

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Experiência de eventos estressantes associados ao cuidado,
alterações de sono e sintomas depressivos entre idosos da
comunidade: dados do PENSA**

Autor: Mônica Beatriz Ferreira
Orientadora: Maria Filomena Ceolim

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida por Mônica Beatriz Ferreira e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 30 de agosto de 2007

Assinatura:.....



Orientadora

COMISSÃO JULGADORA:



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

F413e Ferreira, Monica Beatriz
Experiência de eventos estressantes associados ao cuidado, alterações de sono e sintomas depressivos entre idosos da comunidade : dados do PENSEA / Monica Beatriz Ferreira. -- Campinas, SP: [s.n.], 2007.

Orientador : Maria Filomena Ceolim.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

1. Depressão. 2. Estresse. 3. Sono. 4. Distúrbios do sono. 5. Envelhecimento. I. Ceolim, Maria Filomena. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade Educação. III. Título.

07/536-BFE

Título em inglês : Experience of stressing events associated with care, sleeping alteration and depressive symptoms among aged of the community

Keywords: Depression ; Stress ; Sleep ; Sleep disorders ; Aging

Área de concentração : Gerontologia

Titulação: Mestre em Gerontologia

Banca examinadora: Profa. Dra. Maria Filomena Ceolim (Orientadora)
Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri
Prof. Dr. Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão

Data da defesa : 30/08/2007

E-mail: monicferreira@yahoo.com.br

Programa de pós-graduação: Educação

Dedico esta dissertação aos
meus pais, *João e Terezinha*,
pelo incentivo e apoio.
Às minhas irmãs,
Ana Cíntia e Viviane Cristine,
que sempre torceram muito pelo meu sucesso.
E à minha querida avó, *Maria*, pela
força que ela me dá onde quer que esteja.

“Depois de algum tempo, você descobre que não importa em quantos pedaços o seu coração foi partido, o mundo não pára para que você o conserte.
E, você aprende que realmente pode suportar ... que realmente é forte e quer ir muito mais longe depois de pensar que não pode mais.
E que, a vida tem um grande valor e você tem um grande valor diante da vida.
E, ainda que deve seguir seus sonhos, construindo pontes, entre o seu melhor e o que ele pode trazer de melhor para aqueles que lhe são importantes.
E que, o conhecimento e a dedicação são caminhos para esta realização.”

Adaptado de William Shakespeare

Agradeço

a Nossa Senhora Aparecida, por estar comigo sempre, iluminando meu caminho e guiando meus passos. . .

À professora orientadora **Dra. Maria Filomena Ceolim**, agradeço pelo estímulo e apoio constante que tornou possível a concretização deste trabalho. Por acreditar neste trabalho e confiar na minha capacidade, a confiança em nós mesmos inspira a maior parte da que temos nos outros. Muito obrigada.

À professora **Dra. Anita Liberalesso Neri**, grande mestre, cuja sabedoria revelou-se uma valiosa contribuição na definição do referencial desse estudo,....

Ao professor **Dr. Rubens Reimão** pela grandeza de todas suas colocações. Meus sinceros agradecimentos.

À amiga **Ms. Sonia Castelo Branco** pela sua dedicação ao conhecimento, e contribuição no “processo de desenvolvimento e envelhecimento” do próximo. Obrigada por me ensinar o valor do voluntariado.

À amiga e exemplar professora **Dra. Ana Cristina Passarela Bretãs**. Os primeiros passos desta conquista foi ao seu lado!!! Muito obrigada pela confiança!

Ao meu querido amigo, **Ezio Nago** com 94 anos, nos ensina o valor da amizade e da vida!!

Aos colegas e aos idosos do **Grupo Vida Residência**. Obrigada pelo convívio durante tantos anos!!

Algumas pessoas são especiais. Essas que vou citar me foram caras no desenvolvimento deste trabalho. Deram opiniões, ouviram minhas dúvidas, angústias e incertezas. Agradeço a meus queridos amigos Marcelo Cardoso, Daysi Maldum, Fernanda e Luciel, Glória Regina (*Goinha*), Carolina Baeta, Cacilda Coutinho, Carla Simonetti, Giovanni Sanseverino.

Aos participantes anônimos do **Projeto PENSA**. Obrigada!

FERREIRA, M. B. (2007). **Experiência de Eventos Estressantes associados ao Cuidado, Alterações de Sono e Sintomas Depressivos entre Idosos da Comunidade: Dados do PENSA**. Campinas, SP. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

RESUMO

O presente estudo é sobre a depressão e suas possíveis relações com o estresse e as alterações de sono no indivíduo idoso. Foram utilizados os dados do PENSA (*Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável*), a partir das informações fornecidas por uma comunidade de idosos residentes em Juiz de Fora/MG. Os instrumentos utilizados para a coleta das informações foram: questionário de características sócio-econômicas (idade, gênero, estado civil e escolaridade), Escala de Rastreamento de Sintomas Depressivos (Center for Epidemiologic Survey-Depression/ CES-D), The Elders Life Stress Inventory (ELSI) e Mini-Sleep Questionare (MSQ). Da sub-amostra de 898 participantes, entrevistada domiciliarmente entre 2002 e 2004, encontrou-se o predomínio de mulheres (646 mulheres – 71,9% / 252 homens – 28,1%), entre 60 a 69 anos (40,6%), 70 a 79 anos (40,0%) e mais de 80 anos (19,4%), casados (50%) e com filhos (90,3%), grau de escolaridade correspondente ao ensino fundamental e médio (81,9%), renda familiar de 3 a 8 salários mínimos (52,7%), mais de duas pessoas na casa (49,9%), pertencentes à classe social média (59,6%). Através da pontuação na CES-D, 66,0% não apresentavam sinais de depressão. Através do MSQ, houve variação de 10 a 49 pontos, com média de pontuação 23 pontos ($\pm 7,7$) e 62,3% apresentaram pontuação menor que 25. Entre as mulheres ($n=646$), 36,5% pontuaram para sintomas depressivos. Na comparação com os homens, a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,009$). As mulheres apresentaram escore significativamente mais elevado do que os homens na CES-D ($p<0,001$), sendo as idosas mais acometidas do que os homens ($p = 0,030$) por alterações do sono. Através da escala ELSI, classificou-se os idosos em três grupos, conforme suas respostas sobre eventos estressantes: eventos estressantes ligados ao cuidado (319 ou 35,5%), outros eventos estressantes (todos os demais eventos do Inventário - 404 ou 45,0%), ausência de eventos estressantes - 175 ou 19,5%). O evento 14 (“uma piora na saúde ou comportamento de um membro da família”) apresentou relação significativa com a depressão ($p = 0,004$). Foi observada relação estatisticamente significativa entre depressão e vivência do evento 14 ($p < 0,001$). Na análise de regressão logística multivariada, idosos com depressão apresentaram mais risco para alterações de sono, sendo isto mais acentuado nas mulheres. Concluiu-se pela existência da relação entre depressão e alterações do sono, sendo a maioria em mulheres e relacionado ao evento estressante do cuidado com o outro. Não há relação significativa entre eventos estressantes e alterações de sono, mas entre eventos estressantes (de qualquer tipo) e depressão.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Estresse, Alterações de sono, Envelhecimento.

FERREIRA, M. B. (2007). **Experiência de Eventos Estressantes associados ao Cuidado, Alterações de Sono e Sintomas Depressivos entre Idosos da Comunidade: Dados do PENSA**. Campinas, SP. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

ABSTRACT

The present work is about the depression and its possible relation with stress and sleeping alterations among aged individuals. PENSA were used, based upon datas obtained by aged community living in Juiz de Fora/MG. The instruments used for the collected data such as: social economic characteristics (age, gender, civil state, schooling), depressive symptoms tracking scale (Center for Epidemiologic Survey-Depression/CES-D), The Elders Life Stress Inventory (ELSI) and Mini-Sleep Questionnaire (MSQ). Among the sub sample of 898 participants interviewed at home between 2002 and 2004 women predominance was found (646 women – 71,9%/ 252 men – 28,1%) between 60 to 69 years (40,6%), between 70 to 79 years (40,0%) and more than 80 years (19,4%), married (50%) and with children (90,3%), individuals with elementary school level (81,9%), family income of 3 to 8 minimum salary (52,7%), more than two people in the house (49,9%), belonging to the medium social class (59,6%). Threw the CES-D punctuation, 66,0% didn't present depression signs. Threw MSQ there was a 10 to 49 points variation with average punctuation of 23 points (+-7,7) and 62,3% presented lower punctuation than 25. Among women (n=646), 36,5% scored for depressive symptoms. Comparing to men, the difference was statically significant ($p < 0,009$). The women presented significantly higher score than men in the CES-D ($p < 0,001$), the aged women presented more sleeping alterations than men ($p = 0,030$). Threw the ELSI scale, aged were classified into three groups by the answers given about stressing events: stressing events related to care (319 or 35,5%), other stressing events (all other events of the inventory – 404 or 45,0%), lack of stressing events – 175 or 19,5%. The event 14 (a worsening in the health or behavior of a family member) presented significant relation with depression ($p = 0,004$). A statically significant relation was observed among depression and living event 14 ($p < 0,001$). In the logistic regression univaried, aged with depression presented more risk for sleeping alterations this was more observed among women. It was concluded that there is a relation between depression and sleeping alterations, especially among women and related to stress events with one another. There is no significant relation among stressing events and sleeping alterations but among stressing events (of any kind) and depression.

KEY WORDS: Depression, Stress, Sleep Disorders, Aging.

Lista de abreviaturas

APA	American Psychiatric Association
CES-D	Center Epidemiologic Survey – Depression
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional da Saúde
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual IV
EEG	Eletroencefalograma
ELSI	Elders Life Stress Inventory
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
MSQ	Mini-Sleep Questionare
NIH-NIMH	National Institute of Mental Health
NREM–	Non-Rapid Eye Movements
PENSA	Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável – Projeto
Prefix	Programa Especial de Estímulo à fixação de Doutores
REM	Rapid Eyes Movement
SAS	Statistical Analysis System
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF.
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	36
Caracterização sociodemográfica dos idosos	
Tabela 2	38
Depressão e qualidade do sono entre os idosos, segundo os escores da CES-D e do MSQ.	
Tabela 3	39
Comparação entre homens e mulheres idosos quanto à depressão avaliada pela CES-D.	
Tabela 4	39
Comparação entre homens e mulheres quanto à qualidade do sono segundo o MSQ.	
Tabela 5	40
Escore médio na CES-D nos grupos de 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais.	
Tabela 6	41
Associação entre qualidade do sono e presença de depressão entre idosos.	
Tabela 7	42
Sintomas depressivos, alterações do sono e vivência de eventos estressantes entre idosos.	
Tabela 8	43
Comparações entre as médias na CES-D (sintomas depressivos) e no Mini-Sleep Questionnaire – MSQ (alteração do sono), conforme os tipos de eventos estressantes vivenciados.	
Tabela 9	43
Associação entre depressão e eventos estressantes ligados ao cuidado (itens 3, 14, 27 e 28 do ELSI).	
Tabela 10.	45
Escore do MSQ por faixa etária, entre idosos com eventos estressantes ligados ao cuidado e presença de depressão.	
Tabela 11	46
Relações entre gênero, idade, depressão, vivência de eventos estressantes e alteração na qualidade do sono em idosos.	
Tabela 12	47
Relações entre depressão, gênero e idade com alterações de sono em idosos.	

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Center Epidemiologic Depression(CES-D)	61
Anexo 2 -The Elders Life Stress Inventory – ELSI	62
Anexo 3 –Mini–Sleep Questionare	63
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	64
Anexo 5 – Parecer aprovado pelo Comitê de Ética	65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
REVISÃO DA LITERATURA	03
Depressão no envelhecimento	03
Estresse e depressão no Envelhecimento	10
Sono e depressão no Envelhecimento	20
JUSTIFICATIVA	28
OBJETIVOS DO ESTUDO	30
MATERIAIS E MÉTODOS	31
Tipo de estudo	31
População e campo de estudo	31
Participantes	32
Instrumentos de coleta dos resultados	33
Questionário de características sócio-econômicas	33
Escala de rastreamento CES-D	33
The Elders Life Stress Inventory – ELSI	33
Mini-Sleep Questionare (MSQ)	34
Análise de Dados	34
Aspectos éticos da pesquisa	35
ANÁLISE DE DADOS	36
DISCUSSÃO	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	61

INTRODUÇÃO

Os estudos envolvendo a população idosa se fazem cada vez mais necessários em todos os países do mundo. Isto se dá em consequência dos elevados índices de envelhecimento populacional, fenômeno de abrangência universal, mas que atinge os maiores índices nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. De 60 anos em diante, a América Latina chegará a ter o dobro do número de idosos, no período que compreende 1980 a 2025 (Lebrão & Laurenti, 2005).

O crescimento explosivo do número da população idosa tende a provocar o aumento de pessoas com risco de adquirir doenças neurológicas e psiquiátricas (Almeida, 1999), pois o próprio envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas doenças, prejuízos e incapacidade com conseqüente deterioração da saúde dos idosos (Ramos, 2001).

Dentre estas possibilidades de adoecimento do idoso, os transtornos mentais estão entre os mais prevalentes problemas crônicos de saúde associados à terceira idade, chegando a atingir aproximadamente 30% dos idosos que vivem na comunidade no Brasil (Blay *et al*,1991; Almeida,1997). Em função disso, pesquisar o envelhecimento e suas variáveis se tornou uma necessidade mundial:

Essa necessidade foi confirmada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), que ressaltou a importância de estudos epidemiológicos para determinação das prioridades no âmbito da saúde mental, em todos os países do mundo e especialmente nos países em desenvolvimento, reclamando a escassez de informações disponíveis sobre a prevalência de transtornos mentais e comportamentais, bem como a necessidade de dados sobre a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento das desordens mentais.
(Ribeiro, 2006, p. 01)

Compreender a saúde emocional no envelhecimento requer a observação da relação entre diversas variáveis, que se influenciam mutuamente e configuram o quadro de

bem-estar global do idoso. Todavia, o envelhecimento também implica em momentos de adoecimento, alguns de ordem passageira e outros não. Dentre os distúrbios emocionais comuns no processo de envelhecimento, destaca-se a depressão. A depressão estaria ligada a muitas condições, como a idade avançada, mas associando-se a fatores típicos do envelhecimento, como as alterações no padrão de sono e a vivência de estressores.

