

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES, ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO, SENSO DE AUTO-EFICÁCIA E ESTADOS
DEPRESSIVOS EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE:
DADOS DO PENSA**

ANDRÉA CRISTINA GAROFE FORTES

ORIENTADORA: PROF^a DR^a ANITA LIBERALESSO NERI

2005

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES, ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO, SENSO DE AUTO-EFICÁCIA E ESTADOS
DEPRESSIVOS EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE:
DADOS DO PENSA**

ANDRÉA CRISTINA GAROFE FORTES

ORIENTADORA: PROF^a DR^a ANITA LIBERALESSO NERI

Trabalho apresentado como parte das exigências para obtenção de título de Mestre em Gerontologia pela FE/UNICAMP defendida por Andréa Cristina Garofe Fortes.

Data: 05 / 04 / 2005

Assinatura:

Comissão Julgadora:

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/ UNI CAMP**

F776e	<p>Fortes, Andréa Cristina Garofe.</p> <p>Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto - eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade : dados do PENSA / Andréa Cristina Garofe Fortes . -- Campinas, SP: [s.n.], 2005.</p> <p>Orientador : Anita Liberalesso Neri.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.</p> <p>1. Stress (Psicologia). 2. Depressão – Aspectos psicológicos. 3. Envelhecimento – Aspectos psicológicos. 4. Ajustamento (Psicologia) na velhice. I. Neri, Anita Liberalesso. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade Educação. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">05-044-BFE</p>
-------	---

Keywords: Stress; Depression; Aging; Behavior

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Mestre em gerontologia

Banca examinadora: Profa. Dra. Mônica Sanchez Yassuda

Profa. Dra. Diana Tosello Laloni.

Profa. Dra. Evely Buroshovitch

Profa. Dra. Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino

Data da defesa : 05 de abril de 2005

OFEREÇO ESTE TRABALHO

**ÀS MINHAS QUERIDAS AVÓS, MARIAS, EM QUEM TENHO GRANDE EXEMPLO DE
ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO!**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu Pai Criador. A Ele toda a honra e toda a glória!

Aos meus pais e minhas irmãs, pela torcida constante e alegria sincera pelas minhas conquistas. A todos os meus familiares, muito obrigada pelo apoio! Ao meu namorado Manoel, pelo carinho e companheirismo, além do apoio incondicional para que eu pudesse concluir esse trabalho. Muitíssimo obrigada! À amiga e irmã Samila, por ter me presenteado com sua companhia nos anos de faculdade e mestrado, e por ter me ensinado no dia-a-dia o significado do verdadeiro amor fraternal. A todos os amigos da Igreja Presbiteriana Central de Campinas, os quais se tornaram para mim verdadeiros irmãos em Cristo. Agradeço a todos pelo carinho, apoio e orações!

Aos amigos e colegas da Geronto, pela convivência enriquecedora! Em especial à amiga Patrícia Gatti, pelo apoio e ajuda incondicionais para que eu pudesse concluir este trabalho. Às amigas Wanda, Alessandra e Danieli, pela amizade e carinho. Ao querido amigo Eduardo Alvarenga, agradeço por ter nos deixado com a certeza de que a vida vale a pena ser vivida quando se tem amor. Saudade!

À amiga e orientadora Prof^a Dr^a Anita Liberalesso Neri, pelo privilégio de termos trabalhado realmente juntas na elaboração e conclusão dessa dissertação. Agradeço pelas manhãs, tardes e noites ininterruptas de estudo, revisões e discussões. Missão cumprida! Pelo privilégio de ter conhecido Anita, exemplo de dedicação, lealdade e grandeza.

Ao Helymar Machado, responsável pelas análises estatísticas deste trabalho, agradeço pela disponibilidade e dedicação com que atendeu às solicitações. À Prof^a Dr^a Mônica Sanches Yassuda, à Prof^a Dr^a Diana Tosello Laloni, à Prof^a Dr^a Evely Buroshovitch e à Prof^a Dr^a Ana Paula Cupertino, agradeço pela disponibilidade em participar da minha banca examinadora.

À Prof^a Dr^a Ana Paula Cupertino, pela garra e coragem na implantação do projeto PENSA. À equipe do PENSA, agradeço pelo empenho e dedicação. A todos os idosos que participaram do PENSA, agradeço pela confiança e disponibilidade!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
O ESTRESSE NO DESENVOLVIMENTO E NO ENVELHECIMENTO.....	5
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO: UMA LONGA TRAJETÓRIA DE ESTUDOS SOBRE PROCESSOS PSICOLÓGICOS ADAPTATIVOS.....	15
DEPRESSÃO NA VELHICE.....	22
OBJETIVOS.....	40
MÉTODO.....	42
CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO DOS PROCESSOS DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL (PENSA).....	42
CONTEXTUALIZANDO UM ESTUDO SOBRE RELAÇÕES ENTRE ESTADOS DEPRESSIVOS E AVALIAÇÃO COGNITIVA DE EVENTOS ESTRESSANTES E DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS POR HOMENS E MULHERES IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE.....	48
RESULTADOS.....	54
EVENTOS ESTRESSANTES NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS.....	55
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.....	62
RELAÇÕES ENTRE A EXPERIÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSANTES E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS PELOS IDOSOS.....	70
SENSO DE AUTO-EFICÁCIA EM RELAÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS.....	72
RELAÇÕES ENTRE EXPERIÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSANTES, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E SENSO DE AUTO-EFICÁCIA COM RELAÇÃO AO ENFRENTAMENTO E ESTADOS DEPRESSIVOS.....	74
DISCUSSÃO.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS.....	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Freqüência de eventos estressantes ocorridos nos últimos cinco anos.....	55
Tabela 2	Estrutura fatorial resultante de rotação Varimax da matriz de correlações produzida em análise fatorial exploratória da distribuição das respostas à Escala de Estratégias de Enfrentamento.....	63
Tabela 3	Solução fatorial com cinco fatores ortogonais para a Escala de Estratégias de Enfrentamento.....	64
Tabela 4	Coefficiente de consistência interna para a totalidade dos itens da escala de estratégias de enfrentamento.....	68
Tabela 5	Resultados da Análise de Regressão Logística Multivariada para Depressão.....	79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos participantes do PENSA segundo o critério de gênero.....	45
Figura 2	Distribuição dos participantes do PENSA segundo o critério de idade.....	46
Figura 3	Distribuição dos participantes do PENSA segundo critérios de gênero e idade.....	46
Figura 4	Distribuição dos participantes do PENSA segundo o critério de estado civil.....	46
Figura 5	Distribuição dos participantes do PENSA segundo o critério de escolaridade.....	47
Figura 6	Distribuição dos participantes do PENSA segundo o critério de renda familiar.....	47
Figura 7	Distribuição da amostra por gênero.....	50
Figura 8	Distribuição da amostra por idade.....	50
Figura 9	Distribuição da amostra por estado civil.....	50
Figura 10	Distribuição da amostra por nível de escolaridade.....	51
Figura 11	Distribuição da amostra por renda familiar.....	51
Figura 12	Frequência percentual de eventos estressantes experimentados nos últimos cinco anos reunidos por categorias.....	59
Figura 13	Frequências relativas de ocorrências de categorias de eventos estressantes segundo o critério de gênero.....	59
Figura 14	Frequências relativas de ocorrências de categorias de eventos estressantes segundo o critério de idade.....	60
Figura 15	Frequências relativas das avaliações de intensidade dos eventos estressantes segundo o critério de gênero.....	61
Figura 16	Frequências relativas das avaliações de intensidade dos eventos estressantes segundo o critério de idade.....	62
Figura 17	Frequências relativas de utilização das estratégias de enfrentamento segundo critério de gênero.....	69

Figura 18	Frequências relativas de utilização das estratégias de enfrentamento segundo critério de idade.....	69
Figura 19	Distribuição de frequências relativas das respostas de avaliação de auto-eficácia no uso de estratégias de enfrentamento.....	72
Figura 20	Frequências relativas das avaliações de auto-eficácia no uso das estratégias de enfrentamento de eventos estressantes segundo o critério de gênero.....	73
Figura 21	Frequências relativas das avaliações de auto-eficácia no uso das estratégias de enfrentamento de eventos estressantes segundo o critério de idade.....	73
Figura 22	Frequências relativas de sintomas depressivos segundo o critério de gênero.....	75
Figura 23	Frequências relativas de sintomas depressivos segundo o critério de idade.....	75
Figura 24	Frequência relativa de sintomas depressivos entre os diferentes tipos de eventos estressantes.....	76
Figura 25	Frequência relativa de sintomas depressivos entre os diferentes fatores de estratégias de enfrentamento.....	76
Figura 26	Frequência relativa de sintomas depressivos e avaliação de auto-eficácia no uso de estratégias de enfrentamento.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorias de eventos e itens correspondentes no instrumento.....	58
Quadro 2	Experiência de eventos estressantes pelos grupos de homens e mulheres, considerando as três faixas etárias selecionadas.....	61

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFJF.....	116
Anexo 2	Ficha de Recrutamento – PENSA.....	123
Anexo 3	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	124
Anexo 4	Avaliando o Estresse de cada indivíduo e sua maneira de lidar com o estresse (Aldwin, Sutton e Lachman, 1996).....	125
Anexo 5	Variáveis Sócio-demográficas.....	127
Anexo 6	Estratégias de Enfrentamento do Estresse (Aldwin, Sutton e Lachman, (1996).....	128
Anexo 7	Escala de Estados Depressivos - CES-D (Radloff, 1977, Tavares, 2004, Tavares-Batistoni, Neri e Cupertino, 2005, em preparação).....	129
Anexo 8	Comparações dos eventos estressantes entre Gênero e Idade.....	131
Anexo 9	Análise descritiva e comparativa para eventos estressantes.....	132
Anexo 10	Análise comparativa para intensidade de eventos estressantes.....	133
Anexo 11	Cargas fatoriais após rotação Varimax para as Estratégias (5 fatores).....	134
Anexo 12	Comparações dos fatores de estratégias entre Gêneros e Grupos Etários.....	135
Anexo 13	Comparações dos clusters entre Gênero, Idade e Eventos Estressantes.....	136
Anexo 14	Comparações dos fatores de estratégias entre os clusters.....	137
Anexo 15	Análise descritiva e comparativa para senso de auto-eficácia em relação às estratégias de enfrentamento adotadas.....	138
Anexo 16	Presença e ausência de sintomatologia depressiva conforme os critérios de Gênero, Idade, tipos de Eventos estressantes negativos, auto-eficácia percebida, tipos de estratégias de enfrentamento como se apresentaram nos conglomerados.....	139

FORTES, A. C. G (2005). **Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade: Dados do PENSA**. Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP.

RESUMO

O presente estudo é uma investigação psicológica sobre a depressão na velhice. Foram investigados os efeitos dos eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, e auto-eficácia no enfrentamento sobre depressão em 544 participantes do PENSA, um estudo sobre o envelhecimento bem-sucedido, envolvendo os idosos residentes na comunidade de Juiz de Fora/MG, que relataram ter vivido eventos de vida estressantes nos últimos cinco anos (74,6% mulheres; Média de idade = 72.11; DP = 8.29; 42,1% entre 60-69 anos; 39% 70-79 e 18,9% 80-99). Os eventos de vida estressantes foram classificados em cinco categorias: relacionados à finitude, incontroláveis, relacionados ao cuidado, pontuais ou de crise, e relacionados com o bem-estar psicológico. Os 19 itens do Inventário de Estratégias de Enfrentamento da Califórnia – Califórnia Coping Inventory (Aldwin, Sutton e Lachman, 1996) foram reduzidos em cinco fatores através de análise fatorial: expressão de emoções negativas, controle ambiental, religiosidade, comportamentos de esquiva, e inibição das emoções. A auto-eficácia no enfrentamento foi avaliada como adequada x inadequada. A depressão foi avaliada através da versão da CES-D (Radloff, 1977) validada no Brasil (Tavares, 2004); o escore médio foi 10.24 (DP=8.66); 32% tiveram escore ≥ 12 na CES-D. Não houve diferença em depressão entre gêneros; os participantes de 60-69 anos pontuaram mais do que os de 70-99. Análises de regressão mostraram que o risco para depressão foi associado com: o uso de estratégias de enfrentamento com foco na expressão de emoções negativas, a experiência de eventos incontroláveis, ter entre 60 e 69 anos, e avaliar a auto-eficácia no enfrentamento como inadequada. Os resultados mostraram que depressão na velhice é um fenômeno complexo, especialmente quando examinada em interação com variáveis psicológicas e comportamentais tais como eventos de vida estressantes, enfrentamento e auto-eficácia de enfrentamento.

PALAVRAS-CHAVE: Eventos de vida estressantes, enfrentamento, auto-eficácia e depressão.

FORTES, A. C. G (2005). **Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade: Dados do PENSA.** Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Brazil. (*Stressful life events, coping, self-efficacy of coping, and depression in community-dwelling elderly: Data from PENSA.*) Orientadora: Anita Liberalesso Neri.

ABSTRACT

This study is a psychological investigation about depression on aging. We examined the effects of stressful life events, coping, and self-efficacy of coping on depression in 544 aged participants from PENSA, a study on successful aging involving community-dwelling old people in Juiz de Fora/MG, who reported stressful life events in the last five years (74,6% women; Mean age = 72.11; SD = 8.29; 42,1% aged 60-69; 39% 70-79 and 18,9% 80-99). Stressful life events were classified into five categories: related to the own death and illness, uncontrollable, related to care, turning points, and related to psychological well-being. The 19-items from California Coping Inventory (Aldwin, Sutton e Lachman, 1996) were reduced into five factors through factor analysis: emotional negative expression, environment control, religiosity, avoidance behaviors, and emotional suppression. Self-efficacy of coping was evaluated as appropriate x inappropriate. Depression was evaluate through a valid Brazilian version of the CES-D (Radloff, 1977, Tavares, 2004); mean score of depression was 10.24 (SD= 8,66); 32% scored ≥ 12 in CES-D. There was no difference in depression among gender; the participants aged 60-69 scored more than those aged 70-99. Analysis of regression showed that risk for depression was associated with: use of emotional negative expression coping-focused, uncontrollable events, being aged 60-69 and evaluate self-efficacy of coping as “inappropriate”. The results show depression on aging as a complex phenomenon, especially when examined with psychological and behavioral variables such as stressful life events, coping and self-efficacy of coping.

KEY WORDS: Stressful life events, coping, self-efficacy, depression.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento acarreta numerosas e características alterações evolutivas, que se manifestam em vários domínios do funcionamento biológico, psicológico e social. Parte delas traduz-se em declínio. Como o desenvolvimento é um processo finito, o envelhecimento de fato acarreta uma diminuição na resiliência física, na capacidade de adaptação geral do organismo e na plasticidade comportamental (Baltes, 1997).

No entanto, em muitos contextos, as perdas são super-estimadas, o que geralmente resulta em práticas de discriminação social em relação aos idosos e em escassez de investimentos culturais que permitam às pessoas envelhecer bem. No âmbito privado, assumir que envelhecer é sinônimo de declínio, doenças, incapacidade, rejeição social e solidão, pode contribuir para que as pessoas desenvolvam um senso de que a vida não vale a pena, envolvam-se pouco com papéis sociais e com projetos de vida, tornem-se inativas e improdutivas e, assim, tenham aumentadas as suas chances de ter depressão.

Ocorrências evolutivas que implicam em perda ou ameaça de perda de controle sobre o ambiente e sobre si-mesmo têm grande potencial para serem vividas como estressantes, e, dessa forma, geralmente exercem grande demanda sobre os recursos pessoais de indivíduos de todas as idades. O declínio no funcionamento físico, o aparecimento ou o agravamento de doenças somáticas e as dificuldades com a memória são algumas das mudanças fisiológicas e psicológicas típicas da velhice, com chance de serem vividas como estressantes. Na vida social, os idosos podem ter

dificuldades financeiras, resultantes da falta de trabalho, ou podem sofrer com a discriminação e o preconceito da sociedade com relação às pessoas idosas. Podem sofrer com o isolamento social e familiar, devido ao não-exercício de papéis parentais e profissionais, ou podem ter dificuldades de acesso a novas tecnologias. A perda de entes queridos ou a solidão podem acarretar problemas de ordem emocional, tais como a ansiedade e a depressão, quando os indivíduos não conseguem lidar com sentimentos de desamparo, tristeza, medo, ressentimento, dúvida e com outros estados emocionais negativos.

Pesquisas realizadas desde a década de 1960 mostraram que os indivíduos de quaisquer idades, mas especialmente os idosos, quando expostos a eventos adversos, apresentam maior risco de desenvolver doenças, se comparados àqueles que não experimentaram tais eventos (Folkman et al, 1987; Aldwin, 1991; Turner e Wheaton, 1995; Aldwin et al, 1996). Outras investigações apontam para o reconhecimento da expressiva variabilidade na experiência dos eventos estressantes na população idosa. Porque expostos a diferentes circunstâncias sociais e pessoais, atuais e passadas, os idosos são dotados de diferentes graus de resiliência e, portanto possuem diferentes formas de interpretar e lidar com eventos estressantes (Aldwin, 1994; Aldwin e Gilmer, 2004). Alguns, e dentre eles os mais frágeis em termos de saúde física e mental, podem desenvolver um quadro clínico de depressão, ou então ter agravados estados de distímia que os acompanharam pela maior parte da vida. Graças aos recursos do *self*, a maioria dos idosos, mormente os que preservam um bom estado de saúde e os que desfrutam de oportunidades de tratar das doenças crônicas de que são portadores, não chegam a desenvolver depressão clínica ou sofrer agravamento de sintomas depressivos (Ver Baltes e Baltes, 1990; Staudinger, Marsiske e Baltes, 1995; Baltes e Graf, 1996; Rowe e Kahn, 1998).

De acordo com Freire (2002), “*os recursos ou mecanismos de auto-regulação do self são processos responsáveis pelo monitoramento do comportamento e da experiência do indivíduo, pela manutenção de um estado psicológico equilibrado e estável. Sua ação permite ao indivíduo a manutenção da integridade psicológica e o retorno a um estado de adaptação*” (Freire, 2002, pp. 932). Entre os recursos do *self* que intervêm

na determinação de bem-estar subjetivo ao longo de toda a vida estão as estratégias de enfrentamento, que têm a ver com as maneiras como as pessoas lidam com situações estressantes (e não no controle bem-sucedido de situações-problema, como comumente se pensa). Uma forma de considerar as estratégias de enfrentamento é conceituando-as como o estilo ou os estilos, relativamente invariáveis, por meio dos quais as pessoas lidam com situações que impõem forte demanda aos seus recursos emocionais. Outra forma de conceituar essas estratégias consiste em considerá-las como processos de lidar com eventos estressantes, os quais são influenciados tanto pela natureza dos eventos como pela própria pessoa. Ou seja, são interativos e situacionais.

No enfoque interativo e situacional das estratégias de enfrentamento, que é assumido por este trabalho, a interferência da pessoa é vista em termos de dois elementos: a) um elemento cognitivo, que consiste na avaliação do evento e da eficácia das estratégias de enfrentamento e b) um elemento comportamental. No primeiro caso, são ponderadas pela pessoa a intensidade, a duração e a suportabilidade do evento, que pode ser visto como benefício, dano, ameaça, perda, desafio, preocupação ou aborrecimento, isto é, como algo positivo ou negativo, dependendo de fatores pessoais e de contexto. O elemento comportamental pode envolver reações fisiológicas, tais como a ativação simpática e a supressão da resposta imune, e pode envolver respostas emocionais, tais como afetos negativos e positivos e perturbação emocional. Ou seja, frente a situações de grande exigência emocional, o indivíduo tende a avaliar as contingências, bem como a eficácia dos recursos de que dispõe e tende a acionar e a avaliar o curso e o produto das estratégias cognitivas e comportamentais de enfrentamento.

Tal conjunto de interações caracteriza o processo de estresse e enfrentamento, uma dinâmica que promove a auto-regulação do *self* (Bandura, 1986; Lazarus e Folkman, 1987), a qual é responsável pela manutenção da satisfação com a vida, do senso de ajustamento e da funcionalidade em domínios selecionados (Baltes, 1997). Por essa ótica, os mecanismos de enfrentamento de eventos estressantes podem funcionar como elementos amortecedores dos efeitos negativos de eventos estressantes externos

ou intrapsíquicos sobre o desenvolvimento de estados depressivos. Assim, são de fundamental importância para a composição das diferentes configurações do envelhecimento bem-sucedido. Segundo a literatura clássica sobre envelhecimento bem sucedido, a interveniência de tais mecanismos responde pelo bem-estar subjetivo e pelo senso de ajustamento, mesmo na presença de incapacidade física, doenças e perdas inerentes ao envelhecimento, fazendo da velhice uma condição-exemplo para o estudo do papel dos mecanismos de auto-regulação do *self* na promoção da boa qualidade de vida (Ver Carstensen, Gross e Fung, 1998). A relação entre estados depressivos e a experiência de eventos estressantes, mediada pela ação de mecanismos de avaliação cognitiva é o foco central deste trabalho.

A possibilidade de envelhecer relativamente bem, a despeito das perdas e incertezas da velhice é questão particularmente importante no Brasil, onde as desigualdades sociais, os problemas relativos ao sistema público de saúde, à habitação, ao transporte e à violência urbana colocam tantos idosos em situação de vulnerabilidade. Como será que estão envelhecendo? Que tipos de eventos estressantes os afetam e com que intensidade? Qual o papel desempenhado pelos recursos de enfrentamento em sua adaptação? Quais são as perspectivas para os futuros idosos, se as mesmas condições deletérias observadas hoje permanecerem? Responder a essas questões pode ajudar a construção de políticas públicas de atendimento em saúde e em seguridade social e pode ajudar os profissionais de saúde a refinarem suas perspectivas de avaliação e tratamento aos idosos. Para os pesquisadores, conhecer melhor os processos de estresse, enfrentamento e depressão na população idosa, pode ser de grande auxílio na construção de modelos de análise e de instrumentos de investigação adaptados à nossa realidade.

Na primeira parte da introdução serão expostos conceitos básicos sobre estresse e envelhecimento, mostrando as principais tendências no estudo desse fenômeno e assumindo um modelo de análise situacional e interacional em que são levados em conta processos antecedentes, os mecanismos mediadores e os produtos comportamentais. A segunda parte tratará das estratégias de enfrentamento do estresse consideradas como mecanismos mediadores de natureza cognitivo-

comportamental e não como traços de personalidade, estilos perceptuais ou eventos-disposição. Serão discutidas questões como funcionalidade das estratégias, relações com eficácia percebida e adaptação. No terceiro tópico da introdução será tratado o fenômeno da depressão, suas formas de manifestação entre idosos, etiologia, prevalência e gravidade, bem como critérios diagnósticos clínicos ou comportamentais. A ênfase deste tópico recairá nas relações entre depressão, experiência de eventos estressantes e estratégias de enfrentamento, estas assumidas como elementos que podem funcionar como protetores do *self*, ou então, oferecer-lhe ameaça.

O ESTRESSE NO DESENVOLVIMENTO E NO ENVELHECIMENTO

O estresse tem sido estudado por várias disciplinas e, na atualidade, é assunto que faz parte dos conceitos e preocupações de um razoável número de não-especialistas, em virtude da ampla cobertura oferecida pela mídia impressa e televisiva interessada na divulgação de conceitos e produtos farmacêuticos, alimentares, de lazer e de bem-estar no campo da saúde física e mental das pessoas adultas. Via-de-regra, é apontado ou como função de condições externas ou como uma reação a condições fisiológicas ou a condições subjetivas. Longe de serem apenas pontos de vista leigos, as três noções fazem parte da literatura psicológica.

A consideração do estresse como resposta a eventos fisiológicos originou-se nos estudos clássicos de Cannon (1939) sobre a síndrome de ativação. Esses estudos foram expandidos por Selye (1956/1976), que estudou os efeitos da exposição prolongada à ativação fisiológica característica de estados emocionais negativos sobre a produção de estados de exaustão e de doença. A noção de que o estresse é função de condições externas é representada pelos estudos sobre a influência de grandes eventos de vida, de natureza genérica, ou seja, não-específica a idades (tais como morte de ente querido, divórcio e migração). Iniciados nos anos 1960 por Holmes e Rahe

(1967), eles dominaram a área dos estudos das relações entre estresse e saúde por mais de duas décadas.

O foco no estresse como resposta a eventos subjetivos é representado por estudos em que se pergunta aos participantes sobre o estresse percebido em termos das emoções envolvidas (exs: ansiedade, preocupação e medo) e/ou de sua intensidade, mas não se questiona sobre que eventos produziram tais reações (Ver a respeito Kerle e Bialek, 1958; Berkun et al, 1962; Cohen, Kamarck e Mermelstein, 1983).

Na atualidade, o conceito mais aceito sobre o estresse considera as respostas fisiológicas e emocionais como componentes de um processo interativo em que a funcionalidade dos estressores depende em grande parte da avaliação cognitiva feita pelo indivíduo. Mediante tal avaliação, ele lhes atribui valência positiva ou negativa, e o faz segundo critérios em parte pessoais e em parte compartilhados pelos seus semelhantes (Lazarus, 1990). Semelhante ponto de vista foi bem sintetizado por Aldwin (1994), quando afirmou que (o) *“estresse refere-se a 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”* (Aldwin, 1994, pp. 22).

A definição de Aldwin é consistente com a perspectiva interacionista de Lazarus (Ver Lazarus e Folkman, 1987), hoje dominante na literatura sobre estresse e enfrentamento. Um dos aspectos centrais dessa perspectiva é a ampliação do conceito tradicional segundo o qual o estresse diz respeito a reações negativas da pessoa ao ambiente, expressando-se em estados emocionais tais como medo, raiva, culpa e vergonha. Para os autores, os estados emocionais que caracterizam o estresse também incluem relações, avaliações e emoções positivas tais como alegria, felicidade, orgulho, amor e alívio.

Lazarus e Folkman (1987) apontam três temas que consideram essenciais ao seu enfoque sobre estresse: a) relação ou interação; b) processo; e c) uma visão da emoção como um sistema interdependente de variáveis. Embora as palavras relação e

interação sejam freqüentemente usadas como sinônimos, os autores chamam a atenção para o fato de o termo interação enfatizar mais intercâmbio dinâmico de variáveis, enquanto o vocábulo relação enfatiza sua confluência e unidade.

Pensar a emoção e estresse em termos de relação ou interação consiste em desprezar os pontos de vista isolados da pessoa ou do ambiente, em favor da consideração da conjunção desses dois sistemas básicos, mediante a qual eles perdem suas identidades independentes, em favor de uma nova condição ou estado. Por exemplo, a ansiedade não é somente uma propriedade da pessoa, mas depende da interação de uma pessoa que responde ansiosamente a determinados atributos do ambiente que ela interpreta como ameaçadores. Outro indivíduo pode reagir com satisfação, visto que os eventos têm para ele uma conotação de oportunidade ou de desafio desejado.

Pensar o estresse em termos de processo implica em considerar que ele muda ao longo do tempo e ao longo de situações. Por esse motivo, o estudo clínico de estratégias de enfrentamento de estresse deve levar em conta amostras de comportamento que ocorreram em diferentes momentos (ex. há um ano, há cinco anos e há mais de cinco anos) e contextos. Em estudos populacionais ou de levantamento, as comparações podem ser feitas tomando como ponto de partida as variações individuais em relação à média da amostra e as variações de cada indivíduo em relação aos seus próprios escores médios, levando-se em conta variáveis de controle tais como idade, gênero, escolaridade, renda, profissão, saúde física e outras.

Estudar as emoções como um sistema significa levar em conta que as variáveis envolvidas pertencem a diferentes classes de eventos em interação. Fazem parte desse sistema eventos ambientais (por exemplo, demandas, restrições e recursos), antecedentes pessoais (por exemplo, hierarquia de metas e sistemas de crenças), processos mediadores (por exemplo, avaliação e enfrentamento), produtos de curto prazo (por exemplo, raiva ou medo durante o episódio) e produtos de longo prazo (por exemplo, bem-estar subjetivo, depressão, funcionamento social e saúde física).

Episódios emocionais podem ser desencadeados por eventos externos tais como eventos de vida de natureza normativa ou idiossincrática, por eventos traumáticos,

por aborrecimentos da vida cotidiana e por tensões ligadas ao exercício de papéis. Tais episódios podem também ser deflagrados por eventos intrapsíquicos, tais como medo da morte, preocupação pelo bem-estar de entes queridos, incerteza em relação à dependência e ressentimento por metas não alcançadas. Como ressaltado pelo modelo interacionista de Lazarus e Folkman (1987), os eventos antecedentes, mediadores e produtos, e os eventos externos e intrapsíquicos funcionam como um sistema interativo, e não como processos separados.

Eventos do curso de vida são acontecimentos que marcam a trajetória das pessoas. Podem marcar a passagem de um status evolutivo para outro, servir para marcar a passagem do tempo individual, para sinalizar desenvolvimento normal, para confrontar o indivíduo com a finitude da existência e para anunciar o alcance ou o não-alcance de metas e expectativas individuais e sociais. São exemplificadas por situações específicas como o casamento, o primeiro emprego, a morte de entes queridos, o divórcio, a viuvez e a perda do trabalho (Davies, 1996; Aldwin e Gilmer, 2004). Tais eventos influenciam o curso do desenvolvimento humano, bem como orientam a personalidade rumo ao enfrentamento, pois são situações que, de alguma forma, desafiam o ajustamento biológico, social e psicológico (Fortes e Neri, 2004). A partir dos anos 1960 a realização de estudos sobre eventos dessa natureza teve forte influência na literatura sobre estresse e enfrentamento.

Segundo os paradigmas de curso de vida e de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life span*), algumas ocorrências que influenciam o curso do desenvolvimento humano são consideradas comuns e esperadas para todos os indivíduos em determinada idade ou grupo histórico. São as chamadas influências normativas, graduadas por idade ou pela história. A entrada no sistema educacional na infância, a maternidade na vida adulta e a aposentadoria na velhice são exemplos de eventos esperados em determinadas etapas do curso da vida. Por outro lado, as influências não-normativas são situações inesperadas ou idiossincráticas, que podem afetar a trajetória de desenvolvimento de uma maneira muito peculiar, como geralmente acontece em relação a ganhar na loteria, ser mãe aos dez anos de idade, e a eventos

similares (Neugarten, 1968; Lowenthal, Thurnner e Chiriboga, 1975; Neugarten e Hagestad, 1976; Baltes, 1987).

As pessoas tendem a enfrentar melhor situações normativas ou esperadas, em parte porque as sociedades oferecem oportunidades de socialização antecipatória, representadas por rituais de passagem, comemorações, instrução, conselhos e orientação dada pelos mais experientes, e mesmo treinamento. De outra parte, o fato de as pessoas experimentarem as mesmas experiências de transição na mesma época em que outros membros de sua coorte estão experimentando, faz com que disponham de mecanismos de informação e apoio dentro do próprio grupo de idade e faz com que formem um senso de normalidade por terem passado pelas experiências de transição experimentadas pela maioria. Estar de alguma forma preparado, também envolve aumento do senso de controle pessoal, uma vez que existe tempo para o planejamento da ação e para a busca de informações e suporte necessários para enfrentar as transições (Neugarten, 1968).

Com o avançar da pesquisa e da teorização, o papel dos eventos de vida no desenvolvimento passou a ser estudado de forma mais sofisticada. Por exemplo, passou-se a investigar a hipótese de que seus efeitos estressores dependem da idade e do contexto em que são experimentados, ou melhor, que dependendo da idade e do contexto, os mesmos eventos de vida podem ser mais ou menos estressantes. Desenvolveu-se então uma linha de pesquisa que considerou eventos de vida específicos às idades (por exemplo, crianças e adolescentes – Coddington, 1972, e idosos – Krause, 1986; Aldwin, 1990). Hughes, Blazer e George (1988) examinaram as diferenças de idade quanto à ocorrência de eventos de vida. As diferenças observadas foram: o grupo mais jovem relatou mais experiências de casamento, reconciliação com cônjuge, paternidade, desemprego, novo emprego, demissão do emprego, dificuldades legais, mudança e problemas financeiros; os de 25 a 40 anos relataram mais separação e divórcio; os adultos entre 45 e 64 anos relataram mais separação de membro familiar e declínio na condição financeira, e o grupo mais velho relatou mais doenças com hospitalização, aposentadoria e morte de cônjuge. Outros estudos que compararam diferentes grupos de idade mostraram que, no

envelhecimento, os eventos vividos com maior frequência são: aposentadoria, perdas de entes queridos, e o aparecimento ou agravamento de doenças crônicas (Folkman et al, 1987; Aldwin et al, 1996). Passou-se também a focalizar populações particulares (por exemplo, hispânicos – Cervantes, Padilla e Salgado deSnyder, 1990, e afro-americanos – Murrel, Norris e Hutchins, 1984). Beckett et al (2002) examinaram relações entre saúde, ambiente social e exposição a eventos de vida, através de uma pesquisa longitudinal com idosos em Taiwan. Os eventos de vida estudados foram perda do cônjuge, dificuldades financeiras, problemas de saúde do cônjuge, demandas excessivas de papéis sociais e perda de um filho. Os participantes auto-relataram seu estado de saúde e habilidades funcionais. Os que enfrentavam situações desafiadoras ou tiveram múltiplos atributos negativos em seu ambiente social mostraram-se mais doentes do que os que tinham condições mais favoráveis.

