

Desde os primórdios da Psicologia do Desenvolvimento até um passado bastante recente, pode-se constatar que muito pouca atenção foi dada à investigação do envelhecimento humano, sendo este aspecto um dos mais negligenciados nas pesquisas em psicologia devido à ênfase dada ao desenvolvimento infantil até então. Só recentemente, no contexto histórico e político de envelhecimento da população, com a rápida transição demográfica evidenciada pelo fenômeno da retangularização da pirâmide etária ocorrida nos últimos anos no mundo e, principalmente, em países em desenvolvimento como o Brasil, e com as novas demandas que começaram a emergir dessa nova parcela da população sobre os profissionais de saúde, de modo geral, e a pressão exercida sobre a economia e a previdência social, é que se evidenciou a relevância para o estudo desse tema.

Alves e Araújo (2001) apontam que segundo dados do IBGE (Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 1997, de 1980 a 1999 a população idosa, no Brasil, cresceu em 70%; e a previsão para 2020 é a de que o número de idosos corresponda a 13% da população com mais de 25 milhões de pessoas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002) na década de 40 a expectativa de vida do brasileiro era de 43 anos e hoje já ultrapassa os 70. A média de vida prevista para o brasileiro no ano de 2025 é de 72 anos (Knorst, Silva, Mantelli & Bós, 2001). A projeção de idosos com mais de 60 anos em 2025 no Brasil, é de aproximadamente 34 milhões de pessoas, colocando o Brasil no 6º lugar do mundo em número de idosos (Schneider, Bonardi, Gomes & Costa, 2003). Se observarmos as projeções feitas entre os anos entre 1980 e 2050, observa-se que o fenômeno da retangularização da pirâmide etária é apenas um momento, uma vez que a tendência é de haver uma inversão propriamente dita, com um número bem mais significativo de idosos que de jovens.

Em Juiz de Fora a proporção de idosos na década de 70 era de 6%, nos anos 80, 8% e em 2000 de 11% (IBGE, 2000). De acordo com o Anuário Estatístico dessa cidade (Leite,

2000), as pessoas com mais de 60 anos compõem 11,93% da população total do município e de acordo com estimativas de projeção poderão atingir até 30% em 2025. Segundo Cristiane Novaes (comunicação pessoal em 8/10/2005) psicóloga e coordenadora de Pesquisa do Pólo Interdisciplinar na Área de Envelhecimento da Universidade Federal de Juiz de Fora, estima-se para essa cidade uma expectativa de vida de 78 anos. Para ela, esta mudança está relacionada à melhora da qualidade de vida e ao maior número de informações acerca de fatores de risco que não eram tão claros há 40 anos atrás como o cigarro, ingestão de bebidas alcoólicas, sedentarismo, o abuso do açúcar, das gorduras e do sal na alimentação, etc. Veras, (2003), em entrevista à Revista Época, confirma que “as brasileiras têm qualidade de vida melhor devido... menor consumo de álcool e tabaco, ... associados à prevenção mais constante de doenças... (p. 85)”. O médico geriatra, Márcio Borges (comunicação pessoal em 8/10/2005) credita a dois fatores o rápido envelhecimento de Juiz de Fora. "O primeiro é a expectativa de vida. Uma criança que nasce hoje (2005), segundo a prefeitura, tem expectativa de viver 82 anos, as mulheres, e 73 anos, os homens. O segundo, é a diminuição da taxa de fecundidade, de natalidade da população”. Para ele, Juiz de Fora supera, em média, a taxa nacional de idosos pela qualidade de vida. "A cidade tem uma melhor qualidade de vida, um dos melhores índices de desenvolvimento humano do Brasil, um ótimo serviço de saúde, um nível de escolaridade acima da média do país. Contudo, o município ainda apresenta deficiências”. Para a professora do Núcleo de Pesquisa de Envelhecimento da Universidade Federal de Juiz de Fora, Márcia Deotti (comunicação pessoal em 8/10/2005), Juiz de Fora está "se abrindo para o público idoso, mas ainda falta adequar alguns setores da sociedade". Ela também cita a melhoria na área da saúde como um dos principais fatores do envelhecimento da população. Para Márcia, a sociedade está mudando a visão preconceituosa de velhice. "Cada vez mais as pessoas buscam espaços de convivência, de lazer e, com isso, a sociedade está mudando sua visão sobre os idosos, o envelhecimento”.

Juiz de Fora apresenta um percentual maior de idosos (10,6%) quando comparados com os dados gerais do estado de Minas Gerais (9,08%), bem como da capital Belo Horizonte (9,14%), e até mesmo do Brasil (8,56%). O número de idosos em Juiz de Fora corresponde a 48.300 (IBGE, 2000). Um número tão expressivo de idosos na cidade e a ausência de estudos populacionais na mesma justificam o interesse em avaliar a prevalência de sintomas depressivos nessa parcela da população, bem como avaliar como está a percepção da qualidade de vida geral e por domínios uma vez que estudo prévio feito pelo PENSA (Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável) confirmou a posição de alguns profissionais que lidam com o envelhecimento em Juiz de Fora quanto ao envelhecimento bem sucedido que aparentemente vem acontecendo nessa cidade em função da qualidade de vida objetiva que eles delegam à cidade, o que justifica investigarmos empiricamente esse fenômeno. Assim, a relevância desse trabalho está em avaliar a percepção da qualidade de vida de idosos residentes na comunidade na cidade de Juiz de Fora que apresentam ou não sintomas depressivos avaliados pela escala desenvolvida por Radloff em 1977, a CES-D - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale- uma vez que, apesar da forte relação entre tais variáveis, existem pouquíssimos estudos investigando como ela se dá entre idosos residentes na comunidade, privilegiando sempre idosos institucionalizados ou que procuram por algum serviço primário de saúde. Como exemplo, podemos citar o projeto LIDO (Longitudinal Investigation of Depression Outcomes) do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como um dos esforços no sentido de se avaliar longitudinalmente a relação entre sintomas depressivos (avaliados pela CES-D) e qualidade de vida (avaliada pelo WHOQOL-BREVE). Entretanto, o foco desse projeto não é a população idosa residente na comunidade, mas sim pacientes que procuram serviços de cuidados primários à saúde em seis países incluindo o Brasil (Fleck, Lima, Louzada Schestasky, Henriques, Borges, Comey e Grupo Lido, 2002).

Ainda quanto ao envelhecimento populacional, cabe ressaltar que ele não acontece de forma semelhante em todo o mundo, diferindo entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Nos primeiros, houve a previsão desse fenômeno que acontece de forma gradativa, seguido por modificações na estrutura da sociedade, a tempo de reorganizar seus sistema previdenciário, de saúde, etc.. O aumento da população idosa aconteceu às custas de uma melhoria em sua qualidade de vida (Gazalle, Lima, Tavares e Hallal, 2004). O mesmo não acontece nos países em desenvolvimento, onde a mudança foi mais rápida e sem planejamento anterior, e o envelhecimento da população vem ocorrendo num cenário de pobreza e despreparo, obrigando o sistema previdenciário, o sistema de saúde e a sociedade em geral a responder por uma demanda para o qual eles não estavam preparados. Neles, o aumento da população idosa aconteceu devido a melhorias da tecnologia médica, curando doenças antes fatais (Gazalle, Hallal & Lima, 2004). Nos países em desenvolvimento, os direitos humanos (educação, moradia, trabalho, segurança pública, etc.) têm influenciado a qualidade de vida de maneira significativa (Knorst, et al., 2001). Assim, o envelhecimento populacional, que vem ocorrendo na América Latina, distingui-se pelo seu rápido crescimento, situação de pobreza e iniquidade que comprometem a qualidade de vida para os idosos. No Brasil, isso se deve principalmente à redução da mortalidade infantil e ao declínio acentuado da fecundidade - média de 6 filhos por mulher entre as décadas de 40 e 60, de 5 filhos na década de 70, de 4 na de 80 e de 2 em 1991 e 2000 - (Brito & Litvoc, 2004, Camarano, 2002, Camarano, 2005).

Tem sido observado um aumento da esperança de vida ao nascer. Hoje o número de idosos é de 14,6 milhões (8,6% do total) e a esperança de vida ao nascer é de 73 anos para as mulheres e 65 para os homens. No Brasil, segundo projeções feitas de 1950 a 2025, a população geral crescerá 5 vezes e a idosa 15 vezes, fazendo jus à sexta posição no mundo com aproximadamente 32 milhões de pessoas a partir dos 60 anos. Além de haver um

crescimento mais elevado da população idosa, a proporção da população maior de 80 anos também está aumentando, envelhecendo, o que leva à heterogeneidade do grupo de pessoas maiores de 60 anos (Camarano, 2002).

Ao longo da última metade do século XX a tecnologia médica para o tratamento de doenças como câncer, diabetes e outras desordens tem salvado, prolongado e melhorado a vida de milhões de pessoas, tanto homens quanto mulheres (Wyshak, 2003). Apesar disso, com o envelhecimento da população, aumentam a prevalência de perdas, incapacidades e doenças crônico-degenerativas, que segundo a Organização Mundial de Saúde serão a principal causa de morte e incapacidade no mundo em 2020, e dentre essas doenças incluem-se também a depressão e a demência (Jiang, Tang, Futatsuka e Zhang, 2004). Segundo Brito e Litvoc (2004), a Organização Mundial de Saúde estima que em 2020 três quartos de todas as mortes ocorridas em países em desenvolvimento estarão relacionadas ao processo do envelhecimento, como câncer, doenças circulatórias e diabetes. No Brasil, os Indicadores de Condições de Vida do Governo Federal (Camarano, 2005) indicam como principais doenças que afetam o idoso as pneumonias, hipertensão, artrite ou reumatismo e depressão (avaliada pelo CID-10), sendo essa, a quinta entre elas. Já as principais causas de morte levando-se em consideração ambos os sexos, são: doenças do aparelho circulatório, achados anormais em exames não classificados, neoplasias (tumores), e doenças do aparelho circulatório. Assim, a prolongação da vida pode ser acompanhada de uma prolongação de um estado de saúde deficiente onde o aumento da longevidade seria compensado com uma diminuição da qualidade de vida do idoso. Por isso, o objetivo da prática em gerontologia, segundo Havighurst (1961), tem sido o de adicionar vida aos anos mais que anos à vida para que possam ter satisfação e qualidade de vida (citada em Cerrato & Tróconiz, 1998, p. 27). Portanto, o interesse na qualidade de vida deve-se ao aumento na expectativa de vida.

Diversas definições têm sido propostas para o envelhecimento. Ele pode ser caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, no qual interagem múltiplos fatores biológicos, psíquicos e sociais (Brito & Litvoc, 2004). Neto (2002) define envelhecimento, de forma um pouco mais complexa, como sendo caracterizado por um processo dinâmico e progressivo, com alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que impõem ao indivíduo uma alteração em sua capacidade de se adaptar em relação ao meio ambiente, o que leva a uma maior vulnerabilidade e incidência de fenômenos patológicos, podendo estes culminar com a morte. O envelhecimento fisiológico leva a um déficit normal nas reservas funcionais do organismo que pode levar à dificuldades de adaptação, por problemas físicos ou funcionais e que podem acabar comprometendo a qualidade de vida (Knorst, et al., 2001). As Nações Unidas escolherem os 60 anos para definir a pessoa idosa ressaltando que, basear-se apenas na idade cronológica para implementar políticas sociais pode ser discriminatório e contraprodutivo para o bem-estar (*World Health Organization –WHO*, 2002). Stein e Moritz do WHO (1999) definem envelhecimento como um processo de progressivas mudanças na estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos e que ele é um processo que se inicia antes do nascimento e continua ao longo da vida. Para a demografia, no Brasil, idoso é aquele que apresenta 60 anos ou mais, apesar de nos países desenvolvidos, muitos pesquisadores adotarem a idade de 65 anos para definir envelhecimento.

Os primeiros interesses no estudo do envelhecimento humano podem ser endereçados a alguns teóricos como Erinkson, Loevinger e Maslow, dentre outros. Entretanto, esses teóricos possuíam uma visão bastante negativista e/ou disfuncional do envelhecimento humano, caracterizando-o como uma fase de declínios e perdas, onde o que restava ao indivíduo que envelhece era esperar pela morte e se resignar com o que não poderia mais ser realizado na vida. Esta visão ainda exerce bastante influência em profissionais menos

informados e na sociedade e leva a diversos preconceitos e estereótipos a respeito da velhice. Sob a influência dos primeiros estudiosos que se propuseram a teorizar sobre o envelhecimento humano, as pesquisas mais recentes ainda focam no estudo de aspectos patológicos do desenvolvimento humano, como perda da saúde física, cognitiva (demência) e emocional, incluindo aqui os aspectos depressivos. A maioria dessas pesquisas investigava idosos asilares, hospitalizados ou que buscavam por serviços nos ambulatórios de saúde e, por esse motivo, tais pesquisas acabaram sendo enviesadas no sentido de se exacerbar os declínios e perdas. Infelizmente, a sociedade ainda vê o envelhecimento como associado à doença, o que acaba negligenciando a influência de aspectos sociais e demográficos. Para se investigar qualidade de vida e envelhecimento saudável deve-se ter uma compreensão mais abrangente e adequada de todos os possíveis fatores que fazem parte do dia-a-dia do idoso (Veras, 1999). De acordo com o modelo de percepção de bem-estar pelos idosos, Campbell (1976) defende um modelo no qual as variáveis sócio-demográficas influenciam as condições objetivas de vida que por sua vez influenciarão as avaliações subjetivas de diversos domínios até que afetam o bem-estar subjetivo geral do idoso (citado em Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Kunzmann, 1999, pp. 451-452). Nesse sentido, torna-se importante investigar algumas variáveis sócio-demográficas do idoso para se compreender sua percepção geral de bem-estar.

Estudar o envelhecimento como uma das fases componentes do desenvolvimento humano reflete uma mudança tanto no que diz respeito ao reconhecimento de sua importância enquanto uma etapa da vida quanto no que se refere à concepção tradicional de que no envelhecimento não ocorre desenvolvimento. Assim, muda-se a forma de abordar o tema que começa a focar não só as perdas, mas também, os ganhos que ocorrem nessa fase da vida. Ou seja, ao avaliar uma amostra de idosos residentes na comunidade, espera-se encontrar envelhecimento saudável, com pouca frequência de sintomas depressivos e percepção

positiva da qualidade de vida. Com o envelhecimento populacional previsto para os próximos anos, a preocupação deve ser maior na prevenção e potencialização da melhoria na qualidade de vida do que apenas nos aspectos curativos.

Só nos últimos anos surgiram pesquisadores que começaram a observar – influenciados pelos paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e sociologia (Néri, 2001) e dentro dele por novas teorias como a do Arco da Vida de Baltes (1990), por exemplo - que o envelhecimento não é uma fase de apenas declínios e perdas, mas que também podem ocorrer ganhos. Diversas variáveis que têm sido foco do interesse das pesquisas atuais, além dos aspectos patológicos, destacam-se a qualidade de vida e a satisfação com a vida, o suporte social, a sabedoria, dentre outras. Dentre tais variáveis, este trabalho privilegiou a qualidade de vida e os sintomas depressivos. A primeira, por ser um aspecto só recentemente valorizado como importante para a pesquisa e a segunda porque ainda é freqüentemente vista como algo inerente ao processo do envelhecimento. Buscou-se com esse trabalho compreender como idosos com sintomas depressivos e idosos sem tais sintomas percebem sua qualidade de vida, levando-se em consideração que tais variáveis (sintomas depressivos e qualidade de vida) estão freqüentemente relacionados na literatura por diversos autores como Blazer (2003), por exemplo, que afirma que o principal responsável pelo decréscimo da qualidade de vida em adultos idosos é a depressão.

Investigar depressão em idosos tem sido cada vez mais importante para esclarecer o que vêm realmente acontecendo no envelhecimento e o que é fruto de estereótipos e preconceitos, e também devido à falta de consenso entre os pesquisadores quanto à prevalência dessa patologia em indivíduos idosos. Entre aqueles que defendem que essa doença é muito prevalente e que freqüentemente é negligenciada por ser considerada como um processo natural do envelhecimento, encontram-se Gazalle, Lima, Tavares e Hallal (2004), por exemplo, que afirmam que, com o envelhecimento populacional, o estudo do

envelhecimento como um processo do ciclo vital merece ser considerado e a depressão, nessa fase da vida, merece atenção especial por apresentar frequência elevada e conseqüências negativas para a qualidade de vida dos idosos e de seus familiares, resultando em custos elevados para a sociedade em geral. Os sintomas depressivos na população idosa são um problema de saúde mental comum e também a maior questão de saúde pública devido a sua alta prevalência, trazendo numerosas conseqüências adversas para a saúde (Jiang, et al., 2004). Para esses autores, é muito importante para os idosos prevenir e reduzir a depressão para aumentar sua qualidade de vida e funcionamento físico.

Assim, estamos interessados tanto na percepção da qualidade de vida de modo geral, como faz a maior parte das pesquisas que a investigam, quando na percepção dessa qualidade por domínios específicos (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) dessa população, uma vez que quando os estudos levam em conta alguma variável específica, normalmente enfatizam o suporte social, a satisfação com a vida e o desempenho nas atividades de vida diárias (AVD's), não levando em consideração a influência de outros domínios. Poucos estudos avaliaram a qualidade de vida por faceta, sendo um dos que o fez o desenvolvido por Arnold, Ranchor, Sanderman, Kempen, Ormel e Suurmeijer (2004) que avaliaram a influência que cada faceta exercia sobre a qualidade de vida geral para diferentes doenças crônicas e demonstraram a relevância de se investigar essa relação, uma vez que nem sempre quando se questiona o idoso como vai sua qualidade de vida ele leva em conta, na resposta, todos os domínios, e às vezes fornece uma resposta baseada mais em uma faceta que em outra. Assim, a resposta à pergunta sobre a qualidade de vida geral pode ser positiva, mas quando se avalia por domínio, percebe-se que pode não estar tão boa como eles relatam, havendo uma discrepância na percepção da qualidade de vida geral e quando considerada por domínios. Browne et al. (1997) também ressaltaram a importância de se estudar qualidade de vida por domínios de acordo com a importância que o respondente dá a cada um deles,

utilizando-se do instrumento Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). Finalmente, como salientam Borglin, Edberg e Hallberg (2004), é importante investigar o entendimento dos idosos sobre as diversas áreas de qualidade de vida a fim de se investigar quais domínios são mais importantes de acordo com cada grupo de idade, principalmente, entre os idosos com mais de 75 e 85 anos em amostras comunitária, uma vez que freqüentemente, eles têm boa saúde.

Quanto ao aspecto teórico do estudo do envelhecimento, historicamente pode-se dizer que, com a passagem da Psicologia da Idade para a do Idoso até chegar à do Envelhecimento, houve uma mudança na forma de abordar os temas relacionados ao envelhecimento, partindo de uma perspectiva que buscava encontrar as diferenças entre as idades, passando por outra que buscava identificar características comuns ao indivíduo idoso, até chegar em uma que visa estudar o envelhecimento enquanto processo (Schroots, 1996). Apesar disso, as pesquisas atuais buscam simultaneamente diferenças entre as idades e as peculiaridades dos idosos, uma vez que o estudo do envelhecimento, enquanto processo, exige metodologia longitudinal e de coorte seqüencial, o que é ainda bastante difícil para as pesquisas brasileiras.

A perspectiva do envelhecimento bem-sucedido tem sido bastante empregada atualmente na gerontologia para investigar a qualidade de vida no idoso. Cada vez mais os trabalhos recentes em gerontologia concentram-se em questões como a plasticidade e a qualidade de vida na idade avançada (Baltes, 1997). Essa abordagem se faz importante neste trabalho uma vez que permite desmistificar noções preconceituosas e estereotipadas a respeito do processo do envelhecimento, como a de que o idoso é deprimido ou não apresenta boa qualidade de vida em função das perdas, por exemplo, uma vez que postula que no envelhecimento há adaptação.

A depressão surgiria então como uma alteração no curso do desenvolvimento normal em que os recursos disponíveis pelo idoso não seriam suficientes para que ele consiga adaptar-se a uma nova situação estressante. Ainda não existe, no estudo do desenvolvimento humano, uma teoria específica que explique possíveis psicopatologias como a depressão, por exemplo, no processo de desenvolvimento do idoso. Para dar conta da psicopatologia da depressão em idosos, essa proposta de investigação adotou o modelo de diátese-estresse proposto de Gatz (1998), em que ela faz uma junção de alguns pressupostos da Abordagem Lifespan de Paul Baltes, (que será mais detalhadamente descrita no item “Qualidade de vida e envelhecimento bem sucedido”). Gatz (1998) salienta que a perspectiva Lifespan reconhece o envelhecimento com sendo influenciado por todas as etapas da vida, e considera cinco conceitos principais dessa abordagem: Identidade, que seria a manutenção de um senso de identidade apesar das mudanças intraindividuais; Coorte, que corresponderia a um período histórico ou geração; Interações Múltiplas, que seriam as influências normativas e não normativas, considerando o desenvolvimento multidirecional (consistindo de ganhos e perdas) e multidimensional; Diversidade, que corresponde à heterogeneidade presente entre os idosos e; Agência, que seria o papel ativo do idoso em seu próprio desenvolvimento. Segundo Neri (2001b), o senso de auto-eficácia, que, para Bandura, (2000) seria um dos mecanismos de auto-regulação do self, e, o senso de agência, podem sofrer alterações quando existe fragilidade e dependência, mas, os idosos preservam a capacidade de desenvolver estratégias compensatórias emocionais que lhes permitem manter o equilíbrio. Segundo Néri (2001), as crenças de auto-eficácia determinam o bem-estar subjetivo na velhice normal e patológica. Com base na ênfase do papel ativo do idoso sobre seu próprio desenvolvimento, surgiu o conceito de envelhecimento ativo (WHO 2002), que seria o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança no envelhecimento para melhorar a qualidade de vida enquanto pessoa idosa, incluindo aquelas frágeis, deficientes e que necessitam de cuidados,

em que o termo “ativo” não se refere apenas a habilidade para estar fisicamente ativo ou para participar da força de trabalho, mas sim para continuar a participação social, econômica, cultural, espiritual, civil, etc, de acordo com seus desejos, capacidades e necessidades.

Segundo Gatz (1998), mais recentemente, Baltes salientou (Baltes, 1991, 1993; Baltes & Baltes, 1990, Staudinger et al. 1995) sete proposições para descrever a natureza do desenvolvimento humano, que seriam: a heterogeneidade ou variabilidade interindividual (acima citada), a distinção entre normal, ótimo e patológico, a capacidade de reserva (que representaria uma reserva homeostática levando a um equilíbrio) e plasticidade, o funcionamento cognitivo e a resiliência do indivíduo, ou sua capacidade de adaptação, frente às perdas, situações estressantes, etc., que, segundo ela, Baltes descreve esse processo em termos de seleção e otimização com compensação (SOC), em que o idoso lança mão de estratégias de controle primárias (ex. mudanças no ambiente) e secundárias (ex. mudanças na cognição). Neste modelo, os transtornos mentais em idosos resultariam da interação entre três fatores: diáteses, que corresponderiam a predisposições genéticas, nível de vulnerabilidade inata ou adquirida; estresse, que seriam eventos de vida negativos (Gatz, Kasl-Godley & Karel, 1996) ou uma determinada exposição ao ambiente que requer adaptação e; os fatores protetores individuais ou resiliência.

O modelo de Gatz (1998) de psicopatologia e envelhecimento baseia-se em quatro proposições:

1. Eventos de desenvolvimento e processos de diátese, estresse e resiliência combinam-se para determinar transtornos mentais na velhice, sendo que as vulnerabilidades e estressores têm sua própria trajetória de desenvolvimento e podem, portanto, sofrer alterações com o passar do tempo. Assim, a vulnerabilidade biológica, psicológica e os eventos estressantes são o que podem levar à depressão ao longo da vida. Nesse sentido, Fiske, Gatz e Pedersen

(2003) avaliaram longitudinalmente os efeitos de doenças e de eventos não relacionados à saúde no surgimento de sintomas depressivos em idosos, e encontraram que estado de saúde e eventos negativos de vida foram correlacionados com sintomas depressivos.

As vulnerabilidades mudam ao longo do desenvolvimento seja pelo contexto, pelas influências sociais, culturais, genéticas, biológicas, etc., e podem levar a sintomas depressivos. Entretanto, ressalta-se que mais importantes que os fatores objetivos que afetam os idosos é a sua percepção do mesmo, o que explica porque idosos que sofrem tantos eventos estressantes no envelhecimento, como perdas em saúde e no suporte social, por exemplo, ainda conseguem avaliar sua vida satisfatoriamente. Segundo Baltes (1998), existe uma correlação negativa entre SOC e idade cronológica. Com o aumento da idade, existe uma tendência cada vez menor dos idosos se engajarem em comportamentos relacionados às estratégias de SOC. Isso pode acontecer devido a dois motivos principais: ou é porque suas alternativas de metas e domínios são mais restritas em função da limitação de seus recursos internos ou externos, ou seja, eles selecionam em que investir; ou porque ajustam suas metas face à diminuição de recursos e competências (compensação). Cabe ressaltar, entretanto, que os idosos não deprimem necessariamente frente à determinada vulnerabilidade, pois também ocorrem ganhos com o envelhecimento, ou seja, desenvolvem a integridade do ego, estratégias de enfrentamento mais maduras ou efetivas, mecanismos de defesa mais eficientes, têm um ganho na sabedoria, etc., ou seja, eles aprendem a recorrer às suas capacidades de reserva. Segundo Baltes e Lang (1997), existem idosos ricos e pobres em recursos pessoais e os efeitos negativos de idade são maiores entre os pobres em recursos. Assim, a avaliação e a ativação dos recursos pessoais maximizam a qualidade de vida e diminuem as diferenças etárias de depressão. Quando os recursos são escassos, eles fazem mudanças adaptativas em suas metas (flexibilidade). Nesse sentido, Freire (2000) aponta que com base em suas experiências de sucesso e fracasso ao longo da vida, e com relação às suas

expectativas em relação a si mesmos e ao futuro, os idosos são capazes de ajustar seus projetos de vida de acordo com as condições presentes.

Gatz (1998) ressalta que, apesar das diáteses biológicas tenderem a aumentar com a idade, em termos psicológicos os idosos são cada vez menos vulneráveis. Quanto à dimensão do estresse, os eventos de vida têm mostrado relações inconsistentes com a depressão em idosos, ou seja, apesar da frequência com que eventos estressores são apresentados aos idosos, os eventos negativos influenciam mais os jovens, sendo as relações desses eventos com a depressão, mais fortes entre os jovens que entre os idosos (Gatz et al., 1996).

2. Gatz et al. (1996) e Gatz (1998) salientam que a etiologia depressiva difere de acordo com a idade de início. Dessa forma, a depressão na velhice ou é normalmente resultado de algo que começou no passado e se mantém ou exacerba ou, quando aparece pela primeira vez nessa fase da vida, está relacionada a elementos fisiológicos e tende a diminuir com o aumento da idade. Gatz (1998) ressalta que seriam necessários estudos longitudinais para se investigar o momento certo da depressão, o que, segundo ela, ainda são poucos, deixando-nos na dependência de resultados de estudos transversais.

3. O surgimento dos transtornos depende, em parte, das capacidades de reserva do indivíduo. Dessa forma, nos indivíduos com grandes reservas, as perdas não levariam a transtornos enquanto que nos indivíduos com menos reservas, mais influenciados negativamente pelo estresse, tenderiam mais a apresentar transtornos depressivos. Segundo Freire (2000), os idosos têm importantes reservas para o desenvolvimento que podem ser ativadas, e que, em condições favoráveis, podem manter potencial para funções em altos níveis e para adquirir novos conhecimentos, respeitando-se a capacidade de reserva latente (Baltes, 1991)

determinada pela plasticidade individual e pelas diferenças individuais em relação à adaptabilidade.

4. A resiliência está diretamente relacionada à avaliação subjetiva dos recursos de enfrentamento, tanto os internos quanto os sociais e financeiros. Dessa forma, avaliações positivas ou negativas de bem estar psicológico refletem na qualidade de vida dos indivíduos e dizem respeito às dificuldades de enfrentamento e de se recuperar dos efeitos dos estressores. Dessa forma, o otimismo favorece a resiliência e a adaptação, e o negativismo seria um fator de risco para a depressão. Otimismo e saúde física estão relacionados no envelhecimento e a saúde percebida é um forte preditor de longevidade. O otimismo inclui a crença na agência pessoal e a possibilidade de mudança (Seligman, 1991, citado por Gatz, 1998). Segundo os Indicadores de Condições de Vida do Governo Federal (Camarano, 2005), com o aumento da idade, as auto-avaliações de saúde por parte dos idosos tornam-se cada vez mais positivas.

Aqui a regulação da emoção, que pode ser considerada uma especialização emocional, seria um fator protetor da depressão na velhice, da mesma forma que o suporte social (Carstensein, 1991, 1995) que produz bem-estar e resiliência do self e diminui a vulnerabilidade à depressão. Assim, o suporte social na velhice regula a emoção.

PROPOSTA E OBJETIVOS

O presente estudo partiu de uma pesquisa inicial, por mim realizada como monografia de conclusão de curso de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora, em que se investigou se o Suporte Social (qualitativo e quantitativo) influenciava a relação entre Idade e Depressão (Macêdo & Cupertino, 2003), tendo sido corroborada a correlação entre o Suporte

Social Qualitativo com essas variáveis. Partindo desses dados, e considerando-se o suporte social como apenas um dos aspectos que compõem a qualidade de vida, e que atua como fator protetor de sintomas depressivos, este estudo pretendeu ampliar a investigação, avaliando a percepção dos idosos (com e sem sintomas depressivos) de sua qualidade de vida, considerando a influência que cada domínio específico da qualidade de vida apresenta e levando-se em consideração a influência de variáveis tais como: idade, gênero, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico. Segundo Stein e Moritz (1999), fatores sócio-econômicos como desvantagens econômicas e ameaças ambientais podem afetar o processo do envelhecimento por predispor a doenças ao longo da vida. Eles também salientam importantes diferenças de gêneros no envelhecimento. Da mesma forma, as variáveis sócio-demográficas, exceto idade, mostram-se associadas ao diagnóstico da depressão (Veras, Coutinho & Coeli, 1997).

Neste trabalho, adotamos a definição de qualidade de vida proposta pelo WHOQOL Group (Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde) e estamos interessados não apenas na qualidade de vida geral, mas sim nas facetas ou domínios do instrumento, ou seja, no segundo nível de análise. Utilizaremos o Whoqol-brief ou Whoqol-breve como instrumento para avaliar a qualidade de vida por conter tanto questões genéricas quanto por avaliar os domínios separadamente.