Em termos orgânicos, os transtornos do sono são uma característica marcante do transtorno depressivo, podendo-se destacar a correlação positiva entre problemas de sono e depressão. A literatura aponta que são observadas alterações na continuidade do sono, no sono de ondas lentas e no sono REM, dificuldade de iniciar o sono e despertar precoce.

Já em termos psicológicos, o estresse tem um importante papel na configuração das alterações da saúde física e emocional dos idosos. No envelhecimento, os indivíduos estão mais suscetíveis a vivenciar eventos estressantes ligados ao cuidado de outro idoso e a perda de entes queridos, os quais requerem um grande esforço de adaptação, podendo associar-se a efeitos negativos na saúde emocional e física do idoso. Assim, as variáveis psicossociais podem consistir em fatores relacionados com a presença de depressão na idade avançada.

O presente trabalho tem como objetivo investigar a presença de sintomas depressivos, relacionados à experiência de estressores e à presença de queixas de sono. Os dados fazem parte do banco de dados do PENSA (Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável – Projeto). Buscou-se, também, contribuir para um melhor atuação dos profissionais de saúde na profilaxia, na prevenção e no prognóstico de quadros depressivos em idosos, visando seu bem estar.

Envelhecer é uma das maiores preocupações dos seres humanos, desde o início da existência humana e é um fenômeno de difícil mensuração e determinação, implicando em fatores não só orgânicos, mas psicológicos e sociais/culturais (Neri, 2001). O processo do envelhecimento implica na transformação do organismo e das possibilidades de atuação na sociedade, no controle da própria vida e na expectativa de continuidade da vida, por vezes causando angústia e tristeza.

Assim, serão abordados os aspectos que concorrem com o envelhecimento que são objetos deste estudo: a depressão, o estresse e a qualidade de sono.

DEPRESSÃO E ENVELHECIMENTO

A depressão tem sido estudada em muitas pesquisas e observa-se que ainda não há consenso quanto à sua definição, tipos ou mesmo os índices de prevalência; isto talvez ocorra em função do uso de diferentes metodologias no desenvolvimento das pesquisas (Miguel-Filho e Almeida, 2000).

De maneira geral, no entanto, pode-se dizer que a depressão é um distúrbio de humor com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, um quadro composto por sintomas que traduzem estados emocionais que diferem acentuadamente em grau e algumas vezes, em espécie (Gazalle et al., 2004; Gordilho, apud Fortes, 2005).

A Psiquiatria atual faz uso do termo depressão pelo menos de duas maneiras distintas: ora referindo a um sintoma geralmente relacionado ao humor rebaixado,

depressivo, ora definindo a depressão como uma síndrome caracterizada por um conjunto de sintomas físicos, psicológicos e sociais na presença de humor rebaixado. O humor rebaixado (na forma de tristeza) somente, não caracterizaria a depressão, mas seria um dos critérios para seu diagnóstico.

A partir da CID-10 (1993) e do DSM-IV (1995), depreende-se que o estado depressivo refere-se a uma condição patológica com rebaixamento do humor e sintomas com intensidade e duração definidos em outros aspectos como os interesses, as formas de prazer e o impulso para a ação. Os sintomas mais comuns dos quadros depressivos são: desânimo, cansaço, insônia, falta de apetite, dificuldades de memória, dor nas costas, dor de cabeça, persistentes sentimentos de tristeza, ansiedade ou “vazio”, desesperança, pessimismo e culpa.

Na CID-10 (1993), encontram-se as seguintes condições para o diagnóstico de depressão – de forma resumida:

F 32 Episódio Depressivo

- duração mínima de 2 semanas;
- não houve sintomas hipomaníacos ou maníacos suficientes para satisfazer os critérios para episódio hipomaníaco ou maníaco em qualquer época da vida do indivíduo;
- o episódio não é atribuível ao uso de substância psicoativa ou qualquer transtorno mental orgânico;
- alguns sintomas depressivos são amplamente considerados como tendo significação clínica especial e são chamados de somáticos (biológica, vital, melancólica, ou endogenomórfica) ou SÍNDROME SOMÁTICA. Nestes casos, quatro dos seguintes sintomas devem estar presentes:
 - i. marcante perda de interesse e prazer em atividades que são normalmente agradáveis;
 - ii. falta de reações emocionais a eventos e atividades que normalmente produzem uma resposta emocional;
 - iii. levantar-se de manhã 2 horas ou mais antes do horário habitual;
 - iv. depressão pior pela manhã;
 - v. evidência objetiva de retardo ou agitação psicomotora (observado ou relatado por outra pessoa);
 - vi. marcante perda do apetite;
 - vii. perda de peso (5% ou mais do peso corporal no último mês);
 - viii. marcante perda da libido.

Além disso, destacam-se os critérios abaixo, com a especificidade de se diagnosticar se o quadro é leve, moderado ou grave. As condições desta gradação se referem à quantidade de sintomas adicionais (leve: de dois a três; moderado: seis; grave com ou sem sintomas psicóticos: oito).

F 32.0 Episódio depressivo leve

- critérios satisfeitos para episódio depressivo;
- pelo menos dois ou três dos sintomas a seguir:
 - 1) humor deprimido em grau anormal para o indivíduo, presente pela maior parte do dia e quase todos os dias, não influenciado pelas circunstâncias, e por, pelo menos, 2 semanas;
 - 2) perda de interesse ou prazer em atividades usualmente agradáveis;
 - 3) energia diminuída ou fadigabilidade aumentada.
- sintomas adicionais devem estar presentes, perfazendo um total de pelo menos quatro:
 - a) perda de confiança ou auto-estima;
 - b) sentimentos irracionais de auto-reprovação ou culpa excessiva e inapropriada;
 - c) pensamentos recorrentes de morte ou suicídio ou qualquer comportamento suicida;
 - d) queixas ou evidências de diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, tais como indecisão ou vacilação;
 - e) alteração na atividade psicomotora com agitação ou lentificação (tanto subjetiva como objetiva);
 - f) qualquer tipo de perturbação do sono;
 - g) alteração do apetite (diminuição ou aumento), com correspondente alteração de peso.
- um quinto caractere pode ser usado para especificar a presença ou ausência da síndrome somática:
 - F 32.00 Sem síndrome somática
 - F 32.01 Com síndrome somática

No DSM IV (1995), os critérios para Episódio Depressivo Maior seguem as mesmas indicações, embora enfatize a consideração à irritação como traço de humor deprimido – principalmente em crianças e adolescentes – e as possibilidades de comorbidade (transtornos mentais associados), como o abuso de substâncias psicoativas ou o Transtorno

de Pânico. O documento não faz referência à Síndrome Somática, embora reconheça a existência de manifestações somáticas na depressão.

A depressão estaria relacionada à idade avançada e ao gênero – sexo feminino - condições de saúde, como o declínio do estado funcional, doenças crônicas e prejuízo cognitivo, além de condições sociais precárias (Cacciatore, 1998; Ramos et al., 1998; Shoevers et al., 2000; Mann, 2001). Além disso, limitações físicas, problemas na família, perda de parentes e de amigos próximos seriam, em muitos casos, acontecimentos responsáveis pelo início da depressão no ser humano.

Sobre a variável gênero, a literatura indica que *“a prevalência de depressão é de duas a três vezes maior em mulheres do que em homens, mesmo considerando estudos realizados em diferentes países, diferentes comunidades e pacientes que procuram serviços psiquiátricos”* (Sommerhalder, 2006, p. 55). Segundo Sommerhalder (2001, p. 08), a porcentagem de idosas suplanta a de idosos na literatura mundial sobre as pesquisas desenvolvidas pelos seguintes motivos: *“menor exposição a fatores de risco no trabalho; a menor prevalência de tabagismo e de uso de álcool; ao menor número de mortes em acidentes de trânsito; a diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e, por último, à maior cobertura da assistência ginecológico-obstétrica”*.

Por outro lado, outros fatores como a predisposição genética à depressão devido a um desequilíbrio bioquímico, a dificuldade em conseguir manter um estilo de vida saudável, o efeito colateral de medicações, e ainda, acontecimentos estressantes podem propiciar a depressão (Jefferson e Grust, 1993 apud Papalia e Olds, 2000).

Levando-se em consideração o critério idade do primeiro episódio, a depressão pode ser considerada como de início precoce, quando ocorre antes dos 60 anos, ou de início tardio. Todavia, a literatura sugere que metade dos idosos com depressão desenvolve os sintomas tardiamente, quando o primeiro o episódio ocorre após os 60 anos de idade. Essa forma de classificação da depressão é particularmente importante para caracterizar o aparecimento de sintomas depressivos no envelhecimento, que podem ser ocasionados por fatores típicos dessa etapa da vida (Fortes, 2005).

Dentre os fatores de ordem fisiológica que têm sido identificados como predisponentes à depressão na fase tardia da vida, inclui-se a fragilidade na saúde (acometimento de doenças cerebrovasculares, infarto, osteoartrose, doença pulmonar obstrutiva crônica e demência). Essas doenças, cujo aparecimento costuma crescer após os 40 anos, trazem riscos de morbidade e mortalidade, bem como incrementam as situações de dependência e perda da capacidade (Fortes, 2005; Leite et al., 2006; Motta e Aguiar, 2007).

Outras situações tradicionalmente ligadas ao envelhecimento, mas de cunho psicossocial, como pobreza, viuvez, institucionalização e solidão podem ser compreendidas como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. No envelhecimento, os indivíduos se defrontam com fortes mudanças no seu papel social, destacando-se entre essas a ocasionada pela aposentadoria. As perdas, especialmente a morte do cônjuge, de filhos ou de amigos próximos, muitas vezes atuam como fatores desencadeantes de sintomas e transtornos depressivos ou de ansiedade (Oliveira, 2006b).

Entre as doenças mentais na terceira idade, a depressão é a desordem mais comum. As taxas de prevalência variam entre 5% e 35%, quando se consideram as diferentes formas e a gravidade da depressão (Veras, 1994; Chaimowicz, 2000; Mann, 2001). No entanto, deve-se ressaltar que a depressão costuma ser concomitante em várias formas de adoecimento no envelhecimento, como o Mal de Parkinson e as demências, com características das próprias doenças.

Em termos gerais, dados epidemiológicos americanos apresentam uma prevalência de sintomas depressivos variando ao redor de 15%, e em torno de 4% para depressão maior entre idosos, segundo critérios do DSM-IV (APA). Estudos internacionais realizados na comunidade geral - com diferentes escalas de rastreamento de sintomas depressivos, que medem a prevalência de humor deprimido -, sugerem que sintomas depressivos ocorrem em cerca de 15% dos idosos (Blazer e Williams, 1980; Cornoni-Huntley et al., 1986; Aguiar, 1993).

No Brasil, Veras (1993) observou humor deprimido em idosos com frequência de 19,1 até 35,1% no município do Rio de Janeiro. Em outro estudo, da Fundação João Pinheiro (1993), encontrou-se a prevalência de 32% para o humor deprimido. Entre 358 participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade, Leite et al. (2006) observaram a presença de depressão em 24,08% dos idosos, sendo mais frequentes o diagnóstico de depressão menor, a faixa etária de 70-79 anos e o sexo feminino.

Em um estudo feito em Pelotas/RS (Santos, 1999), foi encontrada uma prevalência de 20% de humor deprimido em idosos, através de uma escala de rastreamento – Escala de Depressão Geriátrica (GDS). A partir de outros estudos sul-brasileiros, sabe-se que, entre idosos, os quadros depressivos têm características clínicas peculiares, observando-se a diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminação sobre o passado e perda de energia (Gazalle et. al., 2004).

Um aspecto relevante é que, apesar de boa parte das manifestações de depressão em idosos apresentar um quadro clínico semelhante ao de outras faixas etárias, esses indivíduos, com maior frequência, apresentam quadros atípicos, com problemas clínicos e sociais simultâneos, que podem implicar em dificuldades diagnósticas (Stoppe Júnior e Louzã Neto, 1998).

Na população envelhecida, a depressão encontra-se entre as doenças crônicas mais frequentes que elevam a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional (Penninx et al., 2000). O envelhecimento associado à depressão constitui-se em importante problema de saúde pública, na medida em que inclui tanto a incapacidade individual como problemas familiares, aos custos financeiros, a alta taxa de utilização de serviços de saúde e a diminuição da qualidade de vida (Lima, 1999; Mann, 2001).

A depressão traz ao idoso a piora de sua condição, principalmente quando esta vem associada a outras doenças. Por isso, este é um quadro clínico a ser tratado com extremo cuidado e atenção, evitando-se outras doenças e o sofrimento desnecessário, além do

surgimento do estresse – em íntima relação com a depressão quando se trata do envelhecimento. Destaca-se aqui que a depressão pode piorar outras doenças no envelhecimento e que o estresse pode incrementar formas de depressão, devido ao aumento do sofrimento psicológico/físico que provoca.

ESTRESSE E DEPRESSÃO NO ENVELHECIMENTO

Como já mencionado anteriormente, discorrer sobre a saúde emocional no envelhecimento requer a compreensão da relação entre variáveis de diversos domínios, que se inter-influenciam e configuram o quadro de saúde e bem-estar global do idoso.

Segundo Fortes (2005), o estudo do estresse tem sido feito de maneira bastante intensa por várias disciplinas, não só aquelas voltadas para a área da saúde, mas também pela mídia e setores de consumo, abrangendo muitas variáveis (idade, gênero, condição sócio-econômica, co-morbidades, etc.)

Através do estresse, pode-se compreender como o sujeito interage – crenças e motivação – e como lida com o ambiente que o cerca (Lazarus, 1990). Aldwin (1994 apud Fortes, 2005, p. 06) propõe a seguinte definição para o estresse: *“uma determinada qualidade de experiência, produzida por meio da interação entre o indivíduo e o ambiente, a qual, quer mediante super-ativação, quer mediante rebaixamento do nível de alerta, resulta em desconforto psicológico ou fisiológico”*.

Muitos dos acontecimentos no envelhecimento podem ser considerados como estressantes (o termo estresse será também referenciado como evento estressante, evento adverso e fator estressante; todos utilizados indiscriminadamente para se referirem ao estresse), já que esta é uma fase da vida caracterizada por diversas mudanças físicas e sociais. São experiências estressantes, porque tendem a exigir alterações comportamentais e necessidade de adaptação – mudanças corporais, adoecimentos do próprio indivíduo ou de seus parceiros, limitações de atividades, etc.