A inclusão da noção de controlabilidade dos eventos representou importante adendo à compreensão do estresse no curso de vida e na velhice. Como aponta Diehl (1999), existem dois tipos de avaliação dos eventos de vida que, por levar em conta o grau de controle que se tem sobre eles, geram diferentes impactos sobre o bem-estar. Num caso, o indivíduo considera que os eventos estão sob seu controle, ou seja, que pode fazer algo a seu respeito, e no outro considera que nada ou pouco pode fazer para evitá-los, afastá-los ou reduzi-los. Certas condições, tais como doenças, acidentes e morte que afetam entes queridos tendem a ser vividas como mais incontroláveis do que quando ocorrem ou são iminentes para a própria pessoa. Diehl (1999) afirma que, quanto maior o senso de controle sobre o evento, menor a chance de se desenvolver algum problema de adaptação. O potencial estressor dos eventos incontroláveis tende a ser maior ainda para os velhos, na medida em que, na velhice, multiplicam-se as possibilidades de convivência com eventos negativos esperados e inesperados (Baltes, 1997). Essa noção de controlabilidade determina a maneira como o indivíduo idoso irá lidar com o problema. Assim, as estratégias adotadas para enfrentar a situação dependem diretamente da avaliação pessoal de controle sobre o evento. Ocorrências comuns no envelhecimento, situações de perdas, como a morte de uma pessoa amada ou a perda da capacidade funcional são considerados eventos incontroláveis, se o idoso reconhecer que pouca coisa há para ser feita.

Além dos eventos de vida, acredita-se que os aborrecimentos da vida diária atuam sobre o bem-estar das pessoas. São eventos micro-estressores que ameaçam o bem-estar das pessoas, haja vista o que acontece com problemas ambientais (barulho e poluição) e mecânicos, com os efeitos colaterais de medicações, com o ter que ficar em filas aguardando a vez, com ruídos feitos por vizinhos barulhentos, e assim por diante (Ver por exemplo, Pearlin, 1980; DeLongis et al., 1988). Tais aborrecimentos vividos no dia-a-dia podem se tornar altamente estressantes, dependendo da intensidade e do momento em que ocorrem. Além disso, pequenos eventos podem somar-se efeitos entre si, ou somar-se aos efeitos de eventos de vida, e assim, gerar um nível de tensão considerável para os indivíduos (Aldwin, 1994; Aldwin e Gilmer, 2004). Os primeiros estudos sobre os aborrecimentos diários ocorridos entre adultos de diferentes idades mostraram que os idosos vivem um número menor destes eventos quando comparados aos adultos mais jovens (Lazarus e Folkman, 1984; Folkman et al, 1987), devido, em parte à diminuição das demandas familiares e profissionais ocorridas no envelhecimento. Porém, os aborrecimentos diários tendem a afetar mais negativamente o bem-estar dos idosos do que o dos jovens e dos adultos. Isso porque, dada a relativa desestruturação que afeta a vida social dos idosos, causada por perda de papéis sociais e de atividades, eventos aparentemente sem importância podem assumir grandes proporções. Desenvolve-se assim, forte senso de incontrolabilidade, que gera estresse, muitas vezes potencializado pelos efeitos de condições crônicas, solidão, pobreza e conflitos familiares (Aldwin, 1994).

A pesquisa também encaminhou-se para a consideração de que os eventos de vida podem manifestar-se de forma repentina e não-previsível, idiossincrática, aguda, ameaçadora e incontrolável e que podem afetar um grande número de pessoas ao mesmo tempo. São eventos traumáticos, definidos como experiências espetaculares, horríveis e profundamente perturbadoras (Wheaton, 1994, apud Krause, 2004), que ocorrem em um curto período de tempo, mas que exercem um forte impacto sobre as pessoas, principalmente por serem inesperadas e pouco ou nada controláveis (Aldwin, 1994). É o caso dos traumas coletivos relacionados a desastres naturais (por exemplo terremotos, maremotos, deslizamentos de terra e inundações), tecnológicos (por exemplo, vazamento de material radioativo e contaminação das águas costeiras por

mercúrio) ou a incêndios (Lindemann, 1944; Wallace, 1956; Giel, 1991; Nolen-Hoeksama e Morrow, 1991; Basoglu et al, 2001; Krakow et al, 2004). Os traumas podem ser decorrentes de guerras que, ao contrário dos desastres naturais e tecnológicos, são precedidos de convulsões políticas e sociais que os tornam mais previsíveis. Além disso, os traumas decorrentes de guerra geralmente são de mais longa duração (Hamilton e Workman, 1998; Abu-Saba, 1999), em geral expressos sob a forma de transtorno de estresse pós-traumático¹ (Beals et al, 2002) e podem estar relacionados a um senso de controle experimentado por parte dos combatentes e dos civis que se identificam com as razões dos conflitos armados (Elder e Clipp, 1989; Keane et al, 1989). Ataques terroristas – como o ocorrido em 11 de setembro de 2001 na cidade de Nova York, Estados Unidos são eventos traumáticos e inesperados, que podem ter conseqüências sobre a saúde mental do indivíduos envolvidos (Ver Frederickson et al, 2003).

Há traumas que afetam indivíduos isolados, caso da violência sexual, do estupro e do rapto e de acidentes graves (Harvey e Bryant, 1999; Nayack, Resnick e Holmes, 1999; Muller, Sicoli e Lemieux, 2000; Krakow et al, 2001) cujos efeitos de longo prazo podem ser mais graves do que perder uma namorada por causa de um episódio de embriaguez ou de ter a mala extraviada num aeroporto. Outras formas de trauma são severas e crônicas ou de longa duração, caso da internação em campo de concentração (Yehuda et al, 1997), dos maus-tratos prolongados em família e do assédio sexual prolongado por um padrasto. Seus efeitos podem ser bem diferentes e mais graves no longo prazo do que os dos eventos anteriormente citados (Norris, 1992). Krause (2004) relatou que idosos que tiveram alguma experiência traumática durante algum período da vida, estão pouco satisfeitos com sua vida atual.

¹ A característica essencial do Transtorno de Estresse Pós-Traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um extremo estressor traumático, envolvendo a experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à própria integridade física; ter testemunhado um evento que envolve morte, ferimentos ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou o conhecimento sobre morte violenta ou inesperada, ferimento sério ou ameaça de morte ou ferimento experimentados por um membro da família ou outra pessoa em estreita associação com o indivíduo (*DSM IV*).

Outro ponto de vista é que o estresse pode ser uma resposta a papéis, e, dessa forma, assumir uma duração relativamente extensa e, em certos casos, manifestar-se de forma coletiva. Pertence a esta categoria, por exemplo, o estresse gerado por fatores sócio-econômicos, caso do aumento da taxa de desemprego, que pode gerar violência doméstica, alcoolismo, suicídio e acidentes de carro, entre outros indicadores de patologia social (Brenner, 1973; Linsky e Strauss, 1986). Há também o estresse no trabalho, relacionado com sobrecarga, risco, conflitos com superiores e colegas e baixo reconhecimento (Moos e Moos, 1983; Himle e Jayaratne, 1990; Hillhouse e Adler, 1997), com excesso de responsabilidade combinado com baixo controle (Karasek e Theorell, 1990) e com tipos específicos de trabalho, como por exemplo o dos controladores de voo (Rose, 1978), e de médicos e enfermeiros (Grigsby e McKnew, 1989; Catalan et al, 1996). A literatura aponta relações entre essas ocorrências e doenças psicossomáticas, hipertensão, depressão, alcoolismo e acidentes de trabalho (Matheny, Gfroerer e Harris, 2000; Winwood, Winefield e Lushington, 2003).

Há a possibilidade de desenvolvimento de estresse crônico relacionado a papéis específicos, tais como o conjugal, o parental, o ocupacional, o de dona-de-casa e o de cuidador familiar de idosos de alta dependência. Segundo Pearlin e Schooler (1978) e Pearlin et al (1981), conflitos e ônus associados ao exercício desses papéis causam efeitos deletérios porque causam perturbações nas relações com o cônjuge, os filhos, o trabalho ou as finanças, e isso desestabiliza a vida dessas pessoas. Aqui se encaixa a situação do cuidador familiar de idosos, quer convivendo com o ônus físico e psicológico típicos do papel de cuidar (Zarit, Todd, e Zarit, 1986; Berg, Rubio e Tebb, 2000; Desbiens et al, 2001; Scazufca, Menezes e Almeida, 2002; Kosmala e Kloszewska, 2004), quer convivendo com os aborrecimentos da vida diária, típicos das tarefas de cuidar (Kinney e Stephens, 1989; Estess e Musick, 2001).

Há um robusto corpo de pesquisas que mostra associação entre cuidar de um cônjuge ou progenitor gravemente doentes e problemas de saúde física e mental de cuidadores, principalmente quando seus recursos pessoais de enfrentamento e o suporte social disponíveis são escassos (Wilcox, O'Sullivan e King, 2001; Parrish e

Adams, 2003). Pesquisas recentes têm focalizado os benefícios percebidos inerentes ao papel e às tarefas de cuidar, em vez de apenas as emoções negativas (Ver Sommerhalder, 2001), e mostram que o estresse relacionado ao papel é fenômeno mais complexo do que se avaliava inicialmente.

Situações de tensão contínua, impostas pelo exercício de papéis durante a vida, podem transformar-se em importantes fontes de estresse. Estudos que compararam o estresse entre adultos jovens e idosos apontaram os mais novos como um grupo que vive o estresse com maior intensidade, devido ao acúmulo de papéis familiares e profissionais na vida adulta. (Folkman, 1984; Folkman et al, 1987; Aldwin, 1991; Aldwin et al, 1996). Por outro lado, a convivência com doenças crônicas pode tornar-se grande fonte de estresse e gerar um estado de constante mal-estar na velhice. Outra situação de estresse crônico no âmbito familiar pode ser gerada por um casamento mal-sucedido, onde os parceiros vivem sob tensão, desentendimentos e brigas constantes (Aldwin e Gilmer, 2004).

Os dados precedentes permitem concluir, junto com Lazarus (1990), que: a) o estresse deve ser tratado como um processo que envolve múltiplas variáveis, em constante interação e mudança; b) os elementos que antecedem ou disparam o processo de estresse, são em geral, situações adversas do ambiente, advindas de eventos de vida, aborrecimentos diários, traumas e perturbações no exercício de papéis vividos como estressantes pelas pessoas; c) o estresse psicológico que resulta da interação entre a pessoa e os estressores externos refere-se a um tipo particular de relacionamento entre a pessoa e o ambiente, no qual as demandas excedem os recursos pessoais de enfrentamento; d) frente a eventos estressantes, o indivíduo utiliza-se de mecanismos de avaliação e enfrentamento, os quais funcionam como elementos mediadores e como produtos, e e) o resultado dessa interação é expresso sob a forma de reações comportamentais, estados emocionais e alterações fisiológicas, com conseqüências para o indivíduo e para o meio que o cerca.

Na presente investigação foi focalizada a experiência de eventos de vida estressantes enquanto elementos disparadores de processos de avaliação cognitiva e enfrentamento entre idosos. Os eventos de vida estudados pertencem às seguintes

classes: a) eventos de vida normativos (por exemplo, aposentadoria), b) eventos de vida não-normativos (por exemplo, divórcio), c) eventos de vida negativos e geralmente vividos como crises (por exemplo, morte de cônjuge), d) eventos do curso de vida relacionados a papéis normativos, que perduram no tempo e entremeiam episódios de crise e adaptação (por exemplo, cuidar de outro adulto ou idoso) e e) eventos de natureza existencial, com efeitos mais ou menos duradouros, deflagrados ou não por eventos de crise (por exemplo, solidão, crise espiritual, falta de significado na vida).

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO: UMA LONGA TRAJETÓRIA DE ESTUDOS SOBRE PROCESSOS PSICOLÓGICOS ADAPTATIVOS

O ponto de partida do estudo das estratégias de enfrentamento é o reconhecimento de que as formas de reagir ao estresse variam de pessoa para pessoa e entre situações. Dessa maneira, torna-se importante compreender como e porque as pessoas diferem em suas respostas ao estresse e em que medida estas situações interferem com o seu bem-estar (Aldwin, 1994).

Existem basicamente duas maneiras de focalizar a relação entre a pessoa e as estratégias de enfrentamento. A primeira delas é de natureza disposicional e focaliza a pessoa, considerando que as formas de enfrentamento são características de personalidade. Há três vertentes nesse ponto de vista disposicional: a) a psicanalítica, que interpreta o enfrentamento como mecanismos de defesa; b) a dos teóricos de personalidade, que vêem o enfrentamento como traço, e c) a do enfrentamento visto em termos de estilos perceptuais. A segunda é de natureza situacional, ou seja, assume que as estratégias de enfrentamento são determinadas pela situação, mediante a interveniência de mecanismos cognitivos pelos quais a pessoa avalia a situação e os próprios mecanismos de enfrentamento.

O tratamento do enfrentamento como uma variável-disposição ou de personalidade é o que detém a mais antiga tradição teórica e empírica em psicologia. Remonta aos estudos de Sigmund Freud, no início dos anos 1900, e focaliza o enfrentamento em termos de mecanismos de defesa. Segundo Anna Freud (1966), os mecanismos de defesa são a forma pela qual o ego descarrega ansiedade e exerce controle sobre os comportamentos impulsivos, os afetos e os instintos. Em princípio, a ansiedade tem início nos conflitos inconscientes entre o id e o superego. Lastreado no princípio da realidade e na mediação entre o ambiente e as demandas internas, o ego procura defender-se de ansiedade excessiva por meio de distorção da realidade ou da modificação das demandas instintivas. Os mecanismos de defesa manifestam-se basicamente como sintomas e são caracterizados por reações automáticas e rígidas. A autora identificou os seguintes mecanismos de defesa: supressão, negação, projeção, formação de reação, histeria, comportamentos obsessivo-compulsivos e sublimação. Segundo o ponto de vista psicanalítico, o tipo de estratégia de enfrentamento ou de mecanismo de defesa utilizado tem muito pouco a ver com o estímulo ambiental ou com o que o indivíduo faz para resolver o problema. Em vez disso, o foco é a regulação da emoção, ou seja, reduzir a ansiedade como for possível. Assim, comportamentos, sentimentos e cognições, evocados por uma situação estressante são determinados pela estrutura de personalidade do indivíduo, a qual se desenvolveu nos primeiros cinco anos de vida e não é facilmente modificável. De acordo com Aldwin (1994), a limitação principal desse enfoque é que ele olha principalmente para as deficiências na adaptação, uma vez que o uso desses mecanismos é visto como neurótico (Ver também Cramer, 2000). Em anos mais recentes, vários psicanalistas como, por exemplo, Vaillant (1977, 2000) sugeriram uma hierarquia para esses mecanismos de defesa, como uma tentativa de determinar quais seriam mais adaptativos e quais seriam menos adaptativos.

Nos anos 1960 começaram a se desenvolver estudos que pretendiam responder à pergunta *como as pessoas diferem em suas respostas a um tipo particular de estresse?*. Um dos primeiros estudos, realizado por Reichard, Livson e Peterson (1962) buscou caracterizar diferentes formas de adaptação à aposentadoria. Ao apontar cinco categorias – *homem da cadeira de balanço, homem armado, homem*

raivoso, homem ranzinza/queixoso/murmurador/lamurioso e homem maduro – esses autores pretenderam que essas formas de se comportar diante da aposentadoria se generalizavam para o enfrentamento da vida de modo geral. Outros estudos se desenvolveram nas décadas seguintes, com o mesmo ponto de vista, sendo sua principal limitação o fato de ignorar demandas ambientais que podem modelar comportamentos individuais (Aldwin, 1994).

Diferentemente do enfoque psicanalítico, o de estilos perceptuais focaliza a maneira como as pessoas lidam com a informação (o primeiro dá ênfase à maneira como lidam com as emoções). A primeira tipologia foi chamada de repressão-sensibilização (Byrne, 1964). Segundo este autor, indivíduos repressores são aqueles que evitam ou suprimem a informação, ao passo que os sensibilizadores são indivíduos que buscam ou aumentam a informação. Posteriormente, essa terminologia foi substituída por outra, que é largamente usada até hoje, a de aproximação-esquiva (Roth e Cohen, 1986).

O enfoque situacional, também conhecido como interacional, é atualmente o paradigma dominante no campo, e foi desenvolvido por Lazarus e seus colaboradores (Lazarus, 1966, 1993; Lazarus e Folkman, 1984, 1987). Escrevendo na língua inglesa, os autores denominaram-no *transational*, cuja melhor tradução para o português é *interacional*. O ponto de vista principal dessa perspectiva é que o enfrentamento é um processo que envolve o desdobramento de interações entre a pessoa e seu ambiente físico e psicossocial. Trata-se de enfoque essencialmente cognitivo que atribui peso substancial aos processos de avaliação. Pressupõe que avaliação e enfrentamento são processos interdependentes, ou seja, que a avaliação de uma situação influencia a escolha das estratégias de enfrentamento adotadas, e que estas, por sua vez, influenciam as expectativas e crenças do indivíduo quanto à auto-eficácia, bem como afetam o senso de controle sobre as situações de estresse (Karademas e Kalantzi-Azizi, 2003). O valor positivo ou negativo de uma dada experiência estressante, a intensidade dessa experiência, a noção de que é possível agüentá-la e o senso de controle sobre o evento dependem do significado pessoal

atribuído a ele, sendo tão ou mais importantes do que o próprio evento (Fortes e Neri, 2004).

O enfrentamento engloba uma seqüência de cognições e funções que medeiam a relação entre o estresse e suas conseqüências. Um dos principais elementos mediadores dessa relação é a avaliação cognitiva do evento estressante, a qual depende da natureza da situação ou ambiente estressante e também de fatores intra e interpessoais (Kaplan, 1996). De acordo com o enfoque situacional, a avaliação pode ser primária, e neste caso focaliza as demandas da situação, ou pode ser secundária, caso em que avalia os recursos pessoais e interpessoais (Lazarus e Folkman, 1987).

Ao contrário do paradigma disposicional, segundo o qual o enfrentamento é uma variável independente, no paradigma interacional o enfrentamento é considerado como variável dependente. Ou seja, explora-se como situações específicas, demandas, cognições e atributos pessoais se relacionam com as estratégias de enfrentamento utilizadas. Este ponto de vista corresponde a admitir que diferentes situações estressantes geram diferentes estratégias de enfrentamento, o qual é subjacente à investigação sobre a relação entre eventos de vida e estratégias de enfrentamento.

Lazarus e Folkman definem estratégias de enfrentamento como “*os esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, para lidar com mudanças internas e externas, avaliadas como superiores aos recursos pessoais*” (1984, p.141). Em seus primeiros estudos sobre estresse e enfrentamento, Folkman e Lazarus (1980) classificaram as estratégias de enfrentamento em dois tipos básicos, de acordo com sua função: 1) *enfrentamento baseado no problema*, cujo foco é solucionar o problemático relacionamento entre o indivíduo e o ambiente, e 2) *enfrentamento baseado na emoção ou cognição*, cuja função seria a regulação do desgaste emocional provocado pela situação de estresse. A idéia que permeava este ponto de vista era de que as estratégias do primeiro grupo seriam adaptativas, ou bem-sucedidas, por serem formas mais ativas, confrontativas e planejadas de enfrentamento. Já as estratégias voltadas para o controle da emoção seriam consideradas mal-adaptativas, expressas na forma de mecanismos de defesa, como evitação ou minimização do problema e resignação.

Existe uma fragilidade implícita nessa idéia de adaptabilidade das estratégias, ou seja, de considerar como bem-sucedidas aquelas focadas na solução do problema e como mal-sucedidas aquelas voltadas para a regulação da emoção. De acordo com Fortes e Neri (2004), a adaptação frente a uma situação estressante depende da noção do que é funcional para a pessoa, ou seja, da forma como cada um avalia a situação vivida. Assim, diante de eventos incontroláveis como a morte de um filho e a perda de todos os bens materiais num acidente ecológico, a resignação pode ser a única forma encontrada por um indivíduo para se manter bem emocionalmente.

Outros autores trataram do enfrentamento mediante diferentes paradigmas. Entre eles podem ser citados os de comparação social (Taylor e Lobel, 1989), de mudanças em *selvas* possíveis (Cross e Markus, 1991; Ryff, 1991), de enfrentamento assimilativo e acomodativo (Brandstädter e Greve, 1994) e de controle primário e secundário (Heckhausen e Schulz, 1995). Em todos eles, o que está em jogo é a busca de um estado de congruência, a manutenção do senso de bem-estar (George, 1980) ou a regulação das emoções (Carstensen, Gross e Fung, 1998).

Gross (1998) propõe uma tipologia que unifica as demais disponíveis na literatura sobre estratégias de enfrentamento. Distingue entre regulação da emoção focalizada nos eventos antecedentes e regulação da emoção focalizada na resposta. A primeira consiste no manejo das condições que determinam uma reação emocional, por exemplo, alterar o modo de pensar sobre o valor de uma meta, para evitar frustração por não alcançá-la. A segunda focaliza o manejo de impulsos emocionais intensos depois que eles tiveram início. Por exemplo, uma pessoa reza para interromper o curso da ansiedade, vai dar um passeio para interromper uma descarga de ira em curso ou prestes a explodir.

Lazarus e Folkman (1987) submeteram o seu paradigma à prova mediante a realização de análises fatoriais sobre os escores de um grupo de indivíduos à medida denominada *Ways of Coping Scale*. Resultou uma estrutura contendo oito fatores, que têm como variável latente as estratégias focalizadas no problema x na emoção: enfrentamento confrontativo, distanciamento, auto-controle, busca de suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, solução planejada do problema e

reavaliação positiva. Num outro estudo, este feito por Stone, Helder e Schneider (1988), foram reconhecidos sete fatores: suporte social, busca de informações, religiosidade, redefinição da situação, evitação ou afastamento, redução da tensão e solução do problema. Aldwin e Gilmer (2004) apontaram os seguintes fatores: enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado da emoção, enfrentamento através do suporte social, enfrentamento religioso e enfrentamento ligado à busca de um significado para o problema. Tais explicações teóricas, lastreadas em modelos estatísticos, ampliam a noção de enfrentamento e sugerem a existência ou permitem o reconhecimento da variabilidade interindividual no enfrentamento do estresse.

A avaliação do potencial estressor de um evento e o acionamento de estratégias de enfrentamento dependem de outros mecanismos psicológicos de auto-regulação do *self*, entre eles a crença ou percepção de auto-eficácia, que se refere a crenças nas próprias capacidades para organizar e executar cursos de comportamentos necessários para lidar com situações prospectivas envolvendo elementos estressantes, ambíguos e imprevisíveis (Bandura, 1977, 1982, 1997). As crenças de auto-eficácia influenciam os pensamentos, os sentimentos, a auto-motivação e a ação (Bandura, 1995), e podem determinar a decisão pessoal quanto ao início de um comportamento de enfrentamento, o seu tempo de duração e a quantidade de esforço despendido em tal comportamento. Estudos mais recentes têm considerado as expectativas de auto-eficácia como parte integrante do processo de estresse (O’Leary, 1992), particularmente a sua influência sobre os processos de avaliação e enfrentamento do estresse (Karademas e Kalantzi-Azizi, 2003).

Bandura (1986, 1995, 1997) acredita que as expectativas de auto-eficácia são um dos fatores mais importantes para a regulação do comportamento humano. Com respeito ao enfrentamento do estresse, a percepção de ineficácia pode ser mais importante para o julgamento pessoal da situação como estressante, do que as qualidades de uma situação em si (Bandura et al, 1985). Baixo senso de auto-eficácia está associado com baixa auto-estima e com pensamentos pessimistas sobre si mesmo, habilidades e realizações. Pessoas com baixa expectativa de auto-eficácia evitam quaisquer ações

que, em sua opinião, excedem suas habilidades. Em contraste, um forte senso de auto-eficácia promove realização e bem-estar (Karademas e Kalantzi-Azizi, 2003).

Rothermund e Brandtstädter (2003) realizaram um estudo comparando adultos de meia-idade com idosos, quanto à avaliação dos processos de enfrentamento de déficits em quatro domínios do funcionamento: bem-estar físico, eficiência mental, aparência física e competência da vida diária. Os participantes avaliaram seu controle pessoal sobre o desempenho, seus déficits e perdas, seus esforços compensatórios, seus padrões pessoais e satisfação com seu desempenho. Os dados mostraram que os esforços compensatórios destinados a enfrentar os déficits funcionais aumentaram até os 70 anos. Acima dessa idade, observou-se um declínio nos esforços compensatórios, o qual foi associado à diminuição dos recursos disponíveis e da eficiência das ações. A satisfação com o desempenho permaneceu estável ao longo das idades. A estabilidade das auto-avaliações mostrou-se dependente do ajustamento dos padrões pessoais: quanto menores os recursos para a ação, mais baixos os padrões de comparação pessoal e menor a importância dada pelos sujeitos aos domínios correspondentes. Os autores sugerem que, entre os mais velhos, a aceitação de padrões mais tolerantes de comparação tem um efeito amortecedor sobre os efeitos negativos dos déficits em desempenho sobre a satisfação com o desempenho.

Embora o senso de auto-eficácia seja um importante mediador do comportamento em todas as fases da vida, sua importância é redobrada na velhice, uma vez que, nessa fase, os indivíduos têm grande probabilidade de conviver com perdas em recursos pessoais, entre eles a competência comportamental, as quais significam forte desafio ou ameaça à adaptação. A compreensão da depressão, seus antecedentes e conseqüentes ganha com a inclusão desse elemento cognitivo no processo, ele próprio um elemento de natureza interativa e produto de eventos históricos e situacionais.

DEPRESSÃO NA VELHICE

A depressão pode ser definida como *um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social* (Gordilho, 2002, p. 204). O autor argumenta que todos os indivíduos, em alguma fase da vida, tendem a experimentar algum tipo de depressão, muitas vezes relatada apenas como tristeza, saudade, angústia ou desânimo recorrentes e com frequência sub-diagnosticada, principalmente entre idosos, por confundir-se com os sintomas de doenças somáticas e com mudanças comportamentais inerentes ao próprio envelhecimento. Além disso, a depressão acarreta riscos que podem ser muito altos, tanto em termos pessoais, pois implica em sofrimento psicológico e em problemas nas relações interpessoais, quanto em termos sócio-econômicos, pois são elevados os gastos sociais com tratamentos, medicamentos e internações e com absenteísmo, baixa produtividade e propensão a acidentes de trabalho.

A palavra depressão é normalmente usada com diversos significados, que variam desde tristeza “normal” até entidades nosológicas muito graves, tais como *transtornos depressivos maiores e transtornos bipolares*. Na linguagem comum, dizemos que alguém está deprimido, quando nos referimos à tristeza devido a uma perda ou uma decepção. Em psiquiatria, a palavra depressão é usada como sinônimo de humor anormal, semelhante à infelicidade e ao sentimento de miséria na experiência do dia-a-dia. O humor depressivo pode aparecer tanto como sintoma de qualquer transtorno mental, quanto como sintoma de muitas doenças físicas e condições tóxicas (Hays et al, 1995). Como esse tipo de humor pode vir acompanhado de outros sintomas depressivos, fala-se também em *síndrome depressiva*. O humor depressivo que acompanha esta síndrome apresenta uma qualidade que o diferencia da tristeza “normal”, que parece estar relacionada a uma inabilidade para experimentar prazer (*anedonia*) de qualquer forma e com qualquer experiência (American Psychiatric Association, 1994). Comumente, os pacientes com humor depressivo queixam-se de que não conseguem mais sentir prazer com as coisas de que gostavam anteriormente, de que tudo parece “pesado”, “difícil”, “arrastado” e que o “tempo não passa”, além de referirem um terrível sentimento de insuficiência (Ballone, 2002).

Além das manifestações do humor depressivo, os indivíduos com depressão apresentam padrões negativos de pensamento (Young, Beck e Weinberg, 1999), considerados pelo modelo cognitivo como um fator predisponente importante para depressão. De acordo com Beck (1967) esses padrões de pensamento funcionam dentro de um esquema cognitivo – o *esquema primitivo* – que corresponde a “*uma estrutura cognitiva (usada) para filtrar, codificar e avaliar estímulos que invadem o organismo*” (Beck, 1967, p.283). O modelo cognitivo deste autor considera que as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos, ou seja, o modo como as pessoas interpretam uma dada situação é o que determina o que elas sentem, e não a situação em si (Beck, 1997). Enfatizam, assim, a importância do processamento da informação e acreditam, serem as cognições negativamente tendenciosas um processo central na depressão (Beck, 1967; Ingram e Holle, 1992).

Nessa linha, alguns esquemas de pensamento são comuns aos indivíduos depressivos, entre eles o pessimismo, as generalizações e o pensamento inseguro. De acordo com Seligman (1977), “*as pessoas deprimidas acreditam que são mais ineficazes do que realmente são: pequenos obstáculos para chegar a um bom êxito são encarados como barreira intransponível, uma dificuldade em resolver um problema é vista como malogro absoluto, e mesmo um êxito integral é muitas vezes interpretado como fracasso*” (Seligman, 1977, pp.79).

De acordo com Young, Beck e Weinberg (1999) os padrões negativos de pensamento refletem-se na tríade cognitiva da depressão: visão negativa de si mesmo, do ambiente e do futuro. Pessoas deprimidas podem considerar a si próprias como inadequadas, indesejáveis, deficientes e sem valor; considerar o ambiente como esmagador, com obstáculos insuperáveis e olhar para o futuro sem esperança, como se o curso dos acontecimentos dependessem de seus próprios esforços. Os autores comentam que a desesperança implícita nessa visão negativa do futuro leva frequentemente a ideias suicidas e a tentativas reais de suicídio. Os pacientes deprimidos distorcem consistentemente suas interpretações dos acontecimentos. Tais

distorções representam desvios dos processos lógicos de pensamento usados tipicamente pelas pessoas.

As manifestações comportamentais da depressão têm também recebido atenção de estudiosos no campo da teoria comportamental (Lewinsohn et al, 1984; Lewinsohn et al, 1985), cujas bases conceituais remontam às leis do aprendizado que governam o comportamento normal (Ver Bandura, 1977). Nesta visão, os comportamentos depressivos são vistos como um fenômeno de aprendizagem mal-adaptativa, que pode ser modificado através de novas aprendizagens nas interações indivíduo-ambiente que sustentam tais comportamentos. Segundo essa linha de raciocínio, dentre os distúrbios comportamentais típicos da depressão estão a dificuldade de iniciar comportamentos voluntários e a redução da agressividade e/ou hostilidade voltada para outrem, o que acaba produzindo uma hostilidade “introjetada”, com recriminações, rancor auto-dirigido e impulsos suicidas (Seligman, 1977). A dificuldade de iniciar comportamentos voluntários denota a apatia da pessoa deprimida em relação à quase tudo. A pessoa prefere manter-se afastada do convívio com outras, isola-se e geralmente permanece deitada na cama a maior parte do tempo. Beck (1967) ressalta que a pessoa com depressão grave apresenta uma inativação da vontade, que em muitos casos chega a uma completa paralisia da vontade. Ou seja, a pessoa não sente vontade de fazer nada, nem mesmo coisas que são essenciais à sobrevivência; permanece imóvel, e muitas vezes, incomunicável. Com base em estudos que avaliaram as respostas comportamentais de pessoas com depressão, Seligman (1977) concluiu que *“a dificuldade na iniciação de respostas voluntárias (...) está universalmente presente na depressão. Essa dificuldade gera passividade, retardo psicomotor, lentidão intelectual e apatia social”* (Seligman, 1977, p.79).

Além das manifestações comportamentais, o aspecto emocional corresponde à uma parte constituinte da depressão. A experiência emocional é regida por processos de regulação, envolvidos tanto na *ativação emocional* quanto na *supressão das respostas emocionais*. De acordo com Izard (1993), existem múltiplos processos ou sistemas responsáveis pela ativação das emoções, os quais, por sua vez, também são afetados pelas emoções ativadas. Segundo a autora, quatro sistemas estão

relacionados nos processos de regulação e ativação das emoções: a) processos neurais, onde atuam elementos químicos endógenos (por exemplo, endorfinas) ou exógenos (por exemplo, drogas antidepressivas); b) comportamentos expressivos, que correspondem a expressões faciais universais ou inatas; c) processos afetivos, que acompanham estados como ansiedade, hostilidade e depressão, e d) processos cognitivos, como avaliação, atribuição, comparação, memória e antecipação.

Em termos clínicos, a palavra “depressão” é usada para designar estados ou transtornos clínicos (substituindo a antiga “melancolia”). Ou seja, é vista como uma entidade nosológica, doença ou grupo de sintomas que formam padrões reconhecíveis, têm um curso clínico e maior ou menor possibilidade de recuperação entre dois episódios agudos. Nesse caso, fala-se em transtorno depressivo, cujo diagnóstico é essencialmente clínico e se baseia na presença de sintomas psíquicos e somáticos, os quais, de acordo com sua intensidade e evolução, definirão a gravidade do quadro clínico e os subtipos diagnósticos. De acordo com a *CID-10* (Organização Mundial de Saúde, 1993), no transtorno depressivo, o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer, e redução de energia, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Além destes sintomas, pode ocorrer: redução na concentração e na atenção, diminuição da auto-estima e da autoconfiança, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou tentativas de suicídio e atos auto-destrutivos, perturbação do sono e diminuição do apetite. Além desses, considera-se que inúmeros outros sintomas podem estar presentes e compor o quadro clínico. A duração mínima dos sintomas para um diagnóstico confiável de depressão clínica é de cerca de duas semanas. Caso o indivíduo apresente mais de um episódio depressivo, de acordo com a *CID-10*, fala-se em *transtorno depressivo recorrente*.

A depressão pode variar em relação a sintomas, história familiar, resposta ao tratamento e evolução. Alguns subtipos de depressão são claramente distintos, com implicações na escolha do tratamento e no prognóstico. Segundo os critérios do *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) a *depressão maior* caracteriza-se pela manifestação de humor deprimido ou pela perda de interesse ou prazer por quase

todas as atividades, durante um período mínimo de duas semanas. Para caracterizar o diagnóstico de depressão maior, o indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. De acordo com o manual, estes sintomas interferem de maneira significativa no funcionamento social e profissional, bem como em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Um episódio é considerado como de *depressão menor* quando o indivíduo apresenta de dois a quatro desses sintomas, durante um período de duas ou mais semanas.