Objetivos

Por ser um estudo transversal, o objetivo geral desse trabalho, foi investigar a percepção que os idosos tinham, no momento da entrevista, de sua qualidade de vida geral e por domínios, levando-se em conta a presença ou ausência de sintomas depressivos e as condições socioeconômicas como seu gênero, idade, estado civil, anos de escolaridade e

renda, e fornecer embasamento empírico e teórico para pesquisas futuras. Os objetivos específicos foram:

- 1)- Investigar se existia alguma diferença na percepção geral e nos domínios específicos (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) da qualidade de vida em idosos com e sem sintomas depressivos.
- 2)- Investigar para ambas as amostras (idosos com sintomas e sem sintomas depressivos):
 - Se existiam diferenças, na qualidade de vida, quanto ao gênero.
 - Se existiam diferenças na qualidade de vida quando a amostra era estratificada por idade, buscando investigar possíveis diferenças na percepção da qualidade de vida por faixa etária (60-64, 65-69, 70-74, 75-79 e maiores de 80 anos).
- 3)- Investigar a importância relativa das variáveis sócio-demográficas (gênero, idade, estado civil, renda e escolaridade) e da percepção da qualidade de vida na presença de sintomas depressivos.

REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura abordará, inicialmente, características da depressão em idosos. Posteriormente, serão discutidos a qualidade de vida nos idosos e os principais fatores que a influenciam e, finalmente as relações entre ambas as variáveis. A revisão pretende analisar algumas pesquisas realizadas com a população idosa, dentro e fora do Brasil, quanto à depressão, a qualidade de vida e sua provável interação, considerando-se a possível influência de variáveis sócio-demográficas. Serão descritas brevemente, as principais tendências teóricas que fundamentaram a investigação em qualidade de vida nos idosos, até chegar a perspectiva que se tem hoje, que é a do curso da vida.

Depressão no Envelhecimento

Com o envelhecimento da população e o surgimento e agravamento de diversas doenças nessa fase da vida, uma das doenças mentais mais investigadas nos idosos têm sido a depressão (Veras, Coutinho & Coeli, 1997, Almeida & Filho, 2000). Muitas vezes o seu diagnóstico chega a ser banalizado acarretando em que qualquer alteração natural do humor freqüentemente seja rotulada como depressão. A literatura ainda não superou o debate sobre a depressão ser ou não mais prevalente em idosos do que em jovens, bem como se ela apresenta ou não características diferentes para os diferentes grupos etários. Apesar de haver trabalhos que apontem para uma maior prevalência dessa síndrome entre idosos, a maioria deles defende que a prevalência é a mesma entre eles.

Além da prevalência, parece haver diferenças entre os sintomas depressivos apresentados nos idosos e em outras faixas etárias, e até mesmo entre os idosos mais jovens e aqueles mais velhos.

De qualquer forma, pesquisas mais recentes vêm buscando observar as semelhanças e diferenças na prevalência e tipo de sintomatologia depressiva entre os próprios idosos, respeitando mais a heterogeneidade tanto do processo do envelhecimento por si mesmo quanto das possíveis formas de manifestação de patologias que podem estar afetando essa fase do desenvolvimento humano. Apesar do debate, a literatura vem alcançando consenso de que a depressão em idosos é bastante heterogênea em seu diagnóstico, tratamento e etiologia (Blazer, 1998, 2003, Tavares, 2004).

Apesar de não haver uma definição de depressão específica para o idoso, sabe-se que ela está relacionada a perdas na saúde física, cognitiva e social e que ela pode ser tanto a causa de outros problemas de saúde (Jiang, et al. 2004) quanto consequência desses problemas, ou de perdas sociais, econômicas, etc.. A relação de causalidade só poderia ser

esclarecida por meio de estudos longitudinais, que são escassos no Brasil, devido às demandas de tempo e recursos financeiros para tal.

O termo “Depressão” vem sendo utilizado popularmente para designar tanto a tristeza, que é um estado afetivo normal, quanto a um sintoma, uma síndrome ou uma ou várias doenças (Del Porto, 1999). Enquanto sintoma, ela poderia surgir nos mais variados quadros clínicos ou ocorrer como resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas. Enquanto síndrome incluiria alterações do humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono e apetite) e, enquanto doença tem sido classificada de várias formas dependendo do período histórico, preferência do autor ou ponto de vista adotado, dentre elas: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, etc.. Na investigação aqui proposta, trabalhamos com a depressão enquanto sintoma, sendo que os sintomas depressivos podem ser considerados aqueles que fazem parte da síndrome depressiva, por exemplo, os relacionados nos códigos de diagnóstico para a depressão, ou aqueles que constam em escalas de avaliação para a depressão (Stopp Jr. & Neto, 1999). Neste caso, consideraremos os sintomas presentes na CES-D, ou melhor, poderíamos dizer mais acertadamente, a partir da escala escolhida, que estamos investigando estados de desvalorização e desconforto emocional (Jorge & Silveira, 2000) presentes na semana anterior à entrevista. Cabe ressaltar que a literatura usa os termos “depressão menor” e “subclínica” quando os sintomas depressivos não são fortes o bastante para serem enquadrados em critérios diagnósticos tais como os do DSM-IV.

Prevalência da Depressão e Problemas Metodológicos Relacionados

Klerman (1988) aponta que o aumento na prevalência de depressão se deu após a Segunda Guerra Mundial e que a incidência se tornou cada vez mais precoce com aumento no risco para a população feminina.

A depressão ainda é fonte de muitas divergências entre os pesquisadores, com alguns defendendo essa patologia como uma das mais frequentes entre os indivíduos idosos (Carvalho & Fernandes, 2002, Stopp Jr. & Neto 1999a). Scazufca (2004) afirma que a depressão é a doença mental mais prevalente entre os idosos, em torno de 15% a 20% deles apresentam sintomas depressivos. Outros, dentre eles, Cameron (1956) afirmam que os índices de prevalência e incidência da depressão entre os idosos não são maiores que aqueles encontrados para qualquer outra parcela da população, ocorrendo apenas em situações específicas (citado por Blazer, 2003a, p. 135). Snowdon (2002) salienta que o fato da incapacidade (deficiência) ser mais comum na idade avançada e que como as deficiências estão relacionadas à alta prevalência de depressão, não faz sentido sugerir, como alguns estudos propõem, que a depressão seja menos comum na terceira idade.

Tais divergências ocorrem devido às diversas variações nos índices de incidência e prevalência da depressão entre idosos, dificultando a possibilidade de se estabelecer um único número como representativo da prevalência da depressão entre eles. Carvalho e Fernandes (2002) afirmam que as taxas de prevalência nas pesquisas que investigaram depressão nos últimos 30 anos apontaram para uma margem de variações entre 5% e 44%, e ainda não existe um consenso quanto ao aumento da prevalência da depressão depois dos 60 anos de idade. Blazer e Williams (1980) e Aguiar e Dunningham (1993) encontraram que os sintomas depressivos estão em torno de 15% entre os idosos, o que seria uma estimativa semelhante à encontrada em outras faixas etárias. Krach, DeVaney, DeTurk e Zink (1996) também

encontraram em seus resultados que idosos-idosos não são mais deprimidos que os adultos jovens. Carvalho e Fernandes (2002) citam o estudo epidemiológico da área de Catchment (ECA) realizado com idosos, em que apesar de ter havido um certo declínio na taxa de prevalência da depressão em idosos, a depressão menor, mascarada e secundária por doenças clínicas ou orgânicas apresentam prevalência maior no idoso do que nos indivíduos mais jovens. Segundo Forlenza (2000a), estudos epidemiológicos como aqueles realizados por Blazer et al. (1988) e Romanoski et al. (1992) enfocando a ocorrência de sintomas depressivos em idosos vivendo em comunidade, demonstram que a depressão menor e a atípica são os achados mais comuns nessa faixa etária, mas que, mesmo se todas essas condições fossem agrupadas, o que se observa é que a prevalência dos quadros depressivos não se reduz à terceira idade. Lima (1999), afirma que existem mais dados relativos à depressão maior e a distímia, que são os transtornos depressivos mais graves ou persistentes, e que as informações são mais limitadas quanto à distribuição e aos fatores associados a transtornos depressivos leves ou moderados e de curta duração, apesar destes últimos serem igualmente importantes em função de sua alta prevalência na comunidade e em serviços de atenção primária à saúde Almeida et al. (1997) e de comprometer a qualidade de vida do idoso, como afirma Snowdon (2002). Nesse sentido, Snowdon (2002) cita um estudo realizado por Sartorius (2001) que notou uma alta prevalência de desordens depressivas (15,8%) entre pessoas que faziam uso de serviços de saúde geral no Rio de Janeiro e que a prevalência dessas desordens aumenta consideravelmente entre aqueles que tem doenças físicas crônicas. Esse resultado está de acordo com o que coloca Lavretsky (2002) de que a depressão geriátrica ocorre frequentemente com uma variedade de perdas crônicas nas condições de saúde.

Snowdon (2002) afirma que os estudos que comparam os índices de depressão em diferentes grupos de idade têm levado a descobertas inconsistentes. Ao revisar um artigo de

Jorm (2000), onde esse autor avaliou as variações associadas à idade nos escores de escalas que medem sintomas depressivos, encontrou que em cinco deles os escores aumentavam com o aumento da idade, em quatro não houve diferenças nos grupos de idade, dois demonstraram uma queda (baixa) seguida por um aumento e três mostraram uma diminuição. Outros estudos mostraram diferenças quanto às idades propícias para os picos de depressão. No Epidemiologic Catchment Area_ ECA, por exemplo, o pico de depressão ficou entre os 25 e 44 anos (Regier *et. al.*, 1993). Dos três estudos citados por Snowdon (2002), dois -Bland, Newman e Orn (1988) e Fichter *et al.*, (1996)- encontraram picos de depressão entre 55 e 64 anos e outro (Lehtinen *et. al.*, 1990) entre 60 e 69 anos. Prince *et al.* (1999), avaliando idosos com mais de 65 anos em 14 países da Europa, não encontraram uma tendência geral para a prevalência da depressão no sentido de aumentar ou diminuir com o aumento da idade. Blay *et al.* (1991) utilizaram a Clinical Interview Schedule para identificar casos psiquiátricos em pessoas acima de 65 anos em Mannheim (Germânia) e São Paulo, sendo que os estados depressivos de São Paulo foram de 14,3% e de 9,6% em Mannheim.

Segundo Carvalho e Fernandes (2002) a Organização Mundial de Saúde estima que de 30% a 35% da população maior de 60 anos vivendo em países industrializados, sofrem de algum distúrbio mental, sendo que em cada 10 idosos, pelo menos um sofre de depressão. Blazer e Williams (1980) em estudo realizado com 997 idosos na comunidade, encontraram prevalência de 14,7% de sintomas depressivos. No Brasil, no estado da Bahia, Aguiar e Dunningham (1993) Stoppe Jr. e Neto (1999a) encontraram prevalência de 15%. Em São Paulo, a prevalência foi de 14,3% (Scazufca, 2004). Num estudo realizado por Veras (1987), na cidade de Pelotas, utilizando a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), foi encontrada prevalência de 20% de humor deprimido e, segundo esse autor, o humor deprimido pode variar entre 19,1 e 35,1% no Município do Rio de Janeiro. Em outro estudo realizado pela Fundação João Pinheiro em 1993, a prevalência foi de 32%. De modo geral, segundo Blazer

(2003^a), estudos populacionais com idosos têm encontrado prevalência de sintomas depressivos em torno de 15%.

Quando se fala dessas diferenças encontradas nos índices de prevalência da depressão na população idosa, deve-se levar em conta que esses índices estão diretamente influenciados por problemas metodológicos de definição do termo depressão e suas diversas possibilidades de classificação, pela etiologia, pelo instrumento utilizado, pelo tipo de delineamento de pesquisa que geralmente é transversal, pela amostra escolhida (comunitária, que procuram por serviços de saúde ou institucionaliza; diferenças no número de idosos jovens e de idosos-idosos que compõem a amostra), pelo critério diagnóstico, características demográficas, culturais e de saúde geral da população (Sczufca, 2004; Snowden, 2002; Filho & Almeida, 2000; Lima, 1999).

A consideração a respeito da etiologia da depressão pode afetar tais índices, uma vez que as pesquisas ou tendem a desconsiderar uma das possibilidades etiológicas (biológica, psicológica e social) ou a priorizar somente um delas como mais significativa em indivíduos idosos do que outras faixas etárias e por isso merecem ser investigadas. Carvalho e Fernandes (2000), por exemplo, afirmam que “a influência de fatores psicossociais na origem da depressão desempenha papel mais significativo no idoso do que no jovem” (p.160).

A definição utilizada para a depressão, também pode afetar os índices uma vez que ela pode estar sendo considerada enquanto um sintoma - podendo estar presente em outros distúrbios sem ser exclusivo de nenhum deles; uma síndrome onde ocorrem variados sintomas psíquicos e somáticos; ou uma doença – com alterações afetivas significativas (Ballone, Neto & Ortalani, 2002). O problema da definição reside no fato de, por exemplo, se a depressão estiver sendo considerada como uma doença, ela exige critérios diagnósticos mais rigorosos do que se estivesse sendo considerada enquanto um sintoma, e,

conseqüentemente, os índices de prevalência seriam mais baixos em função do rigor do critério diagnóstico.

A classificação da depressão está intimamente ligada à definição da depressão e sofre o mesmo problema. Pode ser considerada de forma variada nos diferentes estudos e, dependendo da classificação adotada, pode alterar os índices de prevalência. Se for levado em consideração o Código Internacional de Doenças (CID-10), por exemplo, pode ser considerada, grosso modo: leve, moderada ou grave. Se o critério for o DSM-IV, estará baseada na frequência dos sintomas e em sua duração de no mínimo duas semanas.

O instrumento utilizado seja de diagnóstico, de rastreamento, escalas, questionários, etc., também podem alterar os índices de prevalência uma vez que muitos deles foram construídos para serem utilizados com a população jovem ou adulta (Jiang *et al*, 2004), muitas vezes portadores de alguma patologia, ou desenvolvidos em outros países e apenas adaptados à população brasileira. Além disso, no Brasil, segundo Tavares (2004), constata-se uma carência de instrumentos válidos para se investigar sintomas depressivos. De acordo com ela, apenas a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi validada, mas é um instrumento de avaliação de possíveis casos de depressão maior e não inclui itens somáticos. Cathy, Stanislav e Daniel (1986) salientam escalas como a CES-D apresentam muitos fatores fisiológicos ou somáticos em seus itens, o que poderia levar a crer que os idosos que estejam com mais problemas de saúde física pareçam mais deprimidos, quando na verdade podem não o ser (citado por Jiang *et al.*, 2004, p. 1345). Entretanto, Gatz e Hurwicz (1990) avaliaram pessoas de 20 a 98 anos e encontraram que os idosos não apresentavam mais sintomas somáticos que os mais jovens. Nesse sentido, surgiram diversas questões em torno da validade e das outras propriedades psicométricas desses instrumentos. Como os sintomas depressivos podem diferir até mesmo entre os idosos, o ideal é considerar instrumentos que não excluam nenhum tipo de item. A CES-D apresenta sintomas de afeto depressivo,

somáticos, psicomotores e interpessoais (Silveira & Jorge, 2000). Blazer (2003) considera que o Inventário Beck de Depressão (BDI), a CES-D e a GDS (escalas com índices próprios), a Escala Indicativa de Depressão de Hamilton (HDRS) e a Escala Indicativa de Depressão de Montgomery Asberg –MADRS- (índices determinados por clínicos em entrevistas semi-estruturadas) demonstram a variedade dos sintomas, e a intercorrelação na maioria dos estudos quanto aos resultados usando essas escalas é bastante alta. Por isso, a frequência dos sintomas depressivos varia muito pouco entre um estudo e outro, apesar do uso de instrumentos diferentes.

Assim, o diagnóstico da depressão em idosos é severamente prejudicado devido à dificuldade de reconhecimento da depressão nessa população, que pode ser superestimada, quando usadas escalas de avaliação apontando índices superiores à realidade da população idosa ou subestimada, quando realizado o diagnóstico clínico (Stoppe Jr. & Neto, 1999a) e, neste caso, o diagnóstico só aconteceria, na maior parte das vezes, quando o idoso já está num quadro crônico. Snowdon (2002) conclui assim, que apesar de alguns estudos reportarem a baixos índices de depressão entre indivíduos idosos, isso acontece porque esses estudos, na maioria das vezes, baseados em critérios diagnósticos como o DSM-IV, só detectam os casos mais graves de depressão. Assim, quanto maior rigor for aplicado, menores serão os índices de prevalência encontrados para a população (Jiang *et al.* 2004) excluindo dessas pesquisas a maior parte dos idosos que apresentam sintomas depressivos.

Quanto ao delineamento transversal, ele possibilita investigar mais os sintomas do que fazer um diagnóstico de depressão propriamente dito (Jiang, et al. 2004) por não acompanhar o idoso tempo suficiente. Entretanto, pesquisas longitudinais e de coorte-seqüenciais são dispendiosas e demandam tempo e financiamentos maiores. Os idosos com co-morbidades, principalmente associadas à demência, também tendem frequentemente a ser excluídos das pesquisas (Snowdon, 2002), levando às vezes, a resultados que subestimam a prevalência

dessa patologia na população. Carvalho e Fernandes (2002) salientam que até 40% dos casos de depressão não são diagnosticados, muitas vezes porque os quadros depressivos em idosos podem estar mascarados (Ballone, Neto & Ortalani, 2002); podem ser confundidos com outros tipos de doenças que também podem apresentar sintomas comuns à depressão (Ballone, Neto & Ortalani, 2002); ou ainda, podem apresentar certas peculiaridades em pessoas acima de 50 anos, como por exemplo, agitação, insônia inicial e hipocondria (Carvalho & Fernandes, 2002; Blazer, 1998; Blazer 2003a).

Finalmente, existe a confusão do estado de tristeza normal do idoso com a tristeza que pode ser sintoma da depressão. Sentimentos como a ansiedade, por exemplo, podem gerar medo, culpa, raiva ou mágoa, e permite que o idoso associe essas sensações com sintomas físicos, somatizando ou manifestando através de crises de angústia, insônia, tontura, palpitações, etc. (Carvalho & Fernandes, 2002). Além de tudo, a personalidade também influenciará os sintomas desenvolvidos por cada pessoa, podendo-se por isso mostrar-se bastante subjetivos (Ballone, Neto & Ortalani, 2002).

Gazalle, Hallal et al. (2004) fizeram um estudo objetivando pesquisar se os médicos estão ou não investigando depressão em idosos. Os sintomas investigados foram semelhantes àqueles verificados utilizando-se da escala CES-D. Conseguiram estimar a prevalência de 25% de investigação médica de depressão na última consulta. Assim, 76,6% dos idosos afirmaram que na última consulta o médico não perguntou se eles se sentiam tristes ou deprimidos, ou seja, apenas um quarto dos idosos foi questionado sobre tristeza e depressão na última consulta. Segundo eles esse dado é preocupante, uma vez que em sua amostra a prevalência de tristeza foi de 43%, ansiedade (48%) e falta de disposição (74%) e que a prevalência alta desses sintomas – que são os principais que compõem o quadro clínico da depressão - indicam que a magnitude desse problema na população é alta, mas vem sendo pouco investigada, negligenciada. Nesse sentido, Kalache (2002) em entrevista à revista

Istoé, confirma a importância de “educar o profissional de saúde para que ele reconheça a depressão (p. 11)”. Gazalle, Hallal et al. (2004) observaram ainda que a investigação da depressão foi maior entre as mulheres (28,7%) que entre os homens (14,8%) e que elas também apresentaram mais sintomas depressivos. Com relação à idade a prevalência de investigação, para idosos entre 60 e 64 anos foi de 19,5%; de 65 a 74 anos de 25,7% e com 75 anos ou mais de 23,3%. Observou-se que os idosos que vivem sem companheiro (28,6%) têm maior prevalência de investigação de depressão do que os idosos que vivem com alguém (18,6%). Finalmente, os idosos que apresentaram mais sintomas depressivos foram também aqueles que obtiveram maior prevalência de investigação de seus sintomas depressivos, ou seja, isso pode estar indicando que os profissionais de saúde investigam depressão apenas nos indivíduos mais gravemente deprimidos, deixando de investigar as forma mais leves de morbidade. Apesar de esperarem que indivíduos mais velhos e de níveis socioeconômico e de escolaridade mais baixos apresentassem maiores prevalências de investigação da depressão, isso não foi corroborado em sua pesquisa. Pode-se concluir que os resultados encontrados em diversas pesquisas apontando para baixos índices de prevalência da depressão em idosos podem estar acontecendo porque os médicos estão negligenciando a importância dessa patologia nessa população. Cohen (2002) salienta que é comum que pacientes idosos deprimidos não exponham seus sintomas quando em contato social agradável, como com seus médicos, por exemplo, e em consequência disso, eles podem não parecer deprimidos nessas consultas.

Fatores de Risco para a Depressão

Para Forlenza (2000b), os idosos estão expostos a diversos fatores de risco que contribuem para a alta prevalência da depressão. Os fatores de risco podem ser físicos,

sociais, demográficos ou psicossociais. Blay (2000) pontua que esses últimos podem ser internos, associados ao desenvolvimento da personalidade, ou externos, ligados a importantes acontecimentos que cercam a vida do idoso, tais como eventos vitais, condições ligadas à saúde, suporte social, luto, aposentadoria, etc.. De acordo com a revisão de literatura realizada por Robison et al. (2003), os fatores de risco para os idosos seriam: gênero, altos índices de doenças crônicas e incapacidades, barreiras lingüísticas, culturais e sociais nos serviços médicos, imigração, baixo nível de escolaridade, situação socioeconômica ruim, condições de moradia insatisfatórias, isolamento social e saúde física ruim. Para Lima (1999), os fatores de risco para a depressão relacionados à demografia são sexo, idade e raça, sendo que este último pode ser confundido pelas variáveis renda e escolaridade. Quanto ao sexo, ele salienta que as mulheres tendem a apresentar duas vezes mais depressão que os homens, mas que este fator está mais relacionado ao ambiente e suporte social das mulheres em diferentes culturas. Segundo Lavretsky (2002), dada a maior prevalência de depressão em mulheres comparadas a homens, é provável que daqui a alguns anos haja também uma maior prevalência de depressão geriátrica. Gazalle, Hallal et al. (2004) afirmam que mulheres solteiras parecem ser menos suscetíveis à depressão do que as casadas, e nos homens ocorreria à situação oposta. Também encontraram que mulheres apresentam mais depressão que os homens. Camarano (2002) atribui esse fato ao fenômeno de feminilização da velhice. Por viverem mais que os homens, as mulheres estariam mais sujeitas a deficiências físicas e mentais. Elas tendem a morar mais sozinhas que os homens e a serem viúvas. Segundo Baltes (1997), as mulheres teriam mais risco de apresentar disfunções por viverem mais que os homens e, em consequência, seu estado funcional pioraria cada vez mais com a idade.

Quanto à idade de começo, os estudos apontam que, na população geral, varia entre 20 e 40 anos, mas da mesma forma que o sexo, a idade não seria um fator de risco isolado. Por exemplo, fatores sociais associados poderiam predispor mais jovens a risco enquanto que

a predisposição biológica para a depressão maior pode aumentar com a idade. Alguns estudos apontam para o aumento dos sintomas depressivos com a idade enquanto outros defendem uma diminuição dos mesmos. Fiske, Gatz e Pedersen (2003) fizeram um estudo com o intuito de investigar se os sintomas depressivos, avaliados pela CES-D, aumentavam com a idade longitudinalmente e encontraram que eles aumentam modestamente tanto para homens como para mulheres, particularmente entre os idosos. Em 1990, Gatz e Hurwicz, fizeram um estudo transversal para se investigar sintomas depressivos em idosos e adultos de meia idade e encontraram que os adultos de meia idade eram mais deprimidos que os idosos. A única sub-escala da CES-D que os idosos marcaram escores mais altos que o resto da amostra foi a de bem-estar e os sintomas somáticos da depressão não foram elevados entre eles. Entretanto, em outro estudo utilizando a mesma escala, Gatz, Johansson, Pedersen, Berg e Reynolds (1993) encontraram que os sintomas depressivos eram mais altos nos idosos, mas que também eram mais altos entre os adultos jovens que entre os de meia idade.

Por outro lado, Newmann (1989) constatou que a associação entre sintomas depressivos e a idade não era linear. Haynie, Berg, Johansson, Gatz e Zarit (2001), em estudo longitudinal sobre sintomas depressivos em idosos-idosos (a partir dos 80 anos), encontraram que entre a primeira e a segunda medida os sintomas depressivos diminuía e, em seguida, aumentavam ligeiramente, mas não significativamente numa terceira avaliação. Macêdo e Cupertino (2003) em pesquisa populacional realizada na cidade de Juiz de Fora com idosos residentes na comunidade encontraram que os idosos entre 60 e 69 anos eram os mais deprimidos seguidos pelos entre 80 e 103 anos. A percepção da idade avançada como necessariamente mais depressiva que os mais jovens não tem confirmação em estudos científicos sobre idosos. O número anterior de episódios é a melhor predição dos episódios de recorrência depressiva no futuro e o índice de recorrência não varia com a idade (Blazer, 2003).

Quanto aos fatores socioeconômicos vários estudos populacionais sugerem que as pessoas com baixa escolaridade e baixa renda apresentam maiores prevalências de transtornos mentais. Segundo Blazer (2003) a depressão mostrou-se mais comum entre as mulheres e pessoas idosas que vivem sob condições socioeconômicas adversas.

Em estudo realizado na comunidade de Pelotas (1996) encontrou-se que a fração etiológica para educação foi de 50%. Gazalle, Hallal et al. (2004) encontraram resultados semelhantes: quanto à situação conjugal, em que a depressão parece ser mais freqüente entre pessoas divorciadas ou separadas que entre os solteiros e casados e a viuvez recente também está relacionada à alta ocorrência de depressão. Morar sozinho também pode representar maior risco de depressão, mas o suporte social e a ausência de conflitos graves podem ser altamente protetores. Alguns eventos vitais (divórcio, perda de ente querido, de emprego, acidente com lesão corporal, assalto, migração, presença de familiar com doença crônica no domicílio) ocorridos no último ano também têm se revelado em estudos epidemiológicos associados à depressão maior. Tais eventos podem ter diferentes impactos dependendo da época da vida em que acontecem e mais importante que o evento em si é a percepção que se tem dele. De qualquer forma, o acúmulo de eventos parece ser um fator que predispõe a pessoa a episódios depressivos. Krach et al. (1996) afirmam que a depressão ao longo da vida pode ser o resultado de fracassos não-resolvidos, mudanças fisiológicas, eventos de vida, abuso de álcool, uso de medicamentos ou uma interação entre esses fatores. O estresse crônico causado por dificuldades de longo prazo, tais como problemas financeiros e nas relações interpessoais, ameaças permanentes à segurança do indivíduo, etc., podem predispor à depressão. A baixa escolaridade também pode causar estresse em longo prazo, particularmente, para os analfabetos (Wheaton, 1980, 1983). Quanto ao suporte social, a falta do cônjuge, isolamento social e falta de um confidente, associam-se com a maior freqüência à depressão maior. A depressão maior é duas vezes mais freqüente em comunidades urbanas.

Quanto aos fatores de risco para a depressão associados ao suporte social, Macêdo e Cupertino (2003) encontraram que, tanto a quantidade (de familiares) como a qualidade das relações sociais relacionam-se com sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade na cidade de Juiz de Fora, MG.

Jiang et al. (2004), em pesquisa sobre a influência dos sintomas depressivos - avaliados pela CES-D- na incapacidade física em idosos (55 a 92 anos), controlaram esses fatores de risco denominando-os de possíveis “variáveis confundidoras”, que, segundo eles seriam: idade, sexo, estado civil, educação, região de residência, status econômico, condições crônicas, relações familiares e amigos íntimos. A média de idade de sua amostra foi de 68,6 anos; 49,5% eram mulheres; 46,7% analfabetos e 29,9% solteiros. A probabilidade seria a de que as pessoas mais deprimidas fossem mulheres, menos educadas, moradores das áreas urbanas e insatisfeitas com seus recursos econômicos, solteiras, com piores relações interfamiliares e um círculo fechado de amigos íntimos. Seus resultados quanto aos fatores de risco ou variáveis confundidoras para a incapacidade foram: idade avançada, analfabetismo, estar sozinho, morar em ambiente não-urbano e condições crônicas de doença, particularmente doenças coronarianas e cérebro-vasculares e ser do sexo feminino. Concluíram que sintomas da depressão tais como fadiga e dor podem afetar a capacidade física ao longo do tempo.

Peculiaridades da Depressão em Idosos

O estudo da depressão no idoso é mais difícil que em qualquer outra parcela da população por apresentar peculiaridades tanto nos sintomas dessa patologia quanto nas diversas formas de influência a que o idoso está submetido nessa fase da vida e que pode levá-lo a quadros depressivos, o que faz com que a depressão não seja corretamente

diagnosticada e seus sintomas muitas vezes confundidos como inerentes ao próprio processo do envelhecimento (Gazalle, Hallal et al, 2004; Anderson, 1998). Forlenza (2000b) também salienta que o que se altera na população idosa é a descrição ou peculiaridade dos sintomas, além da confusão possível causada pela coexistência de doenças clínicas e neurológicas que ocorrem mais frequentemente nessa parcela da população e que podem alterar a forma de relato dos sintomas depressivos. Nesse sentido, existem evidências de que existe relação entre o envelhecimento relacionado a mudanças cerebrais e o desenvolvimento da depressão (Hickie et al., 2001), por exemplo.

Apesar da depressão ser um problema comum entre todas as idades, ela parece ocorrer especialmente entre as pessoas com condições médicas agudas e crônicas e, a maior parte dessas pessoas costuma estar entre os adultos idosos, sendo justamente entre eles que está maior dificuldade de diagnosticar a depressão. Snowdon (2002) salienta que a depressão é menos provável de ser reconhecida entre os idosos que entre os jovens justamente devido ao efeito distrator das co-morbidades que estão mais presentes nos idosos, ou seja, a incapacidade (deficiência) por ser mais comum da idade avançada, está relacionada à alta prevalência de depressão. Para Gordilho (2002) a fragilidade na saúde do idoso e a maior prevalência de doenças associada a limitações funcionais são os principais fatores predisponentes da depressão em fases tardias da vida. Forlenza (2000b) afirma que a depressão nos anos tardios da vida está associada a anormalidades estruturais (Lavretsky, 2002) e funcionais do cérebro e que a doença física contribui para a depressão. Jiang et al. (2004) afirmam que muitos estudos transversais têm demonstrado que as pessoas idosas deprimidas apresentam mais incapacidades físicas do que as não-deprimidas e que diversos estudos longitudinais também têm encontrado evidências disso ao longo do tempo.

