00

NÃO HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA ENTRE OS GRUPOS DE MOBILIDADE SOCIAL.

COMPARAÇÃO DOS ESCORES NOS FATORES ENTRE AS FAIXAS DE CLASSE SOCIAL PERCEBIDA

CLASSE SOCIAL	FATORES	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	KRUSKAL-WALLIS
MIS/BAIX	FATOR1	65	2.55	4.14	0.00	1.00	18.00	p=0.9954
	FATOR2	65	1.74	2.46	0.00	1.00	10.00	p=0.6765
	FATOR3	65	6.05	3.67	0.00	6.00	12.00	p=0.3737
MÉDIO-BAIXO	FATOR1	202	2.96	4.76	0.00	1.00	24.00	
	FATOR2	202	1.64	2.69	0.00	0.00	13.00	
	FATOR3	202	5.39	3.45	0.00	5.00	12.00	
MÉDIO	FATOR1	532	2.43	3.80	0.00	1.00	22.00	
	FATOR2	532	1.61	2.57	0.00	0.00	14.00	
	FATOR3	532	5.36	3.48	0.00	5.00	12.00	
MÉDALT/AL	FATOR1	97	2.60	4.17	0.00	1.00	19.00	
	FATOR2	97	1.33	2.18	0.00	0.00	13.00	
	FATOR3	97	5.06	3.19	0.00	5.00	12.00	

NÃO HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA ENTRE OS GRUPOS DE CLASSE SOCIAL PERCEBIDA.

**Resultados do cálculo das correlações de Spearman entre os escores nos fatores da CES-D entre si e entre as variáveis idade, mobilidade social percebida, suporte social percebido e número de eventos estressantes relatados**

**CORRELAÇÕES ENTRE FATORES (n=903)**

	FATOR1	FATOR2	
FATOR2	r= <u>0.51452</u> p= 0.0001		AS CORRELAÇÕES SIGNIFICATIVAS ESTÃO SUBLINHADAS, EMBORA MUITAS SEJAM SIGNIFICATIVAS, MAS FRACAS (R<0.40).
FATOR3	r= <u>0.39177</u> p= 0.0001	<u>0.33177</u> 0.0001	

**CORRELAÇÕES ENTRE DOMÍNIOS E DEMAIS VARIÁVEIS CONTÍNUAS**

	FATOR1	FATOR2	FATOR3
IDADE	r= -0.03435 p= 0.3025 n= 903	-0.05536 0.0964 903	-0.01855 0.5777 903
CLASADU (SOCIAL FASE ADULTA)	r= -0.03118 p= 0.3516 n= 895	-0.04542 0.1746 895	-0.04114 0.2188 895
CLASVEL (SOCIAL FASE ATUAL)	r= 0.00408 p= 0.9029 n= 896	-0.02419 0.4696 896	-0.04330 0.1954 896
MOBSOCI (MOBILIDADE SOCIAL)	r= 0.04371 p= 0.1914 n= 895	0.01379 0.6803 895	-0.00129 0.9693 895

---

SUPTOTAL	r=	<u>-0.25837</u>	<u>-0.23407</u>	<u>-0.22808</u>
(SOPORTE	p=	0.0001	0.0001	0.0001
SOCIAL)	n=	888	888	888
NUMEV	r=	<u>0.27917</u>	<u>0.19330</u>	<u>0.15493</u>
(EVENTOS	p=	0.0001	0.0001	0.0001
ESTRESSANTES)	n=	891	891	891

---

## ANEXO 19

Probabilidades de risco para depressão segundo o perfil dos indivíduos

SEXO	IDADE	CLASSE SOC.	MOB SOCI	SUPORTE	EVENTOS	RISCO*
MASCULIN	70-79	MÉDALT/AL	ESTÁVEL	ALTO	BAIXO	0.07547 -> PERFIL DE MENOR RISCO
MASCULIN	70-79	MÉDALT/AL	ESTÁVEL	MÉDIO	BAIXO	0.10414
FEMININO	70-79	MÉDALT/AL	ESTÁVEL	ALTO	BAIXO	0.10660
MASCULIN	70-79	MÉDIO-BAIXO	ESTÁVEL	ALTO	BAIXO	0.10686
MASCULIN	70-79	MÉDIO	ESTÁVEL	ALTO	BAIXO	0.10701
MASCULIN	>=80	MÉDALT/AL	ESTÁVEL	ALTO	BAIXO	0.10718
MASCULIN	70-79	MÉDALT/AL	ESTÁVEL	ALTO	MÉDIO	0.12803
MASCULIN	70-79	MÉDIO-BAIXO	PIORA	ALTO	BAIXO	0.13591
MASCULIN	70-79	MÉDIO	PIORA	ALTO	BAIXO	0.13609
MASCULIN	70-79	MÉDIO-BAIXO	MELHORA	ALTO	BAIXO	0.14428
.....						
FEMININO	<70	MÉDIO	MELHORA	BAIXO	MÉDIO	0.62656
FEMININO	<70	MÉDIO-BAIXO	ESTÁVEL	BAIXO	ALTO	0.62748
FEMININO	<70	MÉDIO	ESTÁVEL	BAIXO	ALTO	0.62784
FEMININO	<70	MÉDIO	ESTÁVEL	BAIXO	ALTO	0.62784
FEMININO	>=80	MIS/BAIX	ESTÁVEL	BAIXO	ALTO	0.63999
FEMININO	<70	MIS/BAIX	PIORA	BAIXO	MÉDIO	0.64709
FEMININO	<70	MIS/BAIX	ESTÁVEL	BAIXO	ALTO	0.66399
FEMININO	>=80	MÉDIO-BAIXO	PIORA	BAIXO	ALTO	0.66577
FEMININO	>=80	MÉDIO	MELHORA	BAIXO	ALTO	0.68137
FEMININO	<70	MÉDIO-BAIXO	PIORA	BAIXO	ALTO	0.68889 - PERFIL DE MAIOR RISCO

\* conforme resultados obtidos pelo modelo de regressão logística multivariada, modelo stepwise.

\*\* Parâmetros Estimados pela Regressão Logística: Intercepto (-2.8852); Sexo Feminino (0.3796); Idade < 70 anos (0.4915); Idade >80 anos (0.3857); Classe Social Mis/Baixa (0.5421); Classe Social Média-Baixa (0.3824); Classe Social Média (0.3839); Mobilidade Social Piora (0.2735); Mobilidade Social Melhora (0.3430); Suporte Médio (0.3536); Suporte Baixo (0.8379); Eventos Médios (0.5871); Eventos Altos (0.9355).