Outra forma de manifestação de sintomas depressivos é conhecida como *transtorno distímico* ou *distímia*, caracterizada pela presença de três a quatro dos sintomas descritos anteriormente (American Psychiatric Association, 1994). Trata-se de um tipo de humor cronicamente deprimido, que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por um período mínimo de dois anos. No transtorno distímico, os sintomas depressivos muitas vezes são ignorados pelo próprio indivíduo, que passa a não percebê-los enquanto condição patológica, considerando normal o seu estado de humor depressivo.

Seligman (1977) afirma que a distinção básica a se fazer em relação à tipologia é entre as categorias depressão endógena e depressão reativa. Segundo o autor, a *depressão endógena* ou *melancólica* é considerada uma forma grave de depressão, por apresentar sintomas mais graves do que as depressões reativas, além de acentuado atraso ou agitação psicomotora, anedonia, humor não-reativo a estímulos agradáveis, despertar matinal precoce e sintomas piores no período da manhã. Esse tipo de depressão é constitucional, porque atrelada à personalidade ou a processos fisiológicos e psicológicos internos, como fatores hormonais e genéticos. As depressões cíclicas, que se repetem regularmente, enquadram-se nessa categoria de depressão (Ver *DSM-IV*). Em contrapartida, as *depressões reativas* não apresentam ciclos regulares, nem ocorrem em resposta a fatores internos do organismo. São

reações a acontecimentos externos (por exemplo, eventos de vida estressantes), principalmente se vividos como traumáticos pelo indivíduo. Seligman (1977) comenta que esse tipo de depressão é o mais comum (respondendo a cerca de 75% dos casos de depressão), e que apresenta sintomas mais leves do que dos casos de depressão endógena.

Levando-se em conta o critério de idade de ocorrência do primeiro episódio, a depressão pode ser considerada como de *início precoce*, quando ocorre antes dos 60 anos, ou de *início tardio*, cujo primeiro episódio ocorre após os 60 anos de idade (Janicak et al, 1993). Essa forma de classificação da depressão é particularmente importante para caracterizar o aparecimento de sintomas depressivos na velhice, que podem ser ocasionados por fatores típicos dessa etapa da vida (ver Laks, Almeida e Caldas, 1994). A depressão de início tardio tem sido associada a mudanças estruturais no cérebro, a fatores de risco vascular e a danos cognitivos, sendo muitas vezes chamada de *depressão vascular* (Alexopoulos et al, 1997). A literatura sugere que aproximadamente a metade dos idosos com depressão desenvolve os sintomas tardiamente (Weissman et al, 1991). Estudando a depressão entre homens e mulheres, Lavretsky et al (1998) apontaram uma tendência maior dos homens em apresentar depressão de início tardio e das mulheres em apresentar sintomas precoces de depressão.

Van der Berg et al (2001) estudaram depressão na velhice, focalizando quatro etiologias que serviram para separar quatro grupos: depressão de início precoce, depressão de início tardio, depressão maior e depressão menor (critérios do *DSM-IV*). Análises de variância e de regressão logística foram usadas para examinar diferenças entre depressão maior e menor e entre depressão de início precoce (<60 anos) e depressão de início tardio (60 anos ou mais). Os dados mostraram que depressão de início precoce foi associado com neuroticismo e história familiar. Os participantes com depressão de início tardio e estresse não-severo tiveram risco para acidentes vasculares mais altos do que aqueles para os quais a depressão de início tardio foi precedida de estressor severo. Os resultados sugerem que a depressão na velhice pode ser dividida em três subgrupos com caminhos etiológicos diferentes: depressão de

início precoce com vulnerabilidade psicobiológica existente há muito tempo, depressão de início tardio como reação a eventos de vida severos e depressão de início tardio associada a risco vascular.

A depressão acarreta prejuízos consideráveis para a qualidade de vida na velhice. Além de comprometer aspectos do funcionamento físico, a depressão afeta a qualidade dos relacionamentos sociais e familiares, a adesão a tratamentos e o bem-estar subjetivo, e pode constituir-se num fator de risco para a própria vida dos idosos. Por exemplo, a depressão tem sido considerada como o principal fator psicológico associado ao suicídio entre eles (Lapierre et al, 1992; Draper, 1994; McIntosh et al, 1994). A prevalência, os fatores antecedentes ou de risco e suas conseqüências para o envelhecimento serão abordados a seguir.

Os estudos epidemiológicos da depressão entre idosos utilizam-se de dados provenientes de registros psiquiátricos, de instituições hospitalares e asilares e da observação de indivíduos residentes na comunidade. As taxas de prevalência de depressão variam de acordo com a população observada, sendo notadamente superiores entre os idosos hospitalizados (35%) e asilados (7% a 14%) (Carvalho & Fernandez, 2002). Na população geral, uma proporção de cerca de 1% a 8% dos idosos preenchem os critérios clínicos para depressão maior, segundo o *DSM-IV* e o *CID-10*, e cerca de 10% a 15% apresentam sintomas depressivos auto-relatados, que requerem algum tipo de tratamento (Gurland e Cross, 1982; O'Hara et al, 1985; Blazer, Hughes e George, 1987; Cappeliez, 1988; Ruegg et al, 1988; Livingston e Hinchliffe, 1993; van Marwijk, 1995; Beekman et al, 1997). Pesquisas nacionais que usaram instrumentos de rastreamento de estados depressivos baseados em auto-relato, apontam uma prevalência de depressão que varia entre 33,8% (Tavares, 2004), 47,5% (Galdino, 2000) e 48% (Ramos e Saad, 1990), entre idosos residentes na comunidade. Ballone (2002) ressalta que a prevalência de depressão é três vezes maior em idosos com algum grau de incapacidade funcional, comparados com aqueles que não apresentam tal condição.

Há interesse na identificação de fatores relacionados com o início ou o agravamento de estados depressivos. Dentre eles os mais estudados são fatores biológicos, entre

eles mudanças associadas à idade, estado de saúde e funcionalidade (Blazer, 1990; Prince et al, 1998; Bruce, 2000), fatores relacionados à idade (Haynie et al, 2001; Robison et al, 2002), fatores ligados a gênero (Mirowsky e Ross, 1995; Gatz e Fiske, 2003) e fatores de risco de natureza psicossocial (Bruce, 2002; Fiske, Gatz e Pedersen, 2003; Ramos e Wilmoth, 2003).

Dentre os eventos constitucionais que podem funcionar como antecedentes para depressão estão os de natureza biológica. Certas alterações biológicas próprias do envelhecimento estão relacionadas com a forma de apresentação clínica da depressão e com o padrão de resposta a tratamentos. Uma das hipóteses mais estudadas sobre as alterações biológicas que levam à depressão é de que a diminuição nos níveis de alguns neurotransmissores causaria um desequilíbrio químico no funcionamento cerebral. Com base nessa hipótese, estudos mostram que, com o envelhecimento, ocorre a diminuição nos níveis de norepinefrina e serotonina, neurotransmissores responsáveis pelo equilíbrio químico das células nervosas do cérebro (Blazer, 1990), sugerindo que a depressão na velhice teria um componente bioquímico determinante.

As doenças físicas acarretam importantes alterações no organismo, que podem levar ao desenvolvimento da depressão, particularmente na velhice. Doenças como o câncer do pâncreas e o hipotireoidismo podem manifestar-se primeiramente através da emergência de sintomas de depressão maior (Blazer, 1990). Alterações no sistema endócrino têm sido associadas com o surgimento de sintomas depressivos, como por exemplo, o aumento persistente da secreção do hormônio cortisol², que ocorre em situações de estresse crônico. De acordo com Rosenbaum et al (1984), a concentração de cortisol no organismo tende a aumentar com a idade, sugerindo que os idosos estariam mais suscetíveis às conseqüências adversas do cortisol e ao maior risco para desenvolver sintomas depressivos.

Os problemas de saúde podem acarretar várias perdas e dificuldades, como por exemplo, redução nas atividades sociais, aumento da incapacidade, mudança na

² O hormônio cortisol facilita o organismo na preparação para o confronto com um perigo percebido, aumentando a disponibilidade de açúcar (glicose) na corrente sanguínea, oferecendo mais energia (entre outras funções) (Blazer, 1990).

natureza dos relacionamentos sociais, internação clínica ou aumento dos gastos com tratamentos de saúde (Bruce, 2002). O risco para depressão pode ser três vezes maior entre os idosos que apresentaram eventos relacionados a doenças físicas, até um ano após a ocorrência (Prince et al, 1998). As incapacidades e o declínio funcional, presentes no envelhecimento, refletem um conjunto de dificuldades físicas, cognitivas e psicológicas, e são considerados importantes fatores de risco para depressão. Bruce et al (1994) identificaram alta correlação entre os sintomas depressivos e aumento de risco para incapacidades, expressas em dificuldades em exercer atividades de vida diária. Existem relatos na literatura sobre a reciprocidade do relacionamento entre estados de saúde e sintomas depressivos, mostrando que tanto as doenças podem levar à manifestação da depressão, como esta pode agravar problemas de saúde, particularmente doenças cardiovasculares (Ver DiGiacomo, 1981; Musselman, Evans e Nemeroff, 1998; Meeks, Murrell e Mehl, 2000) e artrite reumatóide (Gallagher et al, 1982). Jonas e Mussolino (2000) identificaram sintomas de depressão entre os preditores de acidente vascular cerebral (AVC) em homens e mulheres de diferentes idades.

Dentre as manifestações clínicas mais associadas com depressão na velhice está a demência, que representa um desafio para os profissionais de saúde. Muitos idosos demenciados podem apresentar sintomas depressivos sem estar de fato com depressão, e outros, diagnosticados com depressão podem apresentar prejuízos cognitivos, mas não serem demenciados (Woods, 1996). Os problemas cognitivos associados à depressão refletem-se de modo particular no funcionamento da memória para fatos recentes e na concentração (O'Boyle, Amadeo e Self, 1990), resultando na chamada *pseudodemência* (Aldwin e Gilmer, 2004).

Oie e Zwart (1990) estudaram a importância da idade como fator determinante das experiências de eventos de vida entre pacientes deprimidos e não-deprimidos que estavam num hospital. Os resultados mostraram que os pacientes hospitalizados deprimidos relataram mais eventos do que os não-deprimidos, e que pacientes hospitalizados mais jovens relataram mais eventos do que os mais velhos, sugerindo

que a idade, assim como a depressão pode afetar o número e o tipo de eventos de vida relatados. O grupo mais jovem também listou mais eventos indesejáveis.

Gallagher et al (1982) examinaram a associação entre depressão, eventos de vida estressantes e o estresse de lidar com artrite reumatóide, numa amostra de idosos. Os dados mostraram correlação positiva entre estresse produzido pela doença e níveis de depressão e eventos de vida estressantes. Mills (2001) analisou os efeitos das condições médicas crônicas sobre sintomas depressivos auto-relatados entre idosos residentes na comunidade. Encontrou que saúde auto-relatada esteve fortemente relacionada com sintomas depressivos. Sintomas depressivos estiveram mais presentes entre os idosos que relataram transtornos digestivos, indisposição respiratória e problemas cardíacos. Os resultados sugerem que essas três condições estão mais relacionadas com sobrecarga na saúde mental do que doenças crônicas.

Bruce (2002) argumenta que o impacto dos fatores de risco sobre a depressão pode diferir entre os grupos etários, devido às diferentes condições e experiências vividas. Adultos de meia-idade apresentaram menos sintomas depressivos quando comparados a idosos (Krause, 1999), sugerindo que experiências vividas no envelhecimento podem acarretar um aumento da depressão.

Algumas comparações da depressão entre diferentes grupos etários e de gênero mostraram que, com o envelhecimento, homens e mulheres parecem apresentar níveis similares de depressão (por exemplo, Barefoot et al, 2001). Por outro lado, outros estudos mostraram que há diferenças entre homens e mulheres adultos quanto à prevalência e à manifestação de sintomas depressivos (Mirowsky e Ross, 1992; Shirley, Summer e O'Neill, 2002). As mulheres geralmente apresentam taxas mais elevadas de depressão maior e de sintomas depressivos do que os homens (cerca de 1.7 a 2.7 vezes mais elevadas, segundo Burt e Stein, 2002), com uma prevalência de 41,4% (Hauenstein e Boyd, 1994). Alguns estudos consideram as mulheres como grupo de risco para o desenvolvimento de depressão ao longo do curso da vida, devido a alterações hormonais relacionadas à reprodução (Burt e Stein, 2002), problemas nos relacionamentos interpessoais e no ambiente de trabalho (Wollersheim, 1993) e sofrer com dores crônicas (Haley, Turner e Romano, 1985).

Outra tentativa de explicar a maior prevalência de depressão entre as mulheres refere-se à maior tendência deste grupo a procurar médicos e a relatar problemas físicos que frequentemente acompanham a depressão (Wykle e Musil, 1993) e, assim, contribuir para aumentar o número de diagnósticos em comparação com os homens. A maior prevalência de depressão entre as mulheres tem sido um dos motivos pelos quais este grupo tem recebido atenção especial por parte dos estudiosos do envelhecimento (Ver por exemplo, Li, Seltzer e Greenberg, 1999; Gatz e Fiske, 2003; Capitanini e Neri, 2004).

Fatores psicossociais de risco para a depressão são aqueles relacionados com o contexto ambiental e com processos psicológicos e sociais (Kelsey et al, 1996), dentre os quais, na velhice, os mais comuns são: eventos de vida estressantes e dificuldades crônicas, morte de cônjuge ou de um ente querido, doenças e prejuízos médicos, declínio funcional e incapacidades, falta de contato social (Bruce, 2002), suporte social deficitário e solidão (Prince et al, 1997).

Muitos aspectos psicossociais tradicionalmente ligados ao envelhecimento são considerados como fatores de risco para o desenvolvimento da depressão. A pobreza, que gera dificuldades relacionadas aos cuidados com a saúde e outros estressores psicossociais tem sido associada a distúrbios de humor na velhice (Ver Blazer et al, 1991; Weissman et al, 1991), assim como as perdas sociais – habilidade para o trabalho, perdas de papéis, mudanças nas redes sociais (Ver Wolfe, Morrow e Frederickson, 1996).

Acontecimentos estressantes ligados diretamente ao exercício de papéis sociais relevantes para o indivíduo podem afetar o bem-estar na velhice. Krause (1994) investigou a relação entre estes fatores, considerando os papéis sociais mais relevantes para uma amostra de idosos. Foram mencionados, por ordem de importância: os papéis de cônjuge, progenitor e avô/avó. Os eventos estressantes foram organizados em oito domínios conceituais que refletem oito categorias de papéis sociais. Modelos descrevendo a relação entre eventos estressantes, sentimentos de controle pessoal e satisfação com a vida foram usados para testar a relação entre os estressores e os papéis sociais relevantes. Os resultados desse estudo confirmaram a

hipótese inicial de que os estressores afetam os idosos de forma mais negativa quando afetam os papéis de cônjuge ou progenitor. Também mostraram que os eventos estressores associados a papéis salientes afetam o bem-estar por despertar sentimentos de falta de controle pessoal no exercício dos papéis em que os estressores emergiram.

Wolfe, Morrow e Frederickson (1996) apontam para as diferenças entre homens e mulheres com relação à expectativa de vida e a papéis sociais, ressaltando que as mulheres têm maior probabilidade de ficar viúvas (por viverem mais do que os homens) e de assumir papéis relacionados ao cuidado, condições essas assumidas de risco para depressão. Além disso, as mulheres são mais expostas a doenças crônicas, dor crônica, incapacidade funcional, ônus familiar, sentimentos de solidão, pobreza e baixo nível educacional. Por isso, mulheres em idades avançadas têm mais chance de apresentar estados depressivos e depressão maior do que os homens nas mesmas faixas. Ou seja, mesmo vivendo mais do que os homens, elas têm pior qualidade de vida (Neri, 2001).

Em mais de 40 anos de investigação, desde os primeiros estudos iniciados nos anos 1960, inúmeras evidências vêm sendo acumuladas sobre o papel dos eventos de vida estressantes na origem dos transtornos psiquiátricos (Brown e Birley, 1968; Paykel et al, 1969; Leventhal et al, 1997; De Beurs et al, 2001; Kraaij e De Wilde, 2001; Devanand et al, 2002; Chapleski et al, 2004). Vários transtornos psiquiátricos são precedidos por eventos de vida estressantes, em particular a depressão e as tentativas de suicídio (Paykel e Cooper, 1992). Em estudos recentes, Brilman e Ormel (2001) encontraram forte efeito dos eventos de vida estressantes sobre episódios depressivos (particularmente, quando primeiros episódios) e Rubenowitz et al (2001) verificaram forte efeito dos problemas familiares sobre a ocorrência de suicídio entre idosos residentes na comunidade. Brilman e Ormel (2001) avaliaram a intensidade do estresse gerado por eventos de vida estressantes sobre o início de episódios depressivos entre idosos. Com base em análises de regressão logística, os autores apontaram que eventos severos acarretaram maior risco para indivíduos sem história prévia de depressão do que para indivíduos com história prévia de depressão. O

oposto foi encontrado para eventos de média gravidade em relação a episódios recorrentes de depressão.

Os eventos de vida estressantes podem representar um fator de risco para o desenvolvimento ou o agravamento de sintomas depressivos, devido ao grande potencial de evocar e intensificar emoções negativas (Brown e Harris, 1978; Brown, 1989; Leventhal et al, 1997) e gerar sentimentos de mal-estar psicológico (Sparrenberger, Santos e Lima, 2004) e por representarem uma ruptura no curso normal de vida, exigindo um reajustamento pessoal frente à mudança (Holmes e Rahe, 1967; Dohrenwend et al, 1978). Os eventos mais comumente relacionados com depressão são situações que envolvem perdas pessoais, perdas na auto-estima e situações de humilhação (Farmer e McGuffin, 2003). Dados de um estudo longitudinal revelaram que eventos de vida estressantes não relacionados com saúde (por exemplo, a perda de entes queridos, a internação do cônjuge em uma instituição e problemas financeiros) desencadearam sintomas depressivos, e estes, por sua vez, também afetaram o lidar posteriormente com outros eventos de vida negativos (Fiske, Gatz e Pedersen, 2003).

A morte do cônjuge ou de outro ente querido é evento que se mostra fortemente relacionado com episódios de depressão (Bruce et al, 1990; Turvey et al, 1999; Schoevers et al, 2000) e com o início ou o aumento de sintomas depressivos auto-relatados (Oxman et al, 1992; Turvey et al, 1999). Bruce (2002) ressalta que o risco oferecido por tais perdas depende de fatores próprios de cada evento, desde circunstâncias que levaram o ente querido à morte (por exemplo, anos de enfermidade, talvez acompanhados por demandas de cuidado), até fatores conseqüentes ao evento (por exemplo, uma mudança de residência ou dificuldades financeiras). Pesquisas com idosos cuidadores observaram a relação entre a experiência de cuidar do cônjuge enfermo, antes do episódio da morte e a manifestação de sintomas depressivos após o evento. Schulz et al (2001) verificaram que, entre os cuidadores que sentiam a tarefa de cuidar como algo estressante, não houve aumento de risco para sintomas depressivos após a morte do cônjuge. Já

aqueles que não sentiam a tarefa de cuidado como estressante apresentaram mais sintomas depressivos após a morte do cônjuge.

Estudo de De Beurs et al (2001), realizado com adultos de meia idade e idosos, revelou que eventos similares contribuem para a vulnerabilidade para a depressão e a ansiedade. A análise de regressão mostrou que gênero feminino, alto neuroticismo e pior saúde auto-relatada são fatores significantes de vulnerabilidade para adquirir sintomas de ansiedade e de depressão. Os eventos de vida que mais se relacionaram com início de sintomas depressivos foram: morte de cônjuge ou de outros membros da família, enquanto que o início de sintomas de ansiedade foi relacionado com doença do cônjuge. Ser vítima de crime foi associado com desenvolver sintomas tanto de ansiedade como de depressão.

Kraaij e DeWilde (2001) exploraram o relacionamento entre a experiência de eventos negativos em diferentes períodos do curso da vida e sintomas depressivos na velhice. As análises estatísticas revelaram que depressão entre os idosos foi relacionada a circunstâncias sócio-,econômicas negativas, a abuso emocional e negligência durante a infância, e a outras circunstâncias socioeconômicas negativas, abuso sexual, abuso emocional e negligência, estresse de relacionamento e comportamento problemático de outros durante a vida adulta e velhice. Os escores de depressão foram especialmente altos quando os participantes relataram a experiência de muitos eventos durante a vida adulta e a velhice. Os resultados desse estudo sugerem que eventos de vida negativos podem ter conseqüências a longo prazo para o bem-estar das pessoas. Os autores sugerem a inclusão das histórias de vida às entrevistas de diagnóstico e ao aprendizado de estratégias para lidar com esses eventos.

Devanand et al (2002) compararam pacientes idosos com depressão maior ou distímia com idosos saudáveis (grupo controle), com relação ao tipo e ao impacto subjetivo dos eventos de vida adversos. Durante um ano antes da avaliação, os pacientes com depressão maior relataram mais eventos de vida com maior impacto negativo, particularmente por conflitos interpessoais. O escore total para estresse percebido e para impacto negativo sobre o humor diferiu significativamente entre os grupos: mais altos para pacientes com depressão maior, escores intermediários para pacientes com

distímia e escores mais baixos para participantes do grupo controle. Durante um ano antes da manifestação da depressão, pacientes com depressão maior relataram escore total significativamente mais alto para o impacto negativo sobre o humor do que pacientes com distímia. Os pesquisadores concluíram que o impacto subjetivo dos eventos de vida adversos pode ter importante papel na expressão de depressão em pacientes idosos, particularmente de depressão maior, o que deve ser considerado em termos de intervenção.

Chapleski et al (2004) investigaram os eventos de vida como preditores de depressão numa população de índios americanos idosos. Os tipos de eventos mais experimentados foram morte de cônjuge, de membro familiar ou amigo (18% a 23%); incapacidades e doenças para si mesmo (14% e 15%); problemas nas redes sociais, tais como divórcio/separação ou aposentadoria (11% e 9%, respectivamente), e problemas financeiros ou com os negócios (6% e 7%). Análises de regressão hierárquica foram usadas para determinar a influência dos eventos de vida sobre a depressão a curto e médio prazo (18 e 24 meses após a ocorrência do evento). Fatores sócio-demográficos, habilidade funcional e comorbidade foram controlados. Os resultados deste estudo sugerem que os eventos de vida têm um efeito a curto-prazo sobre a saúde mental, enquanto que a comorbidade acarreta uma crescente sobrecarga à saúde mental com o passar do tempo.

Pesquisadores e clínicos reconhecem que, não necessariamente, eventos de vida, problemas de saúde e incapacidade produzem depressão. Isso significa que é possível encontrar idosos na comunidade e em instituições que, mesmo afetados por perdas e desafios acarretados pelo envelhecimento, mantêm um senso positivo de bem-estar subjetivo e não são deprimidos. Este aparente paradoxo tem gerado uma substancial quantidade de pesquisas psicológicas, cuja pergunta básica é *quais são os recursos pessoais e sociais dessas pessoas que podem ajudá-las a enfrentar essas condições?*. Essas pesquisas têm mostrado que processos psicológicos, entre os quais estratégias de enfrentamento, avaliação cognitiva de eventos estressantes e senso de auto-eficácia em relação ao enfrentamento de eventos estressantes respondem por parte da variância relativa à depressão entre idosos.

Em estudo que avaliou a relação entre o grau de resiliência em idosos após o enfrentamento de um evento estressante, Hardy, Concato e Gill (2004) identificaram os seguintes fatores associados com alto grau de resiliência: gênero masculino, viver em companhia de outros, alto domínio, independência em atividades instrumentais de vida diária, ter menos sintomas depressivos e ter de boa a excelente saúde auto-relatada.

Foster e Gallagher (1986) compararam dois grupos de idosos, um de deprimidos e outro de não-deprimidos quanto ao uso de estratégias de enfrentamento do estresse. Ambos os grupos relataram número similar de eventos de vida vividos no último ano, os tipos de eventos também foram semelhantes, sendo os mais comuns, aqueles relacionados a doenças graves ou prejuízo sofrido por algum familiar. Os idosos deprimidos utilizaram mais estratégias de descarga emocional e comportamentos de esquiva. Os dois grupos não diferiram em frequência de busca por informações para lidar com o problema ou regulação da emoção. Comparados aos não-deprimidos, os idosos deprimidos avaliaram todos os tipos de estratégias como menos úteis para lidar com os eventos estressantes e depressão, independente da frequência do uso das mesmas.

Li, Seltzer e Greenberg (1999) realizaram uma pesquisa com mulheres de meia idade, cuidadoras de um progenitor idoso. Vinte e três por cento das participantes apresentaram depressão avaliada pela CES-D (*Center for Epidemiological Survey – Depression*, Radloff, 1977). As cuidadoras com altos níveis de domínio tenderam a usar estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, com respeito à tarefa de cuidado, a qual levou à redução da depressão, enquanto que as filhas que apresentaram baixos níveis de domínio utilizaram mais estratégias focalizadas na emoção, apresentando níveis mais elevados de depressão. Segundo os pesquisadores, o senso de domínio foi mais elevado quando o papel de cuidador foi dividido com um(a) irmão ou irmã, e foi mais baixo se a filha tinha outras responsabilidades ligadas ao cuidado e se o progenitor apresentava níveis elevados de problemas comportamentais. Em outro estudo, Wilcox, O'Sullivan e King (2001), compararam esposas e filhas cuidadoras quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas e os

níveis de estresse e depressão. Os resultados mostraram que, entre as esposas, as estratégias de enfrentamento de esquiva, culpar os outros e pensamentos melancólicos foram relacionadas com altos níveis de sobrecarga ligada ao cuidado, estresse, depressão e raiva auto-dirigida, e com baixos níveis de controle da raiva. Entre as filhas cuidadoras, auto-recriminação foi mais associado com raiva auto-dirigida, e enfrentamento focalizado no problema foi associado com maior controle da raiva. A existência de diferentes maneiras de enfrentar situações relacionadas ao cuidado, exige dos profissionais de saúde uma atenção diferenciada aos cuidadores, dada a heterogeneidade de demandas de assistência.

Um outro estudo comparou o nível de bem-estar psicológico entre homens e mulheres idosos cuidadores de cônjuge com Alzheimer (Rose, Strauss e Smyth, 1998). As mulheres cuidadoras relataram mais estados psicológicos negativos do que os homens. Resultados semelhantes foram obtidos em estudos posteriores, no qual mulheres cuidadoras relataram maior nível de estresse (Bookwala e Schulz, 2000) e níveis mais elevados de depressão, ansiedade, sintomatologia psiquiátrica geral e menor satisfação com a vida, em comparação com homens cuidadores (Yee e Schulz, 2000). A literatura sugere que a diferença entre homens e mulheres cuidadores pode ser explicada com base em três classes de fatores: 1) as esposas são mais atentas aos seus estados emocionais do que os maridos, e assim, mais propensas a relatar efeitos negativos; 2) as esposas utilizam mais estratégias focalizadas na emoção, as quais são associadas com altos níveis de tensão/sofrimento, e 3) as mulheres cuidadoras desempenham um maior número de tarefas de cuidado pessoal e trabalhos domésticos do que os homens cuidadores.

Kraaij, Garnefski e Maes (2002) avaliaram os efeitos conjuntos de eventos de vida estressantes e de estratégias e recursos de enfrentamento como preditores de sintomas depressivos em idosos. Os resultados mostraram que os mais fortes preditores de sintomas depressivos foram os tipos de enfrentamento - focalizados no problema e na emoção - e os eventos de vida estressantes. Os idosos avaliaram a auto-eficácia relacionada ao uso das estratégias de enfrentamento, sendo que os que tiveram altos níveis nesta avaliação, apresentaram escores significativamente mais baixos de

depressão, confirmando achados anteriores, como os de Holahan e Holahan (1987). A auto-eficácia no enfrentamento pareceu estar relacionada ao tipo de estratégias utilizadas: os que apresentaram mais elevada auto-eficácia utilizaram estratégias mais orientadas à tarefa e menos estratégias orientadas à emoção ou à evitação. Os resultados sugerem que os recursos de enfrentamento podem ter um efeito direto sobre o bem-estar subjetivo e sobre a maneira como as pessoas lidam com o estresse. Sugerem também que tipos específicos de enfrentamento (como por exemplo, estratégias orientadas à emoção ou à evitação) sejam vistos como pouco eficazes no enfrentamento do estresse, e tal avaliação pode estar relacionada a manifestação de sintomas depressivos na velhice.

As evidências acerca dos processos envolvidos na depressão na velhice contribuem para o crescimento conceitual e metodológico e para o aperfeiçoamento de procedimentos de intervenção em Gerontologia. Considerar a depressão como um fator de risco para o bem-estar pessoal tem sido ponto de partida de inúmeras investigações neste campo, com o objetivo de identificar os aspectos predisponentes à depressão e os procedimentos mais apropriados à prevenção e ao tratamento. Ao considerar a depressão entre idosos, é importante levar em conta as peculiaridades desse grupo etário quanto à origem e à manifestação de sintomas depressivos e de depressão clínica. Além disso, os estudos devem considerar os idosos na totalidade de aspectos de sua experiência, incluindo na análise da depressão aspectos psicológicos, sociais e clínicos.

Grande parte da literatura gerontológica sobre a depressão vem de estudos internacionais. No Brasil, o maior número de pesquisas sobre a depressão na velhice refere-se a estudos epidemiológicos, entre os quais uma pequena parte é com idosos. Existe atualmente, uma lacuna na literatura nacional, em termos de estudos populacionais, acerca de processos e eventos psicológicos associados à depressão na velhice. O presente estudo foi planejado de forma a preencher essa lacuna. Para isso, avaliou a sintomatologia depressiva entre idosos residentes na comunidade, por meio de um levantamento de aspectos sócio-demográficos, de experiência de eventos de vida estressantes nos últimos cinco anos, do uso de estratégias de enfrentamento e da

auto-avaliação de sua eficácia. Foram investigadas as relações entre sintomas depressivos (que são indicativos de depressão entre os idosos) e as variáveis citadas anteriormente, estimando-se o risco representado por cada uma delas para depressão.

Foi utilizada uma escala de rastreamento de sintomatologia depressiva, a CES-D, *Center for Epidemiological Survey Studies – Depression*, de Radloff (1997), utilizada em 225 estudos indexados na base de dados Ageline entre 1978 e 2004, e recentemente validada para o português (Tavares, 2004; Tavares-Batistoni, Neri e Cupertino, 2005, em preparação). A outra escala mais utilizada em estudos de rastreamento populacional de depressão em idosos é a GDS – *Geriatric Depression Scale* (Yasavage, et al, 1983; Almeida e Almeida, 1999), que responde por 287 estudos populacionais indexados naquela base de dados no período citado, e que foi usada para validar a CES-D na amostra de idosos brasileiros. A vantagem de se utilizar a CES-D é que, como pode ser usada em outras faixas etárias, permite realizar pesquisas comparativas entre idades, e assim responder a duas premissas da pesquisa gerontológica: a) é preciso investir na identificação dos processos e produtos do envelhecimento que lhe são típicos, em contraposição àqueles que são típicos de outras faixas de idade e b) é necessário reconhecer as diferenças interindividuais e intra-individuais, inter e intra coortes no processo e nos produtos do envelhecimento (Baltes, 1987, 1997).

OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivos:

1. Descrever a experiência de eventos estressantes, as estratégias de enfrentamento e a eficácia percebida no uso dessas estratégias em idosos agrupados por critérios de gênero e idade.
2. Identificar relações entre esses processos, comparando os participantes segundo gênero e idade.
3. Estabelecer uma tipologia de eventos estressantes e uma tipologia de estratégias de enfrentamento para a amostra.
4. Analisar as relações entre sintomas depressivos e tipos de eventos de vida relatados, tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas e auto-eficácia percebida no uso de estratégias de enfrentamento.
5. Identificar fatores e perfis de risco para sintomatologia depressiva na velhice.

MÉTODO

Como o presente estudo desenvolveu-se sobre um banco de dados gerado por pesquisa sobre eventos associados ao envelhecimento saudável em idosos residentes na comunidade, faz-se necessário começar por caracterizá-lo, assim como à população que deu origem à amostra por ele focalizada. Seguir-se-á a essa descrição a especificação dos critérios de seleção e as características da amostra considerada na investigação que é objeto deste trabalho.

CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO DOS PROCESSOS DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL (PENSA)

Trata-se de estudo longitudinal em desenvolvimento na Universidade Federal de Juiz de Fora, o *Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA)* financiado pelo programa de fixação de doutores – CNPq-PROFIX e coordenado pela Prof^a Dr^a. Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino. O projeto PENSA iniciou suas atividades no mês de março de 2002, depois de ter sido aprovado pelo Comitê de Ética para Realização de Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (Anexo 1). Até dezembro de 2003 procedeu-se à primeira leva de coleta de dados com o protocolo completo aplicado a toda a amostra. Em 2004 foi realizado o primeiro seguimento, com 27,61% da amostra presente à primeira medida.