A queixa principal da depressão em idosos pode refletir preocupações acerca da saúde física, dificuldades com relacionamentos sociais e familiares, insatisfação com as

circunstâncias financeiras, etc.. Dificuldades com o sono é uma das queixas físicas mais comuns entre os idosos depressivos. Entretanto, alterações no sono fazem parte do processo do envelhecimento normal e essas queixas podem refletir uma falta de compreensão e tolerância para com as alterações fisiológicas normais, ao invés de serem sintomas da depressão (Blazer, 2003).

Lavretsky (2002) ressalta que o diagnóstico da depressão em idosos é difícil ao longo da vida devido à presença de co-morbidades médicas, prejuízo cognitivo, perdas múltiplas, heterogeneidade e características atípicas. Forlenza (2000a) alerta que além das comorbidades presentes nos idosos, outras peculiaridades influenciam os índices de prevalência da depressão nessa população que seriam mais metodológicos, como as citadas anteriormente (definição imprecisa do padrão de normalidade, ou seja, da fronteira entre o normal e o patológico; o problema dos instrumentos utilizados para rastreamento e diagnóstico em estudos realizados com idosos residentes na comunidade que não foram construídos para eles, mas sim para idosos institucionalizados e doentes; a remoção seletiva de idosos acometidos por outros transtornos mentais; estudos apenas transversais e não longitudinais desrespeitando os efeitos de coorte). Em diversas pesquisas tem-se encontrado, por exemplo, que o nível educacional afeta a presença ou ausência de sintomas depressivos em idosos, entretanto a escolaridade também sofre a influência do efeito de coorte (Forlenza, 2000).

Snowdon (2002) coloca ainda que tanto a qualidade de vida quanto o funcionamento psicossocial são afetados similarmente tanto nos casos de depressão maior quanto em outros tipos de depressão e, conforme afirma Lima (1999), esses outros tipos de depressão são igualmente importantes à depressão maior em função de sua alta prevalência na comunidade e em serviços de atenção primária à saúde. Snowdon (2002) ressalta ainda um estudo feito por Beekman et al. (1997) que encontrou que a incidência e o curso da depressão menor foram fortemente relacionados com impacto na saúde física e a depressão maior mais

associada com fatores de vulnerabilidade tais como família e história pessoal de depressão. Em outro estudo, Beekman et al. (1999) encontraram que a prevalência da depressão é comum ao longo da vida, sendo a depressão maior mais rara entre os idosos (1,8%) e a menor, mais comum (9,8%). Por outro lado, Snowdon (2002) cita também o estudo realizado por Ormel et al. (2001) que não encontrou evidências que permitam sugerir uma descontinuidade etiológica entre depressão maior e episódios menores de depressão. Altos índices de neuroticismo e dificuldades de longo prazo, como a pobreza, por exemplo, aumentam os riscos de desenvolver tanto uma quanto outra síndrome depressiva, especialmente entre aqueles que têm sofrido eventos de vida estressantes recentemente, como é provável de acontecer com indivíduos idosos. Ressalta também que não encontrou fortes evidências de que o prognóstico da depressão no envelhecimento seja pior do que o designado para as idades mais jovens. Snowdon (2002), levando em consideração o Brasil, salienta o estudo realizado por Almeida et al. (1997) onde as mulheres parecem ser mais vulneráveis aos problemas mentais que os homens e que elas procuram por tratamentos nos serviços primários de atenção a saúde mais que eles e que, no Brasil, elas também tendem a ser mais isoladas socialmente. Esse fator associado à pobreza da maioria das cidades brasileiras poderiam estar explicando a alta prevalência de estados depressivos dos idosos nessas cidades. Segundo Krach et al. (1996) os recursos econômicos são um importante componente para o funcionamento da saúde.

Dessa forma, diversos são os pesquisadores que apontam particularidades do indivíduo idoso que estariam relacionadas com a presença ou ausência de sintomas depressivos nessa fase da vida. Dentre eles, Hoeksema e Ahrens (2002) fizeram um estudo transversal onde pesquisaram as diferenças e similaridades entre diferentes grupos de idade e as correlações possíveis com os sintomas depressivos investigados pelo Inventário Beck de Depressão (BDI) e pela escala Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), levando em

consideração alguns eventos considerados importantes em todas as fases da vida como a relação com o trabalho/aposentadoria e segurança e satisfação relacionados a esses aspectos, desemprego, relações sociais, perdas recentes, ser cuidador de outra pessoa e estado civil. Os autores basearam-se na Teoria do Desenvolvimento Life Span, que argumenta que a importância de cada questão muda ao longo do curso da vida adulta - ou seja, o que pode ser considerado como importante da idade adulta, por exemplo, pode não ser o mais importante do envelhecimento – e também no que dizem as Teorias dos Eventos de Vida (Neugarten, 1979) que sugerem que se os eventos esperados para uma determinada fase da vida (normativos) acontecem em outro período, passando a ser não-normativos, podem exercer um grande impacto no bem-estar dos indivíduos. Embasados por tais teorias, esses pesquisadores investigaram se tais eventos de vida têm mais efeitos depressivos em um grupo do que em outro. Os três grupos eram: jovens, adultos e idosos, sendo que este último correspondeu a pessoas entre 65 e 75 anos de idade.

Desconsiderando as similaridades encontradas entre os três grupos, as diferenças significativas encontradas onde eram os indivíduos idosos os mais deprimidos, relacionaram-se com o as relações com o esposo(a), por exemplo, onde os adultos-jovens relataram ser mais positivos do que as pessoas de meia-idade e os indivíduos idosos. Segundo Hoeksema e Ahrens (2002) esses resultados estariam de acordo com outros encontrados por Mc Adams e Bryant (1987) em que a satisfação com o cônjuge seria mais alta nos anos iniciais do casamento e declinaria com o passar do tempo. Assim, os idosos estariam insatisfeitos com sua situação conjugal. Ainda no aspecto civil, encontraram que, entre aqueles que cohabitavam, as pessoas de meia-idade e os idosos apresentavam significativamente mais sintomas depressivos do que o grupo de jovens. A explicação teórica encontrada foi que morar junto sem casar era um evento normativo entre os jovens, mas não normativo entre os adultos de meia idade e os idosos. Os mais solitários eram os adultos de meia idade e não os

idosos, embora eles fossem o grupo mais propício à viuvez e mais difícil de se encontrar alguém para uma relação íntima. Viuvez e perdas recentes foram relacionadas com sintomas depressivos entre adultos de meia idade e idosos, mas não mais nos idosos do que nos adultos de meia idade como seria de se esperar porque as perdas para os indivíduos idosos já são consideradas eventos normativos. A esse respeito (Snowdon, 2002) salienta que as perdas sofridas pelos idosos são bastante diferentes daquelas sofridas pelas pessoas mais jovens e situações de perda são comuns na terceira idade, embora não se pode afirmar com certeza de que as perdas sofridas pelas pessoas idosas as induzem a desenvolver depressão. Na pesquisa de Hoeksema e Ahrens (2002), ser cuidador de alguém também esteve associado a altos sintomas depressivos em comparação com os não-cuidadores, mas apesar de os idosos serem cuidadores mais freqüentemente do que os outros grupos de idade, eles não apresentaram mais depressão que os outros grupos. De modo geral, os idosos tiveram menos depressão do qualquer outro grupo, apesar de que, os idosos-idosos tendem a ter mais depressão que os idosos mais jovens, segundo Hoeksema e Ahrens (2002).

Snowdon (2002) aponta vários fatores demográficos, sociais e biológicos podem predispor a pessoa idosa à depressão. Dentre esses fatores, cita o estudo de Katona (1994) que cita a pobreza, as perdas e a história familiar de casos de depressão como os mais importantes e, eventos adversos e pior saúde física são os mais poderosos precipitantes, sendo também a pior saúde física o que mais impede a recuperação, apesar de um bom suporte social servir como protetor do indivíduo face a adversidade (Macêdo & Cupertino, 2003, Krach et al., 1996). Snowdon (2002) coloca que a qualidade de vida dos pacientes poderia ser melhorada se intervenções fossem realizadas no ambiente e no suporte social desses indivíduos além de uma melhoria no sistema de saúde geral. Assim, a depressão não tratada ao longo da vida está associada a incapacidades, aumento do uso dos serviços de saúde e a morte prematura.

Existe ainda grande variabilidade tanto do quadro clínico da depressão quanto dos seus sintomas de uma cultura para outra e entre distintos grupos populacionais. Gazalle, Hallal et al. (2004) afirmam que particularmente para a população idosa as características clínicas peculiares são diminuição da resposta emocional ou “erosão afetiva” e em função disso, há diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminções sobre o passado e perda de energia, o que torna o diagnóstico mais complexo nessa população.

Gazalle, Lima et al. (2004) em outro estudo realizado na comunidade de Pelotas (Rio Grande do Sul) investigaram a prevalência de oito sintomas normalmente incluídos nas escalas e questionários de depressão e específicos de “erosão afetiva”, que segundo eles, é a forma mais comum de manifestação depressiva em idosos, que seriam os seguintes: tristeza, ansiedade, perda de energia, dificuldade para dormir, falta de disposição, ruminções sobre o passado, preferir ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas e achar que as pessoas da família dão menos importância às suas opiniões do que quando ele, o idoso, era mais jovem. As variáveis independentes foram: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, nível social, trabalho remunerado, tabagismo, participação em alguma atividade comunitária, morte no último ano de familiar ou pessoa importante e baixa atividade física. Os resultados apontam que tanto a média dos sintomas depressivos por cada participante ($M = 3,4$, $DP = 2,1$) quanto cada um dos sintomas isoladamente foi muito alta entre os idosos investigados. O sintoma mais freqüente foi ausência de disposição para realizar as atividades habituais (73,9%) e os grupos com maiores sintomas depressivos foram: mulheres, indivíduos mais velhos, com menor escolaridade, sem trabalho remunerado, que tiveram morte de familiar ou pessoa importante no último ano.

Qualidade de Vida no Envelhecimento

Breve Histórico do termo Qualidade De Vida

O termo qualidade de vida foi usado inicialmente por cientistas sociais, filósofos e políticos. Em 1920, Pigou utilizou-o em uma matéria sobre economia e bem-estar social, mas nos anos seguintes o termo foi esquecido (Paschoal, 2000, p.72). Entretanto, após a Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde redefiniu seu conceito de saúde incluindo a noção de bem-estar físico, emocional e social (Schneider, Bonardi, Gomes & Costa, 2003) e a partir disso o termo qualidade de vida voltou a ser utilizado, mas dessa vez referindo-se a uma qualidade de vida interna do indivíduo e não mais como foi usada num primeiro momento para dizer de um welfare state (Paschoal, 2000), ou seja, de se avaliar a qualidade de vida de uma pessoa a partir dos bens materiais que ela possuía. Segundo Farquhar (1995), o termo “qualidade de vida” foi ampliado nas décadas de 50 e 60 passando a incorporar também a preocupação com educação, saúde, bem-estar econômico, crescimento individual. O presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, declarou em 1964 que os objetivos de melhoria da vida da população não deveriam ser medidos em termos bancários, mas sim através da qualidade de vida que eles possibilitam as pessoas. Entre 1965 e 1970 o termo “qualidade de vida” passou a ser incorporado nas áreas médica, sociológica, econômica, dentre outras (Farquhar, 1995b) e, segundo Brunelli et al. (1998) surge uma proliferação de instrumentos destinados a medi-la. Nesse sentido, o interesse estava em avaliar a qualidade de vida percebida das pessoas que apresentam doenças ou que se submetem a uma determinada intervenção de tratamentos e têm sua longevidade aumentada.

Aspectos e Definição de Qualidade de Vida

Existem diversas definições possíveis para qualidade de vida, uma vez que seu conceito ainda não está bem definido e parece estar longe de um consenso entre os pesquisadores por envolver construtos subjetivos influenciados por características temporais e culturais (Fleck, 2000). Paschoal (2000), a partir de sua ampla revisão bibliográfica a respeito das expressões “qualidade”, “vida” e “qualidade de vida”, afirma que as diversas definições apontam para diferentes concepções e tendências na pesquisa em qualidade de vida, uma vez que cada concepção enfatiza algum aspecto do construto que julga como sendo o principal para sua elaboração. Outro problema é sua natureza abstrata, por se permitir possuir significados diferentes para diferentes pessoas, em diferentes épocas, culturas, classe social e até mesmo varia em um mesmo indivíduo se considerarmos a influência do tempo, estado emocional, eventos cotidianos, sócio-históricos, etc. (Paschoal, 2002). Assim, o significado do termo também pode mudar ao longo do tempo, podendo ser considerado um termo dinâmico (Schneider et al., 2003).

Leval (1999), por exemplo, definiu qualidade de vida como sendo “apropriação das aspirações futuras para o presente” ou “o fazer presente para o futuro” (p. 284). Browne et al. (1994) definiram qualidade de vida como a “interação dinâmica entre condições externas na vida de uma pessoa e a experiência ou percepção interna, da pessoa, dessas condições”.

De qualquer forma, o WHOQOL Group (1995) considerou que apesar de não haver definição consensual, há alguma concordância acerca de algumas características do construto, que se referem à subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. O aspecto subjetivo surgiu quando o termo deixou de ser avaliado de maneira objetiva e ganhou denominações individualizadas e personalizadas, permitindo que cada pessoa, inclusive os idosos, tenha sua própria percepção a respeito da qualidade de sua vida (Paschoal, 2002; Farquhar, 1995a).

Quanto a multidimensionalidade, existem pelo menos três dimensões envolvidas: física, psicológica e social (Schneider et al., 2003; Paschoal, 2002). Finalmente, segundo Paschoal (2000, 2002) o termo é bipolar porque aponta tanto para a presença de fatores positivos (ex. mobilidade) tanto para fatores negativos (ex. dor, fadiga). Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy e Moriguchi (2003), por exemplo, apontam como alguns dos determinantes positivos de qualidade de vida os seguintes aspectos: saúde e capacidade, família, situação econômica, auto-valorização, trabalho, amigos, etc.. Como determinantes negativos apontam: saúde, trabalho, grupo social e família. Jakobsson, Hallberg e Westergren (2004), em revisão bibliográfica, apontam como fatores negativos: idade, gênero (mulher), estado civil, limitações funcionais (principalmente de locomoção), fadiga, depressão ou humor depressivo, insatisfação financeira e condições de moradia.

A partir dessa ampla noção do que poderia significar qualidade de vida, surgiu um conceito mais específico, denominado qualidade de vida relacionada à saúde. Nesse sentido, Seidl e Zannon (2004) também afirmam haver um consenso sobre a subjetividade e multidimensionalidade do construto. Jakobsson et al. (2004) citam a definição de Bowling (1997), em que esse conceito “refere-se à saúde física, ao funcionamento psicológico e social e ao bem-estar (p.125)”. Ainda segundo Jakobsson et al. (2004), qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito mais restrito uma vez que só se refere aos aspectos da vida que são relevantes para o status de saúde e não levam em consideração aspectos tais como, moradia, status financeiro e ambiente. Qualidade de vida relacionada à saúde representa os problemas relacionados à saúde em uma série de domínios, podendo apresentar questões específicas para determinadas doenças. Esse conceito é muitas vezes relacionado ao envelhecimento, por se associar essa fase da vida como de muitas perdas na saúde e que, portanto, abalariam a qualidade de vida dos indivíduos idosos, mas é melhor aplicado à pessoas de qualquer idade que apresentam algum problema de saúde específico. Guyatt et al.

(1993) apontam que esse termo relaciona-se a alterações na saúde física, mental, funcional, social e os custos humanos e financeiros e os benefícios dos programas de intervenção (citado por Paschoal, 2000 p. 98). Entretanto, para Paschoal (2000), os indicadores tradicionais de saúde sozinhos não conseguem explicar, dentre outras coisas, porque idosos doentes sentem-se saudáveis.

Já a definição de qualidade de vida do grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) foca a atenção na perspectiva do paciente e uma série de domínios é avaliado pela pessoa (Arnold, Ranchor, Sanderman, Kempen, Ormel e Suurmeijer, 2004), não considerando a qualidade de vida em função de nenhuma doença específica. Gill et al. (1994) referem-se à qualidade de vida como unicamente uma percepção pessoal, denotando a maneira individual do paciente acreditar sobre seu estado de saúde e/ou sobre os aspectos não-médicos de sua vida. Essas definições podem ser mais gerais ou específicas, entretanto, são conceitualmente diferentes da definição de qualidade de vida relacionada à saúde.

Como as definições de qualidade de vida estão muitas vezes relacionadas em termos de saúde, torna-se, importante então compreender o conceito de saúde. A Organização Mundial de Saúde (1947) define saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente como a ausência de doenças (citado pelo Grupo WHOQOL, 1994)”. Essa definição de saúde implica que as medidas de saúde e os efeitos dos serviços de saúde indiquem além das mudanças na frequência e nas severidades das doenças, alguma estimativa do bem-estar e isso pode ser conseguido a partir de instrumentos como o Whoqol. Nesse sentido, o (WHO) e o grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde-WHOQOL (1995) definem qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito dinâmico baseado em

uma estrutura interna individual de referência ou entendimento e percepção das experiências da vida (Dempster & Donnelly, 2000). Completando essa definição, Lawton (1983, citado por Paschoal, 2002, p. 81) define qualidade de vida na velhice como “a avaliação multidimensional referenciada a critérios sócio-normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o ... idoso e seu ambiente”. Baseado nessa definição, Lawton (1991) construiu um modelo de qualidade de vida na velhice composto por: competência comportamental, qualidade de vida percebida, condições ambientais e bem-estar subjetivo (citado por Néri, 2001).

Spilker (1996) defende um modelo hierárquico de definição de qualidade de vida, que parte de uma visão mais geral para uma mais específica (citado por Paschoal, 2000). Nesse modelo, qualidade de vida geral é definida como a satisfação geral de vida de um indivíduo e um senso de bem-estar geral e pessoal desse indivíduo e corresponderiam ao primeiro nível. Esse nível pode ser interpretado como uma impressão global da qualidade de vida geral e corresponde a definição do Whoqol de qualidade de vida geral. Os domínios formam o segundo nível e ele assume aqui o psicológico, o social e o físico. Finalmente, o terceiro nível seria formado pelos componentes específicos de cada domínio. Assim, por exemplo, a depressão seria um componente específico do domínio psicológico e as atividades de vida diária seriam um componente do domínio físico. Dessa forma, as variáveis do mais baixo nível determinam as variáveis do mais alto nível. Spilker defende que essa divisão é importante e encontra respaldo teórico por dois motivos principais. Primeiro porque às vezes as pessoas tendem a fazer uma avaliação geral de sua qualidade de vida como sendo boa, mas quando investigamos os domínios especificamente percebemos que existem problemas. Cummins (2000) defende que isso se deve à capacidade das pessoas de se adaptar a fatores de mudança em seu ambiente para que possam manter a homeostase, um nível estável de bem-estar (plasticidade e resiliência). O segundo motivo é que os domínios de qualidade de vida

provavelmente não cobrem completamente a qualidade de vida dos pacientes, e um julgamento sobre ela requer pacientes que avaliem uma série de domínios de suas vidas para combiná-los em um julgamento genérico da vida em geral.

Por que estudar qualidade de vida? E, por que estudar qualidade de vida em idosos?

Dentre os motivos citados na revisão de literatura realizada por Paschoal (2000) para se investigar a qualidade de vida, estão: a ênfase dada pelo mundo ocidental sobre a abundância e a fartura, além do fato de estar ocorrendo o aumento da longevidade da população; a importância do estudo dos indicadores sociais mais do que os indicadores apenas econômicos; a importância de se investigar os indicadores sociais subjetivos, uma vez que apenas os objetivos são estudados e estes, muitas vezes, não coincidem com os subjetivos; a importância de se produzir dados normativos e através deles ter informações mais acuradas sobre a saúde dos indivíduos; promover saúde para todos; entender o impacto que doenças crônicas têm sobre os indivíduos e compreender a freqüente dicotomia de respostas (ótima e péssima qualidade de vida) entre pacientes com um mesmo quadro clínico; e, finalmente pela preocupação não apenas em prolongar a vida, mas que essa seja de qualidade até seu fim, dentre outros motivos.

Segundo Grimley Evans (1992), o objetivo maior da vida é a busca da felicidade e que não há período melhor no arco da vida do que no fim da vida para se investigar se esse objetivo foi atingido (citado por Paschoal, 2000). Aponta ainda que os idosos são mais susceptíveis a influências ambientais imediatas e impactantes como guerras, por exemplo, uma vez que têm maior dificuldade de adaptação e por preconceitos sociais que o fazem crer e se comportar como se realmente não fossem capazes.

De acordo com a revisão bibliográfica feita por Paschoal (2000), ele ressalta que como os idosos são o grupo mais heterogêneo que existe, deve-se ter o cuidado para não generalizar o que seria “qualidade de vida” para essa população. Os idosos podem ser extremamente saudáveis ou apresentar problemas em algum domínio específico, mesmo com modificações e adaptações no ambiente ou com recursos de reabilitação, por exemplo. Salienta ainda que os estereótipos, generalizações, desinformação entre as diferenças de envelhecimento normal, ótimo e patológico e negligência quanto aos sintomas no envelhecimento, comprometem uma qualidade de vida melhor, ou seja, características próprias do envelhecimento ou da cultura onde o idoso está inserido comprometem sua qualidade de vida. Dentre os eventos específicos que afetam principalmente idosos, Paschoal cita alguns apontados por Fallowfield (1990): aposentadoria, luto, perdas físicas e mentais e dependência. Por isso, os instrumentos devem respeitar essa pluralidade e não como muitas vezes acontece, simplesmente avaliar como o idoso se adapta a ser velho. Paschoal cita ainda uma afirmação de Bowling (1995b) de que uma boa medida de qualidade de vida entre idosos deve conter os seguintes domínios: problemas de saúde que podem levar à incapacidade e invalidez, saúde mental, habilidade funcional, estado de saúde geral, satisfação com a vida, estado de espírito, controle (autonomia) e suporte social. Nesse sentido, percebe-se que o instrumento proposto nessa dissertação, o WHOQOL-breve se aproxima bastante de tais exigências.

Estudar qualidade de vida em idosos, também é pertinente, devido à diversidade que marca o processo do envelhecimento, principalmente se levarmos em consideração as diferenças por gênero e idade. Goldstein e Siqueira (2000) e Néri (2001b) defendem que como as mulheres vivem mais que os homens - fenômeno da feminilização da velhice apontado por Camarano, (2002) e Veras, (1999), dentre outros - elas apresentam mais problemas de saúde crônicos do que eles, são mais queixosas, mais velhas, mais isoladas,

dependentes, pobres, oneradas, etc., e, por isso, em certo sentido, apresentam pior qualidade de vida que eles. Por outro lado, Goldstein e Siqueira (2000) salientam que elas estão mais envolvidas com a família e com a produtividade doméstica que os homens e isso pode contribuir para que os homens sejam mais isolados socialmente depois da aposentadoria. Além disso, eles tendem a ser mais resistentes que as mulheres em assumir novos papéis sociais e isso pode influenciar negativamente sua qualidade de vida. Um problema frequente que influencia negativamente a qualidade de vida das mulheres é que elas tendem a ser cuidadoras de idosos fragilizados e dependentes, paralelamente às suas atividades domésticas e, em sociedades como a nossa, muitas vezes, também precisam cuidar dos netos para que os filhos possam trabalhar e sustentar a casa. Além disso, elas próprias também estão em processo de envelhecimento.

Qualidade de Vida e Envelhecimento Bem Sucedido

Segundo breve histórico feito por Cerrato e Trocóniz (1998), na década de 60 buscava-se saber em que consistia o envelhecimento ótimo ou bem-sucedido, concentrando-se em padrões sociais e nas condições de vida objetivas e os recursos de *coping* que influenciavam esse processo. Usavam medidas de qualidade de Vida para descrever o envelhecimento bem-sucedido. Entre as décadas de 60 e 70, o interesse não estava mais no “porque” as pessoas envelheciam bem, mas sim em descrever um perfil do envelhecimento normal. Em 1980, foi proposta a expressão “*successful aging*” (envelhecimento bem-sucedido) em detrimento de envelhecimento normal. Entretanto, a preocupação com o que seria o envelhecimento bem-sucedido ignorava a heterogeneidade do envelhecimento e o conceito de envelhecimento bem-sucedido estabelecia níveis para se investigar os limites de deterioração nas capacidades e funcionamento e as condições que permitiam a manutenção

das habilidades funcionais (Rowe & Kahn, 1987, citado por Cerrato & Trocónis, 1998, p. 215). Atualmente, existe menos preocupação com os indicadores de envelhecimento bem-sucedido e tem sido aceita uma aproximação multidimensional (Rowe & Kahn, 1991) para sua definição, avaliando aspectos quantitativos, qualitativos, objetivos e subjetivos.

Nesse sentido, Cerrato e Trocóniz (1998) citam a definição de Blazer (1990) de *successful aging* como “uma combinação da vitalidade da pessoa, resistência, flexibilidade adaptativa, autonomia e controle, integridade e boa relação pessoa-ambiente”. Segundo eles, Baltes e Baltes (1990) sugerem a inclusão de “indicadores de funcionamento biológicos, psicológicos e aspectos positivos da existência humana, como eficiência cognitiva, competência social e produtividade, controle pessoal e satisfação com a vida”. Baltes e Baltes (1990) propõem ainda considerar o *successful aging* como um processo de *Selective Optimization with Compensation* (SOC), enfatizando o papel do indivíduo na determinação de seu próprio funcionamento. SOC é uma metateoria da adaptação do desenvolvimento humano ou do envelhecimento bem-sucedido e é consistente com a arquitetura do *Life Span* e representa um modelo geral para uma efetiva adaptação ou controle (Baltes, 1997). Baltes (1991) propõe o SOC como um possível modelo para um bom envelhecimento psicológico. Freire (2000) afirma que os idosos tornam-se mais eficazes no uso de processos adaptativos, ajustando-se tanto às transformações ocorridas em si mesmos quanto do meio em que estão inseridos e que, em geral, mantêm uma visão positiva de si mesmos, e capacidade de controlar suas próprias vidas.

Goldstein (2000) descreve controle como “a tendência a agir e a sentir-se como alguém que pode influenciar as várias situações da vida, ... que exerce uma influência definitiva nos acontecimentos, seja por meio do exercício de habilidades, seja mediante o conhecimento, a imaginação, o desejo ou a escolha” (p. 55) e ressalta que a perda do controle está associada a problemas de auto-estima, redução do bem estar e depressão, sendo essa

relação possível de ser exacerbada na velhice. Nessa abordagem de SOC, dois conceitos ganharam destaque: a variabilidade interindividual refletida na diversidade que acontece entre as pessoas idosas e a plasticidade, que se refere à sua capacidade de aprendizagem. A partir desses conceitos, Lerner (1984) defende que existe uma grande oportunidade de uma contínua otimização do desenvolvimento humano em toda a vida, inclusive no envelhecimento (citado por Cerrato & Trocóniz, 1998, p. 24).

Segundo Baltes e Baltes (1990) o modelo de *successful aging* baseado no SOC utiliza-se substancialmente de algumas concepções da Psicologia do Arco da Vida ou *Psychology of the Life Span* (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999), especialmente aquelas relacionadas ao processo de adaptação, uma vez que o modelo postula que as pessoas são imersas num continuum processo de adaptação ao longo da vida por meio de três componentes que interagem entre si: seleção, otimização e compensação. Essa estratégia é usada em todo o arco da vida, mas ela se torna ainda mais importante no envelhecimento devido às perdas e para compensar possíveis deficiências das altas demandas do ambiente. Segundo Heckhausen e Schulz (1996), o modelo Life Span do envelhecimento bem-sucedido, defende que ele depende do contexto do curso da vida, do sucesso nos acontecimentos normativos e não-normativos e do processo motivacional do sujeito, dependendo também da manutenção de um controle primário ao longo do curso da vida que é conseguido por meio do SOC. Segundo este modelo é importante ainda distinguir entre o envelhecimento normal, ótimo e patológico devido à bifurcação existente entre a normalidade e a patologia, responsáveis pela heterogeneidade.

Segundo Baltes (1997), a despeito das perdas na plasticidade, existe um grande potencial para o aumento do funcionamento em idades avançadas. Nesse sentido, a teoria Lifespan de Baltes contribuiu para começar a se observar o desenvolvimento humano como um fenômeno complexo e contextualizado que exige adaptação e onde todos os períodos da

vida dependem uns dos outros. Por considerar aspectos subjetivos do desenvolvimento, essa teoria contribui para a compreensão da influência que os eventos de vida exercem sobre o indivíduo (Haase, 2005). Baltes e Freund (1998) salientam o papel ativo do idoso tanto quando avalia a si mesmo quanto quando avalia os eventos de sua vida e, portando, sua percepção de qualidade de vida. Segundo eles, a percepção da qualidade de vida é influenciada pela eficiência de suas estratégias de SOC.

Goldstein (2000) afirma que o idoso lida com os processos do envelhecimento de maneira mais eficiente do que se pensa e que, embora estejam conscientes de suas perdas, eles lidam com esses fatos de maneira a evitar a depressão e manter a auto-estima elevada. Para isso, eles selecionam as áreas de controle, investindo mais naquelas em que são bem sucedidos e deixando de lado os setores em que não conseguem atuar com a eficiência desejada. De acordo com o SOC, para Goldstein, a seleção e a otimização das áreas controláveis e o abandono das que não o são constituem o fundamento do envelhecimento bem sucedido. Segundo Souza et al. (2003), “as teorias do envelhecimento bem sucedido vêem o sujeito como pro-activo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e activamente envolvidos a manutenção do bem-estar” (p. 2).

A adaptação seria um processo dinâmico por meio do qual as pessoas enfrentam seus desafios de uma maneira ativa usando dos vários recursos que dispõem. Quando surgem situações insolúveis, seu impacto pode ser reduzido por meio da reestruturação de seus significados na avaliação de um suporte social adequado e da manutenção de seu senso de autocontrole em alguns aspectos que o indivíduo considera importantes (Cerrato & Trocóniz, 1998). Se houver um fracasso nessa adaptação, as conseqüências podem incluir desordens tanto comportamentais quanto psicológicas, como a depressão, por exemplo. Entretanto, isso irá depender de cada indivíduo, de suas características pessoais e da cultura onde ele vive.