Assim, no domínio psicológico, o estresse tem um importante papel na configuração da saúde física e emocional dos idosos e, de acordo com Aldwin (2003), a longevidade e a saúde mental no envelhecimento estariam relacionadas à resistência ao estresse e à maneira através da qual se pode lidar ou suportar os eventos estressores da vida.

Para Hughes et al. (1988, apud Fortes, 2005, p. 09), os eventos da vida têm impacto diferente dependendo da idade do indivíduo: “*Os adultos entre 45 e 64 anos relataram com maior frequência os seguintes eventos: morte de pessoa da família e declínio na condição financeira; o grupo mais velho relatou mais doenças com hospitalização, aposentadoria e morte do cônjuge*”. Com o passar dos anos, o indivíduo idoso está frequentemente lidando com a perda de amigos e membros familiares e ainda com os próprios impedimentos e limitações (físicas, intelectuais, sociais, etc).

Fortes (2005) enfatiza a importância de avaliar as formas de enfrentamento dos fatores estressantes como índice da possibilidade de evitação/remissão de sintomas depressivos. A autora destaca que os indivíduos que tendem à expressão das emoções negativas, que experienciaram eventos incontroláveis, na faixa etária de 60-69 anos, além de se observarem como pouco eficazes tinham maior risco de desenvolver depressão.

Fortes (2005) define enfrentamento como o estilo, forma ou estratégia utilizada pelo indivíduo em situações de estresse, independentemente do resultado disso – bem ou mal sucedido. A resiliência é inferida a partir das formas de enfrentamento, o que depende do indivíduo, mas também do evento estressor e, acima de tudo, da interação entre ambos.

Deve-se, pois, levar em consideração aspectos outros como as características da personalidade para entender as possibilidades de enfrentamento e superação do estresse e suas conseqüências. Em termos teóricos, isto se refere à capacidade de *Resiliência*.

A Resiliência é um conceito que considera as particularidades dos indivíduos quanto à resistência e superação de condições adversas, mesmo as mais extremas. O termo deriva (AMERSE, 2007) do latim *resilio* e se define como voltar atrás, sendo utilizado na Física para compreender a capacidade de determinados materiais de voltarem à forma antiga após uma grande pressão. O termo foi usado pela primeira vez por Werner em 1992, para compreender a situação de 698 crianças em Kauai que, mesmo vivendo sob forte

pressão e risco de adoecimento físico e emocional, conseguiram se transformar em adultos bem adaptados.

A partir de tal conceito, colocam-se em questão as formas particularidades de suportar os eventos estressores (Cupertino et al., 2006), bem como as variadas possibilidades de se relacionar com o envelhecimento (Guedea et al., 2006). Estes dois aspectos devem ser levados em conta quando se pensam o envelhecimento e o adoecimento psíquico no envelhecer.

Também se deve levar em conta que a resiliência interfere diretamente nas formas de enfrentamento do estresse e isso se reflete, retroativamente, sobre a própria resiliência. De acordo com Fortes (2005, p. 37), os fatores associados com alto grau de resiliência são: *“gênero masculino, viver em companhia de outros, autodomínio, independência em atividades instrumentais de vida diária, ter menos sintomas depressivos e ter de boa a excelente saúde auto-relatada”*.

Assim, a relação entre o fator estressante, os sintomas depressivos e a resiliência parece muito estreita e requer uma observação mais acurada de sua interação:

As situações de crise ou desafiadoras são comumente geradas por eventos de vida estressantes. A abordagem do estresse enquanto processo considera não só os eventos causadores de estresse, mas também os elementos individuais tais como a capacidade de enfrentamento (e a crença na própria capacidade), a resiliência e os recursos materiais e sociais disponíveis. O produto final extraído da relação entre esses fatores pode ser vivido como algo positivo (por exemplo, quando a experiência promove um tipo de aprendizado, ou desafia o indivíduo a mudar sua forma de ver e interpretar o mundo) ou como algo negativo (por exemplo, experiências vividas com grande carga emocional negativa), e neste caso levar a conseqüências negativas para a saúde e o bem-estar pessoal.
(Ribeiro, 2006, pp. 80-81)

Retomando especificamente a questão do estresse, vê-se que, no entender de Goldstein (1995), os tipos de estressores com os quais o indivíduo tem maior probabilidade de se confrontar variam de acordo com o estágio do curso da vida, bem como as maneiras de lidar com ele. Santana (2006, p. 21), usando dados do PENSA, avaliou o significado da

religiosidade entre os idosos e a religião apareceu como estratégia de enfrentamento dos eventos estressantes de maneira indiferenciada para homens e mulheres: *“Os idosos são mais suscetíveis a experimentar perdas decorrentes do processo de envelhecimento e eventos estressores. O enfrentamento (coping) religioso é uma forma de lidar com eles”*.

Em uma amostra de idosos americanos, Aldwin et al. (1996) citaram alguns tipos de estressores como mais importantes: problemas de saúde (tanto do próprio idoso como de outros), relações conjugais, problemas financeiros, aposentadoria e aborrecimentos diários. Nesta fase, a do envelhecimento, os indivíduos estariam mais suscetíveis a vivenciar eventos não-normativos e de baixa controlabilidade, por exemplo, a convivência com doenças crônicas, que requerem maior esforço adaptativo ao indivíduo, para que não se estabeleça um quadro de constante mal-estar (Fortes e Neri, 2004; Fortes, 2005).

Fortes (2005), a partir dos dados do PENSA, observou que mais da metade consideraram como os eventos mais estressantes vividos no último ano, os problemas de saúde deles mesmos ou de pessoas próximas, e a morte de entes queridos, situações que remetem o indivíduo à experiência da própria finitude. Resultados semelhantes têm sido observados em outros estudos (Krause, 1986; Folkman et al, 1987; Aldwin, 1990, 1991; Aldwin et al, 1996; Beckett et al, 2002; Chapleski et al, 2004).

Neste mesmo estudo, observou-se que a experiência real de finitude pode ser traduzida como a maior dependência dos outros, por causa de incapacidades e de problemas graves de saúde, que levam o indivíduo a tomar consciência de que seu corpo – outrora saudável, capaz, forte e competente – está sofrendo transformações, rumo ao inevitável declínio. A morte dos outros pode ser vivida como uma experiência de finitude, porque o idoso se identifica com o outro e pode refletir sobre a própria morte. A falta de controle sobre os eventos estressantes é grande e por causa disso tendem a gerar elevada sobrecarga emocional.

Outra situação bastante comum no envelhecimento e que pode constituir-se um forte estressor, é ser cuidador de outro idoso. Sabe-se que o processo de cuidar implica em muitas adaptações físicas, sociais, cognitivas e emocionais. Os impedimentos dos idosos, a restrição do tempo para si próprio em função do outro, a sobrecarga do trabalho de cuidado, são alguns dos fatores que podem ser estressantes para o cuidador e implicam em pior saúde física e emocional (Cerqueira e Oliveira, 2002; Karsch, 2003).

Estados emocionais de alarme, por exemplo, os que ocorrem em situações agudas vividas pelos idosos, como derrames, enfartes, comas diabéticos, quedas, acidentes, internações e emergências, de um modo geral implicam em fortes demandas sobre os mecanismos fisiológicos e psicológicos de adaptação, os quais tendem a desgastar física e psicologicamente o organismo do cuidador (Neri, 1993).

Ao se levar em conta o estresse dos cuidadores, Vitaliano, Young e Russo (1991), propuseram uma divisão em duas categorias: estresse objetivo e subjetivo. O primeiro refere-se às perturbações que afetam a vida familiar, na área financeira, de exercício de papéis, das relações familiares, da supervisão do idoso e das relações com os amigos e da vizinhança. O segundo refere-se a sentimentos de sobrecarga, desamparo, perda de controle, à falta de domínio, ressentimento, vergonha, exclusão, incômodo e assemelhados.

Uma outra classificação para o estresse entre cuidadores foi proposta um pouco depois por Pearlin (1994), entre estresse primário e secundário. O estresse primário refere-se às demandas que são diretamente observadas no processo de cuidar, em consequência de problemas com o receptor do cuidado, e o secundário, às experiências estressantes desencadeadas pelos estressores primários, como a redução do tempo do cuidador para atividades de lazer, por exemplo.

Mais recentemente, Desbiens et al. (2001), em pesquisa com cuidadores idosos, encontraram que 25% apresentaram escores maiores que 15 em uma escala de estresse (escore máximo 30) e que 26% disseram que ocorreu redução no tempo para si mesmos.

Ademais, por meio de uma análise de regressão, os autores encontraram que as seguintes variáveis foram preditoras de escores altos de estresse: ser mulher, dedicar-se mais do que oito horas ao cuidado, cuidar de idoso depressivo e cuidar de idoso com prejuízo de audição.

A partir dos vários estudos e pesquisas anteriormente citados, nota-se que, em virtude da presença de enfrentamento mal-adaptativo, o cuidador pode apresentar: depressão, irritabilidade, alterações de humor, queda de auto-estima, alterações no sono, excesso ou perda de apetite, propensão a doenças e a acidentes pessoais, consumo excessivo de álcool, fumo ou drogas, descuido com a aparência, afastamento dos amigos, negativismo, apatia, resignação, distorções no julgamento das situações e das próprias capacidades, auto-vitimização, maximização ou minimização das situações, reações exageradas e hostilidade, entre outras (Neri, 1993).

Esta maneira “desadaptada” ou mal- adaptativa pode ser superada com algumas medidas da parte do cuidador. Assim, Pearlin et. al. (1990) exemplificaram alguns recursos pessoais de enfrentamento do cuidador que podem diminuir sua vulnerabilidade ao estresse, como: procurar e aceitar ajuda, delegar tarefas e responsabilidades, reconhecer limites, saber dar apoio emocional, controlar o tempo, assertividade na expressão de sentimentos, necessidades e expectativas, habilidades de lidar com cognições e emoções negativas e habilidades de auto-regulação. Buscar o apoio de outros familiares, de amigos e serviços pode ser um grande aliado na tarefa de cuidar do outro, já que *“integração e engajamento social e frequência de contatos sociais tem um importante papel na manutenção do funcionamento cognitivo na velhice”* (Ribeiro, 2006, p. 20).

Em síntese, o cuidador está exposto a diversas situações potencialmente estressantes, as quais, quando enfrentadas de forma não-adaptativa, podem implicar em piora na relação entre o idoso e o cuidador, na qualidade do cuidado e na saúde física e emocional do cuidador, que muitas vezes também é um idoso.

Partindo desta breve colocação, poder-se-ia deduzir que a exposição a estressores pode ter papel importante no desenvolvimento de transtornos depressivos; sem que se despreze a multifatorialidade destes transtornos no envelhecimento (Blazer, Hughes e George, 1987; Snowden, 2002).

Joca et al. (2003) apontam que o estresse parece ser um dos principais fatores ambientais que predispõem o indivíduo à depressão, e em cerca dos 60% dos casos, os episódios depressivos são precedidos de fatores estressantes, principalmente de origem psicossocial. De acordo com Berlim, Perizzolo e Fleck (2003), os indivíduos que foram expostos a eventos traumáticos têm risco aumentado de desenvolver depressão maior (26% dos casos).

Buscando examinar o papel de eventos de vida na gênese dos transtornos depressivos entre idosos, Woodruff-Pak (1997 apud Tavares, 2004) encontrou que as principais causas psicológicas e sociais para a depressão entre idosos seriam a viuvez e a perda de outros entes significativos, as perdas econômicas e a precariedade das condições de vida, a aposentadoria e a perda de papéis sociais. Outros autores (Dixon e Reid, 2000) apontaram que as pessoas que vivem altos níveis de estresse negativo apresentam altos índices de depressão e baixa frequência de envolvimento com experiências positivas concorrentes. A valorização do estresse, como negativo, refere-se à forma como o idoso se adapta ao evento estressante; partindo-se do princípio que o idoso deveria se adaptar com mais facilidade ao evento estressante do que se fosse mais novo, em função da experiência de vida.

Eventos de vida estressantes ou doenças físicas também são citados como elementos que contribuem para o desenvolvimento da depressão em idosos. Pensando-se na influência biológica para a depressão, há poucas diferenças entre os fenômenos depressivos e do estresse. Assim, a depressão seria uma das formas de reação ao estresse prolongado ou excessivo (Tavares, 2004).

Como citado anteriormente, a depressão também é influenciada por fatores psicossociais, e isto pode ser avaliado através de escalas, que identificam como os idosos estão conduzindo a própria vida e como manejam as situações difíceis. Uma destas escalas é o (Elders Life Stress Inventory – ELSI), criado por Aldwin (1990 apud Tavares, 2004), que também avalia quais fatores seriam potencialmente mais capazes de desencadear a depressão. A escala ELSI não é um substituto para a avaliação clínica da depressão, mas sim um instrumento sensível à detecção de traços depressivos ou dos indícios desencadeadores de Transtorno Depressivo (Batistoni, Néri e Cupertino, 2007).

Em Fortes (2005), encontram-se informações sobre a comparação de pacientes idosos com depressão maior e com distímia, de acordo com o evento estressante e sua relação com a subjetividade do idoso. A Distímia é um transtorno de humor persistente em que o indivíduo responde aos critérios de episódio depressivo leve por, no mínimo, 02 anos, ininterruptamente, configurando um permanente estado de irritação, mau humor e falta de interesse/prazer sem prejuízo relacional ou ocupacional significativos (CID 10, 1993).

No caso dos pacientes com depressão maior, foram encontrados eventos de vida mais difíceis, sendo este um dado mais presente nestes pacientes do que naqueles com distímia. Assim, os eventos de vida adversos são importantes para a manifestação dos quadros depressivos; o que deve ser levado em conta para o caso de futuras intervenções terapêuticas.

No caso de uma população de idosos indígenas, Chapleski et al. (2004) observaram os mesmos resultados do estudo acima citado. Os eventos de vida mais suscetíveis de causar depressão seriam: morte de pessoa significativa, adoecimento, conflitos conjugais, aposentadoria e dificuldades financeiras. As conclusões deste estudo apontaram para uma influência limitada destes eventos no sofrimento psíquico e saúde mental do idoso; ou seja, que tais eventos teriam efeito apenas por curto período sobre a saúde mental. No entanto, a co-ocorrência de outras doenças poderia agravar o quadro clínico com o passar do tempo.