Variáveis focalizadas pelo PENSA

O PENSA foi planejado para analisar dez classes de variáveis:

- 1) Status sócio-econômico (por exemplo, idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda, entre outras).
- 2) Histórico sócio-econômico (inclui questões como a escolaridade dos pais, a ocupação dos pais durante a infância do sujeito, a última ocupação do sujeito, entre outras).
- 3) Saúde física percebida (por exemplo, avaliação da saúde física global e referenciada a domínios, frequência de visitas ao médico no último ano, doenças somáticas nos últimos cinco anos, independência funcional em AVDs e AIVDs, entre outras).
- 4) História de vida, traduzida em termos de experiências afetivas, sociais e educacionais da infância (por exemplo, crises financeiras na família, doenças e acidentes, imagem social na infância, entre outras).
- 5) Satisfação pessoal (inclui questões como satisfação global com a vida, aceitação da própria velhice, entre outras).
- 6) Suporte social percebido (por exemplo, a frequência de contatos com os parentes, origem das amizades, avaliação qualitativa do suporte social, entre outras).
- 7) Espiritualidade e religiosidade (com questões referentes à crença em Deus, o tipo de crença religiosa, tipo e frequência de prática religiosa, entre outras).
- 8) Saúde mental (depressão e estado cognitivo).
- 9) Experiência de eventos de vida positivos e negativos (por exemplo, o tipo e a ocasião de ocorrência de eventos positivos e negativos, o evento negativo ocorrido mais recentemente, considerando o tipo, o tempo decorrido desde o evento, entre outras questões).

10) Intensidade de eventos estressantes associados ao envelhecimento (questões sobre eventos ocorridos no último ano – Inventário de Estresse entre Idosos).

Objetivos do PENSA

Foram os seguintes:

- 1) Descrever as características sócio-demográficas, psicossociais e de saúde física, emocional e cognitiva de uma amostra de idosos residentes na comunidade.
- 2) Analisar relações entre essas variáveis, por meio de investigação interseccional (*cross-sectional*) e longitudinal.
- 3) Validar instrumentos de pesquisa desenvolvidos no exterior para a população brasileira.

A seleção da amostra do PENSA e as características de seus participantes

Juiz de Fora (MG) é uma cidade de 436.432 habitantes dentre os quais 10,6% têm mais de 60 anos. Destaca-se que a proporção de idosos na cidade é superior à do Brasil (8,6%) e do Estado de Minas Gerais (9,8%). A amostra do PENSA foi selecionada pelo método de amostragem sistemática, mediante o qual foram visitados todos os domicílios dos bairros cujo percentual de idosos residentes é superior a 15% (num total de 14 bairros, incluindo o Centro), segundo dados do Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000). Recrutadores treinados foram de porta-em-porta nesses bairros, para identificar residências que tivessem pelo menos um morador idoso em condições cognitivas de responder aos instrumentos da pesquisa. Para tanto, procuravam saber quantos idosos moravam no domicílio e se tinham autonomia intelectual para responder oralmente a um conjunto de questionários, escalas e inventários.

Na mesma visita inicial planejada para identificar estes idosos, os recrutadores se apresentavam, assim como ao projeto, dando-lhes um *folder* contendo os objetivos do

estudo e as características dos instrumentos e da coleta de dados. Após a apresentação, os idosos eram convidados a participar do estudo. Aqueles que aceitavam preenchiam uma ficha de recrutamento e assinavam um termo de consentimento livre e esclarecido conforme exigência do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Anexos 2 e 3). Foi-lhes assegurado o direito à recusa, a retirar-se da pesquisa a qualquer momento, à privacidade e ao sigilo dos dados individuais. Logo em seguida, nessa mesma visita, eram marcados uma data e um horário para retorno do pesquisador para uma única sessão de coleta de dados.

Foram visitados 7089 domicílios, dentre os quais foram identificados 1686 com pelo menos um idoso. Novecentos e cinquenta e seis idosos aceitaram participar (56%), 614 recusaram (36%) e 116 (8%) pareceram cognitivamente incapacitados para tanto. Ao final, a amostra de idosos entrevistados nessa fase constituiu-se de 956 indivíduos, dos quais 28,2 % eram homens e 71,8% eram mulheres com idade entre 60 e 103 anos ($M=72,4$ $DP=8,3$). As Figuras 1 a 6 apresentam dados sobre gênero, idade, estado civil, escolaridade e nível de renda da população do PENSA. Observe-se que havia um número bem maior de mulheres do que de homens. Cruzando-se os dados de gênero e de idade verificou-se que não havia relação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($\chi^2=4.72$; $GL=2$; $p=0.095$).

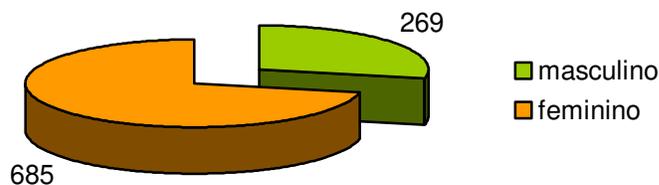


Figura 1. Distribuição dos participantes do PENSA segundo o critério de gênero

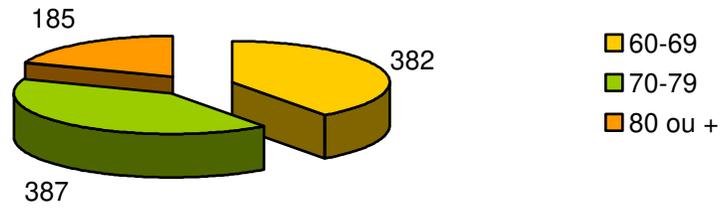


Figura 2. Distribuição dos participantes do PENSA segundo o critério de idade

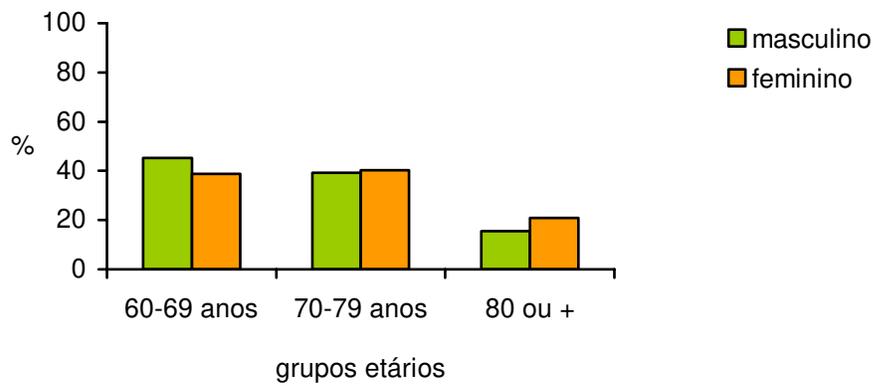


Figura 3. Distribuição dos participantes do PENSA segundo critérios de gênero e idade

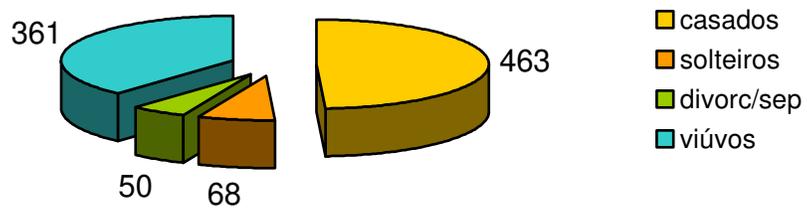


Figura 4. Distribuição dos participantes do PENSA segundo o critério de estado civil

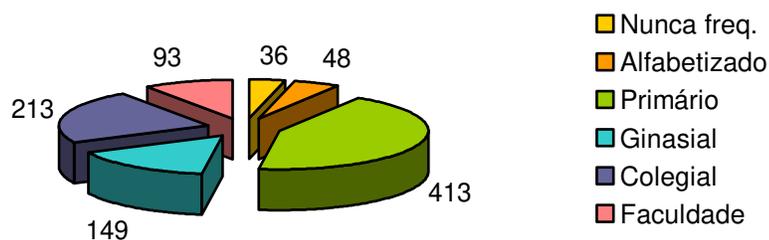


Figura 5. Distribuição dos participantes do Pensa segundo o critério de escolaridade

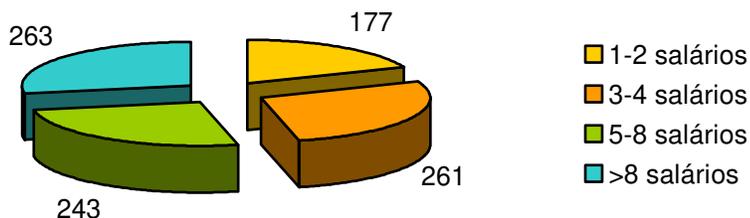


Figura 6. Distribuição dos participantes do Pensa segundo o critério de renda familiar

No Pensa, 40,5% dos idosos tinham idade entre 60 e 69 anos e uma proporção comparável situavam-se na faixa de 70 a 79 anos (40,1%). Metade dos idosos eram casados, 38% eram viúvos e o restante (13%) solteiros e separados ou divorciados. Quarenta e oito por cento eram alfabetizados ou tinham curso primário, 38% haviam cursado o antigo ginásio ou curso colegial e 10% tinham curso superior completo ou incompleto. Os resultados mostraram uma proporção comparável de indivíduos distribuídos pelos quatro níveis de renda considerados e uma proporção de sujeitos na faixa de menor renda, de forma diferente da que ocorre na população brasileira. A primeira leva de entrevistas semi-estruturadas foi feita, em sessão única, com essa amostra de idosos, e teve duração aproximada de duas horas.

**CONTEXTUALIZANDO UM ESTUDO SOBRE RELAÇÕES ENTRE ESTADOS DEPRESSIVOS
E AVALIAÇÃO COGNITIVA DE EVENTOS ESTRESSANTES E DE ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO ADOTADAS POR HOMENS E MULHERES IDOSOS RESIDENTES NA
COMUNIDADE**

Participantes

Para atender aos objetivos deste estudo, o banco de dados do PENSA foi submetido a escrutínio visando a identificar idosos que relataram ter experimentado eventos estressantes nos últimos cinco anos. Para tanto, foram analisadas as respostas dadas pelos 956 idosos que formavam a amostra do PENSA a um inventário constante do protocolo do estudo, o qual foi elaborado por Aldwin, Sutton e Lachman (1996), validado por Aldwin (1997), nos Estados Unidos e traduzido e adaptado para o português por Cupertino, em 2001.

O inventário de Aldwin, Sutton e Lachman (1996) consiste em duas listas de eventos estressantes do curso de vida. A primeira lista de eventos corresponde a situações positivas, distribuídas em 14 itens, como por exemplo casar-se, ter filhos, ter sucesso acadêmico e ter sucesso no trabalho. A segunda lista é composta por eventos negativos, tais como problemas na relação do casal, problemas com os filhos, problemas no trabalho, problemas de saúde, morte dos pais, solidão, entre outros, totalizando 31 itens. Solicita aos respondentes que indiquem quais eventos estiveram presentes em sua vida mais recentemente e que discriminem quais ocorreram no último ano, nos últimos cinco anos, há mais de cinco anos, ou se não aconteceram. Nesse instrumento, os sujeitos poderiam escolher quantos eventos quisessem relatar; em seguida, indicavam apenas um dos eventos listados, o qual o idoso considerava como o evento estressante mais recente (Ver Anexo 4). As questões sobre o enfrentamento do estresse, avaliação de auto-eficácia e de intensidade do estresse, eram respondidas com relação a este único evento escolhido pelo idoso como o evento estressante mais recente.

Para esta pesquisa foram selecionados somente os eventos apontados como tendo ocorrido nos últimos cinco anos, considerando-se que eventos ocorridos dentro do último ano poderiam estar ainda demandando esforços de adaptação. Já eventos ocorridos há mais de cinco anos podem ser avaliados de maneira distorcida por efeito da passagem do tempo. Não que este possa ser visto como condição causal de um eventual esquecimento, mas porque quando se passa um tempo mais longo, podem ocorrer várias experiências eventualmente conflitantes e estas podem confundir a avaliação do respondente.

Dos 956 idosos que compõem a amostra total do PENSA, 569 (ou 57% da amostra) relataram que haviam experimentado um evento estressante negativo nos últimos cinco anos. Analisando-se o conteúdo dos itens assinalados, observou-se que alguns não se referiam a experiências normativas típicas da velhice (caso de problema com o desenvolvimento acadêmico, problemas como o cônjuge ou na relação do casal ou nas relações sociais). De fato, o instrumento não continha apenas eventos estressantes da velhice. Outros itens assinalados eram idiossincráticos e poderiam ser melhor caracterizadas como eventos traumáticos (como morte de cachorro e ser vítima de um crime). Para cumprir o objetivo de estabelecer uma tipologia para os eventos relatados, alguns itens foram excluídos, pelo motivo de não corresponderem às tipologias formadas pelos demais itens do inventário. Além disso, a análise de frequência desses itens apontou baixa frequência de respostas (N=25). Com base neste raciocínio, os participantes que assinalaram os itens 1, 4, 7, 19, 22 e 26 como evento mais estressante foram excluídos da amostra.

Após a exclusão desses sujeitos, a amostra do presente estudo contou com 544 idosos. As figuras 7 a 11 mostram a caracterização sócio-demográfica dos participantes, a qual foi obtida através de cinco questões fechadas relativas a gênero, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar em número de salários mínimos mensais (Anexo 5).

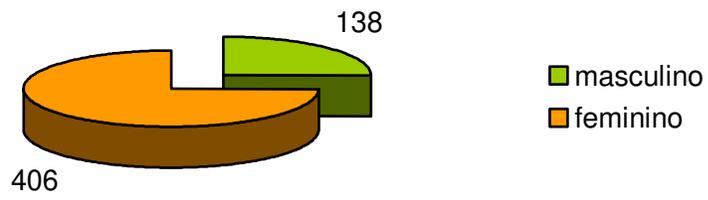


Figura 7. Distribuição da amostra por gênero.

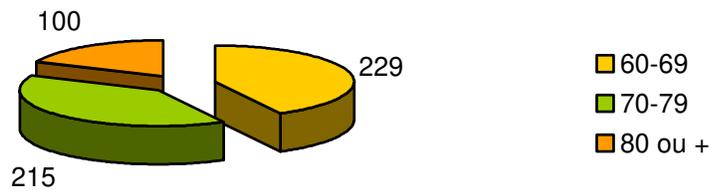


Figura 8. Distribuição da amostra por idade.

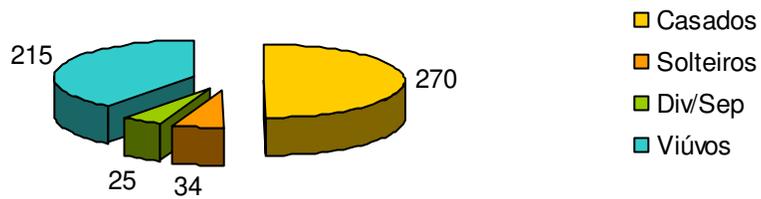


Figura 9. Distribuição da amostra por estado civil.

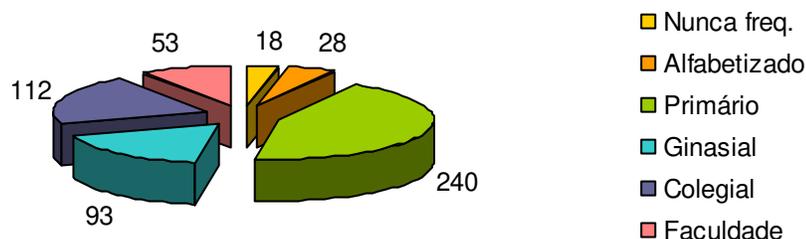


Figura 10. Distribuição da amostra por nível de escolaridade.

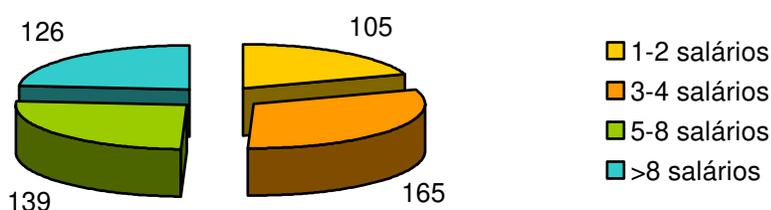


Figura 11. Distribuição da amostra por renda familiar.

Assim como na amostra do PENSA, na deste estudo também houve predominância de indivíduos do gênero feminino, que perfizeram 74,6% do total. Quanto à idade, os idosos variaram entre 60 e 99 anos ($\underline{M}=72.11$; $\underline{DP}=8.29$) sendo que 42,1% tinham entre 60 e 69 anos, e 39% entre 70 e 79 anos. Cerca de cinquenta por cento dos idosos eram alfabetizados ou tinham o curso primário, 17% tinham o ginásial e 21%, o curso colegial. Dez por cento dos idosos tinham curso superior, completo ou incompleto. Quanto à distribuição da população pelos quatro níveis de renda considerados, os resultados mostraram novamente uma proporção comparável entre os sujeitos.

Instrumentos

Além dos dados apresentados acima, o presente estudo envolveu a seleção de respostas a instrumentos que avaliavam a percepção da intensidade dos eventos

estressantes experimentados pela amostra, as estratégias de enfrentamento utilizadas, a percepção de auto-eficácia relativa ao uso dessas estratégias e sintomas depressivos.

1. Avaliação da intensidade de um evento de vida negativo apontado como o mais estressante dentre os eventualmente vividos pelo indivíduo

Este instrumento foi elaborado por Aldwin, Sutton e Lachman (1996) e comporta uma única questão, que solicita a avaliação pessoal do impacto de um dado evento estressante: “Em uma escala de 1 a 7 qual nota você daria para este evento em termos de ser estressante?”. A nota 1 corresponde “nada estressante” e a nota 7 a “muito estressante”.

2. Estratégias de enfrentamento do estresse (coping)

O Inventário de Coping da Califórnia foi elaborado especificamente para idosos (Aldwin, Sutton e Lachman, 1996) para investigar as formas como reagem a situações que exercem demanda especial sobre os recursos adaptativos, requerendo a adoção de estratégias que permitam fazer face às exigências internas e externas que caracterizam tais situações e assim ajustar-se a elas. De acordo com Aldwin e Gilmer (2004), as estratégias de enfrentamento podem ser agrupadas em cinco categorias básicas: enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado da emoção, enfrentamento por meio de suporte social, enfrentamento religioso e enfrentamento ligado à busca de um significado para o problema. Dentre as estratégias apontadas pelos autores pode-se dizer que a primeira e a terceira correspondem a tentativas de alterar o ambiente externo e que as demais dirigem-se à alteração do ambiente privado. O instrumento corresponde a esse raciocínio e consiste em 19 questões escalares de quatro pontos indicativas da frequência do uso das estratégias (Ver Anexo 6).

3. Percepção de auto-eficácia no enfrentamento

Para esta finalidade, que diz respeito à avaliação da funcionalidade das estratégias adotadas, havia duas perguntas relacionadas ao enfrentamento do evento negativo vivido mais recentemente: “*Dadas estas circunstâncias, como você diria que lidou*

com o problema?” e “Quão bem você diria que lidaria com um problema como este no futuro?”. As respostas eram referenciadas a uma escala de 1 a 5, sendo 1 = “nada bem, ou seja, muito mal” e 5 = “muito bem”.

4. Estados depressivos

Para avaliar estados depressivos foi utilizada a escala CES-D (*Center Epidemiologic Survey - Depression*), validada no Brasil para a população idosa (Tavares, 2004) (Ver Anexo 7). A escala original foi desenvolvida por Radloff (1977), no *National Institute of Mental Health* dos Estados Unidos, e tem a finalidade de detectar estados depressivos em populações adultas, por meio do auto-relato de sintomas ligados à depressão. Foi elaborado a partir da *Zung's Depression Scale* (Zung, 1965), do *Beck's Depression Inventory* (Beck et al, 1961) e do inventário de depressão de Raskin (Raskin et al, 1967), este derivado do MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). A CES-D consiste em 20 itens relacionados a humor, comportamento e percepção considerados relevantes em estudos clínicos sobre depressão. As respostas a cada uma das questões são dadas segundo a frequência (nunca, raramente, às vezes, freqüentemente, sempre) com que cada sintoma esteve presente na semana antecedente à aplicação do instrumento.

A CES-D permite classificar os indivíduos como deprimidos e não-deprimidos, mediante uma nota de corte que, no Brasil, o estudo de Tavares estabeleceu ser ≥ 11 , ou seja, 12 pontos ou mais indicam depressão. Esta nota foi obtida com base em comparação com o comportamento dos mesmos indivíduos na *Geriatric Depression Scale* (GDS), de Yesavage et al.(1983), validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999). A versão norte-americana da CES-D resultou numa estrutura fatorial de quatro fatores: afeto depressivo, afeto positivo, sintomas somáticos/lentidão nas atividades e relações interpessoais. Na brasileira, foram derivados três fatores ortogonais: afetos negativos, dificuldades para iniciar comportamentos e afetos positivos. A CES-D também permite classificar os indivíduos em levemente, moderadamente e gravemente deprimidos, mas este critério não foi adotado no presente trabalho.

RESULTADOS

Os dados foram submetidos a estatísticas descritivas univariadas (medidas de frequência, posição e dispersão e regressão linear univariada, modelo *logito*) e inferenciais de natureza bivariada (testes Qui-Quadrado, U de Mann-Whitney e Kruskall-Wallis) e multivariada (análise fatorial, coeficiente alfa de Cronbach, análise de agrupamentos e regressão linear multivariada, modelo *stepwise*).

Em primeiro lugar serão apresentados os dados relativos aos tipos, às categorias e à intensidade de eventos estressantes experimentados nos últimos cinco anos. As categorias foram derivadas mediante análise de conteúdo, para a qual levou-se em conta a literatura especializada. Para a avaliação da intensidade do estresse, das estratégias de enfrentamento e demais análises, foi considerado somente o evento estressante apontado pelos sujeitos como o mais recente.

Em segundo lugar serão apresentados os dados relativos às estratégias de enfrentamento. Neste caso, foram feitas primeiramente análises fatoriais exploratórias com o intuito de identificar padrões de variação conjunta entre os dados, que permitissem explicar melhor a sua variabilidade. Feitas as análises fatoriais, passou-se às análises univariadas e bivariadas, que permitiram conhecer o comportamento dos fatores na amostra.

O terceiro passo da análise envolveu comparações inter-grupos de idade e gênero, precedendo a análise de agrupamentos (*Cluster Analysis*). Esta levou em conta, conjuntamente, as categorias de eventos estressantes, os fatores relativos às estratégias de enfrentamento, idade e gênero.

Em quarto lugar foram analisados os dados relativos ao senso de auto-eficácia em relação às estratégias de enfrentamento adotadas. Neste caso, foram adotados métodos univariados e bivariados.

Finalmente, o comportamento de todas as variáveis na amostra foi confrontado com os resultados da amostra em depressão. Para tanto, foram escolhidos métodos univariados, bivariados e multivariados, levando-se em conta os dados já reduzidos obtidos pela análise fatorial e pela análise de cluster. À aplicação dos métodos Qui-Quadrado, U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis seguiu-se à análise de regressão, primeiro univariada, e finalmente, multivariada.

EVENTOS ESTRESSANTES NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

De acordo com os objetivos já expostos, foram analisados os eventos estressantes, considerando-se apenas os ocorridos nos últimos cinco anos. A Tabela 1 mostra a distribuição de frequência para todos os eventos ocorridos nos último cinco anos.

Tabela 1. Frequência de eventos estressantes ocorridos nos últimos cinco anos.

Item	Descritor	Frequência
23	Outra morte/perda	30.7
5	Problemas saúde	12.9
16	Morte esposo/a	6.8
12	Problema saúde esposo/a	6.3
13	Problema saúde filhos	5.3

28	Problemas conjugais filhos	5.3
17	Financeiro	5.0
21	Morte dos pais	4.8
2	Problema com filhos	3.9
29	Netos	2.9
25	Falta dos filhos	2.8
27	Problema sucesso dos filhos	2.6
8	Solidão	2.2
11	Problema saúde dos pais	1.5
20	Macrossocial	1.5
24	Separação pessoas amadas	1.5
31	Cuidando de outro adulto	1.3
6	Problemas saúde mental	0.9
3	Problema no trabalho	0.6
18	Divorcio/separação	0.6
10	Falta de significado na vida	0.4

30	Aposentadoria	0.4
9	Crise espiritual	0.2

A partir da análise descritiva dos eventos, mediante a técnica de análise de conteúdo, foram criadas categorias, de acordo com a literatura sobre os eventos de vida e o envelhecimento humano, as quais foram utilizadas no restante da análise. As cinco categorias criadas foram as seguintes:

1) *Eventos relacionados à finitude*: morte de pessoas amadas ou problemas de saúde da própria pessoa ou de alguém próximo, que representam ameaça à continuidade da vida. O que está em jogo aqui não é especificamente a perda de entes queridos, mas o fato que sua morte ou seu adoecimento prenunciam a morte e a dependência do próprio idoso.

2) *Eventos que afetam os descendentes*: ocorrências cujo curso ou cujos efeitos não podem ser alterados pelo idoso, porque dependem de circunstâncias ligadas à vida de outrem. Segundo a literatura, dentre as ocorrências que afetam a descendência que podem afetar os idosos, as mais importantes são as que influenciam a vida dos descendentes (filhos, netos e bisnetos), em parte por causa do apego afetivo que une membros da família e que dão origem à empatia e a tentativas de interferir direta ou indiretamente, em parte porque muitas ocorrências dizem respeito ao desempenho de papéis sociais cujo adequado cumprimento pelos descendentes confirma os esforços educativos dos pais. Destes eventos pode-se dizer que seu efeito recai também sobre o senso de integridade dos idosos, de tal sorte que não é fácil separar o que diz respeito a sentimentos para com outros significativos de sentimentos para consigo mesmos.

3) *Eventos relacionados ao cuidado*: pressões externas (geradas pelo curso da doença, pelo aumento de despesas, por conflitos familiares e pela competição do cuidado com papéis profissionais e familiares) ou internas (tristeza, ressentimento,

compaixão, medo, dúvida, etc.) geradas pelo exercício do cuidado prestado a um outro adulto significativo para o idoso e que está em situação de fragilidade ou doença.

4) *Eventos que afetam o bem-estar psicológico:* relacionados ao ajustamento pessoal na velhice expressos em termos de ameaça ao senso de significado, sentimentos de solidão, problemas de saúde mental, reais ou presumidos, e crise espiritual.

5) *Eventos pontuais ou de crise:* entre eles estão alguns típicos da velhice, tais como a aposentadoria ou o empobrecimento devido ao afastamento da vida produtiva, ou eventos que marcam uma perturbação no que é considerado como curso normal do desenvolvimento, tais como divórcio, alterações ocorridas no ambiente macro-social e problemas no trabalho.

No Quadro que se segue, aparecem as correspondências entre as categorias criadas e os itens do instrumento. A Figura 12 mostra a distribuição dos eventos estressantes, por categorias.

Quadro 1. Categorias de eventos e itens correspondentes no instrumento.

Categorias de eventos	N^{os} dos itens
Finitude	23,5,12,13,21
Descendência	2,29,25,27,24,28
Cuidado	11,31
Bem-estar	8,9,10,6
Pontuais	18,30,17,20,3

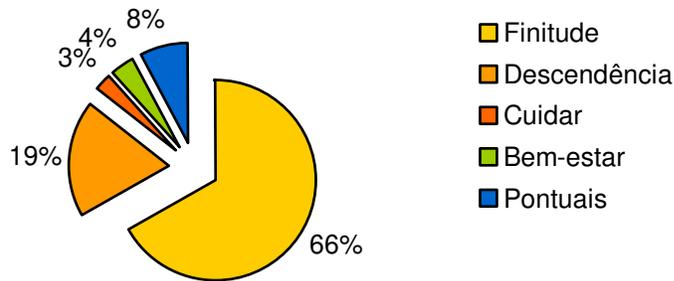


Figura 12. Frequência percentual de eventos estressantes experimentados nos últimos cinco anos reunidos por categorias.

O gráfico permite observar que predominaram eventos relacionados à finitude (morte de entes queridos e problemas de saúde (próprios e de entes queridos), seguidos de eventos que afetam a vida dos descendentes.

Os idosos foram comparados pelos critérios de gênero e idade em relação aos diferentes tipos de eventos. Os resultados aparecem nas Figuras 13 e 14 (Ver também Anexo 8).

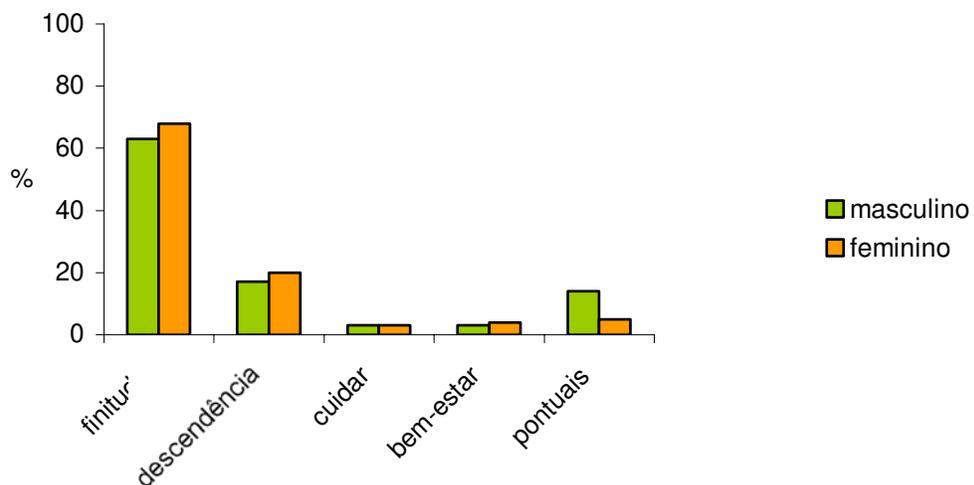


Figura 13. Frequências relativas de ocorrências de categorias de eventos estressantes segundo o critério de gênero.

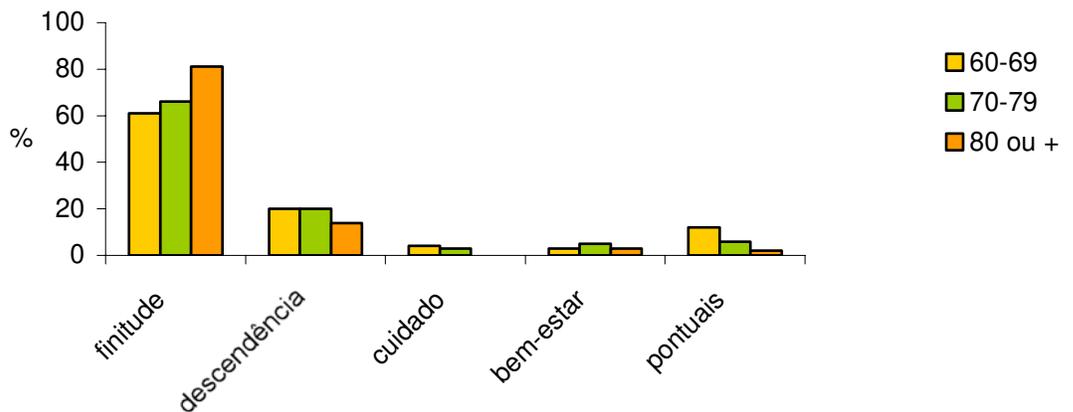


Figura 14. Frequências relativas de ocorrências de categorias de eventos estressantes segundo o critério de idade.

Os testes estatísticos indicaram diferenças significativas entre os seguintes grupos:

1) *De gênero*: as mulheres mencionaram mais eventos de finitude e eventos que afetam a descendência, enquanto que os homens assinalaram mais eventos pontuais ou de crise (teste qui-quadrado: $X^2=11.35$; $GL=4$; $p=0.023$).

2) *De idade*: os idosos mais jovens (<70 anos) relataram mais eventos pontuais e que afetam a descendência, os idosos entre 70 e 79 anos relataram mais eventos que afetam a descendência, enquanto que os idosos mais velhos (≥ 80 anos) relataram mais eventos relacionados à finitude (teste qui-quadrado: $X^2 = 19.75$; $GL = 8$; $p = 0.011$).

A seguir foram realizadas análises comparativas levando em conta a interação entre as variáveis gênero e idade com relação à experiência de eventos estressantes. As análises permitiram concluir que houve diferença significativa com relação à experiência de eventos estressantes entre os grupos (teste exato de Fisher: $p=0.009$). A Tabela com os resultados desta análise está no Anexo 9. O Quadro 2 resume a distribuição dos eventos entre os grupos.

Quadro 2. Experiência de eventos estressantes pelos grupos de homens e mulheres, considerando as três faixas etárias selecionadas.

	60-69	70-79	≥80
Homens	Pontuais	Descendência	Finitude / Bem-estar
Mulheres	Descendência / Pontuais	Descendência	Finitude

Foram consideradas as avaliações que os idosos fizeram dos eventos estressantes experimentados nos últimos cinco anos, levando em conta o critério de intensidade. As análises de frequência revelaram que os idosos avaliaram os eventos vividos como muito estressantes (M= 5.94; Mediana = 7; DP=1.49). Para a realização das análises descritivas e comparativas mediante os critérios gênero e idade, optou-se por transformar os valores da escala (que variava de 1 a 7) em três categorias de análise, respeitando os valores crescentes de intensidade da escala. As respostas de 1 a 3 pontos foram consideradas de baixa intensidade, de 4 a 6 pontos, de intensidade moderada e de 7 pontos, de alta intensidade. As Figuras 15 e 16 mostram as frequências de respostas relativas à avaliação de intensidade dos eventos estressantes.

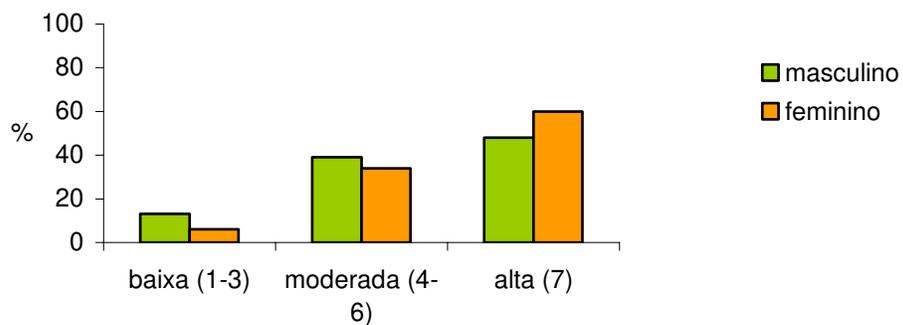


Figura 15. Frequências relativas das avaliações de intensidade dos eventos estressantes segundo o critério de gênero.