Assim, o envelhecimento bem sucedido pode ser diferente para cada pessoa, de acordo com suas peculiaridades e sua própria maneira de adaptação a esse estágio da vida, não havendo padrões para o envelhecimento bem-sucedido (Cerrato & Trocóniz, 1998).

Quanto as possíveis conseqüências de um fracasso na adaptação, Wrosch, Bauer e Scheier (2005) em artigo sobre a influência do pesar - enquanto fenômeno comum que pode levar a altos níveis de sofrimento psicológico - na qualidade de vida ao longo do curso da vida, defendem a influência do desengajamento e da disponibilidade de metas futuras como recursos de adaptação que desfazem as conseqüências do pesar. O pesar intenso pode levar a sentimentos de depressão principalmente quando o evento é contínuo ou não normativo (Cerrato & Trocóniz, 1998; Wrosch et al., 2005).

Néri (1995) retoma as sete proposições teóricas de Baltes sobre a velhice bem-sucedida na perspectiva do Arco da Vida que, lembrando seriam: a) a diferença entre velhice normal, ótima e patológica; b) a heterogeneidade do envelhecimento; c) o potencial para o desenvolvimento resguardado dentro dos limites da plasticidade individual; d) a minimização dos prejuízos pela ativação das capacidades de reserva, também dentro dos limites da plasticidade individual; e) a compensação das perdas na mecânica intelectual pelos ganhos na pragmática; f) o equilíbrio entre ganhos e perdas tornando-se menos positivo com o envelhecimento; e, g) os mecanismos de auto-regulação da personalidade que se mantêm intactos em idade avançada.

Para Néri (1995), de acordo com os pressupostos do Arco da Vida, velhice bem-sucedida é aquela em que há a manutenção dos níveis habituais de adaptação do indivíduo. Segundo ela, envelhecer bem, com qualidade de vida, depende de indicadores, tais como “das chances do indivíduo de usufruir de condições adequadas de educação, urbanização, habitação, saúde e trabalho durante todo seu curso de vida (p.38)”. Ou seja, envelhecer bem, com qualidade de vida, depende da história individual, do contexto histórico-cultural e de

fatores genético-biológicos. Cabe ressaltar aqui, que apesar de o delineamento dessa investigação ser transversal, e da instrução dada ao idoso para responder as questões pensando apenas nas últimas duas semanas, as variáveis aqui estudadas – percepção da qualidade de vida e sintomas depressivos - não podem ser tomadas isoladamente, uma vez que a qualidade de vida atual é fruto da construção de toda uma experiência de vida, da mesma forma em que os sintomas depressivos, presentes hoje no idoso, podem ter surgido bem cedo na vida. Nesse sentido, Freire (2000) afirma que a competência adaptativa no envelhecimento envolve a preservação e a expansão de reservas e que está relacionado à boa qualidade de toda uma vida e que depende dos acontecimentos vivenciados pelo indivíduo desde a sua gestação, de sua herança genética e dos fatores sócio-culturais. A competência adaptativa é multidimensional: emocional, cognitiva e comportamental (Freire 2000, 2002).

Baltes e Baltes (1990) propõem um modelo para velhice bem-sucedida que dependerá da seleção dos domínios comportamentais em que o indivíduo retém melhor nível de funcionamento e da otimização desse funcionamento por meio do treino, por exemplo. A seleção e otimização garantem a compensação das perdas e permitem a continuidade da funcionalidade nos domínios selecionados. Este modelo seria composto pelos antecedentes, mecanismos e produtos. Antecedentes seriam, por exemplo, os eventos negativos normativos e não normativos, uma menor plasticidade comportamental, etc.; os mecanismos seriam os de SOC; e os produtos, seriam a remediação dos déficits, a manutenção da funcionalidade e o aperfeiçoamentos nos domínios selecionados. Nesse sentido, pode-se inferir que os idosos que relatam boa qualidade de vida, independente das suas condições objetivas de vida, o fazem por obterem êxito nos mecanismos de SOC. Da mesma forma, os idosos cujo produto é uma má percepção de sua qualidade de vida ou que apresentam sintomas depressivos, o fazem por apresentar alguma falha nesses mecanismos. Assim, para Baltes (1997), de acordo

com sua metateoria do SOC, envelhecimento bem-sucedido é aquele em que ocorre a relativa maximização dos ganhos e minimização das perdas.

Dessa forma, os teóricos do envelhecimento bem-sucedido defendem que envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida estão relacionados (Borglin et al., 2004). O envelhecimento bem sucedido envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais, ou seja, aspectos interdisciplinares, como propõe a Abordagem Life Span de Baltes (1990) e inclui como condição *sine qua non* para que haja um envelhecimento bem-sucedido, uma boa qualidade de vida. O envelhecimento bem-sucedido é decorrente também de uma interação entre indivíduo e sociedade, onde o envelhecimento satisfatório envolve grande subjetividade, já que depende do histórico individual de cada um (Schneider et al., 2003). Nesse sentido, Néri (1993) cita Baltes e Baltes (1990) quando esses autores afirmam que “uma velhice satisfatória é largamente mediada pela subjetividade e referenciada ao sistema de valores que vigoram num período histórico determinado, para uma dada unidade sócio-cultural”. Percebe-se então que o conceito de qualidade de vida implica em bem-estar físico, harmonia e equilíbrio das relações entre família, trabalho e comunidade, que levariam ao envelhecimento saudável (Schneider et al., 2003), e que estaria relacionado ao bem-estar. Terra e Cunha (2001) afirmam que “envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo - ou seja, a resiliência e a plasticidade - as quais lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento” (p.90).

A plasticidade seria o potencial de mudança na capacidade adaptativa do indivíduo e a resiliência diz respeito a manutenção do desenvolvimento normal, apesar da presença de ameaças ou riscos (internos ou externos) e a recuperação após um trauma (Baltes, Marsiske & Staudinger, 1995). Ou seja, velhice bem-sucedida seria o limite, para cada pessoa, que essa capacidade poderia se desenvolver, uma vez que para que o idoso tenha uma velhice bem-

sucedida ele teria que ter a capacidade (possibilidade) de lidar com perdas inevitáveis a que está submetido nessa fase da vida (Schneider et al., 2003).

Uma consideração bastante importante de Schneider et al., (2003) incluída entre as proposições teóricas de Néri (1995) e que vai determinar se o envelhecimento é bem-sucedido ou não, se refere à necessidade de diferenciar envelhecimento normal, ótimo e patológico, uma vez que tais possibilidades de envelhecimento repercutem na qualidade de vida dos indivíduos. Essas três possibilidades de envelhecimento também são consideradas na Perspectiva do Arco da Vida de Baltes, em seu modelo de heterogeneidade do envelhecimento que tem como pressuposto básico a não-linearidade do desenvolvimento com enorme variabilidade intraindividual que seria responsável por essa heterogeneidade (Siqueira, 2001) e onde a diversidade individual tende a aumentar com a idade (WHO, 2002). Assim, no envelhecimento normal, o idoso não apresenta patologias nem biológicas nem psicológicas; no envelhecimento considerado como ótimo, o idoso teria um estado ideal de bem-estar pessoal e social, com excelente qualidade de vida e baixo risco de doenças e incapacidades (Néri, 2001a); e, no envelhecimento patológico, com a presença de doenças crônico-degenerativas (desorganização biológica), que leva à dependência e a perda da autonomia e o declínio funcional, influenciam negativamente a qualidade de vida do idoso. Baltes (1997) encontrou em estudo realizado em Berlim, em 1996, que uma diminuição na qualidade relacionada ao estado funcional tinha uma relação negativa com o bem-estar subjetivo. Entretanto, ele afirma que esses resultados vieram de um estudo transversal e que estudos longitudinais e de coorte-seqüenciais poderiam fornecer resultados mais sólidos.

Quando se fala de qualidade de vida na velhice, Terra e Cunha (2001) e Néri (2003) afirmam ainda que se pode perceber atualmente a presença de diversos termos que são considerados na literatura atual como equivalentes e formam um construto global: bem-estar psicológico, percebido, subjetivo e envelhecimento bem-sucedido (successful aging). Assim,

quando falamos em envelhecimento bem-sucedido estamos também nos referindo a envelhecimento saudável, relacionado ao bem-estar e a uma boa qualidade de vida. Outra expressão que freqüentemente é usada em artigos sobre qualidade de vida é “Satisfação com a Vida” como pode se observar no artigo de Xavier et al. (2003). Nele, considera-se que os idosos que se dizem satisfeitos com suas vidas atuais, tendem a apresentar uma boa qualidade de vida, da mesma forma que aqueles que avaliam sua qualidade de vida como boa, só o fazem porque estão satisfeitos com ela.

Como se pode observar, a literatura atual vem usando muitos termos associados ao de qualidade de vida e muitos conceitos que fazem parte da Abordagem do Arco da Vida de Baltes. Cabe aqui então, fazer uma breve revisão histórica sobre as investigações em qualidade de vida do idoso para se possa compreender porque a literatura atual utiliza tantos termos como substitutos de qualidade de vida da mesma forma que alguns pressupostos do Arco da Vida de Baltes. Nesse sentido, Néri (2003) fez uma revisão das diversas tendências teóricas a respeito da avaliação da qualidade de vida na velhice, que serão brevemente descritas a fim de se entender qual o embasamento teórico das pesquisas atuais e o caminho que se percorreu para se chegar até a tendência atual. Segundo a autora, são seis tendências de investigação, e cada uma recebeu sua denominação devido ao aspecto mais salientado como explicativo para uma boa qualidade de vida em cada época.

Segundo Néri (2003), as primeiras investigações iniciaram na escola de Chicago (1948 e 1949), sendo denominada de Bem-estar psicológico e satisfação na velhice. Havighurst (1963) afirmou que a satisfação na velhice seria um aspecto interno e subjetivo da boa qualidade de vida (citado por Néri, 2003, p.13).

A segunda tendência, denominada Bem-estar psicológico e atividade na velhice, foi bastante influenciada pela teoria da atividade e do desengajamento (Néri, 2001b). Segundo ela, até meados de 70, perdurou a crença de que quanto mais ativo o idoso, maior sua

satisfação na vida. Em 1989, Stones e Kosma consideraram que atividade e bem-estar subjetivo eram predisposições diferentes e inverteram a causalidade: o senso de bem-estar pessoal afeta a percepção da qualidade de vida em diversos domínios, como o financeiro, as condições de habitação e de saúde, etc. (citado por Néri, 2003, p.17). O importante não é a quantidade de atividades, mas quais, quanto e como os pequenos eventos diários podem afetar o bem-estar dos idosos. O importante é a percepção dos idosos sobre a causalidade do evento, percepção essa que envolve complexos mecanismos de controle cognitivo que vão interferir na avaliação que o idoso faz sobre a origem, o controle e as conseqüências desses eventos.

Na terceira tendência, Bem-estar psicológico e senso de controle na velhice, acredita-se que a satisfação e a atividade influenciam o bem-estar percebido, mas são mediadas por variáveis internas, como o senso de controle pessoal. Aqui, as perdas típicas da velhice seriam um risco a esse senso de controle pessoal e levaria o idoso ao desamparo; e lidar com esse desamparo, seria uma das tarefas primordiais da velhice. O senso de controle ou auto-eficácia baseia-se tanto nas percepções reais do idoso quanto nas distorcidas. Brandtstädter e Baltes-Gotz (1990) descobriram que mudanças no senso de controle pessoal ao longo do desenvolvimento estão sujeitas a variações culturais e que, com a idade, tende a aumentar a noção de vulnerabilidade a influências externas e oriundas do envelhecimento biológico (citados por Néri, 2003, p. 20). Assim, quanto maior o senso de controle pessoal, maior a satisfação e quanto menor, maior predisposição à depressão, preocupação e desamparo.

A quarta tendência, de Bem-estar psicológico e mecanismos de auto-regulação na velhice, o senso de significado pessoal seria um mediador do bem-estar percebido e por isso, o idoso deveria descobrir significados para sua existência. Segundo Bandura (1986) os mecanismos de auto-regulação mobilizam comportamentos orientados a metas, de acordo com o esperado pela sociedade e o idoso faz uma auto-avaliação de sua ação como positiva

ou negativa (citado por Néri, 2003, p. 20). Com Ryff (1989) houve o abandono da visão unilateral como fase de declínios e perdas, em que o bem-estar podia significar apenas ausência de doenças. Sua proposta enfatiza a possibilidade de crescimento e bem-estar e de continuidade do desenvolvimento nos anos maduros (citado por Néri, 2003, p. 22). Witmer e Sweeney (1992) acreditam que a qualidade de vida dos idosos deve ser vista na perspectiva do curso da vida como um todo, em que o idoso saudável e em constante transformação desempenha tarefas vitais num contexto sócio-cultural (citado por Néri, 2003, p. 24).

A penúltima posição, denominada Bem-estar psicológico e estresse, surgiu devido a crença generalizada de que o idoso é mais vulnerável aos efeitos adversos do estresse. Aldwin (1990) classificou os quatro maiores estressores dos idosos (problemas de saúde; sociais; de familiares e; de amigos e vizinhos) em egocêntricos e não-egocêntricos e descobriu que os primeiros predizem mais declínio na qualidade de vida física e psicológica (citado por Néri, 2003, p.23). As habilidades de auto-regulação, principalmente a de lidar com sentimentos desagradáveis é um recuso pessoal para a promoção da própria qualidade de vida. Essa posição põe em foco importantes tarefas que o idoso pode realizar em favor dos outros e de si próprio e afirma que a convivência com eventos estressores não necessariamente tem efeitos adversos sobre os idosos, uma vez que tudo depende da habilidade de auto-regulação. Assim, cuidar de outro idoso demente, por exemplo, ao invés de ser percebido como estressor, pode ser convertido em senso de significado pessoal e realização.

Finalmente a sexta posição, é a da qualidade de vida na velhice como processo adaptativo, em que a qualidade de vida na velhice é definida por Featherman, Smith e Peterson (1990) como: “um construto sócio-psicológico e processual, que reflete formas socialmente valorizadas e continuamente emergentes de adaptação a condições de vida culturalmente reconhecidas que a sociedade oferece aos seus idosos” (citado por Néri, 2003,

p.28). Assim, qualidade de vida na velhice é um processo adaptativo e não um resultado pronto, uma meta ideal a ser atingida. Além da variabilidade histórica, sócio-cultural e individual, a adaptação é multidimensional: emocional (envolver habilidades de auto-regulação para lidar com os estressores), cognitiva (permite solução de problemas) e comportamental (implica em desempenhos efetivos e competência social). Assim, a capacidade adaptativa da pessoa que envelhece bem, com boa qualidade de vida geral, aponta para a ampliação dos limites de variabilidade e plasticidade nos aspectos biológicos e psicológicos abrindo novas perspectivas para o envelhecimento com boa qualidade de vida. Nas palavras de Neri (2003): “a plasticidade comportamental ou adaptatividade é o critério para se avaliar o potencial e o grau de preparação do indivíduo para lidar com vários tipos de demanda. Um exemplo dessa adaptatividade é a capacidade de lidar com eventos estressores” (p.28). Essa perspectiva contextualiza o envelhecimento no curso do desenvolvimento humano e, segundo Néri (2003), é o que há de mais moderno na pesquisa sobre as capacidades adaptativas e a plasticidade no desenvolvimento está sendo desenvolvida sobre o enfoque do arco da vida em psicologia.

Para Borglin et al. (2004), a qualidade de vida é garantida por um self preservado e por um senso de significado para a própria existência. Além disso, é a ênfase que os próprios idosos atribuem ao seu curso de vida que influi em sua percepção da qualidade de vida. Ou seja, quando sua experiência de vida atual lhe permite entender que está conectada com todo o seu curso de vida, surge um senso de coerência onde o idoso reconstrói e reinterpreta sua experiência de vida passada no presente, de forma a fazer com que a vida pareça, hoje, lógica e coerente, ajudando-o a manter sua auto-estima e sentido de vida (Néri, 2001b). Assim, a chave da qualidade de vida seria a habilidade do idoso para ajustar-se à vida em relação às mudanças e as novas exigências com uma auto-imagem e auto-estima preservadas e com

significado para sua própria existência. Segundo Freire (2002), os mecanismos de autorregulação do self – “estrutura diversificada e dinâmica, multifocal e multifacetada que compreende grande número de auto-representações ..., facilita as mudanças evolutivas e está relacionado com a saúde mental (p. 933)”- são responsáveis pelo monitoramento do comportamento e da experiência do indivíduo, pela manutenção de um estado psicológico equilibrado e estável, permitindo ao indivíduo a manutenção de seu senso de coerência, continuidade, propósito, integridade psicológica e um retorno ao estado de adaptação.

Algumas Pesquisas sobre Qualidade de Vida em Idosos

Diversas pesquisas têm investigado a qualidade de vida em idosos, mas ainda são poucas que investigam depressão em idosos, ou quando o fazem, contemplam apenas uma faixa etária específica, ou, apenas idosos que procuram por serviços de saúde. Esses resultados muitas vezes são generalizados para a população geral, levando a percepções distorcidas sobre o envelhecimento e também demonstram a carência de pesquisas na comunidade. As pesquisas citadas a seguir foram realizadas utilizando diversos instrumentos de qualidade de vida e não apenas o instrumento proposto nesse trabalho, o Whoqol-breve.

Xavier et al. (2003) buscaram identificar a prevalência de idosos maiores de 80 anos que consideravam ter uma boa ou má qualidade de vida e quais os domínios que eles indicavam como determinantes para essa qualidade. Para isso, utilizaram questões abertas tais como: “Como você descreve sua vida atual?; Porque você diz isso?; O que é melhor na sua vida atual?; O que na sua vida atual não é bom?; O que poderia acontecer para fazer sua vida melhor do que agora?; O que poderia acontecer para fazer sua vida pior do que agora?”; Os autores aplicaram ainda a Geriatric Depressive Scale (GDS) para medir os sintomas

depressivos, o índice de religiosidade, avaliaram a satisfação financeira e a situação socioeconômica subjetiva.

Os resultados apontaram que 57% dos idosos percebiam sua qualidade de vida como sendo boa, 25% como neutra e 18% como negativa. Os idosos insatisfeitos apresentaram mais problemas de saúde, mais sintomas depressivos e uma pior pontuação na escala de satisfação econômica. Por outro lado, a funcionalidade para a performance nas atividades de vida diária, a religiosidade e o nível socioeconômico objetivo não apresentaram diferenças entre os satisfeitos e insatisfeitos. Da amostra estudada, 85% dos homens e 70% das mulheres definiram sua qualidade de vida como sendo positiva. Os principais determinantes para uma qualidade de vida negativa foram saúde (96%), outros (22%), trabalho (17%) e problemas sociais/familiares (13%); enquanto os determinantes para uma qualidade de vida positiva foram saúde (43%), família (32%), renda (28%), trabalho ou “atividade” (24%), amigos (19%) e outros (13%). Pode-se perceber desse estudo que a perda da saúde foi apresentado como o principal determinante para uma pior qualidade de vida entre os idosos octagenários, talvez porque esse seja o maior medo que eles tendem a lidar nessa fase da vida. Enquanto os determinantes para uma boa qualidade de vida são mais variados e com percentagens melhor distribuídas.

Os resultados referentes ao nível socioeconômico e religiosidade tendem a ser controversos na literatura. Courtenay et al. (1992) apontam para a direção de que a religiosidade não é um fator relacionado com a satisfação com a vida entre idosos e refutam os resultados de Edwards et al. (1973) onde o nível socioeconômico foi um importante fator para a satisfação (citados por Xavier et al., 2003, p. 37).

Em um estudo exploratório realizado por Dempster e Donnelly (2000) objetivou-se investigar quão bem as pessoas idosas hospitalizadas (entre 66 e 95 anos) completavam as medidas de qualidade de vida individualmente, utilizando-se o Modified Patient Generated

Index (MPGI). Os resultados mostraram que idosos entre 66 e 75 anos tiveram pouca dificuldade para completar o MPGI; idosos entre 76 e 80 anos tiveram dificuldade média e; idosos com mais de 81 anos tiveram muita dificuldade para completar o instrumento. De modo geral, 86% dos participantes eram hábeis para identificar áreas em sua vida que eram importantes, seu nível de funcionamento em cada uma dessas áreas e organizar tais áreas em suas vidas em ordem de importância. Entretanto, 39% não eram hábeis em quantificar a relativa importância de cada área de sua vida e 57% dos participantes com mais de 75 anos não conseguiam completar respondendo a esses estágios avaliativos, ou seja, quanto mais velhos os idosos entrevistados maiores foram as dificuldades encontradas para responder as últimas etapas do instrumento. Entretanto, dos cinco idosos que tiveram mais dificuldade em responder ao instrumento, dois tinham demência e um tinha problemas de audição e pode ter tido dificuldade de ouvir o que estava sendo perguntado.

Os autores desse estudo fizeram um importante apontamento com relação a confusão que se faz entre qualidade de vida em indivíduos idosos como sinônimo de habilidade funcional e como consequência disso, apontam a crítica de que muitas avaliações têm utilizado medidas de atividades diárias. Outra crítica apontada por esses autores é a de que outros instrumentos utilizam uma aproximação multidimensional definindo qualidade de vida em termos de recursos econômicos e sociais e de saúde física e mental assim como do status funcional. Os autores aludem ainda que inúmeros instrumentos e dimensões refletem a dificuldade em estabelecer um consenso quanto à definição e as medidas de qualidade de vida em indivíduos idosos e que, muitos instrumentos de qualidade de vida genéricos são usados com idosos, mas muitas vezes não valorizam áreas importantes para o envelhecimento como as relações familiares, por exemplo. Outro problema é que as medidas genéricas ou, para uma população específica, que são usadas com idosos, consistem de itens pré-determinados e domínios que são pré-estabelecidos como igualmente importantes; além dos instrumentos de

medida de qualidade de vida serem desenvolvidos por clínicos e acadêmicos, o famoso modelo top-down.

Entretanto, deve-se considerar as limitações desse estudo que podem ter influenciado seus resultados, como, por exemplo, o pouco número de sujeitos que compuseram a amostra. Outra influência que pode ter enviesado os dados é que os idosos que conseguiram completar o primeiro estágio do instrumento, por exemplo, indicaram mobilidade como uma importante área de suas vidas, mas a maioria dos idosos estava internado devido a fraturas ou problemas no quadril. Assim, os idosos que conseguiram responder ao questionário, identificaram a “mobilidade física e as atividades de vida diárias” como importantes áreas na vida, dando pouca ênfase nas questões sociais, emocionais e relações familiares, refletindo a situação mais aguda que estavam passando no momento da pesquisa. Outra limitação é que o instrumento mostrou-se de difícil entendimento para os idosos, deixando a dúvida da existência de algum comprometimento cognitivo. O instrumento exige ainda alguma habilidade visuo-espacial e habilidade motora fina.

Arnold et al. (2004) fizeram um estudo transversal, em que avaliaram a relativa contribuição dos domínios físico, psicológico e social da qualidade de vida para a qualidade de vida geral controlando variáveis sócio-demográficas, em 1.457 pacientes e em 1.851 sujeitos saudáveis com idades superiores a 57 anos, e portadores de diversas doenças crônicas. Eles partiram do pressuposto que diferentes doenças afetam diferentes domínios por apresentarem diferentes fatores específicos e, como consequência, as relações entre os diferentes domínios e a qualidade de vida geral variam de acordo com a doença em questão. De acordo com a revisão de literatura feita por eles, estudos recentes têm apontado que as variáveis sócio-demográficas podem em alguma extensão contribuir para a explicação da qualidade de vida geral. Sprangers et al. (2000) encontraram que independentemente do tipo

de doença, idade avançada, ser mulher, ter menos escolaridade e morar sozinho estavam relacionados com baixa qualidade de vida.

Seus resultados apontam para significativas diferenças com relação ao domínio prejudicado por cada doença, sendo que não encontraram grandes diferenças quanto à qualidade de vida geral. Em algumas doenças, os domínios físico e social estavam mais relacionados à qualidade de vida geral, enquanto que o domínio psicológico mostrou-se muito forte na qualidade de vida geral para todos os grupos de pacientes e para os não-pacientes.

Para os sujeitos saudáveis, os domínios físico, psicológico e social contribuíram para a qualidade de vida geral, mas, para a maioria dos grupos de pacientes, o pior domínio apontado foi o da saúde física, talvez refletindo a situação em que eles se encontravam no momento da entrevista. Tais resultados lembram aqueles encontrados por Xavier et al. (2003), onde observaram a homogeneidade com que a saúde foi apontada como maior determinante para uma pior qualidade de vida, enquanto que para aqueles que avaliaram sua qualidade de vida como boa os determinantes foram mais heterogêneos. Arnold et al. (2004) salientam que estudos anteriores encontraram pequenas diferenças entre pacientes e não-pacientes quanto ao domínio social e psicológico. Quanto ao funcionamento social, cinco dos oito grupos de doenças a que estavam acometidos os pacientes, foram prejudicados e; quanto ao domínio psicológico, somente os pacientes com doenças pulmonares e enxaqueca se diferenciaram do grupo saudável.

O estudo de Arnold et al. (2002) mostrou que os domínios de qualidade de vida separados fazem uma limitada contribuição para a qualidade de vida geral uma vez que o impacto em um ou mais de um domínio não resulta automaticamente em impacto na qualidade de vida geral. Assim, separar a qualidade de vida por domínios pode contribuir mais para a explicação da qualidade de vida geral quando o impacto da doença é profundo,

ou seja, quando ele é estendido para todos os domínios da qualidade de vida. Por outro lado, isso mostra que é importante avaliar além da qualidade de vida geral, os domínios em separado também, uma vez que quando se pergunta ao idoso como está sua qualidade de vida geral, ele, em função da homeostase, tende a responder que está bom, mas quando se avaliam os domínios separadamente se percebe que não está tudo tão bem para todos os domínios. Quanto à qualidade de vida geral, a maioria dos pacientes crônicos não difere dos sujeitos saudáveis. Confirmando os resultados de Cummins (1995 e 1998) a ausência de grandes diferenças entre pacientes e sujeitos saudáveis deve-se também ao fato de os pacientes tenderem à homeostase, tentando manter o bom funcionamento apesar das mudanças no meio ambiente.

Apesar das doenças afetarem mais o domínio físico que o psicológico, também foi encontrado quanto ao domínio psicológico particularmente e o físico em menor grau que ambos contribuíram para a explicação da qualidade de vida geral. Tais resultados estão de acordo com os encontrados por Suurmeijer et al. (2001), que também encontraram que as variáveis psicossociais explicam a maioria da variância para um julgamento da qualidade de vida geral mais que as variáveis clínicas. Os autores dessa pesquisa salientam pontos importantes que devem ser observados nesse tipo de pesquisa, como por exemplo, que, quanto mais tempo doentes, maiores são as perdas em cada domínio; que uma determinada doença pode afetar diversos domínios, mas afetam uns mais que os outros e um primeiro que o outro. Por exemplo, doenças que impeçam a mobilidade podem afetar primeiro o domínio físico que o psicológico, enquanto que a depressão, por exemplo, pode afetar primeiro o psicológico e depois o social e físico. Outro aspecto salientado pelos autores refere-se a uma observação de Verkerk et al. (2001) de que dois pacientes podem ter uma mesma perda em um mesmo domínio, como a perda da mobilidade pertencente ao domínio físico, por exemplo, mas um pode superar essa dificuldade nesse domínio convidando pessoas que a

ajudem a se locomover e fortalecendo, portanto, o domínio social, o que também confirma a hipótese de Cummin (1995, 1998) a respeito da homeostase, neste caso, através de mudanças no ambiente. Os autores salientam ainda que os recursos pessoais e os eventos de vida podem provavelmente afetar a qualidade de vida geral dos pacientes.

Qualidade de Vida e Depressão

Depressão ao longo da vida é frequentemente associada a incapacidades e reduzida qualidade de vida (Unützer & Bruce, 2002). Diversos estudos têm apontado a relação entre qualidade de vida e depressão em idosos associando uma diminuição da qualidade de vida com aumento dos sintomas depressivos (Xavier et al., 2003; Lin et al., 2002 e Blazer. 2003), e perda da saúde física (Dempster & Donnelly, 2000; Fleck, Lima & Louzada, 2002). Dentre outras variáveis, Lin et al. (2002) em um estudo longitudinal com idosos residentes em Taiwan antes e depois do terremoto Chi-Chi, avaliaram a qualidade de vida pelo Whoqol breve e a depressão pela GDS, e encontraram que o aumento da depressão estava relacionado a uma diminuição de alguns escores do Whoqol (físico, psicológico e meio-ambiente) e oscilações no domínio social. Blazer (2003) afirma que a depressão é talvez a mais frequente causa de sofrimento emocional ao longo da vida e diminui significativamente a qualidade de vida em adultos idosos. Fleck, Lima, Lousada, Schestasky, Henriques, Borges, Camey e grupo LIDO – “Longitudinal Investigation of Depression Outcomes” (2002) também afirmam que a sintomatologia depressiva tem uma alta associação com uma pior qualidade de vida, mas que apesar disso poucos estudos brasileiros investigaram essa associação.

Leval (1999) afirma que depressão fenomenológica e qualidade de vida intrínseca são consideradas conceitos simétricos, mas significativamente correlacionados e que muitos estudos têm mostrado que indivíduos deprimidos, de modo geral, e não apenas os idosos, têm

uma redução em sua qualidade de vida. Leval (1999) encontrou em sua revisão bibliográfica que as medidas de qualidade de vida explicam 31,5% da variância nos escores dos inventários de depressão sendo o mais importante preditor da depressão (Godding et al., 1995) e os escores de depressão responderam por 49% da variância nos escores de qualidade de vida (Conn, Taylor & Wiman, 1991). Segundo Beaumont (1994) medidas de qualidade de vida são até necessárias para avaliar o impacto da depressão e seu tratamento, uma vez que essas medidas podem ser sensíveis a importantes diferenças entre pacientes deprimidos que não são detectados pelas medidas usualmente empregadas.