Ao investigar a relação entre os eventos de vida adversos e a saúde psíquica, Krause (1986 apud Fortes, 2005) encontrou que os papéis sociais (cônjuge, progenitor, avós) podem ter relevância sobre o quadro depressivo. Na qualidade de cônjuge ou de progenitor, os eventos adversos têm um impacto mais severo; isto porque incrementam os sentimentos de incontrolabilidade.

Os dados referentes ao papel de cônjuge fazem pensar na relação entre a depressão e o cuidado do parceiro doente. A depressão é um dos sintomas psiquiátricos mais frequentes entre os cuidadores, em especial quando o idoso que recebe o cuidado tem demência. Com o cuidado, a dinâmica e a rotina são frequentemente rompidas e muitos cuidadores iniciam um processo de isolamento dos familiares e amigos, tornando-se um público com largas evidências de risco para a depressão. Os cuidadores de idosos apresentaram taxas mais altas de depressão do que pessoas com a mesma idade, que não são cuidadores (Zarit, 1997; Matsuu e Washio, 2000).

O fato dos cuidadores terem uma participação menor em atividades sociais, maior vulnerabilidade a estressores, maior chance de conflitos familiares, por sofrerem críticas pessoais e externas no trato com o parente dependente, podem ser também um dos agravantes para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Cerqueira e Oliveira, 2002). Em um estudo realizado nos Estados Unidos com 283 idosos(as) cuidadores dos cônjuges, Bookwala e Schulz (2000 apud Fortes, 2005) encontraram que quanto maior a restrição das atividades do cuidador, menor a qualidade do relacionamento entre cuidador e idoso, e ainda que restrições em atividades pessoais e de lazer e relacionamento não satisfatório entre idoso e cuidador estiveram associados com presença de sintomas depressivos para o cuidador.

Observando a relação entre estresse e depressão, Fortes (2005) identificou três tipos de eventos frequentemente relacionados com a presença de sintomas depressivos: eventos que afetam a descendência, eventos ligados ao cuidado com outro adulto e eventos

relacionados ao próprio bem-estar psicológico. Quando o cuidado se refere à descendência (filhos), associado à sensação de incontrolabilidade (situação incontrolável) e ao altruísmo (cuidado em função de uma consideração moral com o ambiente, p.ex.), os sintomas depressivos tendem a se agravar.

Em outras situações, quando o idoso cuida do parceiro adoecido, isto pode demandar mais disponibilidade do que o cuidador dispõe, acrescentando-se as dificuldades do próprio idoso cuidado (alterações cognitivas, de memória, psicomotoras e incontinência), o custo financeiro, a angústia das mudanças sofridas e as alterações cognitivas dos cuidadores. Ribeiro (2006, p. 10) destaca que as mulheres “*em geral, casadas com parceiros mais velhos, têm uma carga maior com os cuidados com o cônjuge, o que poderia gerar efeitos negativos na cognição*”.

Portanto, a depressão estaria intimamente ligada ao transcorrer do tempo, pela possibilidade do indivíduo sofrer mais perdas. Mas o contexto de perdas em si necessariamente não levaria à depressão, já que muitas variáveis além desta estarão em jogo. Uma destas outras variáveis se refere à qualidade de sono no envelhecimento, como se vê a seguir.

SONO E DEPRESSÃO NO ENVELHECIMENTO

A qualidade do sono e mesmo sua quantidade podem sofrer interferências dos eventos adversos e do quadro depressivo. Portanto, este item aborda o sono e a influência da depressão para sua qualidade.

De acordo com Geib et al. (2003, p. 454),

O sono é definido como um estado fisiológico complexo, que requer uma integração cerebral completa, durante a qual ocorrem alterações dos processos fisiológicos e comportamentais, como mobilidade relativa e aumento do limiar das respostas aos estímulos externos. É um estado descontínuo organizado em fases que se diferenciam por traçados eletroencefalográficos específicos.

O sono normal é constituído pela alternância dos estágios REM (do inglês, *Rapid Eyes Movement*) ou sono paradoxal, e NREM (do inglês, *Non-Rapid Eyes Movement*), ou sono sincronizado. As características do estágio NREM são as ondas sincronizadas no EEG (eletroencefalograma) e a subdivisão em quatro fases: estágio 1, 2, 3 e 4 (3 e 4 correspondem ao sono de ondas lentas ou sono delta). No EEG de sono REM, encontram-se ondas dessincronizadas e de baixa amplitude (Alóe et al., 2005).

O sono tem importante função para o funcionamento do organismo do ser humano e seus efeitos fisiológicos permitem o equilíbrio homeostático, físico e mesmo psicológico. Dentre estes efeitos, Oliveira (2006b, p. 17) destaca: *“restauração do equilíbrio em diversas regiões do SNC; discreta redução da pressão arterial sistólica; diminuição da temperatura e do metabolismo; relaxamento muscular; pequeno declínio da oxigenação neuronal; e processamento de várias memórias”*.

O sono é uma das necessidades fisiológicas que se transforma com o passar do tempo, portanto à medida que se envelhece esperam-se alterações de sono. Mesmo com alterações esperadas, avaliar a qualidade de sono do idoso pode dar a dimensão da saúde e da funcionalidade física e mental do indivíduo (Sommerhalder, 2001).

O processo de envelhecimento normal ocasiona modificações na quantidade e na qualidade do sono, as quais afetam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade que vivem em casa e 70% dos institucionalizados (Valadares Neto, 1994), com impacto negativo na sua qualidade de vida. Essas modificações no padrão de sono e repouso alteram o balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, o sistema imunológico, a resposta comportamental, o humor e a habilidade de adaptação (Ebersole, 2001).

Assim, de acordo com Geib et al. (2003, p. 453), as formas de alteração de sono em idosos se referem às seguintes categorias:

dor ou desconforto físico, fatores ambientais, desconfortos emocionais e alterações no padrão do sono. Nesta última categoria, incluem-se as queixas referentes ao tempo despendido na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o sono, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar mais cedo pela manhã do que o desejado.

Os idosos também costumam se queixar de sonolência e cansaço durante o dia, alterações cognitivas e comprometimento das atividades cotidianas. De acordo com Geib et al (2003), tais problemas, mesmo quando pouco relacionados ao envelhecimento, podem atrapalhar a vida do idoso por afetar diretamente a qualidade de sono; *“falta de adaptação às perturbações emocionais, hábitos inadequados de sono, transtornos orgânicos e afetivos, uso de drogas (psicotrópicas ou outras), agitação noturna e quedas”* (Geib et al., 2003, p. 453-454)

Os autores assim complementam esta discussão:

Essa sintomatologia permite afirmar que sono e repouso são funções restauradoras necessárias para a preservação da vida, o que por si só justifica a necessidade dos profissionais de saúde atualizarem seus conhecimentos acerca das alterações fisiológicas que ocorrem no sono com a velhice, assim como sobre os fatores que interferem no sono saudável, tais como doenças clínicas, comorbidades psiquiátricas e eventos psicossociais.
(Geib et al., 2003, p. 454)

Os fatores intervenientes na qualidade de sono dos idosos são provenientes de influências orgânicas (adoecimento ou condições próprias ao envelhecimento), psicossociais e comportamentais. Para os fatores psicossociais, os autores destacam a perda de entes significativos, principalmente o cônjuge, a aposentadoria, e as alterações na sociabilidade (problemas financeiros, institucionalização e isolamento). Os fatores comportamentais englobam a diminuição da atividade física e da exposição ao sol.

Não existe um consenso sobre quais aspectos identificariam um sono normal ou saudável em contraposição àquele que seria decorrente de adoecimento ou idade avançada. De acordo com a Sociedade Brasileira de Sono (2007, s.p.), *“quando se estuda uma população de idosos que não apresenta queixas de sono nem doenças neurológicas ou psiquiátricas, são observadas alterações no sono que podem ser atribuídas ao envelhecimento normal”*. Portanto, isto quer dizer que a maioria das reclamações sobre o sono feitas pelos idosos são normais:

- 1) *Redistribuição do sono: maior tendência a cochilos e sonecas durante o dia com diminuição do sono noturno.*
 - 2) *Ocorrência mais freqüente de despertares durante o sono noturno, com maior dificuldade em conciliar o sono novamente.*
 - 3) *Aumento da latência para o início do sono, levando mais tempo para adormecer do que quando jovem.*
 - 4) *Despertar precoce, permanecendo longas horas na cama de madrugada, acordado, antes de levantar-se definitivamente.*
 - 5) *Aumento dos estágios superficiais do sono, trazendo maior facilidade para despertar com qualquer ruído.*
 - 6) *Redução dos estágios de sono profundo.*
 - 7) *Maior freqüência de movimentos das pernas enquanto dormem - movimentos periódicos de pernas.*
- (SBSONO, 2007, s.p.)

Muitas das alterações do sono têm maior incidência entre indivíduos acima de 60 anos. Contudo, não se pode atrelar tal fato diretamente ao processo de envelhecimento. Ceolim (2007) aponta que algumas modificações nos padrões de sono do idoso parecem ser

consequência inevitável e direta do envelhecimento e não devem ser consideradas perturbações. Por outro lado, existem os distúrbios de sono que resultam de causas diversas e associadas tais como, doenças psiquiátricas e demência (Vitiello, 2000), depressão (Xavier et al., 2001), uso crônico de uma variedade de medicamentos e/ou hipnóticos, comorbidades associadas (Pandi-Perumal et. al., 2002) e dor crônica (Quan e Zee, 2004).

Dentre os distúrbios do sono, destaca-se a insônia por sua influência importante nos casos de depressão do idoso. A insônia ocorre nos idosos entre 19 a 38% da população idosa, refere Tavares (2004). No idoso, com mais frequência que no jovem, a insônia pode também ser secundária a doenças neurológicas (Alzheimer, Parkinson, síndrome das pernas inquietas) e cardio-respiratórias, sendo por essa razão mais graves e exigindo dependência de cuidados. Distúrbios próprios do envelhecimento como a noctúria (despertar à noite para urinar) e a menopausa, também alteram o sono. E ainda se deve considerar o processo normal do envelhecer, como se expôs acima, que traz uma redução do sono por outras condições associadas: isolamento, perda de condições sócio-econômicas e pouca exposição ao sol.

Nos dados apresentados por Oliveira (2006b, p. 26), encontram-se algumas variações:

A prevalência de insônia entre idosos varia entre 12 e 40%, sendo mais freqüente entre idosas. Contudo, há uma grande variabilidade de prevalência encontrada nos estudos. No Brasil, o estudo Bambuí em Minas Gerais, encontrou uma prevalência de 60% de insônia entre mulheres com 60 anos ou mais (Rocha et al., 2002). No Japão, 1 a cada 3 idosos sofrem de insônia (Tanaka e Shirakawa, 2004). Outro estudo na Austrália, realizado pelo National Institute of Ageing (Foley et al., 1995), com 9.000 idosos residentes na comunidade, encontrou que 42% relataram dificuldade para adormecer e manter o sono. Hood et al. (2004) apontam ainda que o envelhecimento é associado com um decréscimo da qualidade do sono noturno com incidência de 30% de insônia crônica entre idosos.

A relevância da insônia para este estudo está em que nem sempre o idoso faz queixas de cunho psicológico sobre a depressão – como a tristeza e a falta de interesse ou a

ideação depressiva, de fracasso e falta de vontade – mas essa pode aparecer na forma de queixas somáticas, na forma de alterações de sono e o cansaço (Oliveira, 2006b). Ressalta-se, porém, que a importância da insônia está no fato de ser um dos sintomas que permite diagnosticar a presença da depressão. Não se pode considerar que a insônia cause a depressão, muito embora qualquer alteração da qualidade de sono venha a comprometer o cotidiano das pessoas, deprimidas ou não.

Em Oliveira (2006b, p. 41), encontramos que os sintomas físicos são mais comuns na depressão do idoso, com mais queixas hipocondríacas que nos indivíduos mais novos: *“fadiga, indisposição, cansaço, dificuldades de memória, atenção e concentração, insônia ou hipersônia, perda ou ganho de peso”*. Como sintomas psíquicos, observam-se: *“humor deprimido, fadiga ou sensação de perda de energia; perda da capacidade de experimentar prazer mesmo nas atividades antes consideradas prazerosas; diminuição da capacidade de pensar, de concentrar ou de tomar decisões”* (Oliveira, 2006b, p. 41).

Na forma de sintomas fisiológicos vêem-se: *“alteração do apetite (principalmente perda do apetite e, menos freqüentemente, interesse aguçado por doces e carboidratos); alteração do sono (principalmente insônia e, menos freqüentemente, sonolência excessiva diurna); redução do interesse sexual”* (Oliveira, 2006b, p. 41). Além disso, o idoso pode se isolar do convívio, com crises de choro repetidas e tendência a condutas suicidas.

Finalmente, ainda temos quadros depressivos mal delimitados, com sintomas predominantemente físicos:

“dor crônica, como cefaléia, dores no abdômen, no estômago, na região lombar; de depressão silenciosa, que pode ser caracterizada por apatia, resignação, indisposição; de depressão psicótica, em que se observam delírios de culpa, de punição e de ruína do corpo, financeiro ou espiritual e alucinações de vozes”
(Oliveira, 2006b, p. 41)

De acordo com Chellappa e Araújo (2006), as alterações de sono (insônia e hipersonia) são comuns no transtorno depressivo. Entre as principais alterações de sono descritas, há uma prevalência da insônia, com acentuada dificuldade de iniciar e/ou manter o sono noturno e despertar precoce pela manhã (Ohayon, 2000; Vaughn e D'Cruz, 2005), além da queixa de despertares sucessivos sem a sensação posterior de descanso e a presença de sonhos ruins; não são tão comuns as alterações de sono no sentido da hipersonia, nem em casos de depressão grave (Ohayon, 2000; Vaughn e D'Cruz, 2005).

Chellappa e Araújo (2006, p. 234) referem que

As queixas específicas podem incluir despertares noturnos frequentes, sono não restaurador, redução do sono total e sonhos perturbadores. Todavia, em torno de 10% a 20% dos pacientes depressivos referem sonolência excessiva, principalmente na depressão grave.