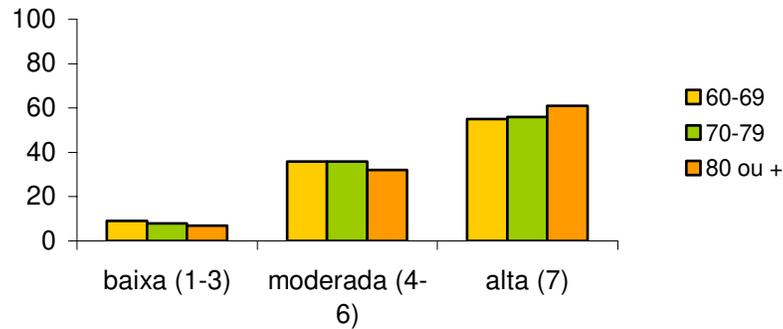


Figura 16. Frequências relativas das avaliações de intensidade dos eventos estressantes segundo o critério de idade.

Houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros (teste qui-quadrado: $X^2 = 8.91$; GL = 2; $p = 0.012$), ou seja, as mulheres avaliaram mais os eventos como extremamente estressante do que os homens. As comparações por critério de idade mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa (teste qui-quadrado: $X^2 = 1.10$; GL = 4; $p = 0.894$).

Foram realizadas as análises comparativas levando em conta a interação entre as variáveis gênero e idade com relação à avaliação de intensidade dos eventos estressantes. Os resultados (Anexo 10) revelaram não ter ocorrido diferença estatisticamente significativa entre os grupos (teste qui-quadrado: $X^2 = 10.76$; GL = 10; $p = 0.376$).

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Foram realizadas análises fatoriais para os itens do Inventário de Estratégias de Enfrentamento, com o objetivo de obter redução de variáveis, em lugar de recorrer a descrições item a item. Os 19 itens do instrumento foram submetidos à análise fatorial exploratória, que resultou em sete fatores explicativos de 55,1% da variância. A medida de adequação da amostra (MAS) ou Medida Kaiser-Meier-Olkin (KMO)

foi de 0,5935, indicando que a amostra tem consistência intermediária para ser utilizada na análise fatorial. A estrutura fatorial resultante aparece na Tabela 2.

Tabela 2. Estrutura fatorial resultante de rotação *Varimax* da matriz de correlações produzida em análise fatorial exploratória da distribuição das respostas à Escala de Estratégias de Enfrentamento.

Fatores	Cargas dos Itens no Fator	Itens com maiores cargas em cada fator
Fator 1	0.721	E2 - CULPOU OUTROS
	0.542	E19 - GRITOU E XNGOU
	0.524	E7 - DEMONSTROU HOSTILIDADE AOS OUTROS
	-0.567	E1 - ACEITOU QUE ERA UM PROBLEMA QUE TINHA QUE ENFRENTAR (carga invertida)
Fator 2	0.862	E8 - REZOU E PEDIU ORIENTAÇÃO
	0.820	E15 - CONFIOU EM DEUS OU ALGUM OUTRO SER SUPERIOR
Fator 3	0.717	E5 - ESPEROU PARA DECIDIR/AGIR ATÉ TER MAIS INFORMAÇÕES
	0.611	E10 - CONFIOU QUE OS OUTROS FARIAM A COISA CERTA
	0.595	E16 - PAROU SUAS ATIVIDADES QUANDO PRECISOU
	0.359	E14 - FORTALECEU SEUS LAÇOS COM OS DEMAIS
Fator 4	0.754	E17 - TENTOU ESQUECER QUE O PROBLEMA EXISTIA
	0.708	E12 - CHEGOU À CONCLUSÃO DE QUE COISAS PODERIAM TER SIDO PIORES
	0.473	E6 - PROCUROU DISTRAIR-SE COM LIVROS, HOBBIES, TV
Fator 5	0.764	E4 - DECIDIU QUE NÃO HAVIA NADA A SER FEITO

	0.798	E11 - GUARDOU SEUS SENTIMENTOS PARA SI MESMO
Fator 6	0.431	E9 - SE ISOLOU DOS OUTROS
	-0.492	E3 - BUSCOU OUTROS PARA QUEIXAR-SE (carga invertida)
	0.702	E18 - USOU REMÉDIOS PARA CONTROLAR ANSIEDADE OU DEPRESSÃO
Fator 7	0.672	E13 - USOU COMIDA, DROGAS OU ÁLCOOL PARA ESCAPAR DA SITUAÇÃO

Obs: Análise de Consistência Interna (α de Cronbach) dos fatores formados: Fator 1: Alfa=0.465; Fator 2: Alfa=0.675; Fator 3: Alfa=0.493; Fator 4: Alfa=0.452; Fator 5: Alfa=***; Fator 6: Alfa=0.258; Fator 7: Alfa=0.231.

Como a solução obtida nessa primeira análise não pareceu ser suficiente em termos teóricos e empíricos, e como o modelo de Aldwin sugere a existência de cinco modalidades de estratégias de enfrentamento, foi feita nova análise para a qual foi fixado em cinco o número de fatores ortogonais a serem extraídos a partir da rotação *Varimax*. Os fatores obtidos, com valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1, explicaram 43,6 % da variabilidade total da distribuição. A composição dos cinco fatores explicativos das estratégias de enfrentamento está apresentada na Tabela 3 (Ver também Anexo 11).

Tabela 3. Solução fatorial com cinco fatores ortogonais para a Escala de Estratégias de Enfrentamento

Fatores	Cargas dos Itens no Fator	Itens com maiores cargas em cada fator
	0.612	E7 - DEMONSTROU HOSTILIDADE AOS OUTROS
Fator 1	0.598	E9 - SE ISOLOU DOS OUTROS
	0.452	E18 - USOU REMÉDIOS PARA CONTROLAR ANSIEDADE OU DEPRESSÃO
	0.429	E19 - GRITOU E XNGOU

	0.343	E13 - USOU COMIDA, DROGAS OU ÁLCOOL PARA ESCAPAR DA SITUAÇÃO
	-0.525	E1 - ACEITOU QUE ERA UM PROBLEMA QUE TINHA QUE ENFRENTAR (carga invertida)
	0.697	E10 - CONFIOU QUE OS OUTROS FARIAM A COISA CERTA
	0.603	E5 - ESPEROU PARA DECIDIR/AGIR ATÉ TER MAIS INFORMAÇÕES
Fator 2	0.532	E16 - PAROU SUAS ATIVIDADES QUANDO PRECISOU
	0.452	E14 - FORTALECEU SEUS LAÇOS COM OS DEMAIS
	0.853	E8 - REZOU E PEDIU ORIENTAÇÃO
Fator 3	0.801	E15 - CONFIOU EM DEUS OU ALGUM OUTRO SER SUPERIOR
	0.655	E17 - TENTOU ESQUECER QUE O PROBLEMA EXISTIA
	0.643	E6 - PROCUROU DISTRAIR-SE COM LIVROS, HOBBIES, TV
Fator 4	0.504	E12 - CHEGOU À CONCLUSÃO DE QUE COISAS PODERIAM TER SIDO PIORES
	0.430	E4 - DECIDIU QUE NÃO HAVIA NADA A SER FEITO
	0.690	E11 - GUARDOU SEUS SENTIMENTOS PARA SI MESMO
Fator 5	-0.488	E2 - CULPOU OUTROS (carga invertida)
	-0.528	E3 - BUSCOU OUTROS PARA QUEIXAR-SE (carga invertida)

Obs: Análise de Consistência Interna (α de Cronbach) dos fatores formados: Fator 1: Alfa=0.486; Fator 2: Alfa=0.493; Fator 3: Alfa=0.675; Fator 4: Alfa=0.403; Fator 5: Alfa=0.250.

Conforme definido na revisão da literatura, as estratégias de enfrentamento do estresse podem ser classificadas de várias formas. Para interpretar a estrutura fatorial obtida, tomamos como referência duas formas básicas de reação ao estresse, uma voltada para a solução do problema, mediante intervenções diretas sobre ele e outra voltada para o manejo das próprias emoções e crenças. Em ambos os casos, as ações têm como objetivo restabelecer a adaptação ameaçada pelo evento estressante. Três dos fatores resultantes tiveram foco no controle da emoção (o 1, o 3 e o 4) e apenas um na solução do problema (o fator 2).

FATOR 1. Foco na expressão de emoções negativas, em excessos comportamentais e em comportamentos de risco. A expressão de emoções negativas, de excessos comportamentais e de comportamentos de risco pode permitir à pessoa esquivar-se de culpa, de ressentimento e da dúvida, lidar com ansiedade e depressão e, de alguma forma, entrar em contato com os outros, quer para acionar ajuda, quer manter a ativação emocional. São ações que podem funcionar em curto prazo como uma forma de enfrentar o evento estressante, porém, a médio e a longo prazos podem gerar problemas de ordem física, no caso de abuso de substâncias, comida ou remédios para controlar a ansiedade ou a depressão; problemas nos relacionamentos com os outros (devido à hostilidade e à agressividade), ou ainda, problemas emocionais (gerados por punição administrada pelos outros, ou por atitudes de isolamento e de não-aceitação do problema).

FATOR 2. Foco em tentativas de controle sobre o ambiente. Acreditar que os outros darão conta do evento e assim permitir que lidem com ele, tentar obter mais informações antes de agir, parar as atividades quando necessário e procurar suporte social são ações que refletem uma postura pró-ativa, mas mediada por ações dos semelhantes, que o indivíduo é capaz de evocar. Elas envolvem tentativas de controle indireto sobre o ambiente, que dependem da ação de outrem, que entrarão em ação para enfrentar o evento estressante, dependendo de fatores situacionais e de história de vida.

FATOR 3. Foco na religiosidade como elemento amortecedor. São ações voltadas para o controle emocional e para a mudança de crenças, mas, diferente daquelas que compõem o fator 1, focalizam esforços do indivíduo em mudar a sua forma de ver e sentir a situação, já que não pode atuar diretamente sobre ela modificando-a. O aspecto crítico dessas mudanças afetivas e cognitivas é o fato de poderem funcionar como elementos protetores do *self*, justamente por servirem para ajudar a pessoa a aceitar a situação que não pode controlar diretamente. Dessa forma, tenderão menos a sucumbir ao peso do senso de incontrolabilidade, o qual tem como sub-produtos a depressão e a ansiedade.

FATOR 4. Foco na atenuação do potencial estressor do evento, mediante comportamentos de esquiva. Diante de um evento estressante a pessoa pode ignorar o fato, tentar esquecer que ele existe, ou procurar derivativos, como assistir TV ou ler um livro. Ao contrário da ativação de emoções negativas e da expressão de excessos comportamentais ou de comportamentos de risco, este padrão tem relação com mecanismos cognitivos que atenuam o potencial estressor do evento, sem expor a pessoa a conseqüências adversas. No entanto, alguns observadores podem reagir emocionalmente à aparente falta de envolvimento que caracteriza comportamentos associados com estratégias de distração exemplificadas pelas ações que aparecem neste fator. Em situações em que os recursos pessoais são escassos, a adoção de estratégias de distração pode ser adaptativa, no sentido de diminuir depressão e ansiedade e de permitir que o indivíduo resguarde e canalize os recursos disponíveis. Porém, em casos em que a pessoa poderia fazer algo para melhorar a situação, a esquiva pode ser-lhe prejudicial, uma vez que adia a solução, dispersa recursos e pode tornar o problema maior do que realmente é. Em eventos incontroláveis, em que a pessoa não pode fazer nada, resignar-se pode ser mais adaptativo do que lançar mão de estratégias diretas de solução de problema.

FATOR 5. Foco em inibição das emoções: Os itens referem-se a processos comportamentais diferentes dos anteriores, pois a pessoa tende a recolher-se ao seu mundo interno em vez de tentar modificá-lo ou reinterpretá-lo.

Os itens da Escala de Enfrentamento foram submetidos à análise de consistência interna indicada pelo alfa de Cronbach. Trata-se de medida de validade interna indicativa da unidimensionalidade de um conjunto de itens que avaliam um conceito, ou seja, da medida em que esse conjunto de itens avalia a mesma coisa. Varia de 0 a 1.0. O valor de alfa é considerado satisfatório quando é igual ou superior a 0.80. Quando varia de 0.60 a 0.79 é considerado como intermediário e, abaixo de 0.60 é considerado fraco (Pasquali, 2003).

No entanto, a literatura sobre estratégias de enfrentamento registra baixos índices de consistência interna, mais pronunciados quando o enfrentamento é avaliado de um ponto de vista situacional. A seleção de uma estratégia particular dentre várias opções

possíveis pode ser função de um elemento idiossincrático ou ocasional, sem refletir o que de fato a pessoa costuma fazer. Segundo Folkman (1992) os pesquisadores devem usar critérios menos exigentes na avaliação da confiabilidade de medidas de enfrentamento (por exemplo, um alfa igual a 0.60 pode ser mais apropriado), visto que dificilmente as estratégias possuem uma natureza unidimensional. Mais do que isso, afirma a mesma fonte, independentemente do nível de consistência interna que um pesquisador está disposto a aceitar, ele não deve fiar-se em valores previamente estabelecidos, mas sim avaliar e relatar o nível obtido em sua investigação.

A Tabela 4 apresenta os resultados. Foram considerados 544 idosos que relataram ter experimentado eventos estressantes nos últimos cinco anos e com a inversão dos itens 2, 7, 9, 11, 13, 18 e 19. O alfa obtido foi de 0,52.

Tabela 4. Coeficiente de consistência interna para a totalidade dos itens da escala de estratégias de enfrentamento.

Nº de Itens	α de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	α após retirada dos itens
		Estr 11	0.009	0.537
		Estr 18	0.062	0.543
19	0.52 3	Estr 13	0.041	0.555
		Estr 19	0.069	0.562
		Estr 4	0.082	0.568

* correlação do último item retirado com o total da escala.

Foram feitas comparações intra e intergrupos de gênero e de idade em relação aos tipos de estratégias de enfrentamento, utilizando o teste estatístico U de Mann-

Whitney. Este teste serve para verificar se as diferenças entre as médias de dois grupos são estatisticamente significantes e é usado quando os dados de duas amostras são registrados sob uma escala ordinal. É o equivalente não-paramétrico do teste t (Vogt, 1993). As Figuras 17 e 18 mostram os resultados obtidos nessa análise (Ver também Anexo12).

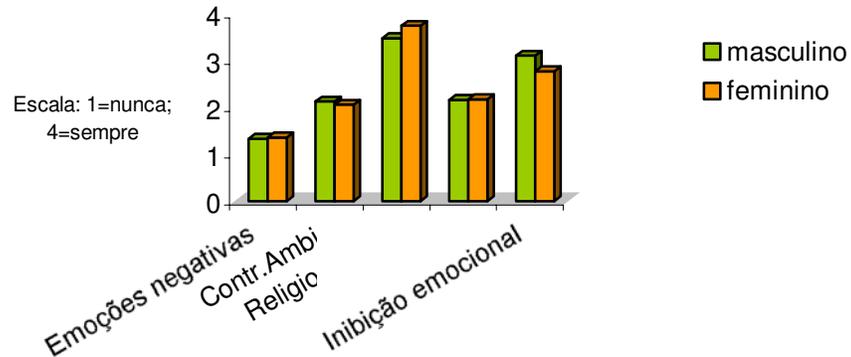


Figura 17. Frequências relativas de utilização das estratégias de enfrentamento segundo critério de gênero.

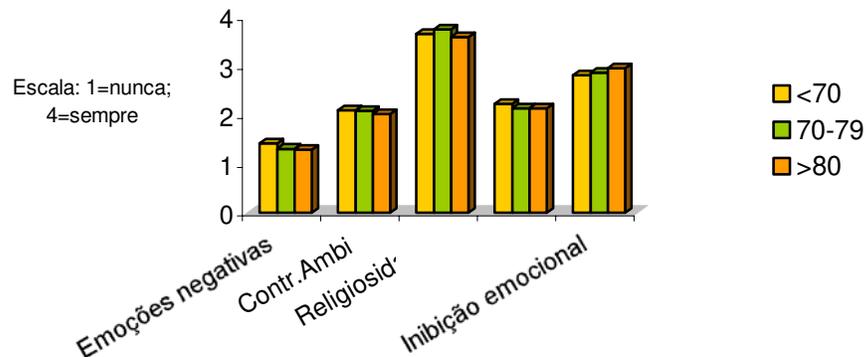


Figura 18. Frequências relativas de utilização das estratégias de enfrentamento segundo critério de idade.

Os testes revelaram diferenças estatisticamente significantes entre os fatores das estratégias de enfrentamento e as variáveis:

1) *Gênero*: houve maior presença de estratégias ligadas à religiosidade nas mulheres e de estratégias relacionadas à inibição da emoção nos homens.

2) *Idade*: maior presença de estratégias associadas à intensificação de emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco nos mais novos (<70 anos).

RELAÇÕES ENTRE A EXPERIÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSANTES E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS PELOS IDOSOS

A decisão seguinte disse respeito à adoção de métodos bivariados ou multivariados, para reconhecer as relações entre os eventos estressantes e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos homens e pelas mulheres dos três grupos de idade. A opção foi pelos últimos, considerando que são mais elegantes e econômicos. Segue-se a descrição da análise de agrupamentos (*Cluster Analysis*) adotada com o objetivo de obter padrões de covariação entre os dados relativos à distribuição de diferentes variáveis de interesse. A análise de agrupamentos é um dos vários procedimentos de análise multivariada disponíveis para o pesquisador e é planejada para determinar se os indivíduos são suficientemente parecidos entre si a ponto de caírem nos mesmos grupos ou agrupamentos (Vogt, 1993; Pereira, 1999).

Com base na distância entre os sujeitos, segundo as variáveis de interesse, formam-se agrupamentos de modo que a distância entre os idosos de um mesmo agrupamento seja mínima e a distância entre os centros dos agrupamentos seja a maior possível. Há duas maneiras de se formar os agrupamentos. Uma é mediante o método hierárquico, em que os sujeitos são agrupados 1 a 1, até se formarem os grupos finais, sendo os resultados mostrados num gráfico chamado dendograma. A outra é pelo método de partição, em que de antemão se estabelece o número de grupos que devem ser formados, atribuindo-se os idosos a cada um deles. Devido ao grande tamanho da amostra, que produziria um dendograma muito grande e pouco discriminativo, foi

escolhido o método de partição, para o qual foi fixada a priori a criação de quatro grupos ou agrupamentos, pelos critérios de gênero, idade, experiência de eventos estressantes e estratégias de enfrentamento. Análises inferenciais utilizadas para comparar os desempenhos dos diferentes grupos de sujeitos formados por esses critérios resultaram em valores estatisticamente significantes para gênero (teste qui-quadrado: $X^2 = 31.97$; GL = 3; $p < 0.001$); para idade (teste qui-quadrado: $X^2 = 75.42$; GL = 6; $p < 0.001$); para eventos estressantes (teste qui-quadrado: $X^2 = 525.7$; GL = 12; $p < 0.001$) e para estratégias (teste Kruskal-Wallis: fator 1 ($p=0.003$), fator 2 ($p<0.001$), fator 3 ($p<0.001$), fator 4 ($p<0.001$) e fator 5 ($p<0.001$) (Ver Anexos 13 e 14).

A análise de agrupamentos permitiu concluir as características dos sujeitos que formaram os quatro grupos, segundo os critérios assinalados, são as seguintes:

Grupo 1: Homens idosos, com idade entre 60 e 79 anos, que passaram por eventos de finitude (morte / problemas de saúde) e por eventos que afetam a descendência (problemas com os filhos/separação das pessoas amadas), que relataram recorrer menos à religiosidade e que são mais propensos a guardar seus sentimentos, em vez de procurar outras pessoas para desabafar.

Grupo 2: Mulheres idosas, com 70 anos e mais, que viveram eventos de finitude (morte de pessoas próximas / problemas de saúde) e que relataram ter utilizado estratégias ligadas à religiosidade.

Grupo 3: Mulheres idosas mais jovens (60-69 anos), que relataram ter cuidado de outro adulto, ter vivenciado problemas de saúde dos pais, ter se envolvido com questões ligadas ao próprio bem-estar psicológico (problemas de saúde mental, solidão, crise espiritual, falta de significado na vida) e ter vivido eventos de crise (divórcio, crise financeira, mudança macrossocial), utilizaram mais estratégias focalizadas na intensificação de emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco (hostilidade, culpar os outros, comer em excesso, ingerir remédios e álcool).

Grupo 4: Mulheres idosas mais jovens (60-69 anos), que relataram ter vivido eventos de finitude (morte / problemas de saúde) utilizaram mais estratégias ligadas a religiosidade, estratégias focalizadas na solução do problema e estratégias de evitação mediante recursos pessoais.

SENSO DE AUTO-EFICÁCIA EM RELAÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS

Foram consideradas as avaliações que os idosos fizeram do uso das estratégias de enfrentamento dos eventos estressantes experimentados nos últimos cinco anos, levando em conta o critério de adequação ou de eficácia das estratégias. As respostas foram dadas numa escala que variou de 1 a 5 (onde 1 = “muito mal” e 5 = “muito bem”). As análises de frequência para a amostra total (N=544) revelaram que os idosos consideraram adequadas as formas de enfrentamento adotadas (M= 3.14; Mediana = 3; DP=1.15), conforme mostra a Figura 19.

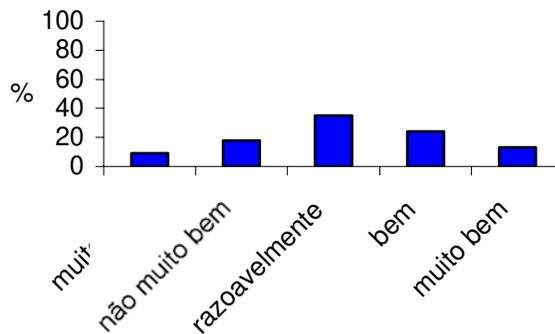


Figura 19. Distribuição de frequências relativas das respostas de avaliação de auto-eficácia no uso de estratégias de enfrentamento.

Para a realização das análises descritivas e comparativas mediante os critérios gênero e idade, optou-se por transformar os valores da escala (que variava de 1 a 5) em duas

categorias de análise, respeitando o sentido crescente das respostas à escala. Um e 2 pontos correspondem às respostas consideradas como inadequadas e 3, 4 e 5 pontos, as consideradas como adequadas. As Figuras 20 e 21 mostram as freqüências de respostas das avaliações de auto-eficácia no uso das estratégias de enfrentamento dos eventos estressantes.

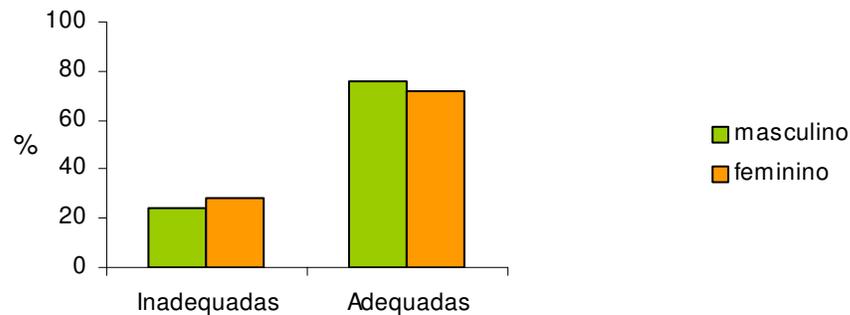


Figura 20. Freqüências relativas das avaliações de auto-eficácia no uso das estratégias de enfrentamento de eventos estressantes segundo o critério de gênero.

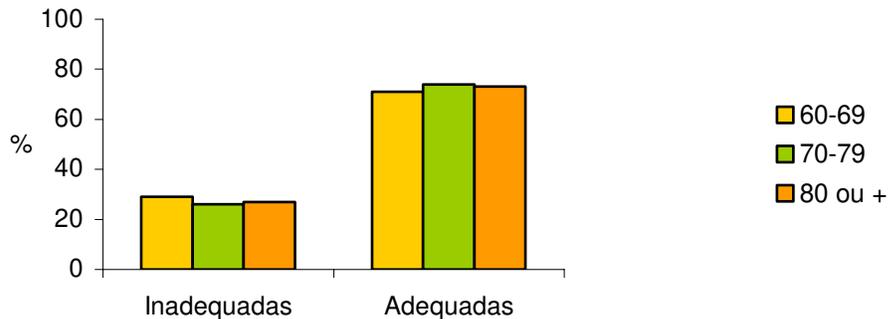


Figura 21. Freqüências relativas das avaliações de auto-eficácia no uso das estratégias de enfrentamento de eventos estressantes segundo o critério de idade.

As análises comparativas permitem concluir que não houve diferença estatisticamente significativa com relação à avaliação da auto-eficácia segundo os critérios de gênero e idade (teste qui-quadrado: $X^2 = 0.86$; GL = 1; $p = 0.354$ e teste qui-quadrado: $X^2 =$

0.58; GL = 2; p = 0.748, respectivamente). As análises dessas variáveis em interação também mostraram não haver diferença estatisticamente significativa (teste qui-quadrado: $X^2 = 1.94$; GL = 5; p = 0.857). (Ver também Anexo 15).

RELAÇÕES ENTRE EXPERIÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSANTES, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E SENSO DE AUTO-EFICÁCIA COM RELAÇÃO AO ENFRENTAMENTO E ESTADOS DEPRESSIVOS

Inicialmente foram identificados os indivíduos portadores e não portadores de pontuações totais na CES-D indicativas e não-indicativas de presença de estados depressivos, mediante a aplicação da nota de corte ≥ 12 para depressão. Vale ressaltar que esse instrumento detecta a presença de estados depressivos na semana precedente à entrevista. Feitas as análises de frequência, observou-se prevalência comparável (32%) à da amostra do PENSA, prevalência essa descrita por Tavares (2004) como superior à obtida em outros estudos populacionais que utilizaram a GDS. Em seguida, foram feitas medidas de tendência central e dispersão e comparações intra e inter grupos de gênero e idade, conforme ocorreu com as demais variáveis. O escore médio da amostra (N = 544) na CES-D foi 10,24, o DP = 8,66 e a Mediana = 8. As Figuras 22 a 26 mostram a prevalência de indivíduos que apresentam sintomas depressivos (acima de 12 pontos), segundo os critérios de gênero, idade, tipos de eventos estressantes relatados e estratégias de enfrentamento.

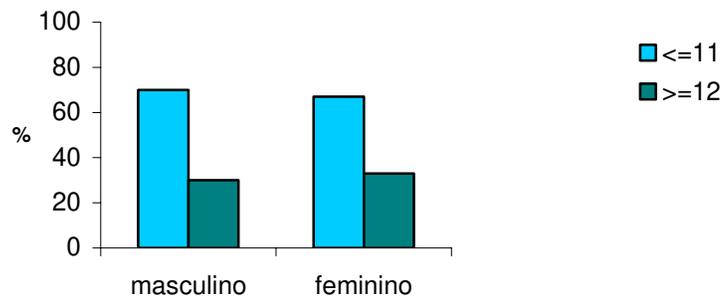


Figura 22. Frequências relativas de sintomas depressivos segundo o critério de gênero.

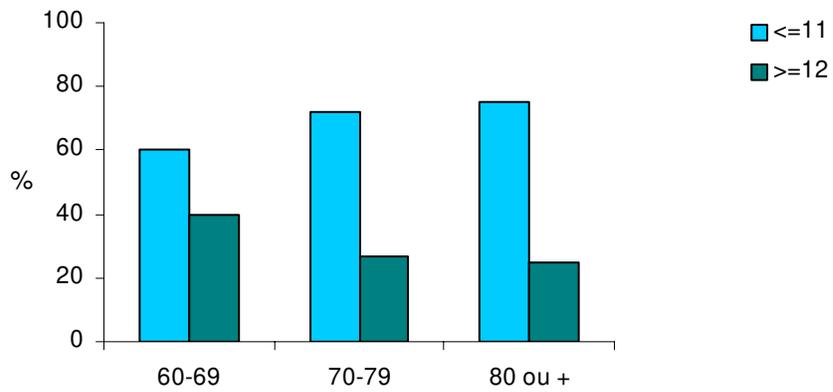


Figura 23. Frequências relativas de sintomas depressivos segundo o critério de idade.

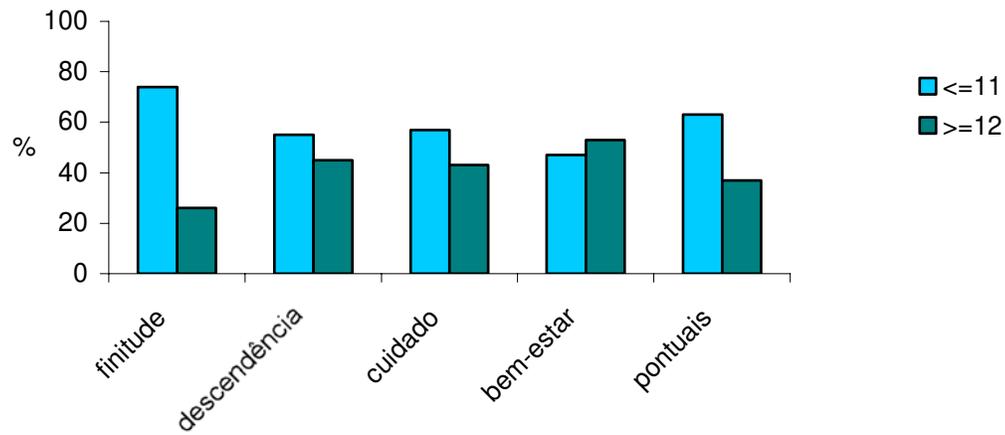


Figura 24. Frequência relativa de sintomas depressivos entre os diferentes tipos de eventos estressantes.

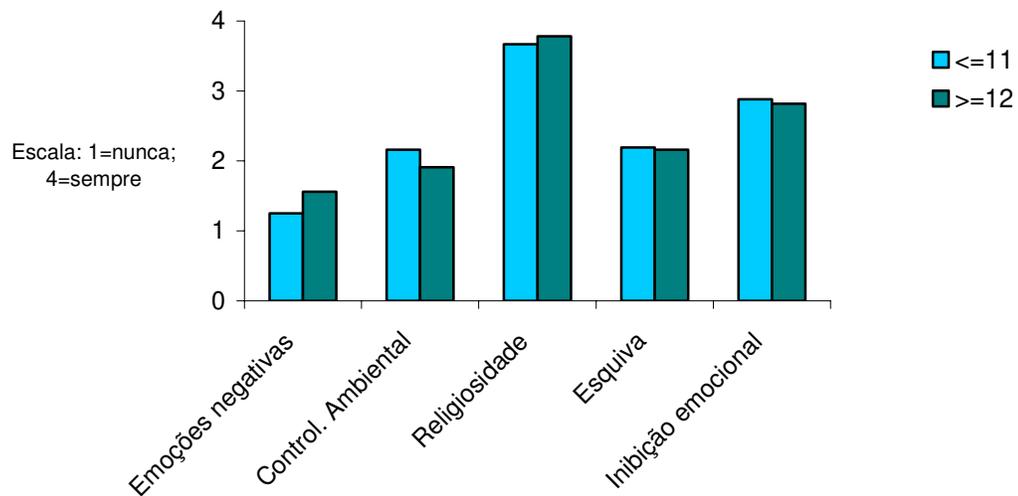


Figura 25. Frequência relativa de sintomas depressivos entre os diferentes fatores de estratégias de enfrentamento.

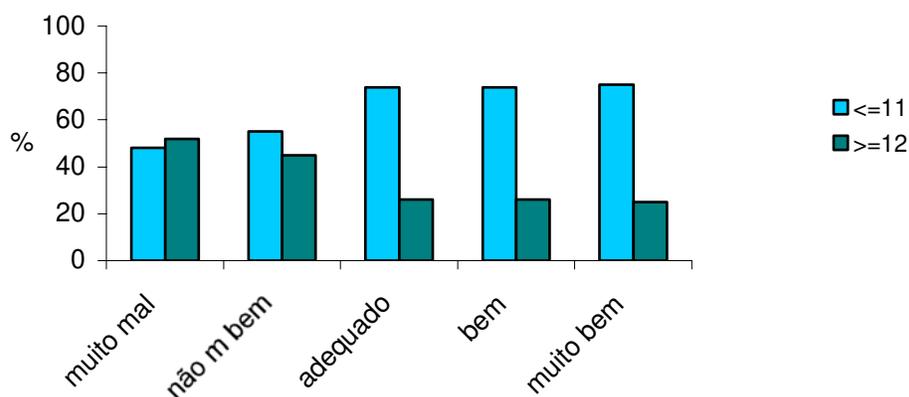


Figura 26. Frequência relativa de sintomas depressivos e avaliação de auto-eficácia no uso de estratégias de enfrentamento.