Berlim, Pavanello, Caldieraro e Fleck (2005) afirmam que o impacto da depressão na saúde influencia, dentre outros aspectos, a qualidade de vida; e que em função disso, as pesquisas atuais têm introduzido questionários tanto genéricos quanto específicos para avaliar a qualidade de vida na depressão. Apesar do Whoqol breve ser usado internacionalmente para avaliar qualidade de vida em idosos deprimidos (Naumann & Byrne, 2004), Berlim et al. (2005), avaliaram a confiabilidade e validade do Whoqol breve quando usados em pacientes com depressão no Brasil, validando o instrumento. Para avaliar a depressão, utilizaram o Inventário Beck de Depressão (BDI) e encontraram que houve uma significativa **correlação** inversa entre todos os domínios do Whoqol breve e o BDI, com o domínio psicológico representando a mais significativa correlação. Outro estudo que utilizou o Whoqol breve para avaliar qualidade de vida e humor -ideação suicida em 70 indivíduos deprimidos e não deprimidos (avaliados pelo BDI) que eram atendidos pelo hospital universitário de Porto Alegre, Brasil, foi o estudo realizado por Berlim e Matveve et al. (2003). Seus resultados indicaram que os indivíduos com ideação suicida encontravam-se pior em todos os domínios do Whoqol breve quando comparados aos indivíduos sem ideação suicida. Uma questão importante colocada por esses autores refere-se a diferença na intensidade dos sintomas depressivos entre os pacientes com ideação e sem ideação suicida. A questão por eles

colocada é a de que, se, a percepção da qualidade de vida depende do humor da pessoa, ambos os instrumentos não estariam investigando coisas sinônimas? Para responder a esse questionamento os autores recorreram ao argumento de Skevington e Wright (2001) de que a avaliação de qualidade de vida depende tanto das questões internas, subjetivas, incluindo aqui o estado de humor, quanto das externas, influenciadas pelo ambiente ou pelo momento da avaliação, e que por isso não se pode concluir que humor é qualidade de vida. Salientam ainda que não há consenso definitivo na literatura sobre a relação exata entre qualidade de vida e humor deprimido. Ao citar o trabalho de Demyttenaere et al. (2002) sobre medidas de qualidade de vida na depressão (humor depressivo) concluem que a depressão afeta a qualidade de vida como variável mediadora influenciando a maneira das pessoas de perceberem sua qualidade de vida.

Jakobsson et al. (2004) avaliaram a qualidade de vida geral e a qualidade de vida relacionada à saúde em idosos-idosos (com 85 anos ou mais) com e sem dor, levando-se em consideração, entre outros aspectos, o humor depressivo. Para esses pesquisadores, a dor é comum entre pessoas idosas e tende a ser cada vez mais comum com o aumento da idade. As dificuldades com as atividades de vida diária também aumentam com a idade devido a problemas crônicos de saúde (Krach et al., 1996). Da mesma forma, a qualidade de vida entre idosos-idosos com dor também tende a decrescer. Segundo Jakobsson et al. (2004), os estudos que vêm mostrando uma diminuição da qualidade de vida com o aumento da idade não possuem amostras representativas dos idosos mais velhos. Outro fator que salientam foi aquele descrito em um estudo realizado por Al-Windi et al. (1999) na população geral, onde nem todas as pessoas idosas disseram possuir baixa qualidade de vida, e um outro estudo, realizado por Covinsky et al. (1999) na população geral, onde a maioria dos idosos (51%) relatou sua qualidade de vida como boa. Dessa forma, seria importante avaliar quais os fatores estariam relacionados à alta ou baixa qualidade de vida entre os indivíduos idosos,

especialmente entre os idosos-idosos. Dentre esses fatores, diversos estudos têm levado em consideração idade, gênero, limitações funcionais, depressão ou humor depressivo, descontentamento financeiro e condições de moradia. Para avaliar a qualidade de vida, Jakobsson et al. (2004) utilizaram o Short Form Health survey, SF-12 e o LGC que é um instrumento de qualidade de vida geral desenvolvido pelo Lund Gerontology Research Center. Seus resultados apontaram que existem diferenças significativas no grau de dor quando gênero foi levado em consideração, ou seja, as mulheres sofriam mais dor que os homens e apresentaram significativamente pior qualidade de vida. Os idosos com dor apresentaram mais humor depressivo que os idosos sem dor sem levar em conta idade ou gênero. Os idosos que apresentavam mais problemas físicos ou mentais também tinham mais humor depressivo entre aqueles com dor. A qualidade de vida foi significativamente correlacionada com o humor depressivo entre aqueles com dor. Assim, o humor depressivo foi central na qualidade de vida atual tanto em homens quanto em mulheres. A percepção das pessoas de sua situação econômica como boa ou muito boa foi um bom preditor para uma alta qualidade de vida enquanto que, limitações funcionais, fadiga e humor depressivo foram considerados preditores de baixa qualidade de vida entre os idosos-idosos com dor. Morar sozinho e morar em casas de abrigo também foram associados com baixa qualidade de vida. As descobertas apontam para a importância de se considerar as diferenças de gênero e idade no estudo da qualidade de vida e os possíveis preditores entre as pessoas idosas. Para eliminar essas variáveis que exerciam influência sobre as variáveis de sua pesquisa, Jakobsson et al. (2004) estudaram a qualidade de vida de uma perspectiva do gênero e a amostra foi dividida em dois grupos de idade (85-89 e 90+). Todos os idosos com dor (homens e mulheres) tiveram escores de qualidade de vida baixos, mas as mulheres tiveram escores significativamente piores que os homens quando os grupos foram considerados separadamente. Segundo esses pesquisadores, as mulheres podem ter índices maiores de dor

que os homens, apresentar dor em múltiplas localizações ou ainda serem mais abertas a falar de suas dores que os homens. As diferenças em estado civil, condições de moradia, situação socioeconômica entre homens e mulheres também podem explicar essa diferença. A situação econômica foi considerada variável importante nesse estudo, sendo uma boa ou muito boa situação econômica relacionada a uma alta qualidade de vida e uma ruim ou muito ruim situação à baixa qualidade de vida. Assim, entre os idosos-idosos, aqueles com dor apresentavam mais humor depressivo e pior qualidade de vida.

Badger (2001) também avaliou depressão, recursos psicológicos e a qualidade de vida relacionada à saúde em adultos idosos com mais de 75 anos, uma vez que, apesar de o envelhecimento por si próprio poder diminuir as habilidades funcionais, outros fatores tais como depressão, depressão maior ou sintomas depressivos subclínicos também podem influenciar na progressão da diminuição dessas habilidades (Ormel et al. 1998, Verbrugge & Jette, 1990 citados por Badger, 2001, p. 189). Em sua revisão bibliográfica, Badger cita Hays et al. (1995) e Johnson et al. (1992) que afirmam que muitos idosos podem experimentar perdas crônicas que podem induzir a diversos tipos de resposta de estresse como a depressão, por exemplo, sendo ela o maior vínculo para piores resultados em saúde. Segundo ele, o U. S. Department of Health and Human Services – USDHHS - (1993) afirma que os índices de prevalência de perdas crônicas aumentam com o avanço da idade e que a maioria das pessoas com mais de 75 anos tem mais de uma perda crônica. Wyshak (2003) também afirma que a prevalência dos diagnósticos médicos, das limitações físicas e dos índices de saúde aumentam com a idade, apesar do estresse declinar dramaticamente com ela. Os índices de prevalência para sintomas depressivos significativos em idade avançada são também altos, entre 20% e 30% (Badger, 2001). Femia et al. (1997) e Holahan (1998) sugerem que o fator mais importante para aqueles idosos com perdas crônicas é a percepção da perda da habilidade e não o tipo ou número de perdas (citados por Badger, 2001, p. 190). Badger cita

diversas pesquisas cujos resultados indicam que os idosos com depressão quando comparados aos sem depressão têm mais perdas e complicações médicas, dor, usam mais o serviço de emergência, aumentam o número de dias internados, etc.. Em função disso, eles estão sob grande risco de institucionalização devido às suas grandes limitações funcionais (National Center for Health Statistics, 1994). Como instrumento para avaliar a depressão, Badger utilizou a CES-D (ponto de corte 16) uma vez que Davidson et al., (1994); Pachana et al., (1994); Radloff e Teri (1986) constataram sua confiabilidade e validade com idosos, incluindo idosos frágeis (citados por Badger, 2001, p.193). No estudo de Badger, o alfa de Cronbach foi 0,76. Ele descobriu diferenças significativas entre os idosos severamente e moderadamente deprimidos quanto à qualidade de vida relacionada à saúde: que os idosos severamente deprimidos tinham pior percepção de sua saúde e um maior impacto no funcionamento mental que os idosos deprimidos moderadamente. No domínio psicológico da qualidade de vida relacionada à saúde, os severamente deprimidos também afirmaram diminuição do bem-estar e reduzida satisfação com a vida quando comparados aos moderadamente deprimidos. A percepção de saúde teve um efeito causal direto na depressão, ou seja, os idosos que percebiam sua saúde como pior tinham mais depressão e pior funcionamento.

Fleck, Lima, Lousada, Schestasky, Henriques, Borges, Camey e grupo LIDO (2002) avaliaram a relação entre sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes que procuram serviços de cuidados primários em saúde em seis centros de diferentes países (incluindo o Brasil), utilizando a CES-D e o Whoqol-breve (apenas as duas questões gerais), em homens (20,5%) e mulheres (79,5%), com idades entre 18 e 75 anos ($M = 40$, $DP = 14$). Os autores encontraram diferenças estatísticas significativas nos escores da CES-D, sendo de 20,2 ($DP = 13,2$) para as mulheres e 16,2 ($DP = 11,5$) para os homens. Em relação à avaliação da qualidade de vida, 14,5% dos indivíduos consideravam-na (*muito boa*), 58,8%

(*boa*), 23,3% (*nem ruim nem boa*), 2,7% (*ruim*) e 0,6% (*muito ruim*). A média de pontuação na CES-D variou de 34,3 (DP = 12,7) para os indivíduos que consideraram a resposta (*ruim*) até 12,2 (DP = 10,3) para aqueles que responderam (*muito boa*). Segundo os autores, isso mostra uma relação inversa entre percepção de qualidade de vida e intensidade dos sintomas depressivos, apesar de o apanhado feito por eles nas bases de dados nacionais –Lilacs e SciELO- constarem a ausência de trabalhos brasileiros que investiguem essa associação. Também encontraram que a maior sintomatologia depressiva está associada a um pior funcionamento físico e psicológico, a uma avaliação da sua saúde como pior e estavam menos satisfeitos com ela. A intensidade média para a sintomatologia depressiva em sua amostra foi alta e que essa sintomatologia para as mulheres foi mais intensa que para os homens que procuraram pelo serviço.

Pode-se perceber a partir dessa revisão bibliográfica que parece realmente existir uma relação inversa entre depressão e qualidade de vida. Entretanto, os estudos que investigaram a associação entre essas duas variáveis o fizeram levando-se em consideração a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde ou utilizando apenas as duas questões de avaliação da qualidade de vida geral do WHOQOL, sem mencionar diferenças por domínio da qualidade de vida. Também avaliaram amostras que procuravam por serviços de saúde não possibilitando a generalização dos dados para a comunidade geral e sem investigar mais detalhadamente como isso acontece para os indivíduos idosos. Mesmo os estudos que incluíram essa parcela da população em sua amostra, não avaliaram possíveis diferenças nessa relação para o idoso quanto às diferenças de gênero, idade e algumas características sócio-demográficas como escolaridade, nível socioeconômico e estado civil.

Dessa forma, propomos a investigar agora a percepção dos idosos residentes em comunidade da cidade de Juiz de Fora em Minas Gerais de sua qualidade de vida tanto geral

quanto por domínios, investigados pelo Whoqol-breve, associado à presença ou não de sintomatologia depressiva, investigada pela CES-D.

METODOLOGIA

Hipóteses Nulas

H1: Não existem diferenças entre idosos com sintomas depressivos e idosos sem sintomas depressivos quanto à percepção da qualidade de vida geral e por domínios.

H2: A percepção da qualidade de vida é igual para ambos os sexos.

H3: Não existe diferença na percepção da qualidade de vida geral e específica de acordo com a estratificação por idade.

H4: Idosos com mais anos de escolaridade apresentam níveis de qualidade de vida geral e por domínios iguais aos de idosos com baixa escolaridade.

H5: O rendimento financeiro não influencia a qualidade de vida geral e por domínios.

H6: O estado civil não apresenta relação com a qualidade de vida geral e por domínios.

Delineamento

Considerando-se os apontamentos na pesquisa em desenvolvimento humano feitas por Baltes (1968) e Siqueira (2001) quanto às limitações dos métodos transversais e longitudinais, e sua proposta como melhor metodologia de pesquisa para o desenvolvimento humano a metodologia de coorte-seqüencial, nessa investigação utilizaremos o método transversal, cientes de suas limitações. Estaremos considerando aqui a estratificação da

amostra por idade, tanto na investigação de possíveis diferenças de prevalência de sintomas depressivos quanto de diferenças na percepção da qualidade de vida.

Assim, apesar das deficiências inerentes ao método transversal, sua utilização se deve em função do curto período de tempo dispensado para que o trabalho se concretizasse e pelo fato de possuímos dados longitudinais sócio-demográficos e de depressão, mas não de qualidade de vida, variável essa apenas incluída no segundo momento da pesquisa. Assim, respeitaremos as limitações do delineamento propostas por Baltes (1968) principalmente por envolver a variável idade, no sentido de que as diferenças encontradas não serão atribuídas à idade ou à coorte do indivíduo. O próprio Baltes faz isso (Baltes & Schaie, 1975) em um artigo em que objetivava investigar sua metateoria de SOC como estratégia de administração da vida e suas correlações com indicadores subjetivos de envelhecimento bem-sucedido (citados por Baltes & Freund, 1988, p. 541). Entretanto, o autor salienta que nas diferenças por ele encontradas, estão confundidos os efeitos de idade e de coorte em função de sua utilização do método transversal. De qualquer forma, dados do IBGE (2000) e do próprio PENSE nos permitem apontar para algumas características dessa coorte que serão explicitadas na discussão desse trabalho. Assim, estaremos utilizando na revisão de literatura os resultados de outras pesquisas, sejam elas transversais, longitudinais ou de coorte-sequenciais para fundamentar os resultados desse estudo.

Sujeitos

A partir do banco de dados da etapa inicial do estudo PENSA, que constou de um total de 900 idosos selecionados a partir dos dados do IBGE (2000) e residentes nos bairros e centro da cidade de Juiz de Fora, MG, com idades entre 60 e 100 anos, de ambos os sexos e diferentes níveis de escolaridade e socioeconômico, 400 idosos foram selecionados randomicamente para participarem desse segundo momento, sendo que desse subtotal participaram efetivamente desse estudo 369 idosos. O estudo do PENSA, do qual essa investigação deriva-se, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo sido avaliado segundo as Diretrizes para pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução CNS nº 196/96. Para fins específicos dessa investigação, o presente trabalho também foi submetido e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer nº. ETIC 356/04 (Apêndice A). Entretanto, o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) foi assinado pelos idosos apenas no primeiro momento da pesquisa. Assim, para a entrevista de prosseguimento da qual resultou o presente trabalho, os idosos não assinaram um novo termo de consentimento. Eles foram contatados pelo telefone, e questionados se gostariam de continuar participando do projeto PENSA na primeira entrevista de seguimento e, para os que aceitaram, foi agendado um horário de entrevista na residência do idoso ou no lugar que ele julgasse mais apropriado, da mesma forma que na primeira avaliação. Foi novamente garantido a todos os idosos contatados o direito tanto de não participar desse segundo momento do estudo PENSA bem como de retirarem-se definitivamente da pesquisa sem nenhum ônus ou penalidade. A utilização do banco de dados do PENSA para a presente pesquisa foi autorizada pela atual responsável, professora Doutora Neide Cordeiro Magalhães (Apêndice C).

Instrumentos

Questionário Semi-estruturado para Variáveis Sócio-demográficas (Apêndice D)

Questionário composto de questões sobre gênero, estado civil, idade, escolaridade e nível socioeconômico.

Center Epidemiologic Survey-Depression (CES-D) (Apêndice E)

Essa escala foi desenvolvida por Radloff em 1997 com a finalidade de detectar sintomas depressivos em populações adultas. É composta de 20 itens com respostas de frequência (nunca ou raramente = 0, às vezes = 1, frequentemente = 2 e sempre = 3) relacionadas a sintomas depressivos na semana anterior à entrevista, sendo que a pontuação pode variar de 0 a 60. Considera-se que indivíduos que apresentem pontuação entre 15 e 21 pontos estejam com sintomas moderados de depressão e uma pontuação igual ou maior que 22 pontos, com sintomas severos. Uma vez que a CES-D não se restringe apenas a sintomas depressivos, seus resultados não podem ser interpretados como indicativo da presença ou não de transtornos depressivos. Essa escala foi escolhida tendo em vista que a amostra é de população “saudável” o objetivo foi fazer um rastreio dos sintomas da depressão na população. Para fins dessa pesquisa consideramos o ponto de corte proposto por Tavares (2004) por ter sido este ponto validado para a população idosa brasileira.

Propriedades Psicométricas da CES-D Relatadas em Algumas Pesquisas

Conforme salientam Lewinsohn, Seeley, Roberts e Allen (1997), no rastreio, os indivíduos que se encontram acima do ponto de corte estabelecido são considerados “casos possíveis” da doença em questão. Assim, o rastreio tem sido usado por prover uma rápida, econômica e válida forma de dividir a população estudada em presumivelmente saudáveis ou presumivelmente doentes.

Esses autores apontam então, algumas questões referentes à avaliação da eficácia de um instrumento de rastreio que estaria em função de suas propriedades psicométricas e da prevalência com que a desordem estudada acontece na população, onde estariam incluídas as avaliações de sensibilidade e especificidade; o hit rate (HR) - que seria a porcentagem de participantes corretamente classificados de acordo com o ponto de corte; o Índice J que pode variar de zero a um, sendo um o valor ideal onde tanto os falso-negativos quanto os falso-positivos seriam zero; a análise do Receiver Operating Characteristic (ROC), que é uma técnica utilizada para mostrar a sensibilidade e especificidade encontradas para diferentes pontos de corte; e, finalmente, o rastreio também pode ser avaliado em função de seu valor preditivo positivo e negativo se a prevalência da desordem em questão é conhecida.

Como existem poucas pesquisas que investigam a correlação entre escalas de sintomas como a CES-D, por exemplo, e instrumentos diagnósticos propriamente ditos, Tavares (2004) fez um estudo explorando as características psicométricas da CES-D em comparação à Escala de Depressão Geriátrica (GDS) em 903 idosos ($M=72,3$ anos $DP=8,21$), residentes na comunidade em Juiz de Fora MG. Seus resultados apontaram que em comparação à GDS (15%), a CES-D (2:11) superestimou a prevalência de depressão (33,8%). Entretanto, encontrou-se alta consistência interna para a CES-D ($\alpha = 0,86$), uma estrutura fatorial de três fatores (afetos negativos; dificuldades de iniciar comportamentos; afetos positivos); altos índices de sensibilidade (74,6%) e especificidade (73,6%). Segundo este estudo, o ponto de corte ideal para essa população é de ≤ 11 e não 16 conforme proposto em

sua criação. Silveira e Jorge (2000) também fizeram um estudo das propriedades psicométricas da CES-D em uma amostra formada por adolescentes e por adultos jovens universitários e em fármaco-dependentes. Encontraram resultados satisfatórios com o instrumento mostrando sensibilidade para rastreamento da depressão em populações jovens clínicas e não-clínicas. O instrumento também exibiu estrutura fatorial correspondente às dimensões psicopatológicas dos transtornos depressivos. Entretanto, os pesquisadores pontuaram que, como a CES-D não se restringe exclusivamente aos sintomas depressivos, seus resultados não podem ser interpretados como decisivos da presença ou ausência de depressão e salientam ainda que a escala foi desenvolvida com a finalidade de aferir a prevalência atual de sintomas depressivos e, justo por esse motivo não se pode tirar conclusões a respeito da prevalência dos sintomas ou sua evolução no tempo, que seriam fundamentais para o diagnóstico da depressão. Apesar de todos os aspectos negativos das escalas de rastreamento como o fato de apresentarem, por exemplo, muitos falso-positivos, concluíram que a CES-D está entre as escalas de melhor desempenho.

Existem poucos estudos sobre a eficácia da CES-D em idosos e os poucos estudos disponíveis, frequentemente apresentam amostras pequenas. Assim, há muitas críticas quanto ao uso da CES-D em indivíduos idosos, como as feitas por Rsnshoff e Freinstein (1978) que afirmam que as características do rastreamento são influenciadas pelo grau de severidade, cronicidade e comorbidade dos casos e controles, além da influência de variáveis tais como idade, gênero, impacto cognitivo e funcional, doenças físicas e desajustabilidade social (citado por Lewinsohn et al., 1997, p. 278). Nesse sentido, Lewinsohn et al. (1997), também fizeram um estudo da CES-D como instrumento de rastreamento entre adultos idosos residentes na comunidade objetivando investigar se tais variáveis realmente tinham efeito negativo nas propriedades psicométricas do instrumento.

Esses autores supuseram que esses quatro fatores (doença física, impacto funcional, cognitivo e tendência a responder aos itens de maneira socialmente aceita) reduziriam a eficácia da CES-D e hipotetizaram que esses fatores aumentariam com o avanço da idade e afetariam cada vez mais negativamente a CES-D. Essa suposição baseou-se, por exemplo, no fato de haver concomitâncias psicológicas entre as doenças físicas e impacto funcional com os sintomas da depressão. Assim, determinados sintomas, como aqueles relacionados ao sono e ao apetite, são também sofridos por pessoas que estão com outras doenças, daí o risco desses sintomas serem confundidos com a depressão e haver um número grande de falsos-positivos. O inverso também pode acontecer, com os sintomas depressivos sendo considerados como próprios de outras patologias e a depressão ser sub-diagnosticada. Essa influência apesar de possível em todas as idades, afetaria mais os idosos por ser essa parcela da população que mais padece de doenças físicas nessa etapa da vida.

Outro fator negativo poderia ser confundir os sintomas depressivos _como perda do sono, do apetite, dificuldades de concentração, retardamento psicomotor, aumento do tempo de reação, dentre outras_ com as alterações próprias do processo do envelhecimento o que dificultaria muito o diagnóstico em idosos, segundo Blazer e Williams (1980) dentre outros. Uma possível solução para esse problema foi proposta por Zemore e Eames (1979), que usando o Inventário Beck de Depressão, encontraram que os altos escores de diagnóstico de depressão entre os idosos desapareciam quando os itens relacionados à saúde física eram desconsiderados (citados por Lewinsohn et al. 1997, p. 279). Excluindo-se os casos mais graves de déficit cognitivo como aquelas pessoas que sofrem de Alzheimer, por exemplo, diferentes níveis de impacto cognitivo também poderiam afetar a eficácia do rastreio estando presente também entre indivíduos idosos saudáveis.

A resposta positiva a desajuda social tem sido apontada como um dos maiores problemas, associado a uma tendência possível de passar uma visão positiva ou negativa de si

mesmo para os outros. Marlowe e Crowne (1960) desenvolveram uma escala para investigar esses fatores e eles a correlacionaram com as medidas de depressão (citados por Lewinsohn, et al. 1997, p. 279). Com base nisso, Lewinsohn et al. (1997) esperavam em seu estudo uma correlação entre desejabilidade social e envelhecimento. Hipotetizaram que a validade e conseqüentemente a eficácia da CES-D poderia ser menor para os respondentes com altos níveis de desejabilidade social. Sua amostra foi composta por 4.133 indivíduos acima de 50 anos selecionados randomicamente, sendo formada em 58% por mulheres, com média de idade de 63,9 anos (SD= 7,9), 77% casados, 9% divorciados. Eles também dividiram sua amostra entre adultos de 50-59 anos e idosos de 60-69 e 70 anos ou mais.

Os resultados encontrados foram: as médias dos escores da CES-D não diferiram significativamente entre homens e mulheres e entre os três grupos de idade. Salientam em seus resultados, que gênero não foi correlacionado com a CES-D e que a correspondência entre essas duas variáveis geralmente não está presente antes da puberdade e depois dos 65 anos. Quando se avaliou a CES-D e a idade com o impacto cognitivo e funcional, as doenças físicas e a desejabilidade social, todas as correlações com a CES-D e com a idade foram estatisticamente significativas (exceto entre a CES-D e impacto cognitivo) e na direção esperada. Entretanto, nem idade, nem gênero, impacto cognitivo ou funcional, doenças físicas e desejabilidade social tiveram um efeito significativo negativo nas propriedades psicométricas e nas características de rastreio da CES-D. Quanto à essas características da CES-D, de acordo com as análises ROC, o ponto de corte máximo para sensibilidade e especificidade foi 12. Assim, seus resultados sustentam o uso da CES-D como instrumento para rastreio da depressão para idosos residentes na comunidade. Lewinsohn et al. (1997) afirmam que seus resultados foram consistentes com aqueles observados em outras pesquisas reportadas na literatura. Como o impacto cognitivo não apresentou efeito negativo nas

propriedades de rastreio na CES-D, pode-se dizer que exceto para os gravemente debilitados, os idosos de modo geral são bons informantes de seus estados afetivos.

Jiang et al. (2004) em um estudo populacional cujo objetivo era investigar a influência dos sintomas depressivos, através da CES-D, na incapacidade física de idosos residentes em Beijing, na China, analisaram e discutiram todos os itens dessa escala com especialistas do WHO. A escala foi utilizada depois de se fazer uma análise de suas propriedades psicométricas cujos resultados foram publicados por Meng e Xiang (1996), onde os resultados foram favoráveis à utilização da escala com idosos residentes nessa região (citados por Jiang et al., 2004, p. 1339). Nesse estudo, foi escolhido como ponto de corte o escore 16 e a consistência interna testada pelo método de Cronbach foi de ($\alpha = 0,93$). Apesar das críticas feitas quanto a se levar em consideração o auto-relato de indivíduos idosos em condições crônicas, esses pesquisadores argumentam que estudos mostram que há conformidade entre as doenças auto-relatadas e os dados oriundos dos médicos e que a depressão não influencia a acurácia dos auto-relatos. Quanto à crítica relacionada ao fato de a CES-D incluir itens fisiológicos e somáticos que dependem da atividade física da pessoa, possibilitando que os idosos possam apresentar altos escores na escala não por serem realmente mais deprimidos, mas sim por causa de sua condição clínica de declínio e do processo do envelhecimento por si mesmo em função da probabilidade de idoso reportar mais perdas que o jovem, eles aceitam que são necessários mais estudos para responder a essa questão.

Finalmente, Beekman et al. (1997) também avaliaram o critério de validade da CES-D em uma amostra de idosos residentes nos países baixos, com idades entre 55 e 85 anos, e encontraram 100% de sensibilidade e 88% de especificidade usando o ponto de corte de 16, além do valor preditivo positivo de 13,2% e do fato de que os falsos positivos não eram mais prováveis entre os idosos com perdas físicas, declínio cognitivo ou ansiedade. Em função das diversas pesquisas que vêm sendo realizadas com idosos em que também são avaliadas as

propriedades psicométricas e de rastreio da depressão para essa população, observa-se que a CES-D serve de instrumento de rastreio dividindo a população estudada em supostamente afetados e supostamente saudáveis. Supostamente, pois não se realiza o diagnóstico propriamente dito da depressão.

World Health Organization Quality of Life Brief (WHOQOL-brief) (Apêndice F)

O World Health Organization Quality of Life brief (Whoqol-brief) foi desenvolvido a partir do World Health Organization Quality of Life 100 (Whoqol-100) e elaborado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Group). O grupo Whoqol desenvolve medidas de qualidade de vida em uma perspectiva internacional desde a elaboração de conceitos que orientaram a elaboração das questões até a validação dos instrumentos (Fleck, 2000). O Whoqol-100 foi aplicado em pacientes com diversos tipos de doenças, pessoas sãs e profissionais de saúde em mais de 15 países no mundo perpassando por diferentes culturas. A versão em português e validação desse instrumento quanto à consistência interna, validade discriminante, concorrente e de construto (Lima, 2002) foi desenvolvida pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Fleck et al. 1999 a,b). Consta de 100 questões que investigam 24 facetas da qualidade de vida, sendo quatro questões destinadas a investigar cada uma dessas facetas e quatro questões gerais. O Whoqol-100 apresenta seis Domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente, Nível de Independência e Religiosidade/Espiritualidade, Crenças pessoais. A partir dos dados do Whoqol-100, os itens para compor o Whoqol-breve foram selecionados por sua habilidade de explicar uma proporção substancial da variância entre as facetas e domínios antecedentes, por suas relações com o modelo do WHOQOL geral e por sua validade discriminante (Skevington et al., 2004). Tais autores sugerem que o

modelo de quatro fatores (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente) proposto no Whoqol-breve é mais aceito do ponto de vista psicométrico do que o modelo de seis fatores proposto no Whoqol-100.

O domínio 1 do Whoqol-breve é o domínio Físico e compreende as seguintes facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso, mobilidade; atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio 2 ou domínio Psicológico é composto pelas seguintes facetas: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade, religião, crenças pessoais. O domínio 3 ou das relações Sociais engloba as seguintes facetas: relações pessoais; suporte (apoio) social e atividade sexual; e, finalmente o domínio 4 ou domínio do meio-ambiente é composto pelas seguintes facetas: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.

Assim, o Whoqol-breve produz escores de domínio e não escores de facetas individuais, uma vez que cada faceta é representada por apenas uma pergunta (WHO, 1996), enquanto que no Whoqol-100 era representada por quatro. Apesar disso, os escores dos domínios do Whoqol-brief tem correlacionado em torno de 0,90 com os escores dos domínios do Whoqol-100.

O Whoqol-breve consta de 26 questões formuladas para uma escala de respostas de 5 pontos do tipo Likert que variam em intensidade (*nada-extremamente*); capacidade (*nada-completamente*); frequência (*nunca- sempre*) e avaliação (*muito insatisfeito-muito satisfeito*). Assim as questões são formuladas no sentido de se procurar identificar (*quão mais*), (*quão completamente*), (*quão freqüentemente*), (*quão bom*), (*quão satisfeito*) o respondente se

encontrou nas últimas duas semanas (Skevington et al. 2004). São apresentadas duas questões gerais, uma de qualidade de vida geral e outra de saúde geral, e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Os dados que originaram a versão abreviada do Whoqol-breve foram extraídos de um teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (Fleck, Lousada et al. 2000). O Whoqol-breve pode ser auto-administrado se os respondentes tiverem habilidade suficiente para responder, e, pode também ser aplicado em forma de entrevista (WHO, 1996). No caso dessa pesquisa, como a amostra é composta de idosos que muitas vezes têm dificuldade de leitura e interpretação e como o instrumento faz parte de um protocolo de pesquisa mais amplo e demorado, a aplicação foi feita pelo entrevistador.