Ainda sobre esta relação sono-depressão, Sukegawa et al. (2003) avaliaram idosos japoneses e observaram que a prevalência foi de 37% para transtornos do sono e 31% para depressão. Entre os idosos depressivos, observaram redução da eficiência do sono devido à dificuldade de iniciar o sono, desconforto respiratório, medo e pior qualidade subjetiva do sono. Desta forma, este estudo apresenta uma relação negativa entre depressão e qualidade do sono – quanto pior a qualidade do sono, maior o risco para o quadro depressivo e vice-versa.

Enfatiza-se, aqui, a falta de qualidade de sono nas situações de hipersonia e de insônia. Gillin (1998) sugere, em revisão de literatura, que quando se relata duas semanas de insônia, hipersonia ou ambos, deve-se considerar o risco de desenvolvimento de depressão. Roberts et al.(2000) observaram que transtornos do sono foram preditores de depressão em um período de um ano. E Souza et al. (2003) apresentam um estudo apontando esta correlação entre alterações de sono e depressão, mas também entre

alterações de sono e síndrome do pânico, sugerindo semelhanças entre o quadro depressivo e a síndrome do pânico.

As alterações de sono mais significativas na correlação com a depressão acontecem em três situações: a continuidade do sono (aumento da latência de sono, com episódios de despertar repetido ou muito precoce, causando a fragmentação do sono e o cansaço), o sono de ondas lentas (déficit e redução do período de sono de ondas lentas) e o sono REM (latência REM reduzida).

Portanto, Chellappa e Araújo (2006) indicam que a relação entre a depressão e a insônia é importante, principalmente em transtornos depressivos graves com ideação suicida. Os autores alertam para o fato de que a insônia pode ser um sintoma freqüente tanto no início da depressão, anterior a esse, ou permanecer como um sintoma residual. Sugerem, portanto, que a qualidade do sono seja avaliada por um a três anos após o aparecimento de um quadro depressivo, no intuito de rastrear a recaída do quadro.

Oliveira (2006a) diz que alguns fatores estão associados ao curto período de sono, como idade, sexo, escolaridade, atividade física, uso de cafeína, a presença de transtorno depressivo e níveis variados de estresse. Em seu estudo, também usando dados do PENSA, a autora conclui sobre a importância de se considerar o envelhecimento como uma fase da vida que envolve múltiplos fatores e que suas características também sofrem múltiplas possibilidades de interferência.

Cada vez mais, com o aumento da população idosa, estes fatores e características deverão ser considerados de maneira mais séria e levando à criação de novas formas de atuação e acompanhamento. Isto fará com que o que hoje se considera adoecimento no envelhecimento seja deixado de lado ao se cuidar do idoso, prestando-se mais atenção à sua capacidade funcional – um novo paradigma de saúde que considera a avaliação multidimensional do idoso. Assim, *“Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental,*

independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica” (Ramos, 2003, p. 794).

A mudança de paradigma em relação ao idoso e ao processo de envelhecimento já começa a render frutos na formação dos profissionais de saúde, tal como observam Motta e Aguiar (2007). Inicialmente, as intervenções na formação dos profissionais estão acontecendo em nível de pós-graduação, mas já existem cursos de graduação em que o envelhecimento faz parte do conteúdo regular dos cursos.

Gradualmente, de acordo com as autoras, esta nova ênfase trará a necessidade de um enfoque mais amplo e sofisticado, principalmente na área biomédica que, tradicionalmente desconsidera os outros fatores intervenientes no processo saúde-doença, como os psicológicos, os sócio-econômicos e subjetivos. Neste sentido, todos os estudos que se voltem para a multiplicidade das variáveis são importantes e válidos. As variáveis destacadas neste estudo – sono, depressão e estresse – são apenas uma dentre tantas outras, interagindo com o envelhecimento e o próprio idoso

JUSTIFICATIVA

A investigação de depressão em idosos torna-se cada vez mais importante, visto que é uma enfermidade muito prevalente e que, frequentemente, é considerada, equivocadamente, uma decorrência natural do envelhecimento (Lima,1999; Canineu, 2007).

Eventos que afetam o próprio bem-estar, tais como sentimento de solidão, senso de significado pessoal, crise espiritual, problemas de saúde mental e física, reais ou presumidos, contribuem ainda mais para o desenvolvimento e o agravamento de sintomas depressivos em idosos.

Avaliação de transtornos do sono em pacientes deprimidos é relevante pelos seus valores preventivo, diagnóstico e prognóstico. Atuações preventivas com foco em hábitos inadequados relacionados ao sono, também parecem ser importantes.

Este trabalho está em conformidade com os trabalhos realizados por Tavares (2004) e Fortes (2005) com a amostra do Estudo PENSA (Estudos dos Processos de Envelhecimento Saudável), nos quais foram observadas relações significativas entre estressores e sintomas depressivos. Como diferencial, esta pesquisa tem o propósito de investigar se a exposição do idoso a determinados eventos estressantes não normativos e ligados ao papel de cuidador – especificamente, a institucionalização do cônjuge, a piora na saúde ou comportamento de um membro da família, o assumir maiores responsabilidades com os progenitores e a institucionalização destes – pode estar significativamente associada às queixas sobre o sono e aos sintomas depressivos.

O presente trabalho buscará associações entre qualidade de sono, estressores ligados ao desempenho do papel de cuidador e sintomas depressivos. A longo prazo, essas

informações devem contribuir para o planejamento de intervenções voltadas à saúde dos idosos, principalmente para aqueles sob risco de perdas e de eventos adversos.

OBJETIVO GERAL

Este estudo tem como objetivo conhecer acerca da experiência de eventos estressantes, sintomas depressivos, e qualidade do sono em amostra de idosos recrutados na comunidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar a amostra em termos da experiência de eventos estressantes ligados ao desempenho do papel de cuidador, vividos no último ano, da qualidade do sono relatada e da presença de sintomas depressivos.
2. Descrever relações entre cada uma dessas variáveis e as variáveis gênero e idade dos respondentes.
3. Identificar relações entre a experiência de eventos estressantes ligados ao desempenho do papel de cuidador, a qualidade do sono relatada e a presença de sintomas depressivos na amostra como um todo e para os indivíduos agrupados por critérios de gênero e idade.

TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada a partir do banco de dados correspondente à primeira primeira coleta de medidas do PENSA (Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável – Projeto) um estudo descritivo, de levantamento, envolvendo idosos de 60 anos e mais recrutados na comunidade. Os idosos foram agrupados por critérios de gênero e idade (60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais). O PENSA focalizou um grande número de variáveis pertencentes aos domínios sociodemográfico, físico, emocional, cognitivo e social, dentre as quais foram selecionadas as variáveis de interesse para o presente estudo.

Outras pesquisas já foram derivadas das informações recolhidas do PENSA, destacando-se Francisco (2006), Ribeiro (2006), Santana (2006), Sommerhalder (2001, 2006), e os já anteriormente mencionados de Tavares (2004), Fortes (2005) e Oliveira (2006a).

POPULAÇÃO E CAMPO DE ESTUDO

Este estudo envolveu uma amostra de idosos 956 participantes, selecionados do banco de dados relativo ao levantamento com a amostra total do PENSA (esta, de 956 idosos), que foi conduzido na zona urbana de Juiz de Fora (MG). Por ocasião da coleta de dados a cidade tinha uma população de 436.432 habitantes. Os dados foram coletados em domicílio, entre os anos 2002 e 2004, por estudantes treinados de curso de graduação em Psicologia.

Foram selecionados 14 bairros de Juiz de Fora que, segundo o Censo do IBGE do ano 2000, possuíam percentual de idosos residentes superior a 15%. Por meio da

metodologia de busca sistemática, recrutadores treinados identificaram residências com pelo menos um idoso. Os idosos receberam informações sobre a natureza e o objetivo da pesquisa e foram convidados a participar. Os que aceitaram foram convidados a ler e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, nos termos da resolução 196/1996 do CONEP/MS. Foram excluídos os idosos que não apresentavam condições funcionais ou de compreensão para responder aos questionários, escalas e inventários da pesquisa.

A seleção da amostra para este estudo obedeceu ao critério do número de idosos que responderam aos instrumentos de interesse, ou seja, que levantavam dados sobre qualidade do sono relatada, sintomas depressivos e experiência de eventos estressantes ligados ao desempenho do papel de cuidador.

Assim como no estudo de Sommerhalder (2001), o pesquisador teve acesso aos instrumentos, coleta e tabulação dos dados através do banco de dados. O banco de dados do PENSA, aliás, é uma importante fonte de informações a enriquecer a produção científica nacional.

PARTICIPANTES

A amostra deste estudo foi composta por 898 idosos, com idades variando entre 60 e 99 anos ($M= 72,3$ e $DP= 8,2$). Foram divididos em três faixas de idade: 60-69 (40,6%), 70-79 (40,0%) e 80 anos e mais (19,4 %). Predominaram mulheres (71,9%).

A maioria dos idosos eram casados ou tinham união estável (50%), 37,1% eram viúvos e os restantes (12,9%) solteiros, separados ou divorciados. Quanto à escolaridade, 43,3% com primário ou admissão, 38,6% com ginásio, colegial ou científico, 9,8% com curso superior completo/incompleto, 4,5% alfabetizados, e 3,7% nunca frequentaram escola.

INSTRUMENTOS

Para investigação das variáveis estudadas foram selecionados os seguintes instrumentos:

- **Questionário de características sócio-econômicas:** itens sobre idade, gênero, estado civil e escolaridade.

- **Escala de rastreamento de sintomas depressivos - *Center for Epidemiologic Survey – Depression (CES-D)*.** A escala original foi desenvolvida por Radloff (1977), no National Institute of Mental Health dos Estados Unidos, com a finalidade de detectar estados depressivos em populações adultas, por meio do auto-relato de sintomas ligados à depressão (Anexo 1). Nesta escala investiga-se a frequência de ocorrência de 20 sintomas depressivos na última semana, totalizando a soma de um escore entre 0 e 60. A escala foi validada para idosos com a própria amostra do PENSA (Tavares, 2004; Tavares, Neri e Cupertino, 2007). Foi feita validação de critério, tomando-se tomando como base de comparação a Geriatric Depression Scale (GDS) em versão brasileira validada por Almeida e Almeida (1999). A nota de corte estabelecida para a CES-D foi >11, para uma sensibilidade da ordem de 74,6% e especificidade de 73,6%. A análise de consistência interna revelou um índice alfa de 0,860. O processo de validação de construto empreendido por meio de análise fatorial revelou três fatores (afetos positivos, dificuldade de iniciar comportamentos e afetos negativos), cujos valores de consistência interna foram respectivamente 0,800, 0,639 e 0,700.

- **The Elders Life Stress Inventory – ELSI (Aldwin, 1990)** - versão traduzida para o português (Cupertino, 2001). Avalia a ocorrência de estressores no último ano e a intensidade atribuída pelo sujeito a esses estressores, por meio de uma lista contendo 31 eventos estressantes, com uma escala de seis pontos: não aconteceu (0), nada estressante (1), pouco estressante (2), mediamente estressante (3), muito estressante (4) e

extremamente estressante (5). O escore total corresponde à soma dos pontos da escala, podendo variar entre 0 e 155 (Anexo 2).

- **Mini-Sleep Questionare (MSQ)** - desenvolvido por Zomer et. al. (1985 apud Gorestain, Andrade e Zuarde, 2000), avalia de forma abrangente as queixas sobre o sono, bem como a frequência com que ocorrem estas queixas. O escore total da escala pode variar de 0 a 60 pontos distribuídos em 5 faixas de pontuação: 0-9 pontos = sono muito bom; 10-24 pontos = sono bom; 25-27 = sono levemente alterado; 28-30 = sono moderadamente alterado; e acima 30 = sono muito alterado. (Anexo 3).

ANÁLISE DE DADOS

Para a análise estatística foi utilizado o programa computacional SAS System for Windows (Statistical Analysis System) versão 8.02. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%. As variáveis foram inicialmente submetidas à estatística descritiva e tabelas de frequência, bem como à análise quanto à normalidade de sua distribuição para definição dos testes a serem empregados.

Para comparação das variáveis categóricas entre grupos foi utilizado o teste Qui-quadrado ou, o teste exato de Fisher (em valores esperados menores que 5). Para comparar as variáveis numéricas entre os grupos serão utilizados os testes de Mann-Whitney (dois grupos) e de Kruskal-Wallis (três ou mais grupos). Na análise da relação entre as variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de postos de Spearman.

Para as análises correlacionais, os sujeitos foram divididos em dois grupos: com e sem depressão. Para tal divisão seguiu-se o ponto de corte validado para CES-D > 11 pontos (Tavares, 2004). Quanto à variável estresse relacionada ao cuidado, foram analisados quatro itens da escala ELSI (Aldwin, 1990):

- item 3, institucionalização do(a) esposo(a);

- item 14, piora na saúde ou comportamento de um membro da família;
- item 27, assumindo maior responsabilidade com o pai e/ou mãe;
- e item 28, institucionalização do pai ou mãe.

Os itens foram analisados individualmente.

Foram agrupados na categoria “sem estresse” os idosos que responderam que o evento não aconteceu, foi nada estressante ou pouco estressante; e “com estresse”, os idosos que responderam que o evento foi moderadamente, muito ou extremamente estressante.

Por último, para investigação da variável sono, utilizou-se o escore total da escala do MSQ, tratado como variável numérica e categórica. Nesse último caso, os idosos foram divididos em dois grupos, considerando-se a pontuação até 25 como sono bom e acima desse valor, sono alterado. Esses grupos foram empregues nas análises univariada e multivariada, para identificar as variáveis significativas que os discriminavam.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Cada idoso que aceitava participar do estudo era convidado a preencher uma ficha de recrutamento e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4), de acordo com o especificado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, de acordo com as normas do CONEPE (Anexo 5). Uma vez informados os direitos aos participantes (livre recusa a qualquer momento da pesquisa; privacidade e sigilo dos dados) e uma vez obtido seu consentimento, os recrutadores marcavam uma data e um horário para que o idoso recebesse a visita de um entrevistador, em sua própria residência. Procedeu-se então ao retorno aos domicílios, ocasião em que era realizada uma entrevista semi-estruturada com duração de aproximadamente duas horas, sem a presença de outras pessoas.

ANÁLISE DE DADOS

Foram selecionados 898 idosos a partir do banco de dados do PENSA, após exclusão daqueles que não haviam respondido a todas as questões em um dos seguintes instrumentos do estudo: a *The Elders Life Stress Inventory – ELSI* (eventos estressantes), a *Center for Epidemiologic Survey – Depression -CES-D* (depressão) e o *Mini-Sleep Questionnaire - MSQ* (inventário do sono).