As análises estatísticas revelaram o seguinte:

- 1) Os grupos masculino e feminino não diferiram de forma estatisticamente significativa quanto à depressão (teste qui-quadrado: $X^2=0.35$; $GL=1$; $p=0.557$)
- 2) Quando se levou em conta o elemento idade, verificou-se que os idosos de menos de 70 anos, foram os que mais apresentaram depressão e que os de 70 a 79 e de mais de 80 anos foram os que menos apresentaram (teste qui-quadrado: $X^2=10.05$; $GL=2$; $p=0.007$).
- 3) Predominaram eventos de finitude e pontuais entre os não deprimidos e eventos que afetam a descendência, ligados ao cuidado e ligados ao próprio bem-estar psicológico entre os deprimidos (teste qui-quadrado: $X^2 = 17.28$; $GL = 4$; $p = 0.002$).
- 4) Não ocorreram diferenças estatisticamente significantes com relação à frequência de uso dos diferentes tipos de estratégias pelos idosos não deprimidos. Entre os idosos deprimidos, diferiram estatisticamente dos demais os que relataram utilizar predominantemente estratégias voltadas para tentativas de controlar diretamente o ambiente (fator 2) e os que disseram utilizar predominantemente

estratégias relativas à intensificação de emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco (fator 1). Ou seja, os idosos deprimidos pontuaram mais no fator 1 e menos no fator 2 (teste U de Mann-Whitney: fator 1 ($p < 0.001$), fator 2 ($p = 0.227$), fator 3 ($p < 0.001$), fator 4 ($p = 0.861$) e fator 5 ($p = 0.556$)).

5) Houve diferença significativa entre os deprimidos e não deprimidos em relação à eficácia percebida no uso de estratégias. Houve mais deprimidos entre os que apresentaram baixa eficácia percebida atual e futura (teste qui-quadrado: $X^2 = 23.45$; GL = 4; $p < 0.001$ e $X^2 = 20.32$; GL = 4; $p < 0.001$, respectivamente).

6) Nos quatro agrupamentos revelados pela análise de *cluster* havia indivíduos deprimidos e não deprimidos, tanto que as diferenças não foram estatisticamente significantes (teste qui-quadrado: $X^2 = 4.83$; GL = 3; $p = 0.185$).

No Anexo 16 podem ser observadas as Tabelas que detalham os resultados desses tratamentos.

Os mesmos dados em conjunto foram submetidos à análise de regressão, método que permite explicar ou prever a variabilidade de uma variável dependente usando informação sobre uma ou mais variáveis independentes (Vogt, 1993). Optou-se pelo modelo de análise de regressão multivariado, pela vantagem de que ele permite concluir sobre a atuação de cada variável independente na presença, ou seja, covariando com as demais ao mesmo tempo. Para tanto, foi escolhido o critério *Stepwise* de seleção de variáveis, mediante o qual se verificou que tiveram efeitos significativos sobre depressão, conjuntamente, as variáveis intensificação de emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco (fator 1 das estratégias), eventos estressantes que ameaçam o próprio bem-estar e eventos estressantes que afetam a descendência, ter de 60 a 69 anos e ter baixa auto-eficácia percebida no manejo de eventos estressantes. A Tabela 5 apresenta os dados resultantes dessa análise.

Tabela 5. Resultados da Análise de Regressão Logística Multivariada para Depressão.

Passo / Variável	Níveis de Comparação*	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
1. Estratégias – Fator 1	>P75 / <=P75	<0.001	3.48	2.08 – 5.83
2.Eventos Estressantes	Descendência / Finitude	<0.001	2.59	1.48 – 4.52
	Cuidar / Finitude	0.289	1.96	0.57 – 6.76
	Bem-Estar / Finitude	0.053	3.34	0.99 – 11.33
	Pontuais / Finitude	0.479	1.35	0.59 – 3.06
3. Idade	<70 anos / 70-79 anos	0.007	1.96	1.21 – 3.20
	≥80 anos / 70-79 anos	0.595	1.19	0.63 – 2.27
4. Eficácia Percebida Atual	Inadequada (1-2) / Adequada (3-5)	0.026	1.74	1.07 – 2.81

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Estado Depressivo; (n=144 Sim e n=284 Não).

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

* nível de comparação / nível de referência

DISCUSSÃO

A experiência de eventos de vida estressantes pode transformar-se em fator de risco para o bem-estar na velhice, especialmente, quando os indivíduos não dispõem de recursos de enfrentamento ou têm pouca ou nenhuma habilidade para se adaptar frente às exigências impostas pela situação. Quando isso ocorre, os indivíduos podem se tornar mais vulneráveis a desenvolver ou agravar estados depressivos, doenças crônicas ou mais predispostos a enfrentar problemas em seus relacionamentos interpessoais.

A literatura sobre o envelhecimento mostra que este é um processo heterogêneo, caracterizado por múltiplas trajetórias e possibilidades de crescimento e declínio, num equilíbrio constante entre perdas e ganhos (Baltes, 1997). As perdas são mais comumente experimentadas em termos da funcionalidade física, dos relacionamentos interpessoais, dos recursos financeiros e dos papéis desempenhados durante a vida adulta. Em contrapartida, os anos vividos podem acrescentar experiência e sabedoria, traduzidas em maior conhecimento do mundo e de como lidar com ele. Tais habilidades transformam-se em recursos pessoais a serem utilizados em situações de crise, as quais, durante todo o curso da vida, são capazes de desafiar o ajustamento pessoal.

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 consequências negativas para a saúde e o bem-estar pessoal. No presente trabalho buscou-se investigar as consequências negativas do estresse em termos de sintomas depressivos auto-relatados por idosos. Para isso, foram analisadas as variáveis envolvidas no processo de enfrentamento do estresse, de forma a identificar aquelas cujas relações com sintomas depressivos mostram-se estatisticamente significantes. A discussão dos resultados segue a mesma seqüência da apresentação dos resultados, e se desdobra basicamente em cinco etapas, que contemplam: 1) os eventos de vida, 2) as estratégias de enfrentamento, 3) comparações entre gênero e idade, 4) senso de auto-eficácia, e 5) as relações entre todas as variáveis com sintomas depressivos auto-relatados.

No presente estudo, mais da metade dos idosos consideraram como o evento mais recente e estressante os problemas de saúde deles mesmos ou de pessoas próximas, e a morte de entes queridos, situações que remetem o indivíduo à experiência real ou imaginária da própria finitude. Resultados semelhantes têm sido amplamente relatados na literatura (Krause, 1986; Folkman et al, 1987; Aldwin, 1990, 1991; Aldwin et al, 1996; Beckett et al, 2002; Chapleski et al, 2004).

A experiência real de finitude pode ser traduzida em termos de maior dependência dos outros, por circunstância de incapacidades e 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 imaginária de finitude, imaginária porque de fato, aquele que morre não é o indivíduo, mas o outro. Em um de seus trabalhos clássicos, Elisabeth Kübler-Ross (1975) argumenta que “*é difícil morrer e sempre será mesmo depois de aceitarmos a morte como parte integral da vida, porque morrer significa renunciar à vida neste mundo*” (Kübler-Ross, 1975, p.31). Mesmo sendo algo natural e previsível, “*a morte transforma-se num terrível e inexprimível assunto a ser evitado de todas as maneiras na sociedade moderna.*”

Talvez porque ela nos lembre nossa vulnerabilidade humana, apesar de todos os avanços tecnológicos.” (Kübler-Ross, op. cit., p.30)

O segundo tipo de evento mais apontado pelos idosos nesse estudo diz respeito às situações que afetam os descendentes, e sobre as quais eles não têm controle. De acordo com a literatura sobre os eventos de vida no envelhecimento, tais ocorrências desafiam o senso de continuidade e integridade do *self*, quando os indivíduos percebem que muitos dos seus esforços educativos (como pais ou avós) falharam, ou ainda, pela empatia em relação aos filhos e netos.

O modelo desenvolvido por Schulz e Heckhausen (1998) sobre o controle primário e secundário indica a existência de três tipos de experiências capazes de gerar dificuldades de adaptação: experiências normativas enfrentadas quando os indivíduos têm que ampliar suas competências; declínios no processo de desenvolvimento, característicos da velhice; e eventos negativos não normativos. A incontornabilidade destes eventos é um fator que predispõe o indivíduo ao estresse, uma vez que pouco ou quase nada pode ser feito para resolver o problema (Diehl, 1999). A falta de controle direto sobre o ambiente faz com que mecanismos motivacionais e de competências sejam ativados no sentido de compensar as perdas experimentadas (Schulz e Heckhausen, 1998).

No caso de eventos ligados à finitude, a falta de controle pode ser ainda maior, levando os idosos a avaliar tais situações com um grau elevado de sobrecarga. Problemas graves de saúde ou a morte de entes queridos são situações sobre as quais os indivíduos pouco têm o que fazer, objetivamente, e em geral, são vividas com um alto grau de emoções negativas, sentimentos de frustração e desamparo, que podem levar ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Nestes casos, espera-se que os indivíduos lancem mão de mecanismos de adaptação e enfrentamento que minimizem os efeitos do estresse provocado pelos acontecimentos e pela falta de controle.

Nessa amostra, as mulheres avaliaram o estresse dos eventos vividos como sendo de alta intensidade, tendência que marcou uma diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. Alguns estudos feitos anteriormente (Aneshensel, 1992; Mirowsky e

Ross, 1995) já apontavam as mulheres como o grupo que tende a avaliar os eventos como sendo mais estressantes do que os homens. Há alguns fatores a serem considerados aqui: culturalmente, as mulheres tendem a falar mais de seus problemas do que os homens, ou seja, elas queixam-se mais facilmente de enfermidades e de outros problemas em geral, o que poderia aumentar as chances desse grupo de relatar maior estresse, como ocorreu na pesquisa atual. Elas podem de fato perceber os eventos como sendo mais estressantes, ou sentir os efeitos do estresse mais do que os homens, por terem menos recursos materiais, serem mais oneradas física e economicamente. Por outro lado, pode-se especular que as mulheres dessa geração terão tido muitas chances de viver situações de incontabilidade associadas a preconceitos e a práticas discriminativas em relação às mulheres nos ambientes de trabalho, nos transportes, na escola e na vida em geral. Queixar-se pode ter funcionado para essas mulheres como uma estratégia de sobrevivência, uma vez que com frequência as reclamações são úteis para chamar a atenção, para ganhar controle secundário sobre o ambiente e para evitar mais punição.

Os homens relataram mais eventos pontuais, e avaliaram a intensidade do estresse provocado por tais eventos como moderada ou alta. Dentre os eventos considerados pontuais ou de crise estão a aposentadoria, o divórcio, as perdas financeiras, entre outros, que são mais cruciais para os homens do que para as mulheres, pelo menos dessa geração. Alguns são típicos da velhice e outros podem marcar os demais períodos do curso da vida. É importante ressaltar que nessa coorte de idosos a maioria das mulheres foram donas-de-casa, e portanto, não tiveram nenhum tipo de trabalho formal. As situações estressantes advindas da aposentadoria foram marcadamente relatadas pelos homens, bem como as perdas financeiras decorrentes da saída destes do mercado de trabalho.

Os eventos pontuais são ocorrências normativas ou esperadas no curso da vida, cujo enfrentamento pode ser beneficiado por mecanismos de socialização antecipatória (Neugaten, 1968), como por exemplo, no caso de aposentadoria, cuja ocorrência é normalmente esperada por volta dos 60 anos, para a qual o indivíduo pode realizar um planejamento, avaliar as mudanças esperadas, buscar mais informações, e assim,

estar mais preparado para enfrentar a nova condição. O fato de estar mais preparado para uma situação pode beneficiar o enfrentamento pessoal, aumentando o senso de controle sobre o ambiente e sobre as próprias emoções (Neugaten, 1968), o que explicaria em parte, porque os homens avaliaram o estresse advindo dos eventos relatados como tendo menor intensidade em comparação com as mulheres.

Quando considerados os critérios de gênero e idade em interação, nota-se que houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. As mulheres de 60 a 79 anos relataram mais eventos que afetam os descendentes e as de 80 ou mais relataram eventos relacionados à finitude. Os homens de 60 a 69 relataram mais eventos pontuais, os de 70 a 79 anos eventos que afetam a descendência e os de 80 ou mais relataram eventos relacionados ao bem-estar psicológico. Vale ressaltar que os eventos que afetam diretamente a vida de descendentes, são passíveis de influenciar o bem-estar dos idosos.

O presente estudo mostrou que os problemas com os descendentes podem afetar as mulheres no início da velhice e os homens na metade da velhice, sendo portanto, considerados como eventos estressantes bem presentes no envelhecimento. Houve maior variabilidade entre os homens, comparando os dois grupos etários formados entre 60 e 79 anos. Já entre as mulheres, houve predomínio de eventos que afetam a descendência nessas duas faixas etárias, sugerindo a importância atribuída pelo gênero feminino aos problemas que afetam os filhos ou os netos. Martire, Stephens e Townsend (2000) examinaram o estresse em papéis centrais – como ser mãe, esposa ou profissional – entre mulheres de meia-idade. As mulheres que tiveram problemas com os filhos relataram maiores conseqüências negativas associadas ao estresse, comparadas com aquelas que viveram situações estressantes associadas aos papéis de esposa ou de profissional.

Os idosos mais velhos (acima dos 80 anos) foram mais afetados por problemas de saúde e morte de entes queridos e por situações ligadas ao bem-estar pessoal, como sentimentos de solidão, problemas de saúde mental, reais ou presumidos, e crise espiritual. Os dados sobre os diferentes tipos de eventos vividos em diferentes idades reforçam a noção de que a velhice não se traduz num período homogêneo do

desenvolvimento, ou seja, ter 60 anos é diferente de ter 70 ou 80. Por essa razão, a pesquisa em Gerontologia deve considerar as várias etapas do processo de envelhecimento, e as particularidades presentes em cada uma delas. A velhice pode ser vista como um período de incontabilidade e estresse, como argumenta Rodin (1986), porém é necessário considerar as mudanças ao longo do processo de envelhecimento. Em particular, os homens neste estudo mostraram que no início da velhice o que mais causa estresse são problemas pontuais, sobre os quais eles podem ter maior controle. À medida que envelhecem, predominam eventos que afetam a descendência e mais tarde, aqueles que afetam diretamente o bem-estar pessoal.

Além das características próprias de cada situação vivida, as experiências estressantes no envelhecimento envolvem mecanismos pessoais de avaliação e enfrentamento, os quais foram examinados em termos de estratégias de enfrentamento e auto-avaliação de eficácia no enfrentamento, comparando-os por critério de gênero e idade. Adotou-se nesse estudo, o paradigma interacional de enfrentamento, cuja premissa básica é o desdobramento de interações entre a pessoa e seu ambiente físico e psicossocial (Lazarus e Folkman, 1987). Nesse ponto de vista, em termos metodológicos, o enfrentamento é tido como variável dependente, porque determinado pelas situações específicas – demandas ambientais – e pelas cognições – atributos pessoais.

As estratégias de enfrentamento do estresse foram avaliadas através de um inventário contendo 19 itens referentes a atitudes tomadas frente a um evento estressante. As respostas ao instrumento foram submetidas à análise fatorial - *uma análise multivariada que se aplica à busca de identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas* (Hair et al, 1998). Após a análise fatorial exploratória, a qual revelou 7 fatores, optou-se por fixar o número de fatores em 5, ao invés de adotar a solução obtida na primeira análise. Tal decisão tomou como base modelos encontrados na literatura, por exemplo, o citado por Aldwin e Gilmer (2003), contendo cinco fatores ou grupos de estratégias. No presente trabalho, foram identificados os fatores que melhor caracterizam a amostra estudada. A interpretação dos fatores foi feita com base nas diferentes teorias e classificações de enfrentamento. Pode-se dizer que os fatores resultantes das análises referem-se a duas formas básicas

de reação ao estresse, uma voltada para a solução do problema e outra voltada para o manejo ou controle das próprias emoções (como sugere a tipologia apresentada por Lazarus e Folkman). No entanto, optou-se por não reduzir as estratégias dentro de duas categorias, mas conservar um número maior de fatores, a fim de captar a variabilidade da amostra. Optou-se também por uma categorização que expressasse o foco de cada tipo de enfrentamento, conforme a descrição a seguir: 1) foco na expressão de emoções negativas, em excessos comportamentais e em comportamentos de risco; 2) foco em tentativas de controle sobre o ambiente; 3) foco na religiosidade como elemento amortecedor; 4) foco na atenuação do potencial estressor do evento, mediante comportamentos de esquiva, e 5) foco em inibição das emoções.

As análises comparativas entre gênero e idade revelaram o uso das diferentes estratégias de enfrentamento, com diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. As mulheres utilizaram mais estratégias com foco na religiosidade. O enfrentamento religioso foi abordado a partir de dois itens do Inventário de Estratégias de Enfrentamento, que expressam práticas pessoais de religiosidade – tais como orações, fé e confiança em Deus ou força superior. De acordo com Pargament (1996), *“em tempos de crises, crenças e práticas religiosas gerais são transformadas em estratégias de enfrentamento, e estas formas mais específicas de enfrentamento religioso podem ter implicações mais importantes para a resolução de crises”* (Pargament, 1996, p.218). Segundo o mesmo autor, existem diferentes métodos de enfrentamento religioso, com diferentes implicações ou objetivos. Por exemplo, a religião pode ser usada como fonte de estabilidade psicológica e social, como uma forma de conservação do significado pessoal. Outras implicações do enfrentamento religioso vão desde a manutenção do suporte social e a conservação de padrões de comportamento, até práticas pessoais ritualizadas – rituais de purificação, ritos de passagem, rezas e orações – as quais são repletas de significado e estruturam a vida pessoal, especialmente em momentos de crise. No presente estudo, as estratégias com foco na religiosidade assumem um caráter de amortecedor de eventos negativos, pois entendemos que elas podem funcionar como elementos protetores do *self*, ajudando principalmente em situações de alta incontrollabilidade, servindo como elemento

facilitador da aceitação da falta de controle, e preservando o *self* dos impactos negativos do estresse, que contribuem para o aparecimento de sintomas depressivos.

Diferentemente das mulheres, os homens neste estudo tenderam a guardar seus sentimentos para si mesmo, ao invés de buscar apoio em outros, como forma de enfrentar o estresse. Há uma tendência reconhecida de os homens expressarem menos as emoções do que as mulheres, serem mais “fechados em si mesmos”, enquanto as mulheres tendem a expressar mais livremente suas emoções, além de serem mais conscientes das próprias emoções do que os homens (Mirowsky e Ross, 1995). Em geral, as mulheres tendem a ser mais abertas e a procurar mais os outros para desabafar e aconselhar-se. Carstensen, Gross e Fung (1998) argumentam que a experiência emocional é definida muitas vezes pelo contexto social, e sua expressão influenciada pelas estruturas sociais e culturais nas quais as pessoas vivem. Por exemplo, a força e o *status* dos relacionamentos influenciam as respostas e expressões emocionais aceitáveis em contextos sociais particulares (Irvine, 1995; Kemper, 1978, apud Carstensen, Gross e Fung, 1998). Num dado contexto social e cultural onde os homens são incentivados a mostrar “força” – no sentido emocional – sendo que para isso, ele precisa esconder suas emoções, espera-se que ele utilize desse recurso ou tenha esse tipo de reação frente a um evento estressante. As formas de expressão emocional são desenvolvidas durante toda a vida, num aprendizado que ajuda a compor o repertório de estratégias de enfrentamento a serem utilizadas até a velhice. As diferentes formas de expressão emocional podem também levar a diferentes diagnósticos de sintomas depressivos e de estresse, dando muitas vezes a falsa impressão de que as mulheres são mais estressadas ou deprimidas do que os homens, simplesmente porque queixam-se com mais frequência de seus problemas.

As análises comparativas por critério de idade revelaram que os idosos de 60 a 69 anos utilizaram mais estratégias com foco na expressão de emoções negativas, em excessos comportamentais e em comportamentos de risco, em comparação com os idosos acima de 70 anos. Tal diferença justifica-se no fato de que os idosos mais novos expressam mais emoções do que os mais velhos (Carstensen, Gross e Fung, 1998). Quando mais novos, têm mais competência adaptativa, e assim, podem

expressar de maneira mais vigorosa e variada as suas emoções positivas e negativas. Esse é um período da vida em que é mais provável que os idosos ainda preservem mais anseios de controle e assim tomem iniciativas que podem ser interpretadas como ativação de seu sistema emocional para enfrentar desafios. Por sua vez, os idosos mais velhos já aprenderam que conviver melhor com a fragilidade implica em preservar as próprias energias, o que significa, muitas vezes, guardar as emoções para si mesmo.

Para saber como os dados se apresentam em conjunto, além das análises comparativas, foram feitas análises de *cluster* ou de agrupamentos. A vantagem desse tipo de análise é permitir que se tenha uma noção das tendências gerais das relações mais significativas estatisticamente. Nesse trabalho, a opção pela análise de *cluster* passou pela decisão de obter um panorama dos dados agrupados, a fim de identificar grupos de características semelhantes, quanto ao comportamento das variáveis originais (Pereira, 1999).

O primeiro agrupamento foi formado por homens com idade entre 60 e 79 anos, que relataram experiências de eventos de finitude e que afetam a descendência, e que utilizaram estratégias de enfrentamento de inibição emocional. Como já foi discutido anteriormente, os homens tendem a guardar seus sentimentos para si mesmo quando enfrentam situações estressantes, o que explicaria em parte o tipo de enfrentamento adotado. Além de características pessoais ou ligadas a gênero, o enfrentamento também é determinado pelas características dos eventos enfrentados. Dada a incontornabilidade dos eventos enfrentados pelos idosos desse grupo, mecanismos compensatórios, tais como a inibição das emoções, foram utilizados prioritariamente em comparação com outros tipos de estratégias de enfrentamento.

Os outros agrupamentos foram formados por mulheres, sendo que em dois deles predominaram eventos relacionados à finitude. As mulheres de 70 anos ou mais utilizaram a religiosidade como elemento amortecedor do impacto do estresse. Mulheres de 60 a 69 anos que também passaram por eventos de finitude, utilizaram outros tipos de estratégias de enfrentamento, além de religiosidade, tais como

tentativas de controle sobre o ambiente e estratégias de evitação mediante recursos pessoais.

Como se pode notar, em três grupos diferentes o tipo de evento estressante foi o mesmo (relacionados à finitude), porém as estratégias utilizadas foram as mais diversas. Enquanto o grupo formado por homens mostrou-se com uma tendência à inibição das emoções como recurso de enfrentamento, entre as mulheres que compuseram os outros dois grupos, houve grande variabilidade no enfrentamento, em particular entre as mais novas (60 a 69 anos).

No quarto e último agrupamento, formado por mulheres de 60 a 69 anos, houve o predomínio de eventos relacionados ao cuidado de outro adulto, eventos que afetam o próprio bem-estar e eventos pontuais ou de crise. Neste grupo, as estratégias utilizadas foram aquelas que tiveram como foco a intensificação de emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco. Os dados referentes aos três grupos formados por mulheres revelaram a variabilidade do envelhecimento feminino, quanto aos processos de estresse e enfrentamento.

Parte constituinte dos processos de enfrentamento (O'Leary, 1992; Karademas e Kalantzi-Azizi, 2003), as avaliações de auto-eficácia desempenham papel fundamental para a percepção individual da própria capacidade de superação e enfrentamento de situações desafiadoras e/ou ameaçadoras. A maioria dos idosos nesse estudo avaliou o enfrentamento como sendo adequado, o que mostrou em certo sentido, a satisfação pessoal com seu desempenho no enfrentamento de um evento estressante. Tal avaliação pode ter conseqüências positivas para os idosos dessa amostra, uma vez que um forte senso de auto-eficácia promove realização e bem-estar (Karademas e Kalantzi-Azizi, 2003).

A presença de sintomas depressivos na amostra foi investigada através da CES-D, instrumento recentemente validado por Tavares (2004) para o uso entre idosos brasileiros. Sendo um instrumento de levantamento de sintomas depressivos, a CES-D capta estados depressivos associados a sintomas somáticos, tão presentes no envelhecimento. Para a realização de diagnóstico de depressão – o qual não é feito

com esse instrumento – são necessárias avaliações que utilizam critérios clínicos, como os critérios estabelecidos pelos manuais de diagnóstico *DSM-IV* e *CID-10*. A nota de corte obtida por Tavares (2004) foi adotada nesse estudo, sendo portanto, considerados idosos com depressão aqueles que pontuaram igual ou maior a 12 na CES-D. O escore médio da amostra (N=544) na CES-D foi de 10,24, o DP=8,66 e a Mediana=8. A prevalência de sintomas depressivos foi de 32%, índice considerado superior ao relatado por estudos que avaliam a depressão em idosos utilizando a GDS. A autora discute que a CES-D, por incluir itens somáticos, pode superestimar o escore total de depressão em idosos, uma vez que muitos deles convivem com doenças somáticas típicas do envelhecimento. Entretanto, a vantagem de se utilizar a CES-D para levantar sintomas depressivos entre idosos, é que os resultados podem ser comparáveis aos obtidos por estudos com outras faixas etárias, diferentemente da GDS que é um instrumento específico de depressão entre idosos. Assim, os resultados obtidos de aplicações da CES-D entre diferentes idades contribuem para estudos em Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia Clínica, pelo fato de se obter dados passíveis de comparação quanto à manifestação e curso de evolução de estados depressivos. Para a Psicologia do Envelhecimento, tais comparações permitem conclusões a respeito das peculiaridades das manifestações depressivas entre os idosos, em contraste com características da doença em outras faixas etárias.

As análises comparativas não revelaram diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto à presença de sintomas depressivos. Por um lado, esse dado contraria as expectativas levantadas por inúmeros estudos, que apontam as mulheres como grupo de risco para depressão, pela maior prevalência de sintomas depressivos em comparação com os homens (por exemplo, Mirowsky e Ross, 1992; Shirley, Summer e O'Neill, 2002, Burt e Stein, 2002). Por outro lado, os resultados obtidos nesse estudo reforçam o argumento de Barefoot et al (2001) de que, com o envelhecimento, homens e mulheres tendem a apresentar níveis similares de depressão. A tendência à diminuição dos sintomas depressivos com o envelhecimento revelou-se também através das análises comparativas entre as diferentes idades. Os idosos mais novos (de 60 a 69 anos) apresentaram índices significativamente maiores de depressão, em comparação com os idosos acima dos 70 anos.

Quanto às relações entre eventos de vida e depressão, os resultados obtidos nesse estudo revelaram três tipos de eventos mais 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. Os eventos que afetam os descendentes foram discutidos anteriormente, e sua relação com depressão está ligada aos mesmos fatores relacionados ao estresse – incontrolabilidade e altruísmo – que podem gerar sentimentos de angústia, e agravar estados depressivos, quando os indivíduos não aceitam a situação como algo fora de seu controle.

As situações que envolvem o cuidado com outro adulto ou idoso, exigem o cumprimento de tarefas que nem sempre a pessoa está pronta ou disposta a cumprir. Além das dificuldades impostas pelas tarefas de cuidado, outros fatores podem igualmente afetar o bem-estar dos cuidadores. Distúrbios comportamentais do paciente, incluindo problemas cognitivos, incontinência, distúrbios psicomotores são alguns dos problemas gerados pelas condições médicas. Gastos com tratamentos, remédios e equipamentos médicos podem também gerar considerável estresse para os cuidadores, e muitas vezes, ser motivo de grande preocupação, tensão ou angústia.

Os eventos que afetam o próprio bem-estar referem-se a ocorrências que ameaçam o senso de significado pessoal, como sentimentos de solidão, problemas de saúde mental, reais ou presumidos e crise espiritual. Estiveram relacionados com sintomas depressivos, pelo fato de representarem situações que afetam diretamente o bem-estar, ou seja, que contribuem para o desenvolvimento e/ou agravamento de sintomas depressivos. O instrumento de rastreamento de sintomatologia depressiva (CES-D) contém itens que se referem direta ou indiretamente aos eventos citados (por exemplo, “senti-me sozinho”, “senti-me deprimido”, “considerarei que minha vida tinha sido um fracasso”).

Entre os idosos deprimidos (≥ 12) predominaram estratégias de enfrentamento cujo foco foi o controle do ambiente e estratégias relacionadas à intensificação de emoções negativas, excessos comportamentais e comportamentos de risco. Esses resultados sugerem a existência de relações entre tais comportamentos e a presença de sintomas depressivos entre os idosos participantes deste estudo. Os dados não permitem

concluir, entretanto que a depressão foi causada por tais comportamentos, mas sugerem que as pessoas deprimidas podem ter um histórico de enfrentamento com tais características.

Os idosos deprimidos tenderam a avaliar a auto-eficácia no enfrentamento como inadequada, mostrando-se insatisfeitos com o próprio desempenho na situação estressante que enfrentaram. Além disso, quando indagadas sobre eventos semelhantes no futuro, essas pessoas também esperam que o enfrentamento seja inadequado. Tais resultados são condizentes com as principais manifestações cognitivas e emocionais da depressão, como por exemplo, os padrões negativos de pensamento, traduzidos em visão negativa de si mesmo, do ambiente e do futuro (Young, Beck e Weinberg, 1999). O pensamento pessimista do deprimido faz com que ele avalie-se como mais ineficaz do que realmente é, percebendo os obstáculos oferecidos pela vida como barreiras intransponíveis (Seligman, 1977). Outros pesquisadores encontraram resultados semelhantes aos obtidos no presente estudo, mostrando que avaliações negativas de auto-eficácia têm sido relacionadas com sintomas de ansiedade e estresse, depressão, sintomas psicossomáticos, e pior bem-estar psicológico (Bandura, 1997; Holahan e Holahan, 1987; Kavanagh, 1992; O'Leary, 1992).

O modelo etiológico proposto por Brown e Harris (1978) sugere que a depressão em adultos surge como resultado de fatores sociais estressantes, tais como eventos de vida (perdas) ou dificuldades crônicas, combinadas com vulnerabilidade e outros fatores tais como desvantagens sociais, perdas em relacionamentos íntimos, eventos traumáticos precoces, perdas educacionais e na capacidade intelectual, história pessoal e familiar de doença depressiva. Muitos destes fatores estão envolvidos na sintomatologia depressiva, mas nem todos são responsáveis pelo desencadeamento dos estados depressivos. Por isso, é importante conhecer quais são aqueles que oferecem maior risco para o surgimento ou agravamento desses estados no envelhecimento.

O presente estudo examinou a relação entre os eventos estressantes e a presença de sintomas depressivos, mediada por mecanismos psicológicos de avaliação e

enfrentamento, através de análises multivariadas, principalmente análises comparativas, conforme descritas anteriormente. Num primeiro momento, tais análises permitiram observar o fenômeno da depressão em relação com cada uma das variáveis. Para obter uma noção do fenômeno envolvendo todas as variáveis de estudo ao mesmo tempo, optou-se pela realização de análise de regressão multivariada, com o critério *Stepwise* de seleção de variáveis. Através desse método foi possível identificar quais as variáveis tiveram efeito significativo sobre depressão. Os resultados obtidos mostraram que o maior risco para depressão foi associado com: uso de estratégias de enfrentamento com foco na expressão de emoções negativas, em excessos comportamentais e em comportamentos de risco, experiência de eventos que afetam a descendência, ter entre 60 e 69 anos, e avaliar a auto-eficácia no enfrentamento como “inadequada”.

O enfrentamento do estresse foi fator de maior influência para depressão do que os outros fatores investigados (OR=3.48; $p<0.001$). Isso significava que os idosos deprimidos são aqueles que adotaram como estratégias de enfrentamento do estresse comportamentos de risco ou excessos comportamentais (como uso de remédios para controlar ansiedade e depressão, abuso de substâncias – drogas, álcool – e comida para de drogas), e expressões emocionais negativas contra os outros (como hostilidade e agressividade). Tais comportamentos, cujo foco está na expressão das emoções, podem ser úteis a curto prazo, no momento em que a pessoa está enfrentando um dado evento estressante, porque embora a expressão emocional seja essencialmente negativa, ainda sim é possível que a pessoa consiga ajuda de outros para lidar com o problema. Porém, a médio e longo prazo, investir nesse tipo de comportamento pode acarretar prejuízos à saúde física (no caso de abuso de substâncias, ou mesmo comida em excesso), problemas nos relacionamentos interpessoais, ou ainda, problemas emocionais (gerados por punição administrada pelos outros, ou por atitudes de isolamento e de não-aceitação do problema). Considerando que os eventos negativos relatados foram vividos nos últimos 5 anos, é possível que os efeitos do enfrentamento a médio prazo sejam expressos em sintomas depressivos no presente.

Os resultados obtidos nesse estudo sugerem que as formas de enfrentamento do estresse tiveram associação mais forte com sintomatologia depressiva na velhice do que os eventos em si. Porém, não desconsideram a importância dos eventos de vida estressantes sobre a saúde mental dos idosos. Os aspectos individuais podem estar contribuindo em maior grau para a manifestação de sintomas depressivos entre idosos do que os determinantes ambientais. Dentro de uma visão interacional, como a adotada neste trabalho, o estresse é fruto de constantes interações entre pessoa e ambiente, nas quais as demandas ambientais superam as capacidades individuais de enfrentamento. As conseqüências dessas interações podem ser tanto negativas – na forma de sintomas depressivos, por exemplo – ou positivas – na forma de estratégias de enfrentamento, por exemplo.

Futuros trabalhos deverão avaliar essas relações em diferentes coortes, para verificar se esta é uma tendência do envelhecimento ou do processo de enfrentamento em geral. Sugere-se a adoção de semelhante metodologia e embasamento teórico, para que os resultados possam vir a ser comparáveis entre si. Sendo o projeto PENSA um estudo longitudinal, futuros trabalhos poderão avaliar a evolução das variáveis de estresse e depressão, a fim de averiguar se os resultados obtidos neste estudo referem-se a características do processo de envelhecimento ou a aspectos ligados à coorte estudada. É possível que outras variáveis sejam incluídas em futuras análises, para verificar com maior precisão o peso relativo das variáveis investigadas neste estudo sobre a manifestação de sintomas depressivos.