Segundo Fleck, Lousada et al. (2000) e Fleck (2000), o critério de seleção das questões para compor o Whoqol-breve foi tanto psicométrico como conceitual. No nível psicométrico foram selecionadas as questões que se correlacionassem mais altamente com o escore total do Whoqol-100 calculado pela média de todas as facetas. Em seguida, os itens selecionados foram examinados por peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Finalmente, foi realizada análise fatorial confirmatória para uma solução de quatro domínios.

A particularidade desse instrumento é que ele se baseia no ponto de vista individual sobre o bem-estar da pessoa, ou seja, além de perguntar sobre a presença ou ausência de algum incômodo, indaga a respeito da intensidade deste incômodo. Para Skevington et al. (2004), o interesse do WHOQOL Group, estava em saber quão satisfeitas ou incomodadas as pessoas estavam com determinados aspectos importantes de suas vidas pré-estabelecidos através das facetas do instrumento, considerando que essa interpretação seria altamente individual.

Devido ao fato de estarmos na “era da eficiência psicométrica”, da necessidade e praticidade de instrumentos fáceis e rápidos de serem administrados, válidos e confiáveis, que não acarretem sobrecarga ao respondente e onde os detalhes de cada faceta não são tão importantes, são de muita necessidade em surveys e no atendimento clínico, e, por esse motivo, existe tanto interesse em instrumentos como o Whoqol-breve. A partir desse interesse, diversos pesquisadores têm se debruçado nas propriedades psicométricas de instrumentos curtos (Fleck, Lousada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000; Skevington et al., 2004).

Fleck, Lousada et al. (2000), aplicaram o Whoqol-breve, o Inventário Beck de Depressão (BDI) e a Escala de Desesperança (BHS) desse mesmo autor, em 250 pacientes do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e em 50 voluntários-controle. A consistência interna do Whoqol-breve foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach para todos os domínios, todas as questões e cada domínio individualmente. Os coeficientes foram: todos os domínios: 0,77; todas as 26 questões: 0,91; Domínio 1: 0,84; Domínio 2: 0,79; Domínio 3: 0,69 e Domínio 4: 0,71. Quando comparado com o Whoqol-100, o Coeficiente de Cronbach foi inferior. Entretanto, isso já era esperado de instrumentos compostos por um número menor de questões. Quanto à validade discriminante os indivíduos controles apresentaram escores superiores em cada domínio quando comparados aos pacientes. Os domínios 1 (físico) e 2 (psicológico) discriminaram mais significativamente, respectivamente $p = 0,0001$ e $0,01$. O domínio 4 (meio-ambiente) apresentou significância limítrofe ($p = 0,06$) e o domínio 3 (Relações Sociais) não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,66$). Entretanto, esse resultado diferiu daqueles obtidos no estudo multicêntrico do desenvolvimento do Whoqol-breve em que os quatro domínios discriminaram pacientes e controles de forma estatisticamente significativa. Segundo os autores dessa investigação, provavelmente o nível de significância limítrofe no domínio 4 deva-se ao tamanho da

amostra, uma vez que os dados gerais do instrumento foram obtidos a partir de uma amostra de 11.275 indivíduos enquanto que o teste de campo foi realizado com apenas 300 indivíduos. O Domínio 3 pode não ter apresentado boa capacidade de discriminação talvez por ser representado no instrumento com um menor número de facetas e conseqüentemente com um menor número de questões. Este fator pode deixar, do ponto de vista psicométrico, este domínio menos estável. Entretanto, o domínio 3 costuma apresentar essa mesma característica em outros estudos realizados também fora do Brasil como no de O'Carroll et al. (2000). Quando comparados os escores em diferentes domínios de acordo com a especialidade médica, observou-se que os pacientes psiquiátricos obtiveram piores desempenhos nos Domínios 2, 3 e 4, enquanto que os controles apresentaram os melhores resultados em três dos quatro domínios (1, 2 e 4).

Quanto à validade de critério, utilizando a Regressão Linear Múltipla, todos os domínios apareceram num modelo linear, com exceção do domínio 3 (Relações Sociais) o que explica 44% da variância. Todos os domínios apresentaram coeficientes de correlação significativos quando correlacionados entre si, sendo as correlações mais significativas entre os domínios físico e psicológico e as correlações mais baixas envolvendo o Domínio 3 (relações sociais). Quanto à validade concorrente, o Inventário BDI e o BHS apresentaram coeficientes de correlação significativos com todos os domínios do Whoqol-breve, sendo que o domínio psicológico foi o que mais se correlacionou em ambos inventários. Quanto à fidedignidade teste-reteste, observou-se que não houve diferença significativa nas médias entre os domínios e que todos os coeficientes apresentaram valores elevados (acima de 0,7) e altamente significativos (exceto o psicológico = 0,69), demonstrando uma boa fidedignidade teste-reteste.

Assim, comparando os resultados do Whoqol-breve com o Whoqol-100, no Brasil, observou-se que as características psicométricas são semelhantes e preserva a abrangência do

construto Qualidade de vida, ao incluir os itens não só referentes aos domínios Físico e Psicológico, mas também os referentes ao meio ambiente e relações sociais e, dentro do Domínio 1 (Saúde Física), também o domínio “Nível de Independência” e dentro do Domínio 2 (Psicológico), o domínio Espiritualidade - ambos separados no Instrumento original o Whoqol-100.

Skevington et al. (2004) num estudo sobre as propriedades psicométricas do Whoqol-breve em uma survey transversal realizada em 23 países, incluindo o Brasil, aplicaram o Whoqol-breve em 11.830 adultos com idades entre 12 (em algumas partes da Índia a idade de 12 anos já é considerada adulta) e 97 anos, divididos em dois grupos pela média de idade de 45 anos. Também foi levado em consideração nível educacional e estado civil. Investigaram consistência interna (assegurada pelo alfa de Cronbach), correlação item-total, validade discriminante e de construto e análises fatoriais confirmatórias. Os resultados indicaram que o Whoqol-breve apresentou boas a excelentes propriedades psicométricas e que, de modo geral, apresenta-se como um sólido instrumento para a avaliação da qualidade de vida em pesquisas transversais. Encontraram ainda diferenças estatisticamente significativas por sexo e idade. Segundo tais autores, o tipo de pesquisa multicêntrica envolvendo o WHOQOL não somente permite um alto nível de equivalência conceitual e semântica obtidas entre as diversas línguas dos diversos países que participaram da pesquisa como também criou um caminho muito curto para o rápido estabelecimento de instrumentos multi-linguais em que os dados obtidos em diversos países são compartilhados e centralizados num único pólo (WHO de Geneva).

No Brasil, Berlim, Pavanello et al. (2005) avaliaram a confiabilidade e a validade do Whoqol-breve em 89 pacientes adultos (média de idade de 48,93 anos) com Depressão Maior avaliados pelo BDI, uma vez que segundo eles, não existia no Brasil um instrumento válido (genérico ou específico) que possa avaliar qualidade de vida em pacientes deprimidos. O

instrumento mostrou-se com boa consistência interna (Alpha de Cronbach = 0,84) e foi sensível a uma melhora depois do tratamento com antidepressivos. Mostrou-se válido e confiável para avaliar qualidade de vida em pacientes deprimidos que falam o português brasileiro. O Whoqol-breve também foi ágil em discriminar pacientes com base em seus níveis de depressão. A validade convergente entre os dois instrumentos (levando-se em consideração os domínios do Whoqol-breve) apresentou uma correlação inversa estatisticamente significativa.

Bittencout (2003) também avaliou a consistência interna do instrumento em sua dissertação de mestrado que investigou a qualidade de vida em pacientes renais crônicos transplantados. O coeficiente de Cronbach encontrado para os domínios 1 e 4 foi 0,71, para os domínios 2 e 3 de 0,60, entre os domínios 0,76 e entre as questões 0,87.

Procedimentos

O presente trabalho foi desenvolvido a partir do estudo PENSA (Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável), que consistiu em um estudo de corte, iniciado em 2002, que pretende ser longitudinal, destinado a avaliar as variáveis sociais, cognitivas, emocionais e físicas relacionadas com os processos do envelhecimento saudável em uma amostra de idosos residentes na comunidade da cidade de Juiz de Fora, MG. Num primeiro momento, a partir dos dados do IBGE (2002), foram identificados 10,6% da população residente em Juiz de Fora com 60 anos ou mais, correspondendo a 48.300 idosos. Para selecionar uma amostra randômica na comunidade, foi necessário identificar os bairros com maior percentual de idosos. O PENSA utilizou um corte de 15% ou mais para selecionar os bairros que fizeram parte da amostra.

Em um segundo momento, os bairros foram visitados por recrutadores devidamente treinados, com o objetivo de identificar as residências com idosos e realizar o recrutamento dos participantes (ficha de recrutamento no Apêndice G). As visitas de porta em porta permitiram identificar residências com pessoas de 60 anos ou mais. Quando a residência era identificada com idoso, estes respondiam a uma ficha de recrutamento, onde constava a aceitação de participação ou não no estudo. Os idosos que aceitaram participar assinaram uma carta de livre consentimento, e as primeiras entrevistas foram agendadas e realizadas. Cabe ressaltar aqui que, como a pesquisa incluiu pessoas muito idosas e com diferentes graus de escolaridade, optou-se por aplicar todos os instrumentos por meio de entrevistas buscando maior homogeneização da aplicação.

O treinamento dos recrutadores, estudantes de psicologia da Universidade federal de Juiz de Fora, constituiu sobre estudos de material (textos, artigos, etc.) quanto ao envelhecimento humano bem como dos instrumentos utilizados na pesquisa. Eles foram submetidos a todos os instrumentos que aplicariam nos idosos e treinados a aplicar entre si tais instrumentos de maneira padronizada, ressaltando-se detalhes como a entonação das perguntas. Os recrutadores foram treinados também para as diversas situações possíveis de se encontrar ao chegar numa residência para a entrevista tais como ausência de um local apropriado para a realização da mesma, idosos com dificuldades de audição, familiares que interrompem a entrevista para responder pelo idoso ou criticar uma determinada resposta sua, dentre outros.

Num segundo momento de avaliação (2004), foram selecionados aleatoriamente do banco de dados inicial, uma sub-amostra de 400 idosos para o estudo de seguimento, desses, apenas 369 aceitaram participar do estudo. Dessa vez, além do menor número de idosos entrevistados, foram investigadas menos variáveis, dentre elas apenas os sintomas depressivos (re-avaliados pela CES-D), aspectos cognitivos, qualidade de vida (avaliados

pela primeira vez pelo Whoqol-breve), saúde geral percebida e suporte social quantitativo relacionado ao número de pessoas que habitam com o idoso e grau de parentesco. Caso o sintoma depressivo tenha permanecido, esses idosos serão encaminhados aos mais diferenciados tratamentos de acordo com a especificidade de cada um.

Delimitação do Estudo

A pesquisa foi realizada com idosos entre 60 e 100 anos, residentes nos bairros da cidade de Juiz de Fora com percentual de moradores idosos superior a 15%. A amostra é domiciliar e não institucionalizada. Visou-se investigar apenas os aspectos relacionados à percepção da qualidade de vida em idosos com sintomas depressivos e idosos assintomáticos para essa doença, bem como a influência do estado civil, renda, escolaridade, gênero e idade, apesar das inúmeras variáveis que podem estar correlacionadas a tais variáveis.

Análise dos Dados

Após a coleta dos dados seguiu-se a análise estatística dos mesmos, utilizando-se para isso o programa estatístico SPSS-13.00 (Statistical Package for Social Sciences) em que os dados foram cruzados e avaliados. Foram realizadas estatísticas descritivas, univariadas e bivariadas para grupos independentes e multivariadas. Para caracterizar a amostra, utilizou-se frequência, média e desvio padrão. Para comparar as médias entre os dois grupos de idosos (com e sem sintomas depressivos) quanto a cada uma das questões gerais e aos domínios específicos, utilizou-se o teste t de *student*. Para comparar o desempenho nos dois grupos quanto a cada uma das questões gerais para faixa etária, estado civil, renda, e anos de estudo utilizou-se a análise da variância (Anova). Para investigar se, e em que medida as variáveis

correlacionavam-se umas com as outras, utilizamos a Correlação de Spearman e, finalmente, para se investigar se as variáveis sócio-demográficas e de qualidade de vida contribuem para explicar sintomas depressivos, utilizamos Regressão Múltipla Logística. Nas comparações *post hoc* utilizou-se o método LSD pra identificar entre quais níveis das variáveis sócio-demográficas os desempenhos nas questões gerais e nos domínios de qualidade de vida foram diferentes para cada grupo de idosos. As variáveis foram consideradas segundo as seguintes categorias:

Para a variável independente sexo, considerou-se: 1=homem e 2=mulher.

Para a variável independente estado civil, no momento da entrevista foram apresentadas seis possibilidades de resposta: (1) casada, (2) Solteiro/nunca casado, (3) Divorciado, (4) Separado, (5) Amasiado, (6) Viúvo. Entretanto, na análise dos dados, juntou-se os divorciados e os separados e os casados com os amasiados em função tanto do número muito pequeno de sujeitos que compunham tais grupos, quanto em função de não haver muitas diferenças entre os casados e amasiados e entre os divorciados e separados. Assim, restaram quatro grupos. O primeiro composto por idosos casados ou amasiados; o segundo por idosos viúvos; o terceiro por idosos separados ou divorciados e o último composto por idosos solteiros.

Para a variável independente idade, considerou-se a idade, em anos, informada pelo idoso. A variável idade foi estratificada em cinco grupos de idade (idosos com idade entre 60 e 64 anos; 65 e 69; 70 e 74; 75 e 79 e maiores de 80 anos), respeitando-se a heterogeneidade possivelmente presente entre os grupos de idosos uma vez que a divisão tradicional de 10 em 10 anos desconsidera possíveis diferenças em se ter 60 ou 69 anos de idade, enquanto que se os grupos forem divididos mais amiúde, a percepção de qualquer fenômeno presente talvez poderia ser melhor detectada.

Para a variável independente tempo de escolaridade, utilizou-se 1 para um ano de escolaridade, 2 para dois anos e assim sucessivamente. O número de anos estudados foi dividido conforme a divisão utilizada pelo IBGE, que é: até 3 anos de escolaridade, de 4 a 7 anos, de 8 a 10, de 11 a 14 e 15 anos ou mais.

A variável independente renda (REND_TOT) foi estratificada em quatro grupos. Considerou-se 1= 1 a 2 salários mínimos; 2= 3 a 4 salários mínimos; 3= 5 a 8 salários mínimos e 4= Mais de 8 salários mínimos.

Para a variável independente Qualidade de Vida:

Q1, refere-se a questão de percepção da Qualidade de vida geral.

Q2, refere-se a questão de percepção da Saúde geral.

Dom1, refere-se ao Domínio 1 ou Domínio Físico, que comporta questões de dor, tratamento médico, energia para o dia-a-dia, locomoção, sono, desempenho de atividades cotidianas e capacidade para o trabalho.

Dom2, refere-se ao Domínio 2 ou Domínio Psicológico e comporta questões de proveito e sentido da vida, capacidade de concentração, aceitação da aparência física, satisfação consigo mesmo e frequência de sentimentos negativos como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão.

Dom3, refere-se ao Domínio 3 ou Domínio das Relações sociais, que contém questões sobre satisfação com as relações sociais, com a vida sexual e com o apoio que recebe dos amigos.

Dom4, refere-se ao Domínio 4, também chamado de Domínio do Meio ambiente e comporta questões sobre segurança na vida diária, ambiente físico saudável, condição financeira, disponibilidade de informações, oportunidades de atividades de lazer, condições de moradia, acesso aos serviços de saúde e com o meio de transporte.

A sintaxe do Whoqol-breve no SPSS foi realizada de acordo com os passos sugeridos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Grupo WHOQOL), disponível no site da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e consta no apêndice H.

Para dividir a amostra em dois grupos (com e sem sintomas depressivos), utilizou-se o ponto de corte para a CES-D de 11, por ter sido validado para a população idosa residente na comunidade na cidade de Juiz de Fora MG por Tavares (2004) utilizando a amostra inicial do PENSA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram submetidos a análises estatísticas cujos objetivos foram caracterizar a amostra estudada, verificar as relações entre as variáveis sócio-demográficas, depressão e qualidade de vida; investigar se os idosos com e sem sintomas depressivos apresentaram uma percepção distinta da qualidade de vida, e investigar a importância relativa das variáveis sócio-demográficas e da qualidade de vida na depressão. Os resultados obtidos encontram-se descritos a seguir.

Caracterização da Amostra Quanto as Variáveis Investigadas

As características da amostra são apresentadas na Tabela 1. Com relação à idade houve uma proporção relativamente homogênea de idosos entre as faixas etárias estabelecidas. A idade média foi 73,37 anos (DP = 8,57). A amostra ficou composta predominantemente de mulheres (73,6%), com maior incidência de casados (49,0%) seguida de viúvos (37,9%) e com até sete anos de estudo (56,1%). Com relação à renda, houve um ligeiro predomínio de idosos recebendo rendimentos acima de quatro salários mínimos (57,0%). O fato de a amostra ser compreendida principalmente por mulheres confirma

também para a cidade de Juiz de Fora, o fenômeno da feminilização da velhice que vem acontecendo no Brasil e no mundo, como apontado na literatura (Camarano 2002; Goldstein e Siqueira, 2000; Néri, 2001b e Veras, 1999). Essa predominância de mulheres na população também explica o porque de um número tão significativo de viúvas. Quanto à escolaridade, esse dado confirma a posição do médico geriatra Márcio Borges (2005) quando afirma que Juiz de Fora tem índices de escolaridade maiores que a média do país.

Quanto à renda, frente à condição geral de iniquidade e pobreza presente no resto do país, pode-se dizer que a maior parte dos idosos de Juiz de Fora tem salários razoavelmente suficientes para satisfazer suas necessidades. Cabe ressaltar, que a maioria dos idosos hoje residentes em Juiz de Fora (71,81%) não são nascidos nessa cidade, mas vieram de cidades menores ou pequenos arraiais vizinhos à cidade, ainda jovens em busca de melhores condições de vida e trabalho. Esses idosos participaram do crescimento da cidade e se instalaram no centro ou nos bairros mais antigos e também mais próximos ao centro da cidade. Por esse motivo, Juiz de Fora não apresenta número significativo de idosos vivendo nas periferias e zona norte, independentemente da renda que recebem. A maior parte deles conseguiram empregos nas fábricas têxteis da cidade e, de certa forma, sentem-se bem sucedidos na vida quando se comparam com seus filhos e netos que, com a mesma idade que eles tinham na época e hoje com mais estudo, encontram-se em piores condições de trabalho e renda, continuando por muito tempo na dependência financeira desses pais e avós idosos. Talvez, pelo fato de o papel social desses idosos não ter sido alterado com o passar dos anos por continuarem na situação de provedores dos filhos e netos, dentre outros, tenha possibilitado aos idosos a manutenção de um senso de Identidade apesar das mudanças intraindividuais e Agência, que seria o papel ativo do idoso em seu próprio desenvolvimento; conceitos esses que Gatz (1998) salientou como dois dentre os cinco mais importantes da perspectiva Lifespan. Relembrando, os outros três seriam: Coorte, (período histórico ou

geração); Interações Múltiplas, (influências normativas e não normativas, considerando o desenvolvimento multidirecional - consistindo de ganhos e perdas - e multidimensional); e, Diversidade ou heterogeneidade. Cabe salientar aqui a observação de Jakobsson et al. (2004) de que a percepção das pessoas de sua situação econômica como boa ou muito boa foi, em seu estudo, um bom preditor para uma alta qualidade de vida.

Tendo em vista os objetivos do presente estudo, a Tabela 1 apresenta também as características sócio-demográficas dos idosos sem (Grupo 1) e com sintomas de depressão (Grupo 2). De um total de 369 sujeitos, 233 (63,1%) não apresentaram sintomas depressivos enquanto que 136 (36,9%) apresentaram sintomas depressivos. Esse percentual, de aproximadamente um terço da amostra, parece significativo para idosos que residem na comunidade, uma vez que as estimativas em estudos populacionais, segundo a literatura, estão em torno de 15%. As freqüências relatadas na Tabela 1 apontam uma maior proporção de mulheres com sintomas de depressão e também de casados e viúvos. A média de idade do grupo de idosos sem depressão foi 73,21 (DP = 8,14) e do grupo com depressão foi de 73,65 (DP = 9,31). Com relação aos anos de estudo, o Grupo 1 estudou, em média, 7,96 anos (DP = 4,90) e o Grupo 2 estudou 6,45 anos (DP = 4,13).

Tabela 1.

Características Gerais da Amostra (N=369)

Variáveis	Amostra total		<u>Sem</u> sintomas de depressão		<u>Com</u> sintomas de depressão	
	F	% válida	F	% válida	F	% válida
Faixa etária (em anos)						
60-64	52	16,1	30	14,6	22	18,6
65-69	70	21,7	47	22,9	23	19,5
70-74	71	22,0	46	22,4	25	21,2
75-79	53	16,4	36	17,6	17	14,4
≥ 80	77	23,8	46	22,4	31	26,3
Não informado	46		28		18	
Gênero						
Masculino	97	26,4	76	32,8	21	15,4

Feminino	271	73,6	156	67,2	115	84,6
Não informado	1					
Estado civil						
Casado/Amasiado	180	49,0	118	50,9	62	45,9
Solteiro	27	7,4	17	7,3	10	7,4
Separado/Divorciado	21	5,7	13	5,6	8	5,9
Viúvo	139	37,9	84	36,2	55	40,7
Não informado	2		1		1	
Renda (em salários mínimos)						
1 a 2	62	17,0	35	15,2	27	20,3
3 a 4	96	26,4	60	26,0	36	27,1
5 a 8	101	27,7	68	29,4	33	24,8
Mais de 8	105	28,8	68	29,4	37	27,8
Não informado	5		2		3	
Anos de estudo						
0 a 3 anos	57	15,5	31	13,4	26	19,3
4 a 7 anos	149	40,6	89	38,4	60	44,4
8 a 10 anos	63	17,2	42	18,1	21	15,6
11 a 14 anos	62	16,9	41	17,7	21	15,6
15 ou mais anos	36	9,8	29	12,5	7	5,2
Não informado	2		1		1	

Quanto à qualidade de vida, os resultados desse trabalho indicaram que a percepção da qualidade de vida de modo geral em Juiz de Fora tanto para as questões gerais quanto para os domínios específicos é satisfatória. Considerando-se as questões gerais, para a questão geral de qualidade de vida, por exemplo, 73,2% dos idosos relataram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com ela; 21,7% mais ou menos satisfeitos e apenas 5,2% disseram estar muito insatisfeitos ou insatisfeitos. Para a questão geral de saúde, apesar do número de idosos satisfeitos ou muito satisfeitos diminuir e aumentar o número de idosos mais ou menos satisfeitos e insatisfeitos ou muito insatisfeitos, ainda assim, 62,3% da amostra disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com sua qualidade de vida geral, 26,3% mais ou menos satisfeitos e 11,2% insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Para os domínios específicos, a maior média obtida foi encontrada no domínio três, das Relações sociais ($M = 78,61$; $DP = 14,60$), seguida pelo domínio dois, Psicológico ($M = 72,89$; $DP = 16,78$), pelo quatro, do Meio

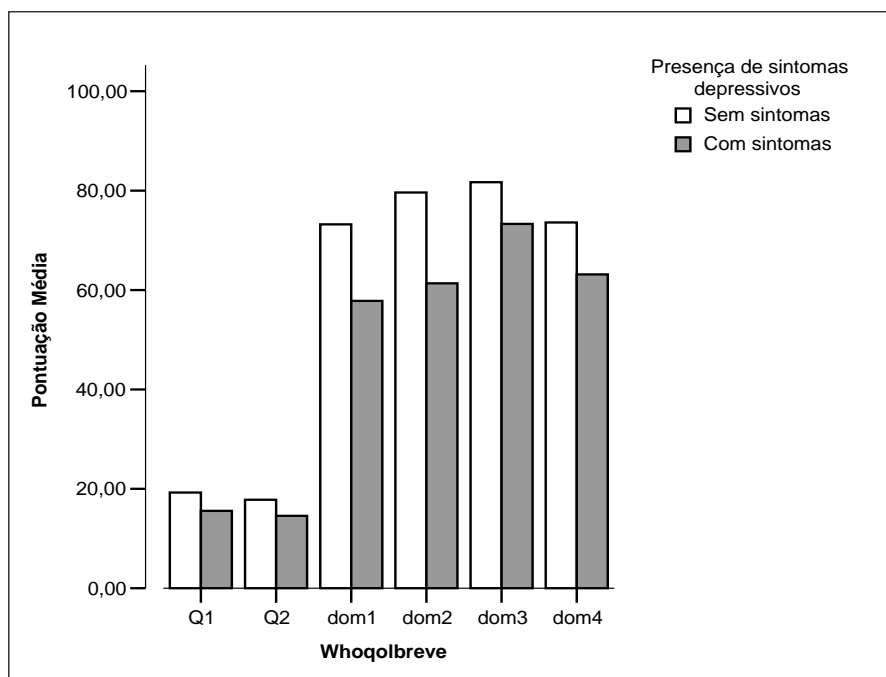
ambiente ($M = 69,72$; $DP = 14,60$) e finalmente pelo domínio um, Físico ($M = 67,53$; $DP = 18,65$). Considerando-se gênero, no domínio 1, Físico, e no domínio 2, Psicológico, as mulheres tiveram piores escores que os homens. No domínio 1, Físico a média dos homens foi de 71,50 ($DP = 18,18$) enquanto a média das mulheres foi de 66,14 ($DP = 18,67$). Para o domínio 2, Psicológico, a média dos homens foi de 76,15 ($DP = 13,56$) enquanto a das mulheres foi de 71,68 ($DP = 17,68$), sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Qualidade de Vida nos Grupos de Idosos Sem e Com Sintomas Depressivos

Quando se considerou a percepção da qualidade de vida segundo a presença ou não de sintomas depressivos, observou-se que para todas as questões e domínios, o grupo dos idosos sem sintomas depressivos apresentou maiores escores que o grupo de idosos com sintomas depressivos, sendo essas diferenças estatisticamente significativa e maiores para os domínios 1, Físico e 2, Psicológico, como se pode observar na Figura 1. As figuras onde constam as diferenças para cada um dos domínios do Whoqol-breve, entre os dois grupos consta no apêndice I.

Figura 1.

Percepções de qualidade de vida para as questões gerais e por domínios para idosos com e sem a presença de sintomas depressivos.



Para investigar se houve alguma diferença na percepção da qualidade de vida tanto nas questões gerais quanto nos domínios específicos entre idosos sem sintomas depressivos e idosos sintomáticos foram realizadas análises de comparações entre médias (*t de student*). Ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todos os domínios de qualidade de vida avaliados (Tabela 2). Tais resultados indicam que o grupo de idosos sem sintomas depressivos apresentou percepção da qualidade de vida diferente do grupo de idosos com sintomas depressivos.

Tabela 2.

Diferenças na Percepção da Qualidade de Vida para Idosos sem e com Sintomas Depressivos.

Domínios do Whoqol	Grupo	N	Média	DP	t	Gf	Valor p																												
Percepção da qualidade de vida geral	G1	233	19,26	4,29	7,190	367,00	0,000																												
	G2	136	15,58	5,43				Percepção da saúde geral	G1	232	17,81	4,90	5,508	366,00	0,000	G2	136	14,57	6,28	Domínio Físico	G1	233	73,22	15,08	8,339	367,00	0,000	G2	136	57,81	20,16	Domínio Psicológico	G1	233	79,62
Percepção da saúde geral	G1	232	17,81	4,90	5,508	366,00	0,000																												
	G2	136	14,57	6,28				Domínio Físico	G1	233	73,22	15,08	8,339	367,00	0,000	G2	136	57,81	20,16	Domínio Psicológico	G1	233	79,62	11,75	11,847	367,00	0,000								
Domínio Físico	G1	233	73,22	15,08	8,339	367,00	0,000																												
	G2	136	57,81	20,16				Domínio Psicológico	G1	233	79,62	11,75	11,847	367,00	0,000																				
Domínio Psicológico	G1	233	79,62	11,75	11,847	367,00	0,000																												

	G2	136	61,35	17,83			
Domínio Relações sociais	G1	233	81,71	11,87	5,535	367,00	0,000
	G2	136	73,31	17,16			
Domínio Meio ambiente	G1	233	73,56	12,18	7,042	367,00	0,000
	G2	136	63,14	16,03			

Nota. * $p < 0,05$.

Pode-se perceber que os idosos sem sintomas depressivos e os com sintomas, não considerando as variáveis sócio-demográficas, têm percepções bastante diferentes de sua qualidade de vida, independentemente se estamos considerando apenas as duas questões gerais ou os quatro domínios específicos, uma vez que em ambos a diferença na percepção de qualidade de vida para os dois grupos foi encontrada.

Correlações entre as Variáveis Sócio-Demográficas, Depressão e Qualidade de Vida

A Tabela 3 apresenta a matriz de correlações das variáveis consideradas no presente estudo. As correlações significativas são apresentadas em negrito. Em linhas gerais, embora significativas, as correlações entre as variáveis sócio-demográficas foram baixas; com exceção das correlações entre idade e estado civil (0,39), gênero e estado civil (0,42) e renda e anos de estudo (0,51). Quanto às correlações entre idade e estado civil e gênero e estado civil, pode-se hipotetizar que essas relações podem ter sido estabelecidas, uma vez que a amostra foi formada principalmente por mulheres, e como elas tendem a viver mais que os homens, estes se apresentam em sua maioria casados. Já as mulheres, de acordo com o aumento da idade, vão tornando-se viúvas mais frequentemente que eles. Quanto à associação entre renda e anos de estudo, constatou-se que ela também é possível para o idoso. Assim,

aqueles que tiveram mais anos de escolaridade, provavelmente tiveram melhores oportunidades de trabalho e, conseqüentemente apresentaram melhores salários.

Apenas gênero (0,21) e anos de estudo (-0,16) apresentaram correlação significativa entre si e com a pontuação na medida de sintomas de depressão (CES-D). A maior proporção de mulheres e viúvos apresentando sintomas de depressão em Juiz de Fora, acordam com a literatura pesquisada (Gazalle, Hallal et al., 2004; Lima, 1999; Lavretsky, 2002; Baltes, 1997; Blazer, 2003; Gazalle, Lima, et al., 2004; Fleck, Lima, Lousada, Schestasky, Henriques, Borges, Camey & Grupo Lido, 2002; Camarano 2002; Veras, Coutinho & Coeli, 1997 e Jiang, et al., 2004). Quanto à escolaridade, os resultados de Juiz de Fora também se mostraram congruentes com a literatura (Veras, Coutinho & Coeli, 1997; Robison et al. 2003; Lima, 1999; Blazer, 2003; Wheaton, 1980, 1983; Forlenza, 2000; Gazalle, Lima et al., 2004), confirmando a relação inversa existente entre número de anos estudados e presença de sintomas depressivos. De modo geral, para a coorte histórica dessa amostra, era normativo que o papel social das mulheres fosse mais doméstico, enquanto os homens trabalhavam fora para o sustento da família, e, por esse motivo, talvez, os homens tiveram mais chances de estudar que as mulheres. Além de possuírem menos anos de estudo que os homens, as mulheres, por viverem mais que eles apresentam maiores chances de permanecerem na condição de viúvas e também aumentam suas chances de desenvolverem sintomas depressivos.