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A amostra caracterizou-se pelo predomínio de mulheres, dos idosos de 60 a 69 anos, dos casados e com filhos e dos viúvos. A maioria dos idosos possuía grau de escolaridade correspondente ao ensino fundamental e médio, com renda familiar de 3 a 8 salários mínimos, moravam com mais uma ou duas pessoas na casa e classificavam-se a si mesmos por critérios pessoais ou subjetivos, como pertencentes à classe social média.

A Tabela 1 apresenta as características sóciodemográficas da amostra.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos idosos. Campinas, 2007.

	N	%	Média (\pm dp)	Mediana
Sexo				
Masculino	252	28,1		
Feminino	646	71,9		
Idade			72,3 (8,2)	72
60-69 anos	365	40,6		
70-79 anos	359	40,0		
\geq 80 anos	174	19,4		
Estado Civil				
Casados/união estável	449	50,0		
Viúvos	333	37,1		
Solteiros	66	7,3		
Outros ¹	50	5,6		
Filhos			3,6 (2,7)	3
Naturais ou adotados	811	90,3		

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos idosos. Campinas, 2007.

	N	%	Média (\pm dp)	Mediana
Não	87	9,7		
Escolaridade				
Nunca frequentou	33	3,7		
Alfabetizado	40	4,5		
Primário/admissão ²	389	43,3		
Ginásio/colegial/Científico ²	347	38,6		
Superior/pós-graduação	88	9,8		
Sem resposta	1	0,1		
Pessoas que Vivem na Casa			1,9 (1,6)	2
Nenhuma	118	13,1		
1	327	36,5		
2	204	22,7		
3	109	12,1		
4 ou mais	136	15,1		
Sem resposta	4	0,5		
Renda Familiar				
1-2 salários mínimos	163	18,1		
3-4 salários mínimos	244	27,2		
5-8 salários mínimos	229	25,5		
Mais que 8 salários mínimos	252	28,1		
Sem resposta ³	10	1,1		
Classe Social Percebida				
Miserável	1	0,1		
Baixa	65	7,2		
Média-baixa	200	22,3		
Média	535	59,6		
Média-alta	89	9,9		
Alta	8	0,9		

¹ divorciado, separado

² correspondem, atualmente, ao ensino fundamental (primário, admissão e ginásio) e médio (colegial e científico)

³ não respondeu à pergunta

SONO E DEPRESSÃO

A pontuação na CES-D podia variar de zero a 60 pontos. Um escore menor ou igual a 11 caracteriza um sujeito sem sinais de depressão e a pontuação de 12 a 60 é, indicativa de presença de sintomas depressivos. O escore variou de zero a 53 pontos na população estudada e a média de pontuação foi de 10,2 pontos ($\pm 8,7$). Dos idosos estudados, 66,0% não apresentavam sinais de depressão segundo a CES-D.

No MSQ, podia-se obter de zero a 60 pontos distribuídos em 5 faixas de pontuação: 0-9 pontos = sono muito bom; 10-24 pontos = sono bom; 25-27 = sono levemente alterado; 28-30 = sono moderadamente alterado; e acima 30 = sono muito alterado. Entre os idosos estudados, houve variação de 10 a 49 pontos, com média de pontuação 23 pontos ($\pm 7,7$). Dos idosos dessa amostra, 62,3% apresentaram-se com pontuação menor que 25. Estes dados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Depressão e qualidade do sono entre os idosos, segundo os escores da CES-D e do MSQ. Campinas, 2007.

	N	%	Média ($\pm dp$)	Mediana
CES-D			10,2 (8,7)	8,0
Não	593	66,0		
Sim	305	34,0		
MSQ			23,0 (7,7)	22,0
< 25 pontos	559	62,3		
> 25 pontos	339	37,7		

A consistência interna dos instrumentos CED-S e MSQ foi avaliada utilizando-se o coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach. A CED-S apresentou um coeficiente de 0,86 que representa alta consistência. O MSQ apresentou coeficiente de 0,57. Após a retirada do item 7 (“você acorda durante a noite e volta a dormir?”) o coeficiente subiu para 0,62 mostrando consistência interna moderada.

Entre as mulheres (n=646), 36,5% pontuaram para sintomas depressivos. Na comparação com os homens, a diferença foi estatisticamente significativa (p=0,009). Além disso, as mulheres apresentaram escore significativamente mais elevado do que os homens na CES-D (p<0,001). Portanto, pode-se afirmar a relação entre sexo feminino e a presença de depressão.

As mulheres também foram mais acometidas do que os homens (p = 0,030) por alterações do sono. Pontuaram acima de 25 no MSQ, 39,9% delas.

Os dados referentes à comparação dos gêneros com a depressão e com a qualidade do sono estão representados nas Tabelas 3 e 4 respectivamente.

Tabela 3. Comparação entre homens e mulheres idosos quanto à depressão avaliada pela CES-D. Campinas, 2007.

Depressão segundo a CES-D	N	%	%	Média(±dp)	Mediana	p
Sexo Masculino				8,4 (6,6)	21,0	--
Com depressão	69	7,7	27,4			
Sem depressão	183	20,4	72,6			
Total	252	28,1	100			
Sexo Feminino				10,9 (9,1)	8,0	< 0,001¹ 0,009²
Com depressão	236	26,3	36,5			
Sem depressão	410	45,6	63,5			
Total	646	71,9	100			
Total geral	898	100	--			

¹ Teste U de Mann-Whitney

² Teste Qui-Quadrado

Tabela 4. Comparação entre homens e mulheres quanto à qualidade do sono segundo o MSQ. Campinas, 2007.

Escores do MSQ segundo gênero	N	%	%	Média(±dp)	Mediana	p
Sexo Masculino				22,2 (6,6)	21,0	
< 25 pontos	171	19,1	67,9			
> 25	81	9,0	32,1			
Total	252	28,1	100			
Sexo Feminino				23,4 (8,0)	22,0	0,081 ¹
< 25 pontos	388	43,2	60,1			
> 25	258	28,7	39,9			0,030²
Total	646	71,9	100			
Total geral	898	100	--			

¹ Teste U de Mann-Whitney

² Teste Qui-Quadrado

Os grupos de idade também foram comparados quanto à depressão e à qualidade do sono. O grupo de 60 a 69 anos e o de 80 anos ou mais apresentaram mais depressão e diferiram significativamente do grupo de 70 a 79 anos quanto à presença desse tipo de sintomas, como se pode observar na Tabela 5.

Tabela 5. Escores médios na CES-D nos grupos de 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais. Campinas, 2007.

Depressão segundo a CES-D	N	%1	%2	Média(±dp)	Mediana	p
60-69 anos				11,1 (9,5)	8,0	
Com depressão	140	15,6	38,3			0,027¹
Sem depressão	225	25,0	61,7			
Total	365	40,6	100			
70-79 anos				9,4 (8,1)	7,0	
Com depressão	104	11,6	29,0			
Sem depressão	255	28,4	71,0			
Total	359	40,0	100			
80 anos ou mais				10,0 (8,0)	8,0	
Com depressão	61	6,8	35,0			0,027[*]
Sem depressão	113	12,6	65,0			
Total da faixa etária	174	19,4	100			
Total	898	100	--			

^{*} Teste Qui-Quadrado

Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de idade em relação à qualidade do sono ($p = 0,477$), mas foi observada relação entre baixa qualidade do sono e presença da depressão ($p < 0,001$), como se vê na Tabela 6).

Tabela 6. Associação entre qualidade do sono e presença de depressão entre idosos. Campinas, 2007.

Escores do MSQ e depressão	n	%	%	Média(±dp)	Mediana	p
Com depressão				27,0 (6,4)	25,0	< 0,001 ¹
< 25 pontos	140	15,6	45,9			
> 25 pontos	165	18,4	54,1			< 0,001 ²
Total	305	34,0	100			
Sem depressão				21,3 (6,4)	21,0	
< 25 pontos	419	46,6	70,7			
> 25 pontos	174	19,4	29,3			
Total	593	66,0	100			
Total geral	898	100	--			

¹ Teste U de Mann-Whitney

² Teste Qui-Quadrado

O cálculo da correlação entre os escores das duas escalas, utilizando-se o coeficiente de correlação de Spearman (r) mostrou correlação positiva e significativa, com $r=0,30$ e $p < 0,001$, ou seja, na distribuição, quanto mais altos os escores na CES-D, mais altos na MSQ, indicando relação entre depressão e alterações no sono.

EXPERIÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSANTES

O *The Elders Life Stress Inventory - ELSI*, foi aplicado com o objetivo de saber quais eventos estressantes estiveram mais presentes na vida dos idosos. Eles foram classificados em três grupos, conforme suas respostas a esse instrumento: idosos que relataram eventos estressantes ligados ao cuidado (319 ou 35,5%); idosos que apontaram outros eventos estressantes (todos os demais eventos do Inventário - 404 ou 45,0% - idosos que referiram ausência de eventos estressantes - 175 ou 19,5%).

Como eventos estressantes ligados ao cuidado, foram considerados os seguintes itens do ELSI: 3 (*institucionalização da esposa/o*), 14 (*uma piora na saúde ou comportamento de um membro da família*), 27 (*assumindo maior responsabilidade com o pai/mãe*) e 28 (*institucionalização do pai/mãe*). Duzentos e quarenta e seis idosos relataram

ter vivido um desses eventos: 49 disseram ter vivido dois, 18 relataram três e seis disseram ter vivido os quatro. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de idade e sexo quanto ao número ou quando ao tipo de eventos vivenciados

O teste Qui-quadrado foi usado para comparar as frequências de idosos com e sem sintomas depressivos e com e sem alterações de sono entre os que não vivenciaram, ou os que vivenciaram eventos associados ao cuidado ou a outras situações estressantes. Observou-se que houve mais idosos com depressão entre os que disseram ter vivido eventos relativos ao cuidado ou outro evento estressante ($p < 0,001$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre esses três grupos e presença de alterações de sono (Ver Tabela 7). No entanto, com base nos testes Kruskal-Wallis e *post-hoc* de Dunn, pode-se dizer que a pontuação média em ambos os instrumentos foi mais alta entre os que viveram o evento cuidar ou outro evento estressante, sendo as diferenças estatisticamente significantes (ver Tabela 8).

Tabela 7. Sintomas depressivos, alterações do sono e vivência de eventos estressantes entre idosos. Campinas, 2007.

Variáveis	Eventos estressantes						p*
	Ausentes		Outros		Ligados ao cuidado		
	n	%	N	%	n	%	
MSQ (sono)							
<25 pontos	121	69,1	250	61,9	188	58,9	
>25 pontos	54	30,9	154	38,1	131	41,1	0,08
Depressão							
Não	137	78,3	265	65,6	191	59,9	
Sim	38	21,7	139	34,4	128	40,1	<0,001

* Teste Qui-quadrado

Tabela 8. Comparações entre as médias na CES-D (sintomas depressivos) e no Mini-Sleep Questionnaire – MSQ (alteração do sono), conforme os tipos de eventos estressantes vivenciados. Campinas, 2007.

Variáveis	Eventos estressantes						
	Ausentes		Outros		Ligados ao cuidado		p*
	Média(±dp)	mediana	média(±dp)	mediana	média(±dp)	Mediana	
MSQ	21,4(6,4)	20,0	23,5(7,7)	22,0	23,6(8,0)	23,0	0,003
CES-D	6,8(5,8)	6,0	10,6(8,7)	8,0	11,6(9,5)	9,0	<0,001

*Teste Kruskal-Wallis

Cada um dos quatro eventos estressantes ligados ao cuidado foi analisado separadamente em relação à presença de depressão e de alterações do sono. Somente a presença do evento 14 (“uma piora na saúde ou comportamento de um membro da família”) apresentou relação significativa com a depressão ($p = 0,004$) (ver Tabela 9).

Tabela 9. Associação entre depressão e eventos estressantes ligados ao cuidado (itens 3, 14, 27 e 28 do ELSI). Campinas, 2007.

	Depressão				P*
	Sim		Não		
	N	% ¹	n	% ¹	
Item 3					
(Institucionalização da esposa/o)					
Presente	28	44,4	35	55,6	0,07
Ausente	277	33,2	558	66,8	
Item 14					
(Piora na saúde ou comportamento de um membro da família)					
Presente	109	41,0	157	59,0	0,004
Ausente	196	31,0	436	69,0	
Item 27					
(Assumindo maior responsabilidade com o pai/ ou a mãe)					
Presente	8	23,5	26	76,5	0,19
Ausente	297	34,4	567	65,6	
Item 28					
(Institucionalização do pai/ ou mãe)					
Presente	23	39,0	36	61,0	0,40
Ausente	282	33,6	557	66,4	

* Teste Qui-Quadrado

Foi observada relação estatisticamente significativa entre depressão e vivência do evento 14 ($p < 0,001$), ou seja, para as mulheres, ter uma piora na saúde ou no comportamento de um membro da família, afetou significativamente sua condição de depressão. Também nas mulheres, a presença de outros eventos estressantes que não os de número 3, 14, 27 e 28 apresentou-se associada com a ocorrência de depressão ($p < 0,001$).

Analisando-se separadamente os escores do MSQ para cada um dos eventos estressantes ligados ao cuidado, observa-se que os idosos que relataram o item 14 (“uma piora na saúde ou comportamento de um membro da família”) apresentaram escore significativamente mais alto do que os que não vivenciaram esse evento, sendo a mediana de 23 e de 22 pontos, respectivamente ($p=0,04$, teste de Mann-Whitney).

Quanto aos escores do MSQ pelo critério de gênero, verificou-se que os homens que não viveram a situação de assumir maior responsabilidade com o pai/mãe tiveram pior qualidade do sono ($p = 0,043$). Entre as mulheres, não foram observadas relações estatisticamente significantes entre alterações de sono e não vivência ou vivência dos eventos estressantes.

Houve associação entre a presença do item 14 (alteração na saúde ou no comportamento de membro da família) e depressão na faixa dos 60-69 anos ($p = 0,025$), e entre a presença do item 3 (*institucionalização do esposo/a*) e depressão na faixa dos 80 anos ou mais ($p=0,026$). Nessas idades igualmente ocorreu associação entre depressão e ter vivido os outros eventos estressantes diferentes do cuidado ($p = 0,012$ e $0,015$, respectivamente). O sono dos idosos que apontaram a presença de evento estressante ligado ao cuidado e de depressão também mostrou-se diferentemente alterado às idades, como mostra a Tabela 10.

Tabela 10. Escores do MSQ por faixa etária, entre idosos com eventos estressantes ligados ao cuidado e presença de depressão. Campinas, 2007.

	Escore do MSQ	
	Mediana	P*
60-69 anos		
Sem evento 14	22,0	
Com evento 14	23,0	0,042
Sem depressão	21,0	
Com depressão	25,0	< 0,001
70-79 anos		
Sem depressão	21,0	
Com depressão	25,0	< 0,001
80 anos ou mais		
Sem depressão	21,0	
Com depressão	26,0	< 0,001

*Teste U de Mann-Whitney

Na faixa dos 60 aos 69 anos, mas não nas outras duas, a piora da saúde ou do comportamento de um membro da família (item 14) ou a presença de depressão estiveram significativamente relacionados com a pior qualidade do sono.

ALTERAÇÃO DO SONO

Foi feita uma análise de regressão logística univariada com o objetivo de determinar quais os indivíduos apresentam maior risco para alteração do sono. Os resultados estão na Tabela 11.

Tabela 11. Relações entre gênero, idade, depressão, vivência de eventos estressantes e alteração na qualidade do sono em idosos. Campinas, 2007.

Variável	Categoria	pP	Razão de risco	IC 95% O.R.*
Sexo	Masculino		1,0	----
	Feminino	0,031	1,4	1,03 – 1,91
Idade	60-69 anos		1,0	----
	70-79 anos	0,601	0,9	0,68 – 1,25
	80 anos ou mais	0,427	1,1	0,80 – 1,68
Depressão (CES-D)	Não		1,0	----
	Sim	< 0,001	2,8	2,13 – 3,78
Evento Estressante 3	Não		1,0	----
	Sim	0,743	1,1	0,65 – 1,84
Evento Estressante 14	Não		1,0	----
	Sim	0,111	1,3	0,95 – 1,70
Evento Estressante 27	Não		1,0	----
	Sim	0,509	0,8	0,38 – 1,62
Evento Estressante 28	Não		1,0	----
	Sim	0,449	1,2	0,72 – 2,10
Eventos estressantes	Ausentes		1,0	----
	Outros	0,095	1,4	0,95 – 2,02
	Ligados ao cuidado	0,025	1,6	1,06 – 2,31

*IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco

Segundo essa análise, os idosos com depressão tiveram risco 2,8 vezes maior de apresentar alterações de sono do que os sem depressão, os que relataram um ou mais eventos ligados ao cuidado tiveram risco 1,6 vezes maior para a mesma variável e as mulheres apresentaram risco 1,4 vezes maior de desenvolver alterações do sono, quando comparadas com os homens. Posteriormente foi realizada uma análise de regressão logística multivariada, com critério de seleção *stepwise*. Os eventos estressantes ligados ao cuidado, que se mostraram significativos na análise univariada, não foram mantidos na análise multivariada. Os resultados encontram-se na Tabela 12.

Tabela 12. Relações entre depressão, gênero e idade com alterações de sono em idosos. Campinas, 2007.

Variável	Categoria	p	Razão de risco	IC 95% O.R.*
Depressão, segundo CES-D	Não		1,0	
	Sim	< 0,001	2,8	2,13 – 3,78
Sexo feminino x depressão	Não		1,0	
	Sim	< 0,001	3,4	2,43 – 4,76
60-69 anos x depressão	Não		1,0	
	Sim	< 0,001	2,7	1,73 – 4,16
70-79 anos x depressão	Não		1,0	
	Sim	< 0,001	2,9	1,82 – 4,66
80 ou mais anos x depressão	Não		1,0	
	Sim	< 0,001	3,1	1,62 – 5,87

* IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco

Finalmente, verifica-se que mulheres com depressão apresentam risco 3,4 vezes maior de apresentarem alteração do sono do que mulheres sem depressão; que os de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais com depressão têm risco 2,7, 2,9 e 3,1 vezes maior de ter alterações do sono do que os sem depressão, respectivamente.

Em primeiro lugar, ressalta-se que os dados do PENSA permitem esta análise e muitas outras e que mesmo esta discussão não esgota todas as possibilidades de articulação do fenômeno. Outros cruzamentos entre as variáveis poderiam ser pensados, como já o foram a partir das informações de Tavares (2004), Fortes (2005) e Oliveira (2006a), Francisco (2006), Oliveira (2006a), Ribeiro (2006), Santana (2006), Sommerhalder (2001, 2006).

A partir dos resultados encontrados, podemos retirar algumas informações, a serem discutidas pela importância que trazem às questões deste estudo e a possibilidade de novas pesquisas:

O primeiro item a ser discutido é referente às características sócio-demográficas. Os resultados demarcam a maioria de mulheres na amostra, com idade de 60 a 69 anos, casadas, com filhos. Estes dados confirmam a revisão de literatura de Sommerhalder (2001), identificando a prevalência das idosas em relação ao número de idosos.

Voltando-se para os temas específicos deste trabalho – sono, depressão e estresse – retomam-se especificamente as relações entre a depressão e a presença de alterações da qualidade de sono.

Os resultados (de acordo com a CES-D) indicaram que a maioria dos idosos não apresenta depressão. Esta informação já foi destacada nos estudos de Blazer e Williams, (1980), Cornoni-Huntley et al. (1986), Aguiar (1993) e Santos (1999). No entanto, dentre a minoria que a apresentava, aparece uma nítida relação entre o sexo feminino e a depressão; assim como entre as mulheres, as alterações de sono foram mais comuns do que entre os homens.

Tais resultados corroboram os achados de Cacciatore (1998), Ramos et al. (1998), Shoevers et al. (2000), Mann (2001) que apontam para o gênero e a idade avançada a maior possibilidade de depressão, em função das inúmeras transformações que o envelhecimento traz. Sommerhalder (2006) destaca que a prevalência das mulheres em relação aos homens costuma ser maior em várias comunidades e amostras, em comunidades e países diferentes, tal como encontramos neste estudo.

O número de idosos com depressão, tanto homens (27,4%) como mulheres (36,5%), está dentro das estimativas apresentadas na literatura do Brasil e de outros países: de 19,1% a 35,1% (Veras, 1993), de 32% (Fundação João Pinheiro, 1993), de 5% a 35% (Veras, 1994; Chaimowicz, 2000; Man, 2001).

Todavia, os resultados dão maior ênfase ao quadro depressivo na faixa etária de 60-69 anos e dos 80 anos em diante, o que poderia estar relacionado aos fatores predisponentes ao quadro depressivo; como as perdas de pessoas significativas, a aposentadoria e mesmo a proximidade da morte dos outros e a própria, como bem ressalta Fortes (2005), na explicitação dos aspectos do envelhecimento e os riscos de mortalidade e morbidade. Esta autora também dá muita importância a fatores psicossociais como desencadeadores de ansiedade e sintomas depressivos, o que não pode ser negado.

Esta variação da relação entre depressão e faixa etária, porém, não encontrou correspondência com a qualidade de sono alterada. Assim, há correlação entre as alterações da qualidade do sono e a depressão, mas não entre a faixa etária e as alterações de sono. Pode-se entender esta relação sono/depressão, por outro lado, como a peculiaridade da expressão do quadro depressivo, pois Gazalle et. al. (2004) destacam que entre as idosas uma das formas de se diagnosticar a depressão é pela alteração do sono, no sentido da diminuição.

Outros resultados se referem aos eventos estressantes, que podem ser vividos de maneira a contribuir para o surgimento de uma depressão. Isto é discutido no item seguinte – a experiência de eventos estressantes.

Os eventos estressantes foram assim identificados no estudo, a partir do ELSI:

- eventos estressantes ligados ao cuidado (35,5%)
 - institucionalização da esposa/o (item 3)
 - uma piora na saúde ou comportamento de um membro da família (item 14)
 - assumir maior responsabilidade com o pai/mãe (item 27)
 - institucionalização do pai/mãe (item 28)
- outros eventos estressantes (45%) e
- ausência de eventos estressantes (19,5%)

Observamos que os resultados não evidenciam diferenças de faixa etária e gênero para a influência dos eventos estressantes, nem mesmo quanto à variável qualidade de sono. Porém, destaca-se que as mulheres podem experimentar as situações de cuidado de maneira mais extenuante. Refere Goldstein (1995) que a força e significação do evento estressante é relativa à faixa etária do sujeito – não pela idade em si mesma, mas pelos valores agregados a ela enquanto idade de perdas, de eventuais adoecimentos e uma imagem de irreversibilidade (através da morte); o que pode ser pensado de maneira diferenciada em relação às mulheres.

Nas mulheres, o evento estressante identificado no item 14 (piora na saúde ou no comportamento de um membro da família) incrementou em muito o sintoma da depressão. Pode-se tomar este resultado como relacionado ao estresse e, nesse sentido, pensar a importância do estresse para o desenvolvimento da depressão, tal como dizem Papalia e Olds (2000), Dixen e Reid (2000) – estes autores destacam, aliás, que o alto índice de

depressão estaria condicionado à ocorrência de comportamentos mal-adaptativos aos eventos adversos e à pouca vivência de experiências positivas.

A piora na saúde de um membro da família pode ser considerada um evento estressante de natureza psicossocial e mesmo como algo traumático – de difícil elaboração psicológica – confirmando achados de Berlim, Perizzolo e Fleck (2003) e Joça, Padovan e Guimarães (2003).

Os resultados acrescentam outras informações, relativas aos itens 4 (Morte de um filho ou filha), 13 (Morte de um amigo), 27 (Assumindo maior responsabilidade com o pai ou a mãe), 28 (Institucionalização do pai ou mãe), como sendo outros eventos de natureza estressante capazes de levar ao aparecimento de sintomas depressivos.

Estes itens destacados apontam para a necessidade de que e tenha algum cuidado com o outro ou consigo mesmo – na ausência do familiar ou cônjuge, por internação ou morte, o idoso, obrigatoriamente, estaria envolvido com as vicissitudes de uma nova condição.

Cuidar do outro ou ter que desenvolver novas formas de auto-cuidado implicariam na mudança de vida do sujeito idoso, causando intenso desgaste físico e psicológico (Néri, 1993). Portanto, o estresse entre cuidadores é bastante comum, configurando um circuito vicioso entre demanda de cuidados, evento estressante, estresse e sintomas depressivos.

Vitaliano, Young e Russo (1991), Pearlin (1994), Desbiens, Mueller-Rizner, Virnig e Lynn (2001) assinalam, nesse sentido, que a função de cuidador é uma condição de prejuízo e estresse, sendo considerada por Snowdown (2002) um elemento importante para o desenvolvimento de transtornos depressivos em suas várias possibilidades tal como descrito pela CID 10 (1993) e pelo DSM IV (1995).

Como a prevalência de depressão se deu entre as mulheres, as peculiaridades da depressão nas mulheres será agora ressaltada, principalmente quanto às alterações de sono – um sintoma freqüente na depressão. Os resultados não apresentam relações

estatisticamente significativas entre alterações de sono e os eventos estressantes; parece que as alterações de sono não são influenciadas pela presença ou ausência de eventos estressantes.

As mulheres idosas, no entanto, apresentaram mais risco de terem alterações de sono, em relação aos sujeitos que não apresentaram depressão – tanto em relação às outras mulheres como em relação aos homens. Assim, os resultados confirmam a presença da diminuição de sono – insônia – como um dos critérios de diagnóstico para o Transtorno Depressivo (CID 10, 1993; DSM IV, 1995) e como uma das características clínicas peculiares da depressão em idosos, indicada por Ohayon (2000), Sukegawa et al. (2003), Gazalle et al. (2004), Vaughn e D'Cruz (2005), Chellappa e Araújo (2006), Oliveira (2006a). Muito raramente, a hipersonia aparece como sintoma depressivo, mesmo na depressão grave.

As queixas de perda de sono, então, devem ser avaliadas com maior cuidado, já que a insônia é um fator de risco para o desenvolvimento de quadros depressivos. Em consequência, características presentes no envelhecimento normal como esperadas podem se acentuar e vir a configurar transtornos mentais. E não se pode esquecer que a depressão no idoso tem características bem diversas daquela do adulto (Stoppe Júnior e Louzã Neto, 1998).

O estudo permite refletir, portanto, sobre a relação entre alterações de sono – insônia – e depressão, sendo esta relação mais importante do que a entre os eventos adversos (estressantes) e a depressão. Portanto, isto faz pensar na relevância da avaliação da qualidade de sono em idosos, para considerar a presença de depressão (ou não) e intervir precocemente em seu surgimento. Tal relevância se justifica de acordo com a ressalva de Lima (1999), Penninx et al. (2000) e Mann (2001) acerca da incapacidade funcional desencadeada pela depressão e seu impacto na saúde pública.

Os resultados replicam os dados do trabalho de Desbiens, Mueller-Rizner, Virnig e Lynn (2001), em que as variáveis estariam predizendo escores altos de estresse: ser mulher, dedicar-se mais do que oito horas ao cuidado (ex.: cuidar de idoso depressivo e cuidar de idoso com prejuízo de audição). Isto também confirma as colocações de Neri (1993), já que as situações novas, quando adversas, tendem a trazer maior possibilidade de estresse, denotando enfrentamento mal-adaptativo.

Repetidamente exposto a eventos adversos – estressantes – o idoso cuidador começa a desenvolver sintomas decorrentes desta exposição, na forma de descuido consigo mesmo e a própria saúde, mas prioritariamente no sentido de desenvolver um quadro depressivo. Tavares (2004) pensa a depressão como uma forma de responder ao estresse prolongado, prejudicando tanto a saúde física como a psíquica, tal como também apontam Zarit (1997) e Matsuo e Washio (2000) – estes autores ressaltam que ser um cuidador, no caso do idoso, aumenta significativamente os casos de depressão quando se trata de idosos.

Reafirma-se, assim, a partir dos resultados e as informações da literatura, a necessidade de se desenvolver práticas terapêuticas e de intervenção, através de familiares, amigos e serviços de saúde que apoiem os idosos (Chellappa e Araújo, 2006). Desta maneira, podem ser pensadas formas de reflexão sobre condutas de enfrentamento positivas e comportamentos resilientes em relação às situações adversas e difíceis – em especial, a perda de entes queridos e o adoecimento das pessoas de referência e/ou relação direta, como pai/mãe, cônjuge e filhos (Fortes, 2005; AMERSE, 2007).

O estudo mostrou, por outro lado, que o estresse não deve ser levado em conta sozinho para avaliar as condições do indivíduo idoso em depressão, além de sua relação menos importante com a depressão do que as alterações de sono. Ressalta-se, no entanto, que há vários estressores, atuando de maneira mais ou menos significativa sobre o idoso. O estressor mais importante é o cuidado com o familiar doente, principalmente o parceiro.

Enfatizar estudos como este e outros que já se utilizaram dos dados do PENSA são de fundamental importância, já que os quadros depressivos são graves em si mesmos, mas também são um convite para outros adoecimentos no envelhecimento como as demências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar WM, Dunningham W. (1993). Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. *Arquivo Brasileiro de Medicina*, 67(4): 297-9.
- Aldwin, CM, & Gilmer, DF (2003). *Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychological Perspectives*. California: Sage Publications.
- Aldwin, CM, Sutton, KJ, Chiara, G., Spiro III, A. (1996). Age Differences in Stress, Coping, and Appraisal: Findings From the Normative Aging Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51b (8): 117 – 188.
- Aldwin, CM (1994). *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective*. New York, Guilford.
- Aldwin, CM (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology*. 46, 171-180.
- Aldwin, CM (1990). The Elders Life Inventory (ELSI): Egocentric and nonegocentric stress. In: M. A. P. Stephens; S. E. Hobfoll; J. H. Crowther e D. L. Tennenbaum. (orgs.) *Stress and coping in late life families*. Nova York: Hemisphere.
- Aloe F, Azevedo AP, Hasan R. (2005). Mecanismos do ciclo sono-vigília. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(S.1): 33-9.
- Almeida OP. Idosos atendidos em serviços de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21:12-8
- AMERSE – Asociación Mexicana de Resiliencia, Salud y Educación (2007). Disponível na internet em: www.resilienciamexico.com, julho.
- APA (1995). American Psychiatric Association. *Critérios diagnósticos do DSM-IV: referência rápida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bastien CH, Fortier-Brochu E, Rioux I, LeBlanc M, Daley M, Morin CM. (2003). Cognitive performance and sleep quality in the elderly suffering from chronic insomnia. Relationship between objective and subjective measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(1): 39-49.
- Batistoni, SST; Neri, AL; Cupertino, APFB. (2007). Validação da Escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública* 41(4):598-605

- Beckett, M, Goldman, N, Weinstein, M, Lin, IF e Chuang, YL. (2002). Social environment, life challenge and health among the elderly in Taiwan. *Social Science and Medicine*, 55(2), 191-209.
- Berlim. MT, Perizzolo, J e Fleck, MPA (2003). Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (S.1): 51-54.
- Blazer, D, Hughes, D, & George, L. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *The Gerontologist*, 27, 281-287.
- Blazer D, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry*. 1980;137(4):439-44.
- Cacciatore F. (1998). Morbidity patterns in aged population in Southern Italy: a survey sampling. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26: 201-13.
- Canineu, PR (2007) Depressão no idoso. In: M. Papaléo Netto. (Org.), *Tratado de Gerontologia*. 2ª Edição (253-300). São Paulo: Atheneu
- Ceolim, MF (2007). O sono do idoso. In: M. Papaléo Netto. (Org.), *Tratado de Gerontologia*. 2ª Edição (351-368). São Paulo: Atheneu.
- Cerqueira, ATAR e Oliveira, NIL (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, Vol. 13, n.1.
- Chaimowicz F, Ferreira TJXM, Miguel DFA. (2000). Use of psychoactive drugs and falls among older people living in a community in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 34: 631-5.
- Chellappa, SL e Araújo, JF. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. *Rev. psiquiatr. clín.*, 2006, vol.33, no.5, p.233-238. ISSN 0101-6083.
- Chapleski, EE, Kaczynski, R., Gerbi, SA e Lichtenberg, PA. (2004). American Indian elders and depression: short- and long-term effects of life events. *Journal of Applied Gerontology*, 23, 40-57.
- Cornoni-Huntley J, Brock DB, Osfeld AM, et al. (1986). Established populations for epidemiologic studies of the elderly: resource data book. Bethesda (MD):National Institute on Aging; p. 140. (NIH Publication No. 86-2443).
- Cupertino, APFB. (2001). Tradução para português e inglês. *Escala de estresse, avaliação e estratégias de enfrentamento*. Juiz de Fora: PENSA.
- Cupertino, APFB, Oliveira, BHD, Guedes, DV, Coelho, ER, Milano, RS, Rubac, JS, Sarkis, SH (2006). Estresse e Suporte Social na Infância e Adolescência relacionados com Sintomas Depressivos em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 371-378.

- Desbiens, NA., Mueller, RN, Virnig, B e Lynn, J. (2001). Stress in caregivers of hospitalized oldest-old patients. *Journals of Gerontology: Series A: Biological and Medical Sciences*, 56A(4), 231-235.
- Dixon, WA., e Reid, JK. (2000). Positive life events as a moderator of stress-related depressive symptoms. *Journal of Counseling & Development*, 78, 343-348.
- Ebersole, P. (2001). *Geriatric nursing and healthy aging*. St. Louis : Mosby.
- Folkman, S, Lazarus, RS., Pimley, S, e Novacek, J. (1987). Age Differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, pp.171-184.
- Fortes, ACG. (2005). *Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade: Dados do PENSA*. [dissertação]. Campinas (SP): Curso de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas.
- Fortes, ACG e Neri, AL. (2004). Eventos de Vida e Envelhecimento Humano. In: A. L. Neri, M. S. Yassuda (orgs.) e M. Cachioni (colab.). *Envelhecimento bem-sucedida*. 1ª ed. Campinas, SP: Papirus.
- Fundação João Pinheiro. (1993). *População idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento*. Belo Horizonte.
- Gazalle, FK., Lima, MS., Tavares, BF. e Hallal, PC. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 365-371.
- Geib, LTC, Cataldo Neto, A, Wainberg, R, Nunes, ML. (2003). Sono e Envelhecimento. *Rev. Psiq. Rio Grande do Sul*. 25(3): 453-465.
- Gillin JC. (1998) Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatria Scand Suppl.*: 393:39-43.
- Goldstein, L. (1995). Stress e Coping na Vida Adulta e na Velhice. In: A. L. Neri (org.) *Psicologia do Envelhecimento* (145-158). Campinas: Papirus.
- Gorestein, C; Andrade, LHS. & Zuarde, AW. (2000). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e farmacologia* (pp. 125-134). São Paulo: Lemos Editorial.
- Hughes, DC., Blazer, DG. e George, LK. (1988). Age differences in life events: a multivariate controlled analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 27(3), 207-220.
- Joca, SRL, Padovan, C.M. & Guimarães, F.S. (2003). Estresse, Depressão e Hipocampo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25: 46-51.

- Karsch, UM. (2003). Dependent seniors: families and caregivers. *Cad. Saúde Pública.*, 19(3): 861-866 Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Aug 2007. Pré-publicação.
- Krause, N. (1986). Stress and sex differences in depressive symptoms among older adults. *Journal of Gerontology*, 6: 727-731.
- Leite, VMM, Carvalho, EMF, Barreto, KM, Falcão, IV. (2006). Depressão e Envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 6 (1): 31-38, jan. / mar.
- Lima MS. (1999).Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21: 1-11.
- Lazarus, RS. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3-13.
- Mann A. (2001).Depression in the elderly: findings from a community survey. *Maturitas*, 38: 53-9.
- Matsuu, K, Washio, M, Arai, ID. (2000). Depression among caregivers of the frail elderly in urban Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 54 (5), 553–557.
- Motta, LB, Aguiar, AC. (2007). Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 12(2): 363-372.
- National Institutes of Health (2005). State of the Science State Conference. *Sleep*, 28: 1049-1057.
- Neri, AL. (1993). Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. Em: Neri, AL. *Qualidade de vida e idade madura*. Ed. Papyrus, 4ª edição, Campinas – SP.
- Oliveira, BHD. (2006a). *Relações entre padrão de sono e desempenho cognitivo em amostra de idosos residentes na comunidade – Estudo PENSA*. Dissertação (mestrado). Campinas, SP: São Paulo.
- Oliveira, JCF de. (2006b). *Insônia, sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida em idosos institucionalizados*. Dissertação (mestrado) -- São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Papalia, DE. e Olds, SW. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Pearlin (1994). Conceptual Strategies for the Study of Caregivers Stress. In: E. Light, G. Niederehe e BD. Lebowitz (Eds.). *Stress Effects on Family Caregivers of Alzheimer's patients: Research and Interventions* (pp. 3-21). New York Springer.
- Pearlin, LI, Mullan, JT, Semple, SJ e Skaff, MM. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30 (5): 583-594.
- Penninx BWJH, Deeg DJH, Eijk JTMV, Beekman ATF, Guralnik JM. (2000). Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. *J Affect Disorders*, 61: 1-12.
- Radloff, LS. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1: 385-401.
- Ramos LR, Simões EJ, Albert MS. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urbana residents in Brazil: a 2-year follow-up. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1168-75.
- Ramos LR, Toniolo NJ, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, Paola CR, Santos FC, Bilton T, Ebel SJ, Macedo MBM, Almada CM, Nasri F, Miranda RD, Gonçalves M, Santos ALP, Fraietta R, Vivacqua I, Alves MLM, Tudisco ES.(1998). Two-year follow-up study of elderly: residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Revista de Saúde Pública*, 32: 397-107.
- Roberts, RE, Shema, SJ, Kaplan, GA, Strawbridge WJ. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort: A prospective perspective. *American Journal of Psychiatry*, 157:81-80.
- Rossen E, Buschmann M. (1995). Mental illness in late life: the neurobiology of depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9: 130-136.
- Santos HB. *O perfil de saúde dos idosos na região urbana de Pelotas e alguns de seus determinantes* [tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
- SAS. System for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.02. SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA.
- Shoever RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Geerlings MI, Jonker C, Tilburg WV. (2000). Risk factors for depression in later life: results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affect Disorders*, 59: 127-37.
- Sociedade Brasileira de Sono. I Consenso Brasileiro sobre Insônia. *Hypnose*, 4: 3-45, 2003.
- Souza, MM, Kaimen, MDR e Reimão, R. (2003). Avaliação polissonográfica de pacientes ambulatoriais portadores de transtornos do humor. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol. 61, no. 2B

- Stoppe Júnior A, Louzã Neto MR. *Depressão na terceira idade*. São Paulo: Lemos; 1998.
- Sukegawa et al. (2003). Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57 (3): 265–270.
- Tavares, SS., Neri, AL. e Cupertino, AFB. (2004). Saúde Emocional após a aposentadoria. In: A.L. Néri e M.S. Yassuda (orgs). *Velhice Bem- Sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papyrus.
- Tavares, SS. (2004). *Sintomas depressivos entre idosos: Relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes*. [Dissertação]. Campinas (SP): Curso de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas.
- Vaughn, BV, D’Cruz, ONF. (2005). Cardinal Manifestations of Sleep Disorders. In: Kryger, M.H.; Roth, T.; Dement W.C. (Eds.) *Principles and Practice of Sleep Medicine* (594-601). 4.ed., WB Saunders, Philadelphia.
- Veras RP. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Veras, RP. (1993). *Elderly population: a study carried out in Rio de Janeiro*. Série Estudos Em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 40: 1-36.
- Vitaliano, PP., Young, HM., e Russo, J. (1991). Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist*, 31(1): 67-75.
- Vitiello, MV. (2000). Effective Treatment of Sleep: Disturbances in Older Adults. *Sleep Disorders*, 2 (2): 16-24.
- Vitiello MV, Borson S. (2001). Sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease: epidemiology, pathophysiology and treatment. *CNS Drugs*, 15(10): 777-796.
- Xavier, FMF, Ferraz, MPT, Bertolucci, P, Poyares, D e Moriguchi, E. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre a qualidade de vida, sono e cognição em octagenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2): 62-70.
- Zarit, SH. (1997). Interventions with family caregivers. In S. H. Zarit & B. G. Knight (Eds.), *A guide to Psychotherapy and Aging* (p. 139-159). Washington, DC: American Psychological Association.

Anexo1- Center Epidemiologic Depression(CES-D)

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

Anexo 2 -The Elders Life Stress Inventory – ELSI

-(Inventário de Estresse de vida entre Idosos)

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	Medianamente estressante	Muito estressante	Extremamente 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. 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. 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. 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 esposo(a)	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 ou a 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 motivos	0	1	2	3	4	5

Anexo 3 –Mini–Sleep Questionare

Por favor, escolha a opção que melhor descreva seu sono	Nunca	Muito raramente 1x /sem	Raramente 2x / sem	Às vezes 3x	Freqüentemente 4x/sem	Com muita Freqüência 5-6x /sem	Sempre 7x /sem
1. Você tem dificuldade em adormecer à noite?	0	1	2	3	4	5	6
2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Você toma remédios para dormir ou tranqüilizantes?	0	1	2	3	4	5	6
4. Você dorme durante o dia? (sem contar cochilos ou sonecas programados)	0	1	2	3	4	5	6
5. Ao acordar de manhã você ainda se sente cansado (a)?	0	1	2	3	4	5	6
6. Você ronca à noite (que você saiba)?	0	1	2	3	4	5	6
7. Você acorda durante a noite (e volta a dormir)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Você acorda com dor de cabeça?	0	1	2	3	4	5	6
9. Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?	0	1	2	3	4	5	6
10. Você tem sono agitado? (mudanças constantes de posição ou movimentos de pernas/braços)	0	1	2	3	4	5	6

Pontuação: 1) 0 – 9 = sono muito bom; 2) 10 –24= sono bom; 3) 25 –27= levemente alterado;

4) 28 –30= moderadamente alterado; 5) acima de 30= muito alterado.

Anexo 4 – 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 Dra Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino, quem estará disponível para maiores esclarecimentos.

Prof^a Dr^a 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

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 5 – Parecer aprovado pelo Comitê de Ética.



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

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo CEP/HU: 170-009/2002

I- IDENTIFICAÇÃO

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

II – Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL:

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

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


Prof. Henrique Dornigal
Presidente CEP/HU



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

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

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

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

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

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

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

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

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

ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA:

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

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

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

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

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


Dr. Henrique Horngai
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

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. *Minimal (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 Noronha
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 - HUF



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 Portugal
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 / HU