O presente estudo oferece uma importante contribuição para a Psicologia do Envelhecimento, pois revela aspectos comportamentais e emocionais relacionados a estados depressivos entre idosos brasileiros residentes na comunidade. Entretanto, algumas limitações metodológicas devem ser consideradas, como por exemplo, a configuração da amostra. Não se trata de uma amostra probabilística, a qual deve ser selecionada por critério de aleatoriedade (sorteio), para que seja considerada uma amostra representativa do universo. No presente estudo, a amostra pertencente ao projeto PENSA foi selecionada pelo método de amostragem sistemática, através do qual foram eleitos como campo amostral somente os bairros com maior concentração

de idosos ($\geq 15\%$) na cidade de Juiz de Fora/MG. Pode-se dizer, portanto que a amostra desse estudo é representativa dos idosos que residem nesses bairros, já que foram excluídos os demais. Além disso, foram os idosos que se voluntariaram a participar. No futuro, espera-se que sejam feitos cálculos sobre o grau de representatividade na população desses bairros.

Outra limitação desse estudo é a ausência de variáveis outras que poderiam ter afetado depressão e a própria convivência com eventos estressantes, tais como número de doenças somáticas e funcionalidade. Sendo a CES-D um instrumento que inclui sintomas somáticos, seria importante controlar o efeito de doenças somáticas na amostra estudada, através de diagnósticos clínicos de saúde física. A funcionalidade, expressa em termos de capacidade para realização de atividades de vida diária, é outro aspecto que pode interferir nos processos de estresse e depressão. Futuros trabalhos devem considerar essas variáveis como fatores intervenientes dos processos de estresse e da manifestação de sintomas depressivos na velhice. Em termos metodológicos, sugere-se a construção de um modelo de base matemática sobre a relação entre as variáveis investigadas, utilizando métodos estatísticos de *Path Analysis*, que permitem analisar o peso relativo das variáveis sobre depressão.

Quanto às características da amostra estudada, é importante ressaltar que existe uma menor variabilidade em relação a escolaridade e renda do que a encontrada na população idosa brasileira. Cerca de cinquenta por cento dos idosos são alfabetizados ou concluíram o nível primário de escolaridade. Somente 3% dos idosos nunca freqüentaram a escola, enquanto 10% têm curso superior. A distribuição de renda entre os idosos dessa amostra foi equivalente nas quatro faixas salariais consideradas, o que representa índices contrastantes com aqueles encontrados na população brasileira, sendo considerados obstáculos à generalização dos resultados obtidos neste estudo para população do Brasil. Estudos estatísticos posteriores devem aquilatar a representatividade da amostra do PENSA, através de métodos estatísticos que verifiquem a validade externa da amostra.

Salvo as limitações apontadas, este trabalho cumpriu seus objetivos, os quais foram avaliar os eventos de vida estressantes na população idosa, considerando os aspectos

ambientais (tipos de eventos) e os aspectos individuais (mecanismos de avaliação e enfrentamento) e a influência desses aspectos sobre os sintomas depressivos. Foram identificados os fatores de risco para depressão, os quais podem contribuir para elucidar teóricas e clínicas a respeito do bem-estar no envelhecimento. Através das análises dos dados, foram propostas várias tipologias sobre os eventos de vida e as estratégias de enfrentamento, com a vantagem de representar comportamentos e experiências próprias dos idosos brasileiros. Tais tipologias contribuem para as proposições da perspectiva *Life-Span*, ao apontar aspectos relacionados à normatividade do envelhecimento.

Vale ressaltar que esse tipo de pesquisa, amplamente desenvolvida a nível internacional, é raramente realizada em nosso país, devido a dificuldades de planejamento e implementação de pesquisas populacionais em diferentes áreas do conhecimento, e em especial no campo do envelhecimento. Além disso, estudos brasileiros sobre estresse, enfrentamento, auto-eficácia e depressão, são praticamente inexistentes, tanto na Psicologia do Envelhecimento, quanto nas ciências médicas e sociais. A importância desse estudo para a Gerontologia no Brasil, reflete-se na possibilidade de um diálogo científico entre a pesquisa nacional e as pesquisas internacionais, pois mostra-se enquanto produção científica comprometida com a qualidade metodológica e a evolução das proposições teóricas ao longo do tempo. Representa, nesse momento, um avanço nas pesquisas sobre os aspectos psicológicos do envelhecimento, sendo um estudo de levantamento de dados preliminares, os quais deverão servir como ponto de partida para pesquisas mais aprofundadas no futuro.

REFERÊNCIAS

- Abu-Saba, M. B. (1999). War-related trauma and stress characteristics of American University of Beirut students. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 201-207.
- Aldwin, C. M. (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.
- Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology*. 46, 171-180.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford.
- Aldwin, C.M. (1997). Theories of coping with chronic stress: illustrations from the health psychology literature and aging literature. In B.H. Gottlieb et al. (Eds.), *Coping with chronic stress: The Plenum series on stress and coping*. New York: NY: Plenum Press.
- Aldwin, C. M., & Gilmer, D. F. (2004). *Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychological Perspectives*. California: Sage Publications.
- Aldwin C. M., Sutton, K. J., Chiara, G., e Spiro III, A. (1996). Age Differences in Stress, Coping and Appraisal: Findings From the Normative Aging Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B (4), 179-188.
- Aldwin, C. M., Sutton , K. J., e Lachman, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of Personality*, 64, 837-871.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Campbell, S., Silbersweig, D. e Charlson, M. (1997). Vascular depression hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 45, 915-922.
- Almeida, O.P. & Almeida, S.A.(1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57 (2-B): 421-426.

- American Psychiatric Association (APA) (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*, 4. ed., Washington, D.C.:APA.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
- Ballone, G. J. (2002). Depressão no idoso. In: *PsiquWeb Psiquiatria Geral*, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>, revisto em 2004.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 5, 611-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of development theory. *American Psychologist*, 52 (4): 366-380
- Baltes, P. B. e Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes e M. M. Baltes (orgs.). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. e Graf, P. (1996). Psychological aspects of aging: Facts and frontiers. In: D. Magnusson (ed.). *The lifespan development of individuals: Behavioral, neurobiological and psychosocial perspectives*. Cambridge University Press, pp.427-460.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, pp. 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive approach*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: A. Bandura (ed.). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Mefford, I. N. e Barchas, J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, pp. 406-414.

- Barefoot, J. C., Mortensen, E. L., Helms, M. J., Avlund, K. e Schroll, M. (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychology and Aging*, 16, 342-345.
- Basoglu, M., Salcioglu, E., Livanou, M. et al (2001). A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 491-509.
- Beals, J, Manson, S. M., Shore, J. H., Friedman, M. et al (2002). The prevalence of posttraumatic stress disorder among american indian Vietnam veterans: Disparities and context. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 89-97.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Beckett, M., Goldman, N., Weinstein, M., Lin, I. F. e Chuang, Y. L. (2002). Social environment, life challenge and health among the elderly in Taiwan. *Social Science and Medicine*, 55(2), 191-209.
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., van Tilburg, T. G., Schoevers, R. A. Smit, J. H., Hooijer, C. e van Tilburg, W. (1997). Depression in the elderly in the Dutch community: A study of prevalence and risk factors. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 294-307.
- Berg, W. M., Rubio, D. McG. E Tebb, S. S. (2000). Living with and caring for family members: issues related to caregiver well-being. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(2), 47-62.
- Berkun, M. M., Bialek, H. M., Kern, R. P. e Yagi, K. (1962). Experimental studies of psychological stress in man. *Psychological Monographs*, 76(15, Whole n° 534).
- Blazer, D. (1990). *Emotional problems in later life. Interventions strategies for professional caregivers*. New York: Springer.
- Blazer, D. G., Burchett, B., Service, C. & George, L. K. (1991). The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration . *Journals of Gerontology*, 46 (6), 210-215.
- Blazer, D. G., Hughes, D. C. e George, L. K. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *The Gerontologist*, 27, 281-287.

- Bookwala, J. e Schulz, R. (2000). Comparisson of primary stressors, secondary stressors, and depressive symptoms between elderly caregiving husbands and wives: the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging*, 15(4), 607-616.
- Brandtstädter, J. e Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Brenner, M. H. (1973). *Mental illness and the economy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brilman, E. I. e Ormel, J. (2001). Life events, difficulties and onset of depressive episodes in later life. *Psychological Medicine*, 31, 859-869.
- Brown, G. W. (1989). Life events and measurements. In: G. W. Brown e T. O. Harris (eds.). *Life Events and Illness* (pp.3-45). New York: Guilford Press.
- Brown, G. W e Birley, J. L. T. (1968). Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of Health and Social Behaviour*, 9, 203-214.
- Brown, G. W. e Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Bruce, M. L. (2002). Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*, 52, 175-184.
- Bruce, M. L., Kim, K. M., Leaf, P. J. e Jacobs, S. (1990). Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *American Journal of Psychiatry*, 147, 608-611.
- Bruce, M. L., Seeman, T. E., Merrill, S. S. e Blazer, D. G. (1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur studies of successful aging. *American Journal of Public Health*, 84, 1796-1799.
- Burt, V. K. e Stein, K. (2002). Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(supl.7), 9-15.
- Byrne, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. In: B. A. Maher (ed.). *Progress in experimental personality research* (vol.1, pp. 169-220). New York: Academic Press.
- Cannon, W. B. (1939). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Capitanini, M. E. S. e Neri, A. L. (2004). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In: A. L. Neri, M. S. Yassuda (orgs.) e M. C. Cachioni (col.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas, SP: Papirus

- Cappeliez, P. (1988). Some thoughts on the prevalence and etiology of depressive conditions in the elderly. *Canadian Journal on Aging*, 7, 431-440.
- Carstensen, L. L., Gross, J. J. e Fung, H. H. (1998). The social context of emotional experience. In. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 17 – *Focus on Emotion and Adult Development*. Philadelphia, Pennsylvania: Springer.
- Carvalho, V.F.C. e Fernandez, M.E.D.(2002). Depressão no Idoso. In: M. P. Netto. *Gerontologia*. São Paulo. Atheneu.
- Catalan, J., Burgess, A., Pergami, A., Hulme, N., Gazzard, B. e Phillips, R. (1996). The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: The case of HIV infection and oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(4), 425-435.
- Cervantes, R. C., Padilla, A. M. e Salgado deSnyder, N. (1990). Reliability and validity of the Hispanic Stress Inventory. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 12, 79-82.
- Chapleski, E. E., Kaczynski, R., Gerbi, S. A. e Lichtenberg, P. A. (2004). American Indian elders and depression: short- and long-term effects of life events. *Journal of Applied Gerontology*, 23, 40-57.
- Coddington, R. (1972). The significance of life events as etiological factors in the diseases of children. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 7-18.
- Cohen, S., Kamarck, T. e Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55(6), 637-646.
- Cross, S. e Markus, H. (1991). Possible selves across the life span. *Human Development*, 34, pp. 230-255.
- Davies, A. D. M. (1996). Life event, health, adaptation and social support in the clinical psychology of late life. In: R. T. Wood (ed.). *Handbook of the Clinical Psychology of Aging*. New York: Wiley.
- DeBeurs, E., Beeckman, A., Geerlings, S., Deeg, D., van Dyck, R. e van Tilburg, W. (2001). Becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *British Journal of Psychiatry*, 179, 426-430.
- DeLongis, A., Folkman, S. e Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychology and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-495.
- Desbiens, N. A., Mueller, R. N., 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.

- Devanand, D. P., Kim, M. K., Paykina, N. e Sackeim, H. A. (2002). Adverse life events in elderly patients with major depression or dysthymic disorder and in healthy-control subjects. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 265-274.
- Diehl, M. (1999). Self-development in adulthood and aging: The role of critical life events. In: C. D. Ryff e V. W. Marshall (orgs.). *The self and the society in aging processes*. New York: Springer, pp.150-183.
- DiGiacomo, J. N. (1981). Psychiatric aspects of the cardiac patient. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 48, 543-551.
- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. e Dohrenwend, B. P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: The PERI life events scale. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 205-229.
- Draper, B. (1994). Suicidal behaviour in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 655-661.
- Estess, P. S. e Musick, J. (2001). New Choices in caregiving: a special section for readers who are caring for a loved one. *New Choices: The Magazine for Health, Money and Travel*, 41(1), 61-65.
- Elder, G. e Clipp, E. (1989). Combat experience ad emotional health: Impairment and resilience in later life. *Journal of Personality*, 57, 311-341.
- Farmer, A. e McGuffin, P. (2003). Humiliation, loss and other types of life events and difficulties: a comparison of depressed subjects, healthy controls and their siblings. *Psychological Medicine*, 33, 1169-1175.
- Fiske, A., Gatz, M. e Pedersen, N. L. (2003). Depressive symptoms and aging: The effects of illness and non-health-related events. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B(6), 320-328.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analyses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S. (1992). Commentary to part three: Improving coping assessment: Reply to Stone and Kennedy-More. In. H. S. Friedman (ed.), *Hostility, coping, and health* (pp. 215-223). Washington, DC: American Psychological Association.
- Folkman, S. e Lazarus R. S. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health Social Behavior*, 21, pp. 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., e Novacek, J. (1987). Age Differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, pp.171-184.

- Fortes, A. C. G. e Neri, A. L. (2004). Eventos de Vida e Envelhecimento Humano. In: A. L. Neri, M. S. Yassuda (orgs.) e M. Cachioni (colab.). *Velhice bem-sucedida*. 1ª ed. Campinas, SP: Papyrus.
- Foster, J. M. e Gallagher, D. (1986). Exploratory study comparing depressed and nondepressed elder's coping strategies. *Journal of Gerontology*, 41, 91-93.
- Frederickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E. e Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on september 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376.
- Freire, S. A. (2002). A personalidade e o self na velhice: Continuidade e mudança. In: E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni e S. M. Rocha (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Freud, A. (1966). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
- Galdino, J. M. S. (2000). *Ansiedade, depressão e coping em idosos*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP.
- Gallagher, D., Slife, B., Rose, T., Okarma, T. (1982). Psychological correlates of immunologic disease in older adults. *Clinical Gerontologist*, 1(2), 51-58.
- Gatz, M. e Fiske, A. (2003). Aging women and depression. *Professional psychology: Research and practice*. 34 (1), 3-9.
- George, L. K. (1980). *Role transitions in later life*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Giel, R. (1991). The psychosocial aftermath of two major disasters in the Soviet Union. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 381-392.
- Gordilho, A. (2002). Depressão, Ansiedade, distúrbios afetivos e suicídio. In: E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni e S. M. Rocha (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- Grigsby, D. W. e McKnew, M. A. (1989). Work-stress burnout among paramedics. *Psychological Reports*, 63(1), 55-64.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237.
- Gurland, B. J e Cross, P. S. (1982). Epidemiology of psychopathology in old age: Some implications for clinical services. *Psychiatric Clinics of North America*, 5, 11-26.

- Hair, J. F. Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L. e Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall, pp. 87-138.
- Haley, W. E., Turner, J. A. e Romano, J. M. (1985). Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity and sex differences. *Pain*, 23(4), 337-343.
- Hamilton, J. D. e Workman, R. H. (1998). Persistence of combat-related posttraumatic stress symptoms for 75 years. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 763-768.
- Hardy, S. E., Concato, J. e Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 257-262.
- Harvey, A. G. e Bryant, R. A. (1999). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 519-525.
- Hauenstein, E. J. e Boyd, M. R. (1994). Depressive symptoms in young women of the Piedmont: prevalence in rural women. *Women Health*, 21(2-3), 105-123.
- Haynie, D. A., Berg, S., Johansson, B., Gatz, M. e Zarit, S. H. (2001). Symptomos of depression in the oldest old: A longitudinal study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B(2), 111-118.
- Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, D. et al. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives General of Psychiatry*, 52:11-19.
- Heckhausen, J. e Schulz, R. (1995). A life spans thero of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Hillhouse, J. J. e Adler, C. M. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analyses. *Social Science and Medicine*, 45(12), 1781-1788.
- Himle, D. P. e Jayaratne, S. (1990). Burnout and job satisfaction: Their relationship to perceived competence and work stress among undergraduate and graduate social workers. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 17(4), 93-108.
- Holahan, C. K. e Holahan, C. J. (1987). Life stress, hasless, and self-efficacy in aging: a replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(6), 574-592.
- Holmes, D. e Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psicomatic Research*, 11, 213-218.
- Hughes, D. C., Blazer, D. G. e George, L. K. (1988). Age differences in life events: a multivariate controlled analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 27(3), 207-220.
- IBGE (2000). In: *Censo Demográfico*. Rio de janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

- IBGE (2000). In: *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.
- Ingram, R. E. e Holle, C. (1992). Cognitive science of depression. In: D. J. Stein e J. E. Young (eds.). *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 187-209). San Diego: Academic Press.
- Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 100, pp. 68-90.
- Janicak, P. G., Davis, J. M., Preskorn, S. H. e Ayd, F. J. Jr. (1993). *Principles and practice of psychopharmacotherapy*. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- Jonas, B. S. e Mussolino, M. E. (2000). Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), 463-471.
- Kaplan, H. B. (1996). *Psychosocial stress. Perspectives on structure, theory, life-course, and methods*. New York: Academic Press.
- Karademas, E. C. e Kalantzi-Azizi, A. (2003). The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and Individual Differences*, 37, 1033-1043.
- Karasek, R. e Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kavanagh, D. (1992). Self-efficacy and depression. In: R. Schwarzer (ed.). *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 177-194). Washington, DC: Hemisphere.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L. e Mora, C. A. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 53-55.
- Kelsey, J. L., Whittemore, A. S., Evans, A. S., Thompson, W. D. (1996). *Methods in observational epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Kerle, R. H. e Bialek, H. M. (1958). *The construction, validation and application of a Subjective Stress Scale* (Staff memorandum). Monterey, CA: United States Army Human Resources Unit.
- Kinney, J. M. e Stephens, M. A. P. (1989). Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia. *Psychology and Aging*, 4, 402-408.
- Kosmala, K. e Kloszewska, I. (2004). Burden of providing care for Alzheimer's disease patients in Poland. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(2), 191-193.
- Kraaij, V. e De Wilde, E. J. (2001). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging and Mental Health*, 5(1), 84-91

- Kraaij, V., Garnefski, N. e Maes, S. (2002). Joint effects of stress, coping and coping resources on depressive symptoms in the elderly. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(2), 163-177.
- Krakov, B., Germain, A., Warner, T. D. et al (2001). The relationship of sleep quality and posttraumatic stress to potential sleep disorder in sexual assault survivors with nightmares, insomnia, and PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 647-665.
- Krakov, B., Haynes, P. L., Warner, T. D. et al (2004). Nightmares, insomnia, and sleep-disordered breathing in fire evacuees seeking treatment for posttraumatic sleep disturbance. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 257-268.
- Krause, N. (1986). Stress and sex differences in depressive symptoms among older adults. *Journal of Gerontology*, 6, 727-731.
- Krause, N. (1994). Stressors in salient social roles and well-being in later life. *Journals of Gerontology*, 49(3), 137-148.
- Krause, N. (1999). Mental disorder in late life: Exploring the influences of stress and socioeconomic status. In: C. S. Aneshensel e J. C. Phelan (eds.). *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 183-208). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *The Gerontological Society of America*, 44(5), 615-623.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Morte: Estágio final da evolução*. Tradução de Ana Maria Coelho. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Laks, J., Almeida, A. F. C. e Caldas, G. A. (1994). Depressão no idoso. *Informação Psiquiátrica*, 13 (1), 23-29.
- Lapierre, S., Pronovost, J., Dube, M. e Delisle, I. (1992). Risk factors associated with suicide in elderly persons living in the community. *Canada's Mental Health*, 40, 8-12.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3-13.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1987). Transactional Theory and Research on Emotions and Coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.

- Lavretsky, H., Lesser, I. M., Wohl, M. e Miller, B. (1998). Relationship of age, age at onset, and sex to depression in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 248-256.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L., Leventhal, E. A. e Burns, E. A. (1997). Does stress-emotion cause illness in elderly people? In: K. W. Schaie e M. P. Lawton (eds.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, vol. 17 – Focus on Emotion and Adult Development*. Philadelphia, Pennsylvania: Springer.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L. e Teri, L. (1984). *The coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia.
- Lewinsohn, P., Teri, L., Hoberman, H., e Hautzinger, M. (1985). *An integrative theory of depression*. In: S. Reiss e R. Bootzin (eds.). *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). New York: Academic Press.
- Li, L. W., Seltzer, M. M. e Greenberg, J. S. (1999). Change in depressive symptoms among daughter caregivers: an 18-month longitudinal study. *Psychology and Aging*, 14 (2)206-219.
- Linsky, A. e Strauss, M. (1986). *Social stress in the United States: Links to regional patterns in crime and illness*. Dover, MA: Auburn House.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Livingston, G. e Hinchliffe, A. C. (1993). The epidemiology of psychiatric disorders in the elderly. *International Review of Psychiatry*, 5, 317-326.
- Lowenthal, M. F., Thurnner, M. e Chiriboga, D. A. (1975). *Four stages on life*. San Francisco: Josey-Bass.
- Martire, L. M., Stephens, M. A. P. e Townsend, A. L. (2000). Centrality of women's multiple roles: beneficial and detrimental consequences for psychological well-being. *Psychology and Aging*, 15(1), 148-156.
- Matheny, K. B., Gfroerer, C. A. e Harris, K. (2000). Work-stress, burnout, and coping at the turn of the century: An Individual Psychology perspective. *Journal of Individual Psychology*, 56(1), 74-87.
- McIntosh, J. L., Santos, J. F., Hubbard, R. W. e Overholser, J. C. (1994). Special high-risk factors in suicide among older adults. In: J. L. McIntosh, J. F. Santos, R. W. Hubbard e J. C. Overholser (eds.), *Elder suicide: Research, theory, and treatment* (pp. 101-131). Washington, DC: American Psychological Association.
- Meeks, S., Murrell, S. A. e Mehl, R. C. (2000). Longitudinal relationships between depressive symptoms and health in normal older and middle-aged adults. *Psychology and Aging*, 15, 100-109.

- Mills, T. L. (2001). Comorbid depressive symptomatology: isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling older adults. *Social Sciences and Medicine*, 53(5), 569-578.
- Mirowsky, J. e Ross, C. E. (1992). Age and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 187-205.
- Mirowsky, J. e Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: Real or artifact? *American Sociological Review*, 60, 449-468.
- Moos, R. H. e Moos, B. S. (1983). Adaptation and the quality of life in work and family settings. *Journal of Community Psychology*, 11, 158-170.
- Muller, R. T., Sicoli, L. A. e Lemieux, K. E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 321-332.
- Murrell, S., Norris, F. H. e Hutchins, G. L. (1984). Distribution and desirability of life events in older adults: Population and policy implications. *Journal of Community Psychology*, 12, 301-311.
- Musselman, D. L., Evans, D. L. e Nemeroff, C. B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: Epidemiology, biology and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 55, 580-592.
- Nayack, M. B., Resnick, H. S. e Holmes, M. M. (1999). Treating health concerns within the context of childhood sexual assault: A case study. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 101-109.
- Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, SP: Papirus
- Neugarten, B. L. (1968). Adult personality: toward a psychology of the life cycle. In: B. L. Neugarten (org.). *Middle age and aging: a reader in social psychology* (pp. 137-147). Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L. e Hagestad, G. D. (1976). Age and the life course. In: R. H. Binstock e E. Shanas (Orgs.). *Handbook of aging and the social sciences* (pp.35-55). New York: Van Nostrand-Reinhold.
- Nolen-Hoeksama, S. e Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Pietra earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.

- O'Boyle, M., Amadeo M. e Self, D. (1990). Cognitive complaints in elderly depressed and pseudodemented patients. *Psychology and Aging*, 5, 467-468
- O'Hara, M. W., Kohout, F. J. e Wallace, R. B. (1985). Depression among the rural elderly: A study of prevalence and correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 582-589.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229-245.
- Oie, T. I. e Zwart, F. M. (1990). What extend does age influence the reporting of life events? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24(1), 91-95.
- Organização Mundial De Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e diretrizes Diagnosticas*, Porto Alegre:Artes Médicas.
- Oxman, T. E., Berkman, L. J., Kasl, S., Freeman, D. H. Jr. e Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 135, 356-368.
- Pargament, L. I. (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. In: E. P. Shafranske (ed.). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: APA.
- Parrish, M. M. e Adams, S. (2003). Caregiver comorbidity and the ability to manage stress. *Journal of Gerontological Social Work*, 42(1), 41-58.
- Pasquali L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Paykel, E. S. e Cooper, Z. (1992). Life events and social stress. In: E. S. Paykel (ed.). *Handbook of Affective Disorders*. 2nd edn. (pp. 149-170). Churchill Livingstone: Edinburgh.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Dienelt, M., Klerman, G. L., Lindenthal, J. e Pepper, M. (1969). Life events and depression: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 21, 753-760.
- Pearlin, L. I. (1980). The life cycle and life strains. In: H. M. Blalock (ed.). *Sociological theory and research: A critical approach*. New York: Free Press.
- Pearlin, L., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G. e Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pearlin, L. I. e Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.

- Pereira, J. C. R. (1999), *Análise de Dados Qualitativos – Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. São Paulo: EDUSP.
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A. e Mann, A. H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27, 323-332.
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Thomas, A. e Mann, A. H. (1998). A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression: The Gospel Oak Project VII. *Psychological Medicine*, 28, 337-350.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Raskin, A., Schulterbrandt, J. e Reating, N. (1967). Factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. *Journal of Consultant Psychology* 31:270.
- Ramos, L. R. e Saad, P. (1990). Morbidity among the aged. In: SEADE (Fundação Sistema estadual de Análise de Dados) (ed.), *Profile of the elderly in São Paulo* (pp.161-172). São Paulo, Brazil: SEADE.
- Ramos, M. e Wilmoth, J. (2003). Social relationships and depressive symptoms among older adults in Southern Brazil. *Journal of Gerontology. Social Sciences*, 58B (4), 253-261.
- Reichard, S., Livson, F. e Peterson, P. G. (1962). *Aging and personality*. New York: Willey.
- Robinson, W. S., Tada, Y., MacCallum, R. C., McGuire, L. e Kiecolt, G. J. K. (2001). Long-term caregiving: What happens when it ends? *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 573-584.
- Robison, J., Gruman, C., Gaztambide, S. e Blank, K. (2002). Screening for depression in middle-aged and older Puerto Rican primary care patients. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A(5), 308-314.
- Rodin, J. (1986). Health, control and aging. In. M. M. Baltes e P. B. Baltes (eds.). *The psychology of control and aging* (pp. 139-165). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rose, R. M. (1978). *Air traffic controller health change study: A prospective investigation of physical, psychological and work-related changes*. Springfield, VA: National Technical Information Service.
- Rose, R. S. K., Strauss, M. E. e Smyth, K. A. (1998). Differences in the perceived well-being of wives and husbands for persons with Alzheimer's disease. *Gerontologist*, 38(2), 224-230.

- Rosenbaum, A. H., Schatzberg, A. F., MacLaughlin, M. S., et al. (1984). The DST in normal control subjects: A comparison of two assays and the effects of age. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1150.
- Roth, S. e Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance e coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Rothermund, K. e Brandtstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, 18 (4), pp. 896-905.
- Rowe, J. W. e Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon.
- Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K. e Allebeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides – a case control study. *Psychological Medicine*, 31, 1193-1202.
- Ruegg, R. G., Zisook, S. e Swerdlow, N. R. (1988). Depression in the aged: An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 83-99.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6, pp. 286-295.
- Scazufca, M., Menezes, P. R. e Almeida, O. P. (2002). Caregiver burden in an elderly population in Sao Paulo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(9), 416-422.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Geerling, M. I., Jonker, C. e van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life: Results of a prospective community based study. *Journal of Affective Disorders*, 459, 127-137.
- Schulz, R., Beach, S. R., Lind, B., Martire, L. M., Zdaniuk, B., Hirsch, C., et al (2001). Involvement in caregiving and adjustment to death of a spouse: Findings from caregiver health effects study. *JAMA*, 285, 3123-3129.
- Schulz, R. e Heckhausen, J. (1998). Emotion and control: A Life-Span perspective. In. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 17 – Focus on Emotion and Adult Development. Philadelphia, Pennsylvania: Springer.
- Seligman, M. E. P. (1977). *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte*. Trad. Maria Teresa de Araújo Silva. São Paulo: Edusp.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shirley, L., Summer, L., e O'Neill (2002). *Depression: A treatable Disease*. Washington, DC: National Academy on an Aging Society, 9, 1-6.

- Sommerhalder, C, e Neri, A. L. (2001). Avaliação subjeiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadores familiares de idosos de alta dependência. In: A. L. Neri (org.). *Cuidados ao cuidador. Questões psicossociais*. Campinas: ÁtomoAlínea, pp. 91-132.
- Sparrenberger, F., Santos, I. e Lima, R. C. (2004). Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: Um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 249-258.
- Staudinger, U. M., Marsiske M. e Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In: D. Cicchetti e D. J. Coehn (eds.). *Developmental psychopathology. Risk, disorder and adaptation*, (vol. 2, pp. 801-847). New York: Wiley.
- Stone, A. A., Helder, L. e Schneider, M. S. (1988). Coping with stressful events: Coping dimensions and issues. In: L. H. Coehn (ed.). *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues* (pp. 182-210). Newbury Park, CA: Sage.
- Tavares, S.S. (2004). *Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia/ FE. Campinas: UNICAMP.
- Tavares-Batistoni, S. S., Neri, A. L. e Cupertino, A. P. F. B. (2005, em preparação). Depressive symptoms among aged Brazilians: Psychometric characteristics of the Center for Epidemiological Studies – Depression Scale.
- Taylor, S. E. e Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review*, 96, pp. 569-575.
- Turner, R. J. e Wheaton, B. (1995). Checklist measurement of stressful life events. In: S. Coehn, R. Kessler e L. Underwood Gordon (eds.). *Measuring stress* (pp.29-58). New York: Oxford University Press.
- Turvey, C. L., Carney, C., Arndt, S., Wallace, R. B. e Herzog, R. (1999). Conjugal loss and syndromal depression in a sample of elders aged 70 years and over. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1596-1601.
- Vaillant, G. (1977). *Adaptation to life: How the best and the brightest came of age*. Boston: Little Brown.
- Vaillant, G. (2000). Adaptive mental mechanisms. *American Psychologist*, 55, 89-98.
- Van der Berg, M. D., Oldehinkel, A. J., Bouhuys, A. L., Brilman, E. I., Beekman, A. T. J. e Ormel, J. (2001). Depression in later life: three etiologically different subgroups. *Journal of Affective Disorders*, 65(1), 19-26.

- Van Marwijk, H. W. J. (1995). *Depression in the elderly as seen in general practice: Prevalence, diagnosis and course*. Unpublished doctoral dissertation, Leiden University, Leiden, The Netherlands.
- Vogt, W. P. (1993). *Dictionary of Statistics and Metodology: A Nontechnical Guide for the Social Sciences*. London: SAGE Publications.
- Wallace, A. F. C. (1956). *Tornado in Worcester: An exploratory study of individual and community behavior in an extreme situation (Disaster Study nº 3)*. Washington, DC: National Academy of Sciences – National Research Council.
- Weissman, M. M., Bruce, M. L., Leaf, P. J., Florio, L. P. e Holzer, C. (1991). Affective disorders. In: L. N. Robins e D. A. Regier (eds.). *Psychiatric Disorders in America* (pp. 53-80). New York: Free Press.
- Wilcox, S., O'Sullivan, P. e King, A. C. (2001). Caregiver coping strategies: wives versus daughters. *Clinical Gerontologist*, 23 (1-2), 81-97.
- Winwood, P. C., Winefield, A. H. e Lushington, K. (2003). The role of occupational stress in the maladaptative use of alcohol by dentists: A study of South Australian general dental practioners. *Australian Dent. Journal*, 48(2), 102-109.
- Wolfe, R., Morrow, J. e Frederickson, B. L. (1996). Mood disorders in older adults. In: L. L. Carstensen, B. A. Edelstein e L. Dornbrand (eds.). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. London: SAGE.
- Wollersheim, J. P. (1993). Depression, women, and workplace. *Occupational Medicine*, 8(4), 787-795.
- Woods, R. T. (1996). Mental health problems in late life. In: R. T. Woods (ed.) *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. New York: Wiley
- Wykle, M. L. e Musil, C. M. (1993). Mental health of older persons: social and cultural factors. *Generations*, 17(1), 7-12.
- Yee, J. L. e Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*, 40, 147-164.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Siever, L. J. et al (1997). Individual differences in posttraumatic stress disorder symptom profiles in Holocaust survivors in concentration camps or in hiding. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 453-463.
- Yesavage, J., Brink, T. L., Rose, T., Lum, O., Huang, O., Adey, V., & Leirer, V. (1983). Development and Validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Young, J. E., Beck, A. T. e Weinberg, A. (1999). Depressão. In: D. H. Barlow (org.). *Manual Clínico de Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zarit, S. H., Todd, P. A. e Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26, 260-266.

Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63-79.

ANEXOS

ANEXO 1

**CÓPIA DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF**



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

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo CEP/HU: 170-009/2002

I- IDENTIFICAÇÃO

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

II – Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL:

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

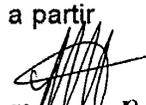
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

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


Prof. Henrique Domingal
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 Noronha
Presidente CEP / MU



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 HU



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

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

RESPONSABILIDADES DO PATROCINADOR:

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

Disponibilizar a verba destinada à pesquisa;

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

Estrutura do Protocolo:

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

Grupo: III

Justificativa do uso de placebo:

Não se aplica.

Justificativa da suspensão terapêutica (Wash-out):

Não se aplica.

Análise de Riscos e Benefícios:

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

Retorno de Benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade:

A pesquisa trará benefícios sociais, com o desenvolvimento do conhecimento relativo aos processos do envelhecimento da população de idosos de Juiz de Fora.

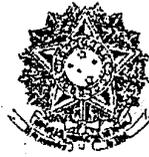
Adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e forma de obtê-lo:

Adequado e de fácil obtenção.

Informações Adequadas quanto aos financiamentos:

De acordo.