Com relação aos domínios avaliados pela medida de qualidade de vida (Whoqol breve) verificou-se que as correlações foram significativas: no domínio 1 (Físico) com a idade (-0,19), o gênero (-0,13) e os anos de estudo (0,13); no domínio 2 (Psicológico) com anos de estudo (0,17); e; no domínio 4 (Meio ambiente) com renda (0,22) e anos de estudo (0,23).

Assim, o domínio 1 (físico), que comporta questões relacionadas a dor física, tratamento de saúde, locomoção, dentre outros, correlacionou-se negativamente com a idade. Ou seja, quanto maior a idade, pior a percepção da qualidade de vida nesse domínio. Esse dado é condizente com a literatura que aponta que, com o aumento da idade, também aumentam as perdas na saúde física e, conseqüentemente piora a percepção dos idosos nesse aspecto. O domínio Físico também correlacionou com gênero, demonstrando que as mulheres tendem a ter pior percepção nesse domínio que os homens. Essa diferença pode ser atribuída então, ao fato de as mulheres serem mais velhas, e, em conseqüência, convivem por mais tempo que os homens com as perdas biológicas e problemas de saúde relacionados à idade. Finalmente, quanto à correlação entre o domínio físico e os anos de estudo, pode-se inferir que, com uma melhor educação, maior é a conscientização e também maiores são os cuidados com a saúde principalmente quanto à prevenção; e, nesse sentido, uma maior escolaridade pode levar também a um maior cuidado com a saúde física e, conseqüentemente a uma melhor percepção desse domínio.

O domínio dois (Psicológico), que comporta questões de satisfação com a vida, com a aparência física e consigo mesmo, capacidade de concentração, sentido para a vida e freqüência de sentimentos negativos, correlacionou-se com anos de estudo. A inferência que aqui se faz é semelhante à relação existente entre o domínio físico e escolaridade. Provavelmente os idosos com mais anos de estudo, conseqüentemente com melhores salários, mais oportunidades de lazer, de cuidado com sua aparência física, dentre outros, apresentam-se mais satisfeitos com sua vida atual e com menos sentimentos negativos do que aqueles que tiveram menos anos de estudo.

O domínio 4 (Meio ambiente) comporta questões que avaliam a segurança e satisfação do idoso com sua vida financeira, atividades de lazer, ambiente físico, local onde mora, serviços de saúde e meio de transporte. Pode-se perceber pelo conteúdo dessas questões que,

apenas os idosos com recursos financeiros melhores podem estar satisfeitos com esse domínio, uma vez que ele engloba aspectos diretamente relacionados à situação financeira, e, como anos de estudo esteve fortemente correlacionado à renda, conseqüentemente também, os idosos com mais escolaridade e melhor renda apresentam-se mais satisfeitos com o domínio do Meio ambiente.

As correlações da pontuação na CES-D com os domínios do Whoqol foram todas significativas e negativas, variando de -0,24 (CES-D com o domínio das Relações sociais) a -0,57 (CES-D com o domínio Psicológico). Depois da correlação entre a CES-D e o domínio 2 (Psicológico), as correlações mais significativas foram com o domínio Físico (-0,47), e com a questão geral de qualidade de vida (-0,41). Desta forma, quanto maior a pontuação na medida de sintomas de depressão menor a pontuação nos domínios de qualidade de vida avaliados. Esses resultados condizem com aqueles encontrados de Fleck, Lima, Lousada, Schestasky, Henriques, Borges, Camey e grupo LIDO (2002); Berlim e Matteve et al. (2003) e de Berlim, Pavanello, Caldieraro e Fleck (2005), todos utilizando o Whoqol breve como instrumento para a investigação da qualidade de vida e o BDI ou a CES-D para avaliar sintomas depressivos. Em todos, houve a correlação inversa entre sintomas depressivos e Whoqol breve, seja considerando o Whoqol breve como um todo, seja considerando apenas suas duas questões gerais. No estudo de Fleck et al. (2002), encontraram que a maior sintomatologia depressiva está associada a um pior funcionamento físico e psicológico. Os resultados de Berlim, Matteve et al. (2003) indicaram que os indivíduos com ideação suicida encontravam-se pior em todos os domínios do Whoqol breve quando comparados aos indivíduos sem ideação suicida. E, no estudo de Berlim, Pavanello, et al. (2005), os autores também encontraram significativa correlação inversa entre todos os domínios do Whoqol breve e o BDI, com o domínio psicológico representando a mais significativa correlação. Pode-se inferir a partir disso, que quando se objetiva investigar a percepção da qualidade de vida

utilizando o Whoqol breve, ambos os instrumentos de medida de sintomas depressivos (CES-D e BDI) apresentam resultados semelhantes. Além disso, que os sintomas depressivos estão fortemente relacionados a uma pior percepção do domínio psicológico, talvez porque esse domínio faça referência direta à frequência de sentimentos negativos como de depressão, por exemplo, seguido pelo domínio físico, uma vez que a literatura defende que comprometimento físico pode levar a uma pior saúde psicológica também, e finalmente comprometendo a percepção geral de qualidade de vida.

Todos os domínios de qualidade de vida e as duas questões gerais correlacionaram-se entre si ($p < 0,01$), sendo as correlações mais significativas ocorridas entre o domínio Físico e o domínio Psicológico (0,59); o domínio Psicológico com o domínio do Meio ambiente (0,55); o domínio Psicológico com a questão geral de qualidade de vida; a questão de saúde geral com o domínio Físico (0,50) e a questão geral de qualidade de vida com a questão geral de saúde (0,49).

A correlação mais significativa entre os domínios Físico e Psicológico confirma a literatura que coloca esses domínios como os mais significativamente relacionados e mostra como saúde física e bem-estar psicológicos são interdependentes. O domínio Psicológico correlacionado com o do Meio ambiente, mostra como o meio externo pode influenciar no bem-estar psicológico para os idosos. Quanto à correlação entre o domínio Psicológico e a questão geral de saúde, ressalta-se a colocação de Arnold et al. (2004) de que, em seu estudo, o domínio psicológico principalmente, e físico, em menor grau, contribuíram para a explicação da qualidade de vida geral. Finalmente, a correlação da questão de saúde geral com o domínio Físico (0,50), pode ter sido significativa, porque, de certa forma, ambas tratam do mesmo aspecto. Esses resultados estão de acordo com os de Fleck, Lousada, et al. (2000), quando correlacionaram todos os domínios do Whoqol breve entre si para investigar as propriedades psicométricas do instrumento. Eles também encontraram que todos os

domínios apresentaram coeficientes de correlação significativos quando correlacionados entre si, sendo as correlações mais significativas entre os domínios físico e psicológico e as correlações mais baixas envolvendo o Domínio 3 (Relações sociais).

Tabela 3.
Matriz das Correlações entre as Variáveis do Estudo

Variáveis	Idade	Gênero	Ecivil	Renda	Estudo	CESD	Q1	Q2	Dom1	Dom2	Dom3	Dom4
Idade	1,00											
Gênero	0,12*	1,00										
Ecivil	0,39**	0,42**	1,00									
Renda	-0,14*	-0,19**	-0,22**	1,00								
Estudo	-0,14*	-0,21**	-0,17**	0,51**	1,00							
CESD	0,02	0,21**	0,07	-0,08	-0,16**	1,00						
Q1	0,04	-0,06	0,05	0,03	0,09	-0,41**	1,00					
Q2	-0,02	-0,03	-0,03	0,06	0,04	-0,33**	0,49**	1,00				
Dom1	-0,19**	-0,13*	-0,07	0,10	0,13**	-0,47**	0,39**	0,50**	1,00			
Dom2	-0,06	-0,09	-0,03	0,07	0,17**	-0,57**	0,52**	0,44**	0,59**	1,00		
Dom3	0,06	0,10	0,09	-0,02	0,05	-0,24**	0,30**	0,21**	0,30**	0,39**	1,00	
Dom4	0,03	-0,03	-0,01	0,22**	0,23**	-0,36**	0,43**	0,30**	0,42**	0,55**	0,40**	1,00

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Legenda: Idade (idade em anos); Ecivil (estado civil); Renda (faixa de salários mínimos); Estudo (anos de estudo); CESD (pontuação na escala); Q1 (questão 1 do Whoqol = percepção da qualidade de vida geral); Q2 (questão 2 do Whoqol = percepção da saúde geral); Dom1 (domínio 1 do Whoqol = físico); Dom2 (domínio 2 do Whoqol = psicológico); Dom3 (domínio 3 do Whoqol = relações sociais); Dom4 (domínio 4 do Whoqol = meio ambiente).

Comparações entre as Variáveis Sócio-Demográficas e Qualidade de Vida nos Grupos de Idosos Sem e Com Sintomas Depressivos

Os resultados apresentados nesse tópico contemplam: a) comparações com relação à percepção da qualidade de vida entre as categorias das variáveis sócio-demográficas investigadas em cada grupo de idosos e; b) comparações entre os grupos acerca da percepção da qualidade de vida. Foram realizadas análises univariadas (ANOVA).

Encontram-se no apêndice J os resultados relativos às estatísticas descritivas dos desempenhos nos domínios da qualidade de vida para cada grupo em cada variável sócio-demográfica (Tabelas J1 a J4) e os relativos às análises das comparações entre as categorias das variáveis sócio-demográficas em cada grupo (Tabelas J5 a J9). Dado ao volume de informações contidas nas tabelas supracitadas, optou-se por apresentar no corpo do texto uma tabela (Tabela 4) que permita destacar os resultados significativos do ponto de vista estatístico.

Tabela 4.

Sumário dos Resultados das Análises Univariadas para cada Grupo de Idosos.

Variável	Grupo 1		Grupo 2	
	Qualidade de vida	Valor p	Qualidade de vida	Valor p
Faixa etária	Dom. Físico	0,047	--	--
Renda	Dom. Meio ambiente	0,007	Dom. Meio ambiente	0,002
Anos de estudo	Qualidade de vida geral	0,034	Dom. Meio ambiente	0,022
Gênero	Dom. Relações sociais	0,028	Saúde geral	0,018

Nota. *p < 0,05.

Diante do exposto na Tabela 4 e considerando-se as variáveis sócio-demográficas, em relação ao grupo de idosos sem sintomas de depressão, pode-se afirmar que as percepções da qualidade de vida foram diferentes: a) no domínio Físico entre as faixas etárias; b) no domínio Meio ambiente entre os diferentes níveis de renda; c) na percepção da qualidade de vida geral entre as diferentes faixas de anos de estudo e; d) no domínio das Relações sociais entre os gêneros. Da mesma forma, em relação ao grupo de idosos com sintomas de depressão, as percepções da qualidade de vida também foram diferentes: a) no domínio Meio ambiente entre os diferentes níveis de renda e anos de estudo e; b) na percepção da saúde geral entre os gêneros. Ou seja, quando se considerou as variáveis sócio-demográficas, pode-se traçar um paralelo com o estudo de Xavier et al. (2003) no qual esse autor encontrou um número maior de variáveis explicativas para uma percepção positiva de qualidade de vida e menos variáveis explicativas de uma percepção negativa da mesma. Nesse estudo em Juiz de Fora, para o grupo dos idosos sem sintomas depressivos, três dos quatro domínios e uma dentre as duas questões gerais apresentarem percepções diferentes por parte dos idosos quando consideradas quatro variáveis (gênero, idade, renda e anos de estudo), enquanto que para o grupo dos idosos com sintomas depressivos, encontrou-se apenas o domínio do Meio ambiente e a questão de saúde geral apresentando diferentes percepções e envolvendo apenas três variáveis (sexo, renda e anos de estudo). Da mesma forma que Xavier et. al. (2003) concluiu que qualidade negativa de vida era equivalente à perda de saúde e que, qualidade de vida positiva envolvia uma pluralidade maior de categorias e que, em função disso, o aspecto saúde parecia um bom indicador de qualidade de vida negativa, uma percepção negativa da saúde geral (para os homens) também foi encontrada no grupo dos deprimidos. Diante desses resultados, pode-se constatar o modelo de Campbell (1976), no qual as variáveis sócio-demográficas influenciam as condições objetivas de vida, que por sua vez influenciarão as avaliações subjetivas de diversos domínios, como renda afetando o domínio Meio ambiente

neste estudo, por exemplo, que, por sua vez, afetam o bem-estar subjetivo geral do idoso, refletido, neste caso, na questão de saúde geral.

Com base nos resultados encontrados, foram calculadas comparações *post hoc* por meio do método LSD para identificar entre quais níveis das variáveis sócio-demográficas os desempenhos nos domínios de qualidade de vida foram diferentes para cada grupo de idosos. No grupo de idosos sem sintomas depressivos, com relação à faixa etária, as diferenças encontradas no domínio Físico foram da faixa de \geq a 80 anos com: a) 60-64 anos ($p = 0,038$); b) 65-69 anos ($p = 0,023$) e; c) 70-74 anos ($p = 0,016$). Ou seja, entre os idosos sem sintomas depressivos, a média de pontuação no domínio Físico para aqueles com mais de 80 anos foi significativamente inferior à dos idosos das outras faixas etárias. Em renda, as diferenças no domínio Meio ambiente ocorreram entre: a) a maior com a menor faixa de renda ($p = 0,016$) e; b) entre a menor faixa de renda com a de 5 a 8 salários ($p = 0,001$). Isso porque os mais altos salários permitem melhores percepções no domínio Meio ambiente, uma vez que, em função dos melhores recursos financeiros, torna-se possível desfrutar mais dos aspectos incluídos nesse domínio que incluem: segurança, ambiente saudável, dinheiro, disponibilidades de informações e de lazer, e satisfação com os serviços de saúde e meios de transporte. Ou seja, idosos que têm melhores rendimentos, moram em melhores localidades, normalmente têm acesso a planos de saúde, dependem menos do serviço de transporte coletivo, mas principalmente pelo fato de a questão 12 desse domínio (“Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?”) dirigir-se exatamente para a questão financeira.

As pontuações na questão 1, relativa à percepção da qualidade de vida geral, foram significativamente diferentes entre as seguintes faixas de anos de estudo: a) 0 a 3 anos e 4 a 7 anos ($p = 0,005$) e, b) 4 a 7 anos e 15 anos ou mais ($p = 0,028$). Esses resultados mostram que, entre os idosos sem sintomas depressivos, a percepção da qualidade de vida geral é

diferente entre os grupos de idosos que apresentam o antigo primário incompleto, daqueles que apresentam o antigo primeiro grau incompleto, e também, entre esses e aqueles com mais de 15 anos de escolaridade, possivelmente que chegaram à faculdade. A maior parte dessa amostra (56,1%), estudou até sete anos e que apenas 9,8% dela têm mais de 15 anos de escolaridade. Aqui, os idosos que tiveram uma melhor percepção de qualidade de vida geral foram aqueles que tinham entre zero e três anos de estudo, seguidos dos que estudaram 15 anos ou mais e, finalmente, pelos que estudaram de quatro a sete anos. Apesar de uma tendência geral a quanto mais anos de estudo melhor pontuação na questão geral de qualidade de vida, constata-se que para o grupo dos idosos com menos anos de escolaridade houve uma melhor percepção de sua qualidade de vida geral quando comparados aos outros grupos. Esse fenômeno mostra a heterogeneidade do envelhecimento humano nesse aspecto. Talvez o grupo dos idosos com menos escolaridade tenha conseguido se adaptar às adversidades da vida através das estratégias de Seleção, Otimização e Compensação, com alterações de metas em suas vidas, e por esse motivo, conseguiram perceber sua qualidade de vida geral tão bem quanto aqueles que tiveram melhores chances de estudo. Talvez os idosos com menos escolaridade quando comparam as oportunidades que tiveram em Juiz de Fora frente aquelas que possivelmente teriam se permanecessem em suas pequenas cidades e arraiais, sintam-se vencidos na vida uma vez que, vindo para Juiz de Fora ainda jovens, conseguiram trabalho na cidade, que estava em fase de crescimento tanto no comércio quanto no setor fabril e, conseguiram criar seus filhos, mesmo com poucos anos de estudo, e oferecê-los melhores condições que as que tiveram quando eram jovens.

No grupo de idosos com sintomas depressivos, as diferenças em renda no domínio Meio ambiente ocorreram entre a maior faixa de renda, (\geq a 8 salários mínimos), com todas as outras faixas: a) 1 a 2 salários ($p = 0,000$); b) 3 a 4 salários ($p = 0,010$) e; c) 5 a 8 salários ($p = 0,004$). Nesse mesmo domínio, as diferenças em anos de estudo foram significativas entre

a faixa de 0 a 3 anos de estudo com todas as outras (valor p entre 0,006 e 0,031). Ou seja, existe a tendência de que quanto melhores os salários, melhores sejam as percepções no domínio Meio ambiente também entre os idosos deprimidos, pelos mesmos motivos citados para o grupo dos idosos sem sintomas depressivos. Quanto à escolaridade, os idosos com menos anos de estudo (de 0 a 3 anos), mostraram maiores médias de satisfação nesse domínio do que todos os outros grupos. Entretanto, para os grupos a partir de 4 anos de estudo, as médias de percepção nesse domínio foram gradativamente aumentando com o aumento dos anos estudados. Esses resultados mostram que, apesar de haver uma tendência a relacionar mais anos de escolaridade a uma melhor percepção nesse domínio, inclusive porque renda e anos de estudo foram fortemente correlacionados ($p = 0,51$), não necessariamente maior escolaridade leva sempre a uma melhor percepção no domínio Meio Ambiente.

Com relação ao gênero, as mulheres apresentaram pontuações maiores que os homens tanto no grupo 1 no domínio das Relações sociais quanto no grupo 2 na percepção da saúde geral. Ou seja, entre os não deprimidos, as mulheres têm melhor percepção de suas relações sociais que os homens. Isso confirma grande parte da literatura que diz que as mulheres dedicam-se mais aos contatos sociais que os e que, na velhice, essas relações lhes serão úteis. Como afirmou Carstensein (1991, 1995) o suporte social que produz bem-estar e resiliência do *self* e diminui a vulnerabilidade à depressão, ou seja, o suporte social na velhice regula a emoção. De acordo com o quarto pressuposto de Gatz (1998), a resiliência frente aos fatores que poderiam levar o idoso à depressão, está diretamente relacionada à avaliação subjetiva dos recursos de enfrentamento, internos e externos, sociais e financeiros. Ou seja, as relações sociais servem como recursos sociais para os não deprimidos. Ainda quanto ao domínio das relações sociais, o estudo que deu origem a esse (Macêdo & Cupertino, 2003), ressaltou a correlação inversa entre o suporte social quantitativo (quantidade de familiares) e qualitativo com sintomas depressivos. Assim, Gazalle, Hallal et al. (2004), Macedo & Cupertino (2003)

e; Krach, et al. (1996) encontraram que o suporte social pode ser altamente protetor na presença de adversidade. Segundo Cerrato e Trocóniz, (1998), quando surgem situações insolúveis, seu impacto pode ser reduzido, dentre outras coisas, por meio da avaliação de um suporte social adequado.

Para o grupo dos idosos com sintomas depressivos, as mulheres tiveram melhor percepção de sua saúde geral que os homens. Esse resultado foi controverso à literatura uma vez que, além de mais deprimidas, as mulheres são tidas sempre como mais queixosas de sua saúde que os homens até mesmo em função de viverem mais que eles, e realmente apresentarem pior saúde geral e conseqüentemente terem realmente mais motivos para perceber sua saúde geral também como pior que a deles. Entretanto, nos resultados encontrados para os idosos de Juiz de Fora, foram os homens que apresentaram pior percepção de sua saúde geral.

Análise da Regressão Múltipla Logística

A análise de regressão múltipla logística foi calculada com o objetivo de investigar se as variáveis sócio-demográficas e as de qualidade de vida contribuem para explicar a presença de sintomas depressivos. Entraram na análise somente as variáveis sócio-demográficas que apresentaram correlação significativa com as pontuações na CES-D, a saber, gênero e anos de estudo. A Regressão Logística ajustou o seguinte modelo:

$$\text{Depressão} = 5,323 - 0,056\text{percepção geral da qualidade de vida geral} - 0,071\text{domínio Psicológico} - 0,021\text{domínio Relações sociais} + 1,059 \text{gênero}.$$

O teste de significância do modelo (Hosmer e Lemeshow) foi de 0,18, indicando que a hipótese nula não foi rejeitada, o que permite dizer que o modelo apresentado está bem ajustado. A Tabela 5 apresenta as estatísticas das variáveis no modelo.

Tabela 5

Estatísticas das Variáveis no Modelo de Regressão Logística.

Variável	β	Erro padrão	Teste Wald	gl.	Valor p	Razão de chance
Q1 – Qualidade de vida geral	-0,056	0,031	3,300	1,000	0,069	0,946
Dom2 – Psicológico	-0,071	0,011	40,455	1,000	0,000	0,931
Dom3 – Rel. sociais	-0,021	0,010	4,194	1,000	0,041	0,979
Gênero	1,059	0,329	10,342	1,000	0,001	2,884
Constante	5,323	1,064	25,013	1,000	0,000	205,002

Nota. Entraram no passo 1 as seguintes variáveis: Q1, Q2, Dom1, Dom2, Dom3, Dom4, Gênero e Anos de estudo. Método: Backward Stepwise (Likelihood Ratio).

Portanto, mantendo-se tudo o mais constante, tem-se: a) a cada ponto ganho na percepção da qualidade de vida geral, reduz-se a chance de apresentar sintomas depressivos em 0,946 vezes; b) a cada ponto ganho no domínio Psicológico, reduz a chance de apresentar sintomas depressivos em 0,931 vezes; c) a cada ponto ganho no domínio das Relações sociais, reduz-se a chance de apresentar sintomas depressivos em 0,979 vezes e; d) a chance de uma mulher apresentar sintomas depressivos é 2,884 vezes maior do que a de um homem ser sintomático.

Pode-se então, mais uma vez corroborar a literatura, principalmente nos trabalhos de Veras, Coutinho e Coeli, 1997; Robison et al., 2003; Jakobsson, Hallberg e Westergren, 2004, que reportam, quanto ao gênero, que ser mulher é um fator de risco para a depressão.

Neste trabalho, a chances de uma mulher ser mais deprimida que um homem foi quase três vezes maior.

A segunda variável mais significativa responsável pelo surgimento de sintomas depressivos foi o domínio das Relações sociais, o que está de acordo com a literatura (Gatz, 1998; Macêdo & Cupertino, 2003; Carstensein, 1991, 1995; Gazalle, Hallal et al., 2004; Krach, et al., 1996 e Cerrato & Trocóniz, 1998) que aponta que uma pior percepção do suporte social leva os idosos a uma sensação de desamparo e abre caminho para o surgimento de sintomas depressivos, mas que, por outro lado, a percepção de uma rede de suporte social de qualidade serve como fator protetor frente às dificuldades da vida. Como relações sociais constituíram o domínio mais importante para a qualidade de vida dos idosos ($M = 78,61$; $DP = 14,60$) na amostra geral e o que mais influencia nos sintomas depressivos de acordo com os resultados da regressão, pode-se concluir que se deve investir cada vez mais em estratégias sociais para evitar sintomas depressivos. Esse dado também serve de justificativa do possível motivo que faz com que os idosos de Juiz de Fora se encontrem tão satisfeitos com sua qualidade de vida, uma vez que a cidade vem investindo em grupos de convivência e atividades de lazer e educação voltados para o público idoso promovendo uma maior interação entre os idosos e também deles com os segmentos mais jovens da população.

A terceira variável de maior relação com os sintomas depressivos foi qualidade de vida geral. Quanto melhor a percepção geral de qualidade de vida, as chances de desenvolver sintomas depressivos são menores. Esse dado confirma a relação dicotômica colocada na literatura quanto às variáveis depressão e qualidade de vida (Leval, 1999; Beaumont, 1994; Berlim, Pavanello, Caldieraro & Fleck, 2005; Matteve et al., 2003; Jakobsson et al., 2004; Badger, 2001 e Fleck, Lima, Lousada, Schestasky, Henriques, Borges, Camey & grupo LIDO, 2002). Néri, (2003) já salientava que a capacidade adaptativa da pessoa que envelhece bem, com boa qualidade de vida geral, aponta para a ampliação dos limites de variabilidade e

plasticidade nos aspectos biológicos e psicológicos abrindo novas perspectivas para o envelhecimento bem-sucedido, com boa qualidade de vida, e, portanto, com ausência de sintomas depressivos.

A quarta e última variável de maior relação com os sintomas depressivos foi o domínio Psicológico, que geralmente é tido como o mais afetado no caso da depressão, inclusive por conter uma questão específica que diz respeito a ela (“com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão?”). Assim segundo o modelo hierárquico de Spilker (1996), a depressão seria um componente específico do domínio psicológico. Vale ressaltar que todas as questões que compõem esse domínio, também correspondem às principais alterações percebidas na presença de sintomas depressivos, como capacidade de concentração, o quanto se aproveita a vida e se vê sentido para ela, se existe energia para as tarefas do dia-a-dia, satisfação consigo próprio e principalmente a presença de sentimentos negativos como mau-humor, desespero, ansiedade e a própria depressão.

Assim, apesar de Berlim et al. (2005) e de Fleck, Lousada et al. (2000) encontrarem como a mais significativa correlação inversa aquela presente entre depressão e domínio psicológico e de Arnold et al. (2004) defenderem que a depressão pode afetar primeiro o domínio psicológico e depois o social e físico, neste trabalho encontramos como primeiro domínio afetado o das relações sociais, seguido da qualidade de vida geral e só posteriormente do domínio psicológico. De qualquer forma, o domínio psicológico estando incluído entre os que contribuem para explicar a presença de sintomas depressivos, corrobora os trabalhos de Badger (2001) e de Lin et al. (2002), que também encontraram o domínio Físico e o do meio ambiente como explicativos; e de Fleck, Lima, Lousada, Schestasky, Henriques, Borges, Camey & grupo LIDO (2002), que encontraram os domínios físico e psicológico como mais relacionados à depressão.

Como o domínio psicológico foi o segundo domínio de maiores médias ($M = 72,89$; $DP = 16,78$) para a amostra geral, e o terceiro domínio a influenciar a depressão segundo a regressão, vale ressaltar a posição de Gatz, de que o domínio psicológico pode ser o responsável pela proteção contra a depressão na medida em que, com o envelhecimento, os idosos desenvolvem a integridade do ego, estratégias de enfrentamento mais maduras ou efetivas, mecanismos de defesa mais eficientes, têm um ganho na sabedoria, aprendem a recorrer às suas capacidades de reserva, etc., ou seja, todos esses ganhos estão relacionados a esse domínio. Portanto, também é pertinente a posição de Baltes e Lang (1997), de que a avaliação e a ativação dos recursos pessoais maximizam a qualidade de vida e, quando os recursos são escassos, os idosos adaptam suas metas (flexibilidade), ou seja, com base nas experiências de sucesso e fracasso ao longo da vida, e com relação às suas expectativas em relação a si mesmos e ao futuro, os idosos são capazes de ajustar seus projetos de vida de acordo com as condições presentes (Freire, 2000). Gatz (1998) ressalta que, em termos psicológicos os idosos são cada vez menos vulneráveis e que a resiliência está diretamente relacionada à avaliação subjetiva dos recursos de enfrentamento, internos, sociais e financeiros. Dessa forma, avaliações positivas ou negativas de bem estar psicológico refletem na qualidade de vida dos indivíduos e dizem respeito às dificuldades de enfrentamento e de se recuperar dos efeitos dos estressores. Ela completa que a regulação da emoção, que pode ser considerada uma especialização emocional, seria um fator protetor da depressão na velhice. Nesse sentido, pode-se observar porque o domínio psicológico influenciou nos sintomas depressivos com razão de chance de 0,931.

Quanto às facetas do domínio psicológico, dentre as diversas questões que comporta, ressalta-se as que dizem respeito a quanto se aproveita a vida e se vê sentido para ela, e a aceitação da aparência física e satisfação consigo próprio por estarem relacionadas ao que Borglin et al. (2004), Néri (2001b) e Bandura (2000) já colocavam de que a qualidade de

vida é garantida por um *self* preservado e por um senso de significado para a própria existência, ou seja, que a percepção da qualidade de vida atual depende de se conseguir fazer uma conexão entre a experiência de vida atual e o seu curso da vida ajudando-o a manter sua auto-estima e sentido de vida. Assim, a chave da boa qualidade de vida está na habilidade dos idosos para ajustar-se à vida em relação às mudanças e às novas exigências com uma auto-imagem e auto-estima preservadas. O senso de auto-eficácia, os mecanismos de auto-regulação do *self* e a agência permitem ao idoso desenvolver estratégias emocionais compensatórias que lhes permitem manter o equilíbrio. Para Néri, são as crenças na auto-eficácia que determinam o bem estar subjetivo na velhice. Assim, parece que os idosos de Juiz de Fora, de modo geral, estão mantendo seu *self* preservado, sentido para a vida e auto-estima preservada, uma vez que relataram o domínio psicológico como o segundo melhor escore de qualidade de vida na amostra geral. Assim, o bom desempenho no domínio psicológico apresentado nos resultados desse trabalho, também refletiu a posição de Freire (2000) de que os idosos são eficazes nos processos adaptativos, ajustando-se às transformações ocorridas em si mesmos e no meio em que vivem e mantendo uma visão positiva de si mesmos e a capacidade para controlar suas próprias vidas. Para ele, a competência adaptativa no envelhecimento é multidimensional e, além de envolver a capacidade de reserva, está relacionada à boa qualidade de vida.

Com base nos resultados encontrados, pode-se observar em que medida eles estão de acordo com as proposições teóricas de Gatz (1998). Com relação à primeira proposição, de que eventos de desenvolvimento e processos de diátese, estresse e resiliência combinam-se para determinar transtornos mentais na velhice, este trabalho não investigou fatores que poderiam levar ao estresse, uma vez que, além de não ter sido incluído dentre os objetivos desse estudo, esta variável já foi examinada por Tavares (2004). Neste trabalho a resiliência foi considerada apenas no sentido de se observar se os idosos deprimidos mantinham uma

boa percepção de sua qualidade de vida, na presença de sintomas depressivos. Assim, a principal afirmação de Gatz que interessa a este trabalho, é a de que “apesar das diáteses biológicas tenderem a aumentar com a idade, em termos psicológicos os idosos são cada vez menos vulneráveis”. Isso foi percebido neste trabalho, uma vez que o domínio com pior percepção na qualidade de vida foi exatamente o físico, e o segundo melhor domínio encontrado foi o psicológico. Além disso, considerando-se a amostra em geral (idosos sem e com sintomas depressivos) a percepção de qualidade de vida foi positiva. Assim, apesar da vulnerabilidade biológica poder levar à depressão ao longo da vida, mais importantes que os fatores objetivos que afetam os idosos é a sua percepção dos mesmos e sua maturidade psicológica no sentido de não se permitirem afetar pelas perdas inerentes ao processo do envelhecimento.

Com relação à segunda proposição de Gatz et al. (1996) e Gatz (1998) - de que a etiologia depressiva difere de acordo com a idade de início e que a depressão na velhice ou começou no passado e se mantém ou exacerba na velhice ou, quando aparece pela primeira vez nessa fase da vida, está relacionada a elementos fisiológicos e tende a diminuir com a idade - também não fizemos um estudo longitudinal no intuito de se observar em que momento da vida os sintomas depressivos surgiram nos idosos que os apresentaram. Entretanto, apesar de, neste trabalho, não haver uma relação estatisticamente significativa entre idade e depressão, pode-se observar que, dentre os idosos deprimidos, o maior percentual estava no grupo entre 60-64 anos, seguido pelos idosos com 80 anos ou mais e finalmente entre os idosos entre 70-74 anos. Ou seja, desconsiderando-se o momento do surgimento dos sintomas depressivos e sua etiologia, os idosos mais jovens apresentaram-se com mais sintomas depressivos que os mais velhos, e estes, com mais sintomas que os idosos de meia idade. Assim, os idosos mais jovens são os que apresentaram maior percentual de sintomas depressivos; o que de certa forma, confirma a posição de Gatz de que a depressão

tende a diminuir com o aumento da idade; logo seguida pelos idosos mais velhos, com mais de 80 anos, onde o declínio fisiológico foi constatado em sua percepção do domínio Físico, o que também está relacionada à posição de Gatz quanto aos elementos fisiológicos envolvidos no surgimento da depressão. Apesar de no presente estudo não ter havido diferenças estatisticamente significativas entre as faixas de idade e depressão, no estudo anterior, que originou esse, realizado com a amostra inicial do PENSA (monografia de conclusão de curso), houve o mesmo padrão de sintomas depressivos, ou seja, os idosos entre 60-69 anos com mais sintomas, seguidos dos maiores de 80 anos, e dos com idade entre 70-79, havendo diferença estatisticamente significativa entre os idosos entre 60-69 com os entre 70-79 anos, sendo os mais jovens mais deprimidos. Essa extrapolação foi feita, uma vez que, em se tratando, neste trabalho, de uma sub-amostra da pesquisa inicial do PENSA, onde naquela, houve diferenças estatisticamente significativas, pode ser que no presente estudo, essa diferença não tenha sido encontrada, em função de a amostra ter sido estratificada em mais grupos de idade do que foi dividido na pesquisa inicial, apenas três grupos (60-69, 70-79 e maiores de 80).

A terceira proposição de Gatz, diz que o surgimento dos transtornos depende das capacidades de reserva do indivíduo. Dessa forma, nos indivíduos com grandes reservas, as perdas não levariam a transtornos enquanto que nos indivíduos com menos reservas são mais influenciados negativamente pelo estresse e tenderiam mais a apresentar transtornos depressivos. Segundo Freire (2000), os idosos têm importantes reservas para o desenvolvimento que podem ser ativadas, e que, em condições favoráveis, podem manter potencial para funções em altos níveis e para adquirir novos conhecimentos, respeitando-se a capacidade de reserva latente (Baltes, 1991) determinada pela plasticidade individual e pelas diferenças individuais em relação à adaptabilidade. Nesse sentido, tanto a literatura pesquisada quanto os resultados aqui encontrados apontam as relações sociais, ou suporte

social, como um importante recurso do qual o idoso pode lançar mão, criando condições favoráveis para que ele possa recorrer às suas capacidades de reserva, mantendo um alto nível de funcionamento e facilitando sua adaptabilidade. Como colocado por Cerrato e Trocóniz (1998), quando surgem situações insolúveis, como a perda da saúde física, por exemplo, seu impacto pode ser reduzido por meio da reestruturação de seus significados, da avaliação de um suporte social adequado e da manutenção de seu senso de autocontrole em alguns aspectos que o indivíduo considera importantes. Assim, o domínio das relações sociais e o domínio psicológico podem estar fornecendo condições favoráveis para que o idoso utilize suas capacidades de reserva.

Essa proposição está diretamente relacionada à quarta, que diz que a resiliência está diretamente relacionada à avaliação subjetiva dos recursos de enfrentamento, tanto os internos, como os sociais e financeiros. Nesse sentido, os idosos de Juiz de Fora se mostraram satisfeitos com seus recursos de enfrentamento, por meio de bons rendimentos, observados no número de salários recebido, boa rede de suporte social, observada nos escores no domínio das relações sociais e bom desempenho psicológico, observado como o segundo domínio de maior importância para a amostra geral. Dessa forma, avaliações positivas ou negativas de bem estar psicológico refletem na qualidade de vida dos indivíduos e dizem respeito às dificuldades de enfrentamento e de se recuperar dos efeitos dos estressores (Gatz, 1998).

Uma vez que a teoria proposta por Gatz (1998) leva em consideração a Abordagem do Curso da Vida e essa, por sua vez, a Abordagem das estratégias de Seleção e Otimização com Compensação, alguns conceitos que ganharam destaque nas proposições de Gatz explicam a possibilidade do idoso em lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento: variabilidade interindividual ou heterogeneidade, refletida na diversidade que acontece entre as pessoas idosas; plasticidade, ou capacidade de aprendizagem, potencial de mudança na capacidade adaptativa; e, resiliência ou manutenção do desenvolvimento

normal, mesmo com ameaças e riscos, e a recuperação após um trauma. Nesse contexto, este trabalho conseguiu mostrar a heterogeneidade presente principalmente pela ausência de relações lineares entre idade e sintomas depressivos, por exemplo, e a plasticidade e resiliência refletidas no fato de que, mesmo com a presença de sintomas depressivos, a qualidade de vida dos idosos, de certa forma, se mantém. Por exemplo, apesar das perdas no domínio Físico evidenciadas pelos idosos, os altos escores no domínio das Relações sociais e Psicológico respectivamente, mostram que a balança entre ganhos e perdas que, para o envelhecimento descrito por Baltes, tende a ser menos favorável com o passar dos anos, no caso da amostra em questão, não pareceu ser desfavorável uma vez que além de condições objetivas de qualidade de vida, como renda, por exemplo, a satisfação ocorreu em mais domínios do que a insatisfação. Assim, pode-se dizer com base na SOC, que os idosos selecionaram os domínios em que têm mais sucesso (Relações sociais, por meio da busca de contatos sociais com amigos, família, grupos de idosos, etc., por exemplo), em detrimento daqueles onde seu desempenho é menos significativo (domínio Físico) e, ao otimizar esses aspectos, compensam as perdas biológicas, por exemplo, inerentes ao envelhecimento. Baltes (1991) chama isso de envelhecimento bem sucedido ocorrido por meio da adaptação através das estratégias de SOC, que ele propõe como um possível modelo para um bom envelhecimento psicológico. Assim, como propôs Borglin *et al.* (2004) e Baltes (1990), não só existe uma relação entre envelhecimento bem sucedido e qualidade de vida, como uma condição *sine qua non* para o envelhecimento bem-sucedido é uma boa qualidade de vida. Como a percepção da qualidade de vida para a amostra geral foi considerada como boa ou muito boa, pode-se dizer que Juiz de Fora tem um envelhecimento bem-sucedido quanto às variáveis aqui estudadas.

Como para Baltes e Freund (1998) a percepção da qualidade de vida é influenciada pela eficiência das estratégias de SOC e a percepção da qualidade de vida tanto geral quanto

específica para a amostra geral em questão foi positiva, pode-se concluir que suas estratégias de SOC estão sendo satisfatórias, frente às perdas biológicas, refletidas do domínio Físico. Assim, este trabalho também está de acordo com a posição de Goldstein (2000) de que os idosos lidam com os processos do envelhecimento de maneira eficiente e embora conscientes de suas perdas, lidam com elas de maneira a evitar a depressão e mantendo a auto-estima elevada.

Por outro lado, neste trabalho detectou-se uma significativa parcela da população com sintomas depressivos. No contexto teórico em que esse trabalho se inseriu, da mesma forma em que, uma boa qualidade de vida e a ausência de sintomas depressivos estariam relacionadas a uma boa adaptação, o oposto, ou seja, a presença de sintomas depressivos, também poderia ser explicada como uma alteração do curso do desenvolvimento normal, em que os recursos disponíveis pelo idoso não seriam suficientes para que ele pudesse se adaptar a qualquer situação nova ou estressante. Considerando-se que o número de perdas principalmente as biológicas invariavelmente aumentam com a idade, Baltes (1998) já dizia que existe uma correlação inversa entre as estratégias de SOC e a idade cronológica. Goldstein (2000) também ressaltou que a perda do controle ou dificuldades de adaptação estava relacionada a problemas na auto-estima, redução do bem-estar e depressão. Cabe ressaltar, entretanto, dois pontos: primeiro que o corte utilizado nesse estudo foi mais baixo que o utilizado nos estudos em geral em função deste ponto de corte ter sido validado para a população idosa brasileira residente na comunidade; e, segundo, que a CES-D é apenas uma escala de rastreio, e que altos escores nele investigam mais estados de desvalorização e desconforto emocional (Jorge & Silveira, 2000) presentes na semana anterior à entrevista do que um diagnóstico de depressão propriamente dita.

Assim, parece que os idosos de Juiz de Fora estão tendo uma velhice satisfatória, conforme Baltes e Baltes (1990) propõem: “mediada pela subjetividade e referenciada ao

sistema de valores que vigoram num período histórico determinado, para uma dada unidade sócio-cultural”, uma vez que a cidade em função de ter um número expressivo de idosos na comunidade, vem particularizando cada vez mais o atendimento às demandas do público idosos nela residente e, conseqüentemente desfazendo estereótipos relacionados à velhice ao permitir maior contato e esclarecimento à sociedade.

CONCLUSÃO

Investigando-se aspectos simétricos do desenvolvimento humano (depressão e qualidade de vida) em idosos residentes na comunidade, pode-se constatar, como pontuam Néri (2001) e Baltes (1990), que o envelhecimento humano corresponde a uma fase do desenvolvimento em que também podem haver ganhos. Isso porque não se encontrou uma linearidade entre aumento de idade e surgimento de sintomas depressivos, nem entre aumento da idade e pior percepção de qualidade de vida de modo geral.

No âmbito deste trabalho, pode-se avaliar a importância de se investigar a presença de sintomas depressivos por meio da CES-D numa amostra de idosos residentes na comunidade, não só por se constatar um percentual significativo de idosos com sintomas depressivos (36,9%), mas principalmente porque este estudo evitou o problema metodológico referente à utilização instrumentos não são validados para o Brasil uma vez que usou um ponto de corte de escore 11 validado para a amostra brasileira residente na comunidade obtido em 2004 por Tavares. Em função desse ponto de corte inferior àquele usado nas pesquisas relatadas na revisão de literatura, a discrepância encontrada entre o rastreamento da presença de sintomas depressivos neste trabalho e naqueles pôde ter se dado em função dessa diferença de corte utilizado. O resultado encontrado foi congruente com a literatura (Jiang et al., 2004) que aponta a depressão como uma das mais freqüentes patologias entre os idosos e coloca que os

sintomas depressivos na população idosa são um problema de saúde mental comum e a maior questão de saúde pública devido a sua alta prevalência, por trazer numerosas consequências adversas para a saúde e ressaltando a importância de se prevenir e reduzir a depressão para aumentar sua qualidade de vida e funcionamento físico. Outro problema metodológico evitado neste trabalho foi o aceite de participação de idosos entre 60 e 100 anos, sem exclusão dos grupos mais velhos de idade, o que permitiu uma amostra bastante diversificada e homogênea quanto às faixas etárias. Cabe ressaltar aqui que a idade foi tomada em seu sentido cronológico como variável sócio-demográfica para fins de pesquisa, sendo importante reconsiderar que o estudo transversal não nos permite dizer que as diferenças encontradas são realmente devidas à idade ou à coorte histórica do idoso; apesar de que, sabe-se que independentemente da coorte histórica, a cronológica está diretamente relacionada às perdas na saúde física.

Quanto à qualidade de vida, duas particularidades desse trabalho, foram: tratá-la não como qualidade de vida objetiva, apesar de haverem indicadores objetivos de qualidade de vida como renda e anos de escolaridade, mas sim como uma percepção da mesma, ou seja, qualidade de vida subjetiva. Esse estudo fez questão de deixar essa questão bastante clara, uma vez que a maioria dos estudos observados, apesar de referirem-se à diferença entre qualidade de vida objetiva e subjetiva, frequentemente trabalham com a qualidade de vida subjetiva, referindo-se apenas à “qualidade de vida”, o que deixa dúvidas sobre como a qualidade de vida está sendo considerada. A outra particularidade desse estudo, referiu-se à busca de esclarecimento a respeito das possíveis diferenças de percepção da qualidade de vida entre os domínios específicos e as questões gerais, uma vez que a maior parte das pesquisas considera, ou apenas as questões gerais, ou apenas os domínios específicos, ampliando assim a literatura.

Tendo em vista os objetivos propostos, se constatou neste trabalho diferentes percepções de qualidade de vida, estatisticamente significativas, tanto para as questões gerais quanto para os domínios específicos entre os idosos com e sem sintomas depressivos. Quanto ao objetivo de se investigar quais variáveis sócio-demográficas estavam relacionadas à qualidade de vida para idosos sem e com sintomas depressivos, observou-se que entre os idosos não deprimidos, faixa etária esteve relacionada ao domínio físico, renda ao domínio do meio ambiente, anos de estudo à questão geral de qualidade de vida e gênero influenciando as relações sociais. Ou seja, quanto mais velho o idoso pior sua percepção do domínio Físico, quanto maior a renda melhor a percepção do domínio Meio ambiente, quanto mais anos de estudo melhor a pontuação na questão geral de saúde e, as mulheres apresentaram melhores escores que os homens no domínio das relações sociais. Para o grupo dos idosos deprimidos, o domínio Meio ambiente foi influenciado por renda e anos de estudo na medida em que quanto maior a renda e quanto mais anos de estudo, melhores as percepções nesse domínio e; a questão geral de saúde esteve relacionada a gênero, com as mulheres mostrando melhores escores que os homens nesse domínio. Finalmente com o objetivo de se a importância relativa das variáveis sócio-demográficas (gênero, idade, estado civil, renda e escolaridade) e da percepção da qualidade de vida na presença de sintomas depressivos, encontrou-se que as mulheres têm quase três vezes mais chances de apresentarem sintomas depressivos que os homens, e que a cada ponto ganho no domínio das Relações sociais, na questão de qualidade de vida geral e no domínio Psicológico diminuem a chance de desenvolver sintomas depressivos.

As Relações sociais constituíram o domínio mais importante para a qualidade de vida dos idosos ($M = 78,61$; $DP = 14,60$) na amostra geral e o que mais influencia nos sintomas depressivos de acordo com os resultados da regressão. O domínio psicológico foi o segundo domínio de maiores médias ($M = 72,89$; $DP = 16,78$) para a amostra geral, e o segundo

domínio a influenciar a depressão. Neste mesmo domínio a média dos homens foi de 76,15 (DP = 13,56) enquanto a das mulheres foi de 71,68 (DP = 17,68), sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Pode-se concluir que o presente trabalho respondeu aos objetivos que se propôs, corroborou algumas posições da literatura, e apresentou resultados diversos em outros, por exemplo, confirmou a importância do suporte social como fator protetor da depressão em idosos, mas, por outro lado encontrou o domínio Psicológico influenciando no surgimento de sintomas depressivos, mas não como o principal responsável, uma vez que foi a quarta variável a influenciar nos sintomas depressivos.

Quanto ao primeiro objetivo, investigar se houveram diferenças na percepção da qualidade de vida entre os idosos com e sem sintomas, encontrou-se diferenças significativas estatisticamente tanto para as duas questões gerais do Whoqol breve como para cada domínio em separado, físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Isso confirma que a percepção da qualidade de vida tanto de modo geral quanto em áreas específicas é alterada na presença de sintomas depressivos. Assim, constatou-se uma coerência entre as respostas gerais e domínios específicos de qualidade de vida, para ambos os grupos, com e sem sintomas depressivos. Portanto, a afirmação de Blazer (2003), de que a depressão está relacionada a um decréscimo da qualidade de vida em adultos idosos, e a de Gazalle, Lima, Tavares e Hallal (2004), de que, com o envelhecimento populacional, a depressão, nessa fase da vida, merece atenção especial por apresentar frequência elevada e conseqüências negativas para a qualidade de vida dos idosos, foi constatada nesse trabalho.

Quanto a segundo objetivo, de investigar se essas diferenças de percepção de qualidade de vida persistiam entre os dois grupos, mas, considerando-se a influência das variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda, também se confirmou algumas percepções diferentes para ambos os grupos. Para o grupo dos idosos sem sintomas

depressivos, as variáveis sócio-demográficas que influenciaram as diferentes percepções de qualidade de vida foram: gênero, que influenciou o domínio das relações sociais; faixa etária, que influenciou o domínio Físico; renda que influenciando o domínio do Meio ambiente; e, anos de estudo, que influenciou a questão geral de qualidade de vida. Para o grupo dos idosos com sintomas depressivos, as variáveis de influência foram as mesmas, exceto a faixa etária. Além disso, apenas o domínio do Meio ambiente e a questão de saúde geral sofreram percepções diferentes. A saber: o domínio Meio ambiente foi influenciado por renda e anos de estudo, e a questão de saúde geral foi influenciada por gênero.

Finalmente, a análise da regressão logística mostrou que as variáveis que mais influenciaram no surgimento de sintomas depressivos foram gênero, com as mulheres tendo mais chances de desenvolver sintomas, e que, a cada ponto ganho no domínio das relações sociais, na questão geral de qualidade de vida e finalmente no domínio psicológico, diminuiu-se a chance de se desenvolver sintomas depressivos.

Apesar de ter respondido aos objetivos propostos, em função dos resultados encontrados e da discussão realizada com base na literatura, pode-se listar algumas limitações deste trabalho. Como a amostra é populacional e não clínica, os dados podem ter sido viesados no sentido de apresentarem menores índices de depressão e maiores de qualidade de vida pelo fato de os idosos serem provavelmente mais saudáveis do que aqueles que se encontram institucionalizados, apesar de o ponto de corte da CES-D usado ter sido menor (11) que o habitual (16), uma vez que esse ponto foi o validado para idosos residentes na comunidade. A falta de exploração dos motivos pelos quais alguns idosos não aceitaram participar do estudo pode ter mascarado o número de idosos que apresentaram sintomatologia depressiva. Os resultados encontrados devem ser tratados cuidadosamente no sentido de se evitar generalizá-los para outras faixas etárias e outras regiões devido às características peculiares da cidade onde este estudo foi realizado. A única avaliação feita de saúde se refere

à percepção do idoso de seu estado, já incluída no instrumento de qualidade de vida e, portanto, não foi controlada a presença de problemas de saúde física para analisar se a depressão pode ter sido superestimada pela presença desses sintomas. Mesmo a variável “presença ou não de sintomas depressivos”, não pode ser considerada como definitiva no sentido de se poder dizer que os idosos têm ou não tais sintomas, uma vez que além da CES-D não medir necessariamente sintomas depressivos mas sim estados de desvalorização, nenhuma medida diagnóstica foi realmente feita e nem considerados o parecer de pessoas próximas à realidade desses idosos, deixando-nos apenas com a percepção dos idosos a respeito de seus sintomas depressivos. Por apresentar um delineamento transversal, o estudo não nos permite estabelecer relação de causalidade entre as variáveis estudadas nem permite dizer, que as diferenças encontradas são devidas à idade ou à coorte histórica.

Assim, pesquisas futuras poderiam dar prosseguimento a esse estudo, tomando-se novas medidas longitudinais de qualidade de vida, e realizando o diagnóstico da depressão para avaliar o número de idosos realmente acometidos por essa patologia. Poderiam também considerar simultaneamente a presença de doenças físicas comumente associadas à sintomas depressivos. Além disso, poderia repetir esse estudo com outras amostras comunitárias utilizando-se os mesmos instrumentos para que possa ter um critério de comparação, inclusive com a observância de se o ponto de corte válido, para a amostra juizforana é equivalente a outras regiões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad Al-Windi, Dag Elmfeldt, Gösta Tibblin, Kurt Svärdsudd. 1999. The influence of sociodemographic characteristics on well-being and symptoms in a Swedish community: Results from a postal questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17, 4, pp. 201 – 209.
- Almeida, O. P., Forlenza, O. V., Lima N. K. C., Bigliani V., Arcuri S. M., Gentile M., Faria M. M., Lourenço C. C. & Oliveira, D. A. M. (1997). Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting - report from a survey in São Paulo, Brazil [resumo]. *Int Journal of Geriatric and Psychiatry*, 12, pp. 728-736.
- Anderson, M. I. P. (1998). Depressão. In C. P. Caldas (Org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar* (pp. 78-83). Rio de Janeiro: UERJ, UNATI.
- Arnold, R., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Kempen, G.I.J.M., Ormel, J. & Suurmeijer, T. P. B. M. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research* 13, 883-896.
- Badger, T. A. (2001). Depression, psychological resources, and Health-Related Quality of Life in older adults 75 and Above. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7, 189-200.
- Ballone, G. J., Neto, E. P., & Ortalani, I. V. (2002). Depressão. In G. J. Ballone, E. P. Neto & I. V. Ortalani. *Da Emoção à Lesão: Um Guia de Medicina Psicosomática*, (pp. 149-157). Barueri, São Paulo: Manole.
- Baltes, P. B. (1968). Longitudinal and cross-sectional sequences in the study of age and generation effects. *Human Development*, 11 (3), 145-171.
- Baltes, P. B. (1991). The many faces of human ageing: toward a psychological culture of old age [resumo]. *Psychological Medicine*, 21, pp. 837-854.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of Developmental Theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, M. M. & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: the impact of resources [resumo]. *Psychology and Aging*, 12, 433-443.
- Baltes, P.B. & Baltes M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes. (Eds). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. NY: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Freund, A. M. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 4, 531-543.

- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Baltes, P.B., Marsiske, M. e Staudinger. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: Perspectivas da teoria do curso da vida. In: A. L. Néri (Org.). *Psicologia do Envelhecimento*, (pp 195-228). Campinas, São Paulo: Papirus.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*. Copyright. American Psychological Society, 9, pp. 75-78.
- Beekman, A. T., Copeland, J. R. & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life [resumo]. *The British Journal of Psychiatry*, pp. 307-311.
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., J. Van Limbeek, Braam, A. W., M. Z. de Vries & W. Van Tilburg. (1997). Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in the Netherlands. *Psychological Medicine*, 27, pp. 231-235.
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P. B.S., Caldieraro, M. A. K. B. S., Fleck, M. P.A. (2003). Suicidal ideation and quality of life among adult Brazilian outpatients with depressive disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol 191 (3), pp. 193-197.
- Berlim, M.T., Pavanello, D.P., Caldieraro, A.K. e Fleck, M.P. A. (2005). Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression [Brief communication]. *Quality of Life Research*, 14, 561-564.
- Bittencout, Z. Z. L. C. (2003). Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, S.P.
- Blay, S. L. (2000). Fatores de risco psicossociais da depressão em idosos. In O. V. Forlenza & P. Caramelli. *Neuropsiquiatria Geriátrica*, (pp. 309-313). São Paulo: Atheneu.
- Blay, S. L., Bickel, H. & Cooper, B. (1991). Mental illness in a cross-national perspective. Results from a Brazilian and a German community survey among the elderly [resumo]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, pp. 245-251.
- Blazer, D. G. (1998). Depression. In W. R. Hazzard, J. P. Blass, W. J. Etinger, J. B. Halter & J. G. Ouslander. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (4th Ed., P. 1331). Library of Congress WC.
- Blazer, D. G. (2003a). Depressão em idosos (3^a Ed.). São Paulo, S. P.: Andrei.
- Blazer, D. G. (2003b). Depression in late life: Review and commentary [resumo]. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58. The Gerontological Society of America.

- Blazer, D. & Williams, C. D. (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population [resumo]. *American Psychiatric Association*, 137, pp. 439-444.
- Borglin, G., Edberg, A.K. & Hallberg, I. R. (2004). The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*, 19, pp. 201-220.
- Brito, F. C. e Litvoc, J. (2004). Conceitos básicos. In F. C. Brito, & J. Litvoc (Eds.). *Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde* (pp.1-16). São Paulo, S.P.: Atheneu.
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R. B., McDonald, N. J. , O'Malley, K. & Hiltbrunner, B. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly [Resumo]. *Quality of Life Research*, 3, pp. 235 – 244.
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee H. M., MCDonald N. J. & Joyce, C. R. B. (1997). Development of a direct weighting procedure for quality of life domains. *Quality of Life Research*, 6, pp. 301-309.
- Brunelli, C., Costantini, M., Di Giulio, P., Gallucci, M., Fusco, F., Miccinesi, G., Paci, E., Peruselli, C., Morino, P., Piazza, M., Tamburini, M. & Toscani, F. J. (1998). Quality-of-life evaluation: when do terminal cancer patients and health-care providers agree? *Pain Symptom Manage*, 15, pp. 149-50.
- Camarano, A. A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In E.V. Freitas, L. Py, A. L Néri, F. A. X. Cançado, M. L Gorzani, & S. M. Rocha. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 58-71). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. AS.
- Camarano, A. A., Kanso, S., Pasinato, M. T. & Melo, J. L. (2005). Idosos Brasileiros: Indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília, Presidência da República, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.
- Carstensen, L. L. (1995). Motivação para Contato Social ao Longo do Curso da Vida: Uma Teoria da Seletividade Sócioemocional. In: A. L. Néri. (org.) *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas, S. P.: Papyrus
- Carstensen, L. L. (1991). Socioemotional Selectivity Theory: Social Activity in Life-Span Context. In.: *Annual Review of Gerontology e Geriatrics*, 11, pp. 195-217.
- Carvalho V. F. C. & Fernandez M. E. D. (2002). Depressão no idoso. In M. P. Netto *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*, (pp. 160-173). São Paulo, S. P.: Atheneu.
- Cerrato, I. M. & Trocóniz, M. I. F. (1998). Successful aging. But, why don,t the elderly get more depressed? *Psychology in Spain*, 2, 27-42.
- Cohen, G. D. (Ed). (2002). Depression in late life: An historic account demonstrates the importance of making the diagnosis [The Psychiatric Consultant]. *Geriatrics*, 57, 38-39.

- Covinsky, K. E., Wu, A. M., Landefeld, C. S., Konnors, A. F. Jr., Phillips, R. S., Tsevat, J., Dawson, N.V., Lynn, J. & Fortinsky, R. H. (1999). Health status versus quality of life in older patients: Does the distinction matter? *Journal of Medicine*, 106, pp. 435-440.
- Cummins, R. A. (1995). On the trail of the gold standard for subjective well-being [resumo]. *Social Indicators Research*, 35, 179-200.
- Cummins, R. A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction [resumo]. *Social Indicators Research*, 43, 307-334.
- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52, pp. 55-72.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11.
- Dempster, M. e Donnelly, M. (2000). How well do elderly people complete individualised quality of life measures: An exploratory study. *Quality of Life Research*, 9, 369-374.
- Demyttenaere, K.; De Fruyt, Jürgen; Huygens, R. (2002). Measuring quality of life in depression [Mood Disorders]. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(1), pp 89-92.
- Farquhar M. (1995a). Elderly people's definitions of quality of life [resumo]. *Social Science and Medicine*, 41, pp. 1439-1446 (8).
- Farquhar, M. (1995b). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, pp. 502-508.
- Filho, E. C. M. & Almeida, O. P. (2000). Aspectos psiquiátricos do envelhecimento. In E. T. C. Filho & M. P. Netto. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*, (pp. 65-66). São Paulo: Atheneu.
- Fiske A., Gatz M., Pedersen, N.L. (2003). Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events [resumo, disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov]. *Journal Gerontology B. Psychology Sci Soc Sci*, 58.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (Whoqol-1000). *Revista de Saúde Pública*, 33, (2), 198-205.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de qualidade de vida da organização Mundial da Saúde (Whoqol-1000). *Revista de Saúde Pública*, 33, (2), 198-205.
- Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., Camey, S. & LIDO, G. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública*, 36, 431-438.

- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34, (2), 1-9.
- Forlenza, O. V. (2000a). Morbidade psiquiátrica em idosos: Considerações gerais. In O. V. Forlenza & P. Caramelli. *Neuropsiquiatria Geriátrica*, (pp. 3-7). São Paulo: Atheneu.
- Forlenza, O. V. (2000b). Transtornos depressivos em idosos. In O. V. Forlenza & P. Caramelli. *Neuropsiquiatria Geriátrica*, (pp. 229-308). São Paulo: Atheneu.
- Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In S. A. Freire & A. L. Néri. *E por falar em boa velhice*, (pp. 21-31). Campinas, S. P. : Papirus.
- Freire, S. A. (2002). A personalidade e o self na velhice: continuidade e mudança. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzani & S. M. Rocha. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, (pp. 929-935). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. AS.
- Gatz, M. (1998). Toward a developmentally informed theory of mental disorder in older adults. In J. Lomranz (Ed.). *Handbook of Aging and Mental Health*, (pp. 101-120). New York: Plenum.
- Gatz M., Hurwicz M.L. (1990). Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors [Resumo, Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov]. *Psychol Aging*, 5, 284-90.
- Gatz M., Johansson B., Pedersen N., Berg S. & Reynolds C. (1993). A cross-national self-report measure of depressive symptomatology [Resumo, Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov]. *Int Psychogeriatr*, 5, 147-156.
- Gatz, M., Kasl-Godley, J. E. & Karen, M. J. (1996). Aging and mental disorders. In T. A. Sauthouse, T. J. Mauer (Ed.). *Handbook of the Psychology of Aging*, (4th Ed., pp. 365-377). San Diego