Prof. Henrique Portugal
Presidente CEP/HU



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

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: *Dr. Henrique Araújo*
Presidente CEP / HU

ANEXO 2

FICHA DE RECRUTAMENTO – PENSEA

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

Apresentação do Estudo

Idade: _____ **Gênero:** () Masc () Fem

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

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

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

A responsabilidade pela pesquisa ficará a cargo da pesquisadora Prof Dr^a 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 4

AVALIANDO O ESTRESSE DE CADA INDIVÍDUO E SUA MANEIRA DE LIDAR COM O ESTRESSE (ALDWIN, SUTTON E LACHMAN, 1996)

A maioria das pessoas experimenta eventos os quais são considerados momentos ruins durante o curso da vida. Por favor, quais dos eventos abaixo você consideraria como sendo os mais **negativos** de sua vida. Indique também se o evento aconteceu no ano passado, nos últimos cinco anos ou mais de cinco anos atrás (Indique quantos julgar necessários).

EVENTOS	No último ano	Últimos 5 anos	Mais de 5 anos atrás	Não foi citado	98-Não sei 99-Recusou-se
1. Problema na relação do casal					
2. Problema com os filhos					
3. Problema no trabalho					
4. Desenvolvimento acadêmico					
5. Problemas de saúde					
6. Problemas de saúde mental					
7. Relações sociais					
8. Solidão					
9. Crise espiritual					
10. Falta de significado na vida					
11. Problema na saúde dos pais					
12. Problema na saúde do esposo/a					
13. Problema na saúde dos filhos					
14. Serviço militar					
15. Desastre natural (enchente,seca)					
16. Morte esposo/a					
17. Financeiro					
18. Divórcio / separação					
19. Problemas com a esposa					
20. Eventos a nível macrossocial					
21. Morte dos pais					
22. Morte de um cachorro					
23. Outra morte/perda					
24. Separação das pessoas amadas					
25. Falta dos filhos					

26. Vítima de um crime					
27. Problema no sucesso dos filhos					
28. Problemas conjugais dos filhos					
29. Netos/as					
30. Aposentadoria					
31. Cuidando de outro adulto					

Pense agora no evento negativo, da lista anterior, que aconteceu mais **recentemente** na sua vida. Qual seria n° _____

ANEXO 5

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

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

SE - STATUS SOCIO – ECONÔMICO

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

Qual é a sua idade? _____

Qual é o seu estado civil?

- (1) Casada/o. Quantas vezes? _____
- (2) Solteiro/nunca casado
- (3) Divorciado (PREENCHER QUANTAS VEZES CASOU)
- (4) Separado (PREENCHER QUANTAS VEZES CASOU)
- (5) Amasiado (PREENCHER QUANTAS VEZES CASOU)
- (6) Viúvo (PREENCHER QUANTAS VEZES CASOU)

Você frequentou a escola até que série?

- (1) Nunca frequentou (6) Científico (normal, técnico...)
- (2) Alfabetizado (7) Curso superior incompleto
- (3) Primário (8) Curso superior completo
- (4) Admissão (4ª série) (9) Outro. Qual? _____
- (5) Ginásial / colegial

Qual seria o total dessa renda familiar em salários mínimos aproximadamente?

- (1) 1 a 2 salários mínimos
- (2) 3 a 4 salários mínimos
- (3) 5 a 8 salários mínimos
- (4) Mais de 8 salários mínimos

ANEXO 6

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE (ALDWIN, SUTTON E LACHMAN, 1996)

A seguir estão descritas maneiras como a pessoa lida com problemas ou emoções negativas. Por favor indique em qual extensão você usou cada uma das estratégias descritas abaixo, nesse momento difícil. Se existe alguma estratégia que você não usou para este problema, por favor indique apenas que você não usou a estratégia. (evento citado na questão nº3)

ESTRATÉGIA	Nunca usei	Usei poucas vezes	Usei algumas vezes	Sempre usei	98-Não sei 99-recusou-se
1. Aceitou que este era um problema que você tinha que enfrentar.	1	2	3	4	
2. Culpou outros.	1	2	3	4	
3. Buscou outro para queixar-se/ desabafar	1	2	3	4	
4. Decidiu que não havia nada a ser feito	1	2	3	4	
5. Esperou para decidir/agir até ter mais informações	1	2	3	4	
6. Procurou distrair-se com livros, hobbies, TV, etc.	1	2	3	4	
7. Demonstrou hostilidade aos outros.	1	2	3	4	
8. Rezou e pediu orientação.	1	2	3	4	
9. Isolou-se dos outros .	1	2	3	4	
10. Confiou que os outros fariam a coisa certa.	1	2	3	4	
11. Guardou seus sentimentos para si mesmo.	1	2	3	4	
12. Chegou à conclusão de que as coisas poderiam ter sido piores.	1	2	3	4	
13. Usou comida, drogas, ou álcool para escapar da situação.	1	2	3	4	
14. Fortaleceu seus laços com os demais.	1	2	3	4	
15. Confiou em Deus ou algum outro ser/força superior	1	2	3	4	
16. Parou suas atividades (tirou folga) quando precisou.	1	2	3	4	
17. Tentou esquecer que o problema existia.	1	2	3	4	
18. Usou remédios para controlar a ansiedade ou depressão.	1	2	3	4	
19. Gritou e xingou	1	2	3	4	
20. Outros. _____	1	2	3	4	

ANEXO 7

ESCALA DE ESTADOS DEPRESSIVOS (CES-D) (RADLOFF, 1977, TAVARES, 2004, TAVARES-BATISTONI, NERI E CUPERTINO, 2005, EM PREPARAÇÃO)

Gostaria que você me dissesse com que frequência você se sentiu desta maneira na última semana. Gostaria assim que você me respondesse dizendo raramente, pouco tempo, por um tempo moderado e a maior parte do tempo.

	Nunca	Raramente (1 dia)	Poucas vezes (1 a 2dias)	Na maioria das vezes (3 a 4 dias)	Sempre (5-7 dias)	98-Não sei 99- Recusou- se
1. Senti-me incomodado com coisas que normalmente não me incomodam.	0	0	1	2	3	4
2. Não tive vontade de comer, ou seja, tive pouco apetite.	0	0	1	2	3	4
3. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de amigos e familiares.	0	0	1	2	3	4
4. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto à maioria delas.	0	0	1	2	3	4
5. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	0	0	1	2	3	4
6. Senti-me deprimido	0	0	1	2	3	4
7. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0	0	1	2	3	4
8. Senti-me otimista sobre o futuro	0	0	1	2	3	4
9. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso.	0	0	1	2	3	4
10. Senti-me amedrontado	0	0	1	2	3	4
11. Meu sono era	0	0	1	2	3	4

inquieto e não descansei						
12. Estive feliz	0	0	1	2	3	4
13. Eu falei menos do que o habitual	0	0	1	2	3	4
14. Senti-me sozinho/a.	0	0	1	2	3	4
15. As pessoas não foram amistosas comigo	0	0	1	2	3	4
16. Aproveitei minha vida.	0	0	1	2	3	4
17. Tive crises de choro.	0	0	1	2	3	4
18. Senti-me triste.	0	0	1	2	3	4
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.	0	0	1	2	3	4
20. Não consegui levar adiante minhas coisas.	0	0	1	2	3	4

ANEXO 8

COMPARAÇÕES DOS EVENTOS ESTRESSANTES ENTRE GÊNERO E IDADE.

GÊNERO					IDADE				
EVENTO	GÊNERO		Total		EVENTO	IDADE			Total
Frequency, Col Pct	MASCULIN,	FEMININO,			Frequency, Col Pct	<70	70-79	>=80	
FINITUDE	87	276	363		FINITUDE	141	141	81	363
	, 63.04	, 67.98				, 61.57	, 65.58	, 81.00	
INCONTRO	23	80	103		INCONTRO	45	44	14	103
	, 16.67	, 19.70				, 19.65	, 20.47	, 14.00	
CUIDAR	4	11	15		CUIDAR	9	6	0	15
	, 2.90	, 2.71				, 3.93	, 2.79	, 0.00	
BEM-ESTA	4	16	20		BEM-ESTA	7	10	3	20
	, 2.90	, 3.94				, 3.06	, 4.65	, 3.00	
PONTUAIS	20	23	43		PONTUAIS	27	14	2	43
	, 14.49	, 5.67				, 11.79	, 6.51	, 2.00	
Total	138	406	544		Total	229	215	100	544
TESTE QUI-QUADRADO: X2=11.35; GL=4; p=0.023 HOUVE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DOS EVENTOS ENTRE OS GÊNEROS: MAIS EVENTOS DE FINITUDE E QUE AFETAM A DESCENDÊNCIA NAS MULHERES E MAIS EVENTOS PONTUAIS NOS HOMENS.					TESTE QUI-QUADRADO: X2=19.75; GL=8; p=0.011 HOUVE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DOS EVENTOS ENTRE AS IDADES: MAIS EVENTOS DE FINITUDE NOS ">=80", MAIS EVENTOS PONTUAIS NOS "<70" E MAIS EVENTOS QUE AFETAM A DESCENDÊNCIA NOS "<70" e "70-79".				

ANEXO 9

ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA PARA EVENTOS ESTRESSANTES.

EXPERIÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSANTES vs GÊNERO+IDADE							
EVENTO	SEXID						Total
	Frequency,	60-69/M	70-79/M	>=80/M	60-69/F	70-79/F	
Col Pct							
FINITUDE	33	36	18	108	105	63	363
	55.00	64.29	<u>81.82</u>	63.91	66.04	<u>80.77</u>	
INCONTRO	11	11	1	34	33	13	103
	18.33	<u>19.64</u>	4.55	<u>20.12</u>	<u>20.75</u>	16.67	
CUIDAR	3	1	0	6	5	0	15
	5.00	1.79	0.00	3.55	3.14	0.00	
BEM-ESTA	1	1	2	6	9	1	20
	1.67	1.79	<u>9.09</u>	3.55	5.66	1.28	
PONTUAIS	12	7	1	15	7	1	43
	<u>20.00</u>	<u>12.50</u>	4.55	8.88	4.40	1.28	
Total	60	56	22	169	159	78	544

TESTE EXATO DE FISHER: **p=0.009**

HOUVE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE EVENTOS ENTRE OS GRUPOS: MAIS EVENTOS DE FINITUDE NOS GRUPOS ">=80/M" e ">=80/F"; MAIS EVENTOS QUE AFETAM A DESCENDÊNCIA NOS GRUPOS "60-69/F", "70-79/F" e "70-79/M"; MAIS EVENTOS DE BEM-ESTAR NO GRUPO ">=80/M" e MAIS EVENTOS PONTUAIS NOS GRUPOS "60-69/M" e "70-79/M".

ANEXO 10

ANÁLISE COMPARATIVA PARA INTENSIDADE DE EVENTOS ESTRESSANTES.

INTENSIDADE DO EVENTO vs GÊNERO+IDADE							
SNNOTA	SEXID						
Frequency,							
Col Pct	,60-69/M	,70-79/M	,>=80/M	,60-69/F	,70-79/F	,>=80/F	, Total
1-3	9	6	3	11	11	4	44
	, 15.00	, 10.71	, 13.64	, 6.51	, 6.92	, 5.13	
4-6	24	23	7	59	54	25	192
	, 40.00	, 41.07	, 31.82	, 34.91	, 33.96	, 32.05	
>=7	27	27	12	99	94	49	308
	, 45.00	, 48.21	, 54.55	, 58.58	, 59.12	, 62.82	
Total	60	56	22	169	159	78	544

TESTE QUI-QUADRADO: X2=10.76; GL=10; p=0.376

NÃO HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA ENTRE OS GRUPOS.

ANEXO 11

CARGAS FATORIAIS APÓS ROTAÇÃO VARIMAX PARA AS ESTRATÉGIAS (5 FATORES).

CARGAS DOS FATORES ROTACIONADOS (Rotated Factor Pattern)					
	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	FACTOR4	FACTOR5
ESTR1	-0.52536	0.20973	-0.12947	0.19513	0.12598
ESTR2	0.43493	-0.21429	-0.10779	0.12283	-0.48776
ESTR3	0.15051	0.23841	0.20834	0.25700	-0.52849
ESTR4	0.13027	-0.02849	0.01442	0.42956	-0.11340
ESTR5	0.12412	0.60290	0.00378	0.14992	-0.27595
ESTR6	-0.01451	0.19061	0.04125	0.64297	-0.08365
ESTR7	0.61229	0.03533	-0.13583	0.18373	0.06974
ESTR8	-0.06103	-0.00132	0.85254	0.01243	-0.03276
ESTR9	0.59823	-0.10246	-0.19717	0.12098	0.19890
ESTR10	-0.18376	0.69711	0.10895	-0.04196	0.12364
ESTR11	0.19459	-0.05287	0.10535	0.23127	0.68992
ESTR12	-0.22509	0.17741	-0.05426	0.50408	0.10248
ESTR13	0.34338	0.27820	-0.00881	-0.18435	0.31681
ESTR14	-0.20525	0.45166	0.32440	0.19039	-0.04526
ESTR15	0.02622	0.06170	0.80084	0.05139	0.06377
ESTR16	0.24245	0.53163	-0.09065	0.12950	0.01552
ESTR17	0.06779	-0.01666	0.06866	0.65476	0.08819
ESTR18	0.45211	0.05861	0.17881	-0.01935	-0.01644
ESTR19	0.42937	0.19708	-0.06646	-0.00978	-0.11055

ANEXO 12

COMPARAÇÕES DOS FATORES DE ESTRATÉGIAS ENTRE GÊNEROS E GRUPOS ETÁRIOS.

GÊNERO MASCULINO*							GÊNERO FEMININO						
FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX
FATOR1	114	1.33	0.42	1.00	1.17	3.50	FATOR1	344	1.36	0.43	1.00	1.17	3.00
FATOR2	114	2.13	0.79	1.00	2.00	4.00	FATOR2	344	2.06	0.76	1.00	2.00	4.00
FATOR3	114	3.48	0.95	1.00	4.00	4.00	FATOR3	344	3.75	0.64	1.00	4.00	4.00
FATOR4	114	2.16	0.69	1.00	2.00	4.00	FATOR4	344	2.18	0.75	1.00	2.25	4.00
FATOR5	114	3.11	0.67	1.00	3.00	4.00	FATOR5	344	2.78	0.69	1.00	3.00	4.00

IDADE "<70"*							IDADE ">=80"						
FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX
FATOR1	191	1.42	0.46	1.00	1.33	2.83	FATOR1	83	1.29	0.34	1.00	1.17	2.17
FATOR2	191	2.10	0.79	1.00	2.00	4.00	FATOR2	83	2.02	0.72	1.00	1.75	4.00
FATOR3	191	3.66	0.78	1.00	4.00	4.00	FATOR3	83	3.59	0.80	1.00	4.00	4.00
FATOR4	191	2.23	0.70	1.00	2.25	4.00	FATOR4	83	2.14	0.75	1.00	2.00	4.00
FATOR5	191	2.81	0.76	1.00	3.00	4.00	FATOR5	83	2.96	0.67	1.00	3.00	4.00

IDADE "70-79"						
FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX
FATOR1	184	1.31	0.42	1.00	1.17	3.50
FATOR2	184	2.08	0.75	1.00	2.00	4.00
FATOR3	184	3.75	0.65	1.00	4.00	4.00
FATOR4	184	2.14	0.77	1.00	2.00	4.00
FATOR5	184	2.87	0.65	1.33	3.00	4.00

ANEXO 13

COMPARAÇÕES DOS CLUSTERS ENTRE GÊNERO, IDADE E EVENTOS ESTRESSANTES.

GÊNERO						IDADE					
GÊNERO		CLUSTER				IDADE		CLUSTER			
Frequency,		1,	2,	3,	4,	Frequency,		1,	2,	3,	4,
Col Pct	Total					Col Pct	Total				
-----+-----+-----+-----+-----+						-----+-----+-----+-----+-----+					
MASCULIN	138	10	71	39	18	<70	229	8	31	158	32
		71.43	29.83	16.81	30.00			57.14	13.03	68.10	53.33
-----+-----+-----+-----+-----+						-----+-----+-----+-----+-----+					
FEMININO	406	4	167	193	42	70-79	215	5	119	67	24
		28.57	70.17	83.19	70.00			35.71	50.00	28.88	40.00
-----+-----+-----+-----+-----+						-----+-----+-----+-----+-----+					
Total	544	14	238	232	60	>=80	100	1	88	7	4
-----+-----+-----+-----+-----+						-----+-----+-----+-----+-----+					
TESTE QUI-QUADRADO: X2=27.85; GL=3; p<0.001						TESTE QUI-QUADRADO: X2=180.92; GL=6; p<0.001					
-----+-----+-----+-----+-----+						-----+-----+-----+-----+-----+					
EVENTOS ESTRESSANTES											
EVENTO		CLUSTER									
Frequency,		1,	2,	3,	4,						
Col Pct	Total										
-----+-----+-----+-----+-----+											
FINITUDE	363	0	194	169	0						
		0.00	81.51	72.84	0.00						
-----+-----+-----+-----+-----+											
INCONTRO	103	1	44	58	0						
		7.14	18.49	25.00	0.00						
-----+-----+-----+-----+-----+											
CUIDAR	15	0	0	5	10						
		0.00	0.00	2.16	16.67						
-----+-----+-----+-----+-----+											
BEM-ESTA	20	3	0	0	17						
		21.43	0.00	0.00	28.33						
-----+-----+-----+-----+-----+											
PONTUAIS	43	10	0	0	33						
		71.43	0.00	0.00	55.00						
-----+-----+-----+-----+-----+											
Total	544	14	238	232	60						
-----+-----+-----+-----+-----+											
TESTE QUI-QUADRADO: X2=530.2; GL=12; p<0.001											

ANEXO 14

COMPARAÇÕES DOS FATORES DE ESTRATÉGIAS ENTRE OS CLUSTERS.

CLUSTER 1							CLUSTER 2						
FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX
IDADE	14	68.36	9.30	60.00	63.50	89.00	IDADE	238	77.10	7.97	60.00	76.00	99.00
FATOR1	8	1.25	0.24	1.00	1.25	1.50	FATOR1	198	1.28	0.37	1.00	1.17	3.50
FATOR2	8	1.31	0.48	1.00	1.00	2.25	FATOR2	198	2.02	0.71	1.00	1.75	4.00
FATOR3	8	1.19	0.53	1.00	1.00	2.50	FATOR3	198	3.65	0.75	1.00	4.00	4.00
FATOR4	8	2.06	0.69	1.00	2.00	3.25	FATOR4	198	2.32	0.75	1.00	2.25	4.00
FATOR5	8	1.92	1.05	1.00	1.50	3.67	FATOR5	198	3.28	0.53	2.00	3.33	4.00
CLUSTER 3							CLUSTER 4						
FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX
IDADE	232	67.76	5.81	60.00	66.00	87.00	IDADE	60	70.02	6.67	60.00	69.00	90.00
FATOR1	202	1.39	0.44	1.00	1.33	3.00	FATOR1	50	1.53	0.53	1.00	1.33	2.83
FATOR2	202	2.27	0.78	1.00	2.25	4.00	FATOR2	50	1.66	0.66	1.00	1.50	3.25
FATOR3	202	3.78	0.59	1.00	4.00	4.00	FATOR3	50	3.80	0.45	2.50	4.00	4.00
FATOR4	202	2.05	0.70	1.00	2.00	4.00	FATOR4	50	2.19	0.73	1.00	2.25	4.00
FATOR5	202	2.50	0.60	1.00	2.67	4.00	FATOR5	50	2.77	0.63	1.33	3.00	4.00

ANEXO 15

ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA PARA SENSO DE AUTO-EFICÁCIA EM RELAÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS

AUTO-EFICÁCIA (COMO LIDOU) vs GÊNERO	AUTO-EFICÁCIA (COMO LIDOU) vs IDADE																																																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">LIDOU</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">GÊNERO</th> <th style="text-align: right;">Total</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Frequency, Col Pct</th> <th style="text-align: center;">MASCULIN,</th> <th style="text-align: center;">FEMININO,</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">INADEQUA</td> <td style="text-align: center;">33</td> <td style="text-align: center;">114</td> <td style="text-align: right;">147</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">, 24.26</td> <td style="text-align: center;">, 28.36</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">ADEQUADO</td> <td style="text-align: center;">103</td> <td style="text-align: center;">288</td> <td style="text-align: right;">391</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">, 75.74</td> <td style="text-align: center;">, 71.64</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">Total</td> <td style="text-align: center;">136</td> <td style="text-align: center;">402</td> <td style="text-align: right;">538</td> </tr> </tbody> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.86; GL=1; p=0.354</p> <p>NÃO HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE AUTO-EFICÁCIA ENTRE OS GÊNEROS.</p>	LIDOU	GÊNERO		Total	Frequency, Col Pct	MASCULIN,	FEMININO,		INADEQUA	33	114	147		, 24.26	, 28.36		ADEQUADO	103	288	391		, 75.74	, 71.64		Total	136	402	538	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">LIDOU</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">IDADE</th> <th style="text-align: right;">Total</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Frequency, Col Pct</th> <th style="text-align: center;">,<70</th> <th style="text-align: center;">,70-79</th> <th style="text-align: center;">,>=80</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">INADEQUA</td> <td style="text-align: center;">66</td> <td style="text-align: center;">54</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: right;">147</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">, 28.95</td> <td style="text-align: center;">, 25.71</td> <td style="text-align: center;">, 27.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">ADEQUADO</td> <td style="text-align: center;">162</td> <td style="text-align: center;">156</td> <td style="text-align: center;">73</td> <td style="text-align: right;">391</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">, 71.05</td> <td style="text-align: center;">, 74.29</td> <td style="text-align: center;">, 73.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">Total</td> <td style="text-align: center;">228</td> <td style="text-align: center;">210</td> <td style="text-align: center;">100</td> <td style="text-align: right;">538</td> </tr> </tbody> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.58; GL=2; p=0.748</p> <p>NÃO HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE AUTO-EFICÁCIA ENTRE AS IDADES.</p>	LIDOU	IDADE			Total	Frequency, Col Pct	,<70	,70-79	,>=80		INADEQUA	66	54	27	147		, 28.95	, 25.71	, 27.00		ADEQUADO	162	156	73	391		, 71.05	, 74.29	, 73.00		Total	228	210	100	538
LIDOU	GÊNERO		Total																																																													
Frequency, Col Pct	MASCULIN,	FEMININO,																																																														
INADEQUA	33	114	147																																																													
	, 24.26	, 28.36																																																														
ADEQUADO	103	288	391																																																													
	, 75.74	, 71.64																																																														
Total	136	402	538																																																													
LIDOU	IDADE			Total																																																												
Frequency, Col Pct	,<70	,70-79	,>=80																																																													
INADEQUA	66	54	27	147																																																												
	, 28.95	, 25.71	, 27.00																																																													
ADEQUADO	162	156	73	391																																																												
	, 71.05	, 74.29	, 73.00																																																													
Total	228	210	100	538																																																												
<p>AUTO-EFICÁCIA (COMO LIDOU) vs GÊNERO+IDADE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">LIDOU</th> <th colspan="6" style="text-align: center;">SEXID</th> <th style="text-align: right;">Total</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Frequency, Col Pct</th> <th style="text-align: center;">,60-69/M</th> <th style="text-align: center;">,70-79/M</th> <th style="text-align: center;">,>=80/M</th> <th style="text-align: center;">,60-69/F</th> <th style="text-align: center;">,70-79/F</th> <th style="text-align: center;">,>=80/F</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">INADEQUA</td> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">50</td> <td style="text-align: center;">43</td> <td style="text-align: center;">21</td> <td style="text-align: right;">147</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">, 27.12</td> <td style="text-align: center;">, 20.00</td> <td style="text-align: center;">, 27.27</td> <td style="text-align: center;">, 29.59</td> <td style="text-align: center;">, 27.74</td> <td style="text-align: center;">, 26.92</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">ADEQUADO</td> <td style="text-align: center;">43</td> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">119</td> <td style="text-align: center;">112</td> <td style="text-align: center;">57</td> <td style="text-align: right;">391</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">, 72.88</td> <td style="text-align: center;">, 80.00</td> <td style="text-align: center;">, 72.73</td> <td style="text-align: center;">, 70.41</td> <td style="text-align: center;">, 72.26</td> <td style="text-align: center;">, 73.08</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">Total</td> <td style="text-align: center;">59</td> <td style="text-align: center;">55</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">169</td> <td style="text-align: center;">155</td> <td style="text-align: center;">78</td> <td style="text-align: right;">538</td> </tr> </tbody> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=1.94; GL=5; p=0.857</p> <p>NÃO HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE AUTO-EFICÁCIA ENTRE OS GRUPOS.</p>		LIDOU	SEXID						Total	Frequency, Col Pct	,60-69/M	,70-79/M	,>=80/M	,60-69/F	,70-79/F	,>=80/F		INADEQUA	16	11	6	50	43	21	147		, 27.12	, 20.00	, 27.27	, 29.59	, 27.74	, 26.92		ADEQUADO	43	44	16	119	112	57	391		, 72.88	, 80.00	, 72.73	, 70.41	, 72.26	, 73.08		Total	59	55	22	169	155	78	538							
LIDOU	SEXID						Total																																																									
Frequency, Col Pct	,60-69/M	,70-79/M	,>=80/M	,60-69/F	,70-79/F	,>=80/F																																																										
INADEQUA	16	11	6	50	43	21	147																																																									
	, 27.12	, 20.00	, 27.27	, 29.59	, 27.74	, 26.92																																																										
ADEQUADO	43	44	16	119	112	57	391																																																									
	, 72.88	, 80.00	, 72.73	, 70.41	, 72.26	, 73.08																																																										
Total	59	55	22	169	155	78	538																																																									

ANEXO 16

PRESENÇA E AUSÊNCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA CONFORME OS CRITÉRIOS DE GÊNERO, IDADE, TIPOS DE EVENTOS ESTRESSANTES NEGATIVOS, AUTO-EFICÁCIA PERCEBIDA, TIPOS DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO COMO SE APRESENTARAM NOS CONGLOMERADOS

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">GÊNERO</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">DEPCESD</th> <th></th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Frequency,</th> <th style="text-align: center;"><=11</th> <th style="text-align: center;">>=12</th> <th style="text-align: center;">Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MASCULIN</td> <td style="text-align: center;">89</td> <td style="text-align: center;">38</td> <td style="text-align: center;">127</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">70.08</td> <td style="text-align: center;">29.92</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FEMININO</td> <td style="text-align: center;">259</td> <td style="text-align: center;">126</td> <td style="text-align: center;">385</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">67.27</td> <td style="text-align: center;">32.73</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td style="text-align: center;">348</td> <td style="text-align: center;">164</td> <td style="text-align: center;">512</td> </tr> </tbody> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.35; GL=1; p=0.557</p>	GÊNERO	DEPCESD			Frequency,	<=11	>=12	Total	MASCULIN	89	38	127		70.08	29.92		FEMININO	259	126	385		67.27	32.73		Total	348	164	512	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">IDADE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">DEPCESD</th> <th></th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Frequency,</th> <th style="text-align: center;"><=11</th> <th style="text-align: center;">>=12</th> <th style="text-align: center;">Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><70</td> <td style="text-align: center;">129</td> <td style="text-align: center;">85</td> <td style="text-align: center;">214</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">60.28</td> <td style="text-align: center;">39.72</td> <td></td> </tr> <tr> <td>70-79</td> <td style="text-align: center;">146</td> <td style="text-align: center;">54</td> <td style="text-align: center;">200</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">73.00</td> <td style="text-align: center;">27.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>>=80</td> <td style="text-align: center;">73</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">74.49</td> <td style="text-align: center;">25.51</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td style="text-align: center;">348</td> <td style="text-align: center;">164</td> <td style="text-align: center;">512</td> </tr> </tbody> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=10.05; GL=2; p=0.007</p>	IDADE	DEPCESD			Frequency,	<=11	>=12	Total	<70	129	85	214		60.28	39.72		70-79	146	54	200		73.00	27.00		>=80	73	25	98		74.49	25.51		Total	348	164	512																																								
GÊNERO	DEPCESD																																																																																																								
Frequency,	<=11	>=12	Total																																																																																																						
MASCULIN	89	38	127																																																																																																						
	70.08	29.92																																																																																																							
FEMININO	259	126	385																																																																																																						
	67.27	32.73																																																																																																							
Total	348	164	512																																																																																																						
IDADE	DEPCESD																																																																																																								
Frequency,	<=11	>=12	Total																																																																																																						
<70	129	85	214																																																																																																						
	60.28	39.72																																																																																																							
70-79	146	54	200																																																																																																						
	73.00	27.00																																																																																																							
>=80	73	25	98																																																																																																						
	74.49	25.51																																																																																																							
Total	348	164	512																																																																																																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">EVENTOS ESTRESSANTES</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">DEPCESD</th> <th></th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Frequency,</th> <th style="text-align: center;"><=11</th> <th style="text-align: center;">>=12</th> <th style="text-align: center;">Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FINITUDE</td> <td style="text-align: center;">254</td> <td style="text-align: center;">91</td> <td style="text-align: center;">345</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">73.62</td> <td style="text-align: center;">26.38</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INCONTRO</td> <td style="text-align: center;">51</td> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">93</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">54.84</td> <td style="text-align: center;">45.16</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CUIDAR</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">14</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">57.14</td> <td style="text-align: center;">42.86</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BEM-ESTA</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">47.37</td> <td style="text-align: center;">52.63</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PONTUAIS</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">41</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">63.41</td> <td style="text-align: center;">36.59</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td style="text-align: center;">348</td> <td style="text-align: center;">164</td> <td style="text-align: center;">512</td> </tr> </tbody> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=17.28; GL=4; p=0.002</p>	EVENTOS ESTRESSANTES	DEPCESD			Frequency,	<=11	>=12	Total	FINITUDE	254	91	345		73.62	26.38		INCONTRO	51	42	93		54.84	45.16		CUIDAR	8	6	14		57.14	42.86		BEM-ESTA	9	10	19		47.37	52.63		PONTUAIS	26	15	41		63.41	36.59		Total	348	164	512	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">COMO LIDOU COM O PROBLEMA/EVENTO?</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">DEPCESD</th> <th></th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Frequency,</th> <th style="text-align: center;"><=11</th> <th style="text-align: center;">>=12</th> <th style="text-align: center;">Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MUITO MAL</td> <td style="text-align: center;">24</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td style="text-align: center;">50</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">48.00</td> <td style="text-align: center;">52.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NÃO M BEM</td> <td style="text-align: center;">51</td> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">93</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">54.84</td> <td style="text-align: center;">45.16</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADEQUADO</td> <td style="text-align: center;">130</td> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">175</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">74.29</td> <td style="text-align: center;">25.71</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALGO BEM</td> <td style="text-align: center;">90</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">121</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">74.38</td> <td style="text-align: center;">25.62</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MUITO BEM</td> <td style="text-align: center;">50</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">67</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">74.63</td> <td style="text-align: center;">25.37</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td style="text-align: center;">345</td> <td style="text-align: center;">161</td> <td style="text-align: center;">506</td> </tr> </tbody> </table> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=23.45; GL=4; p<0.001</p>	COMO LIDOU COM O PROBLEMA/EVENTO?	DEPCESD			Frequency,	<=11	>=12	Total	MUITO MAL	24	26	50		48.00	52.00		NÃO M BEM	51	42	93		54.84	45.16		ADEQUADO	130	45	175		74.29	25.71		ALGO BEM	90	31	121		74.38	25.62		MUITO BEM	50	17	67		74.63	25.37		Total	345	161	506
EVENTOS ESTRESSANTES	DEPCESD																																																																																																								
Frequency,	<=11	>=12	Total																																																																																																						
FINITUDE	254	91	345																																																																																																						
	73.62	26.38																																																																																																							
INCONTRO	51	42	93																																																																																																						
	54.84	45.16																																																																																																							
CUIDAR	8	6	14																																																																																																						
	57.14	42.86																																																																																																							
BEM-ESTA	9	10	19																																																																																																						
	47.37	52.63																																																																																																							
PONTUAIS	26	15	41																																																																																																						
	63.41	36.59																																																																																																							
Total	348	164	512																																																																																																						
COMO LIDOU COM O PROBLEMA/EVENTO?	DEPCESD																																																																																																								
Frequency,	<=11	>=12	Total																																																																																																						
MUITO MAL	24	26	50																																																																																																						
	48.00	52.00																																																																																																							
NÃO M BEM	51	42	93																																																																																																						
	54.84	45.16																																																																																																							
ADEQUADO	130	45	175																																																																																																						
	74.29	25.71																																																																																																							
ALGO BEM	90	31	121																																																																																																						
	74.38	25.62																																																																																																							
MUITO BEM	50	17	67																																																																																																						
	74.63	25.37																																																																																																							
Total	345	161	506																																																																																																						

SEM DEPRESSÃO (CESD<=11)							COM DEPRESSÃO (CESD>=12)						
FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	FATOR	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX
FATOR1	287	1.25	0.32	1.00	1.17	2.83	FATOR1	147	1.56	0.52	1.00	1.50	3.50
FATOR2	287	2.16	0.76	1.00	2.00	4.00	FATOR2	147	1.91	0.75	1.00	1.75	4.00
FATOR3	287	3.67	0.75	1.00	4.00	4.00	FATOR3	147	3.78	0.60	1.00	4.00	4.00
FATOR4	287	2.19	0.75	1.00	2.00	4.00	FATOR4	147	2.16	0.69	1.00	2.25	4.00
FATOR5	287	2.88	0.68	1.00	3.00	4.00	FATOR5	147	2.82	0.74	1.00	3.00	4.00

CLUSTERS				
CLUSTER	DEPCESD			
Frequency,				
Row Pct	,<=11	,>=12	, Total	
1	33	15	48	
	68.75	31.25		
2	162	82	244	
	66.39	33.61		
3	40	27	67	
	59.70	40.30		
4	113	40	153	
	73.86	26.14		
Total	348	164	512	
TESTE QUI-QUADRADO: X2=4.83; GL=3; p=0.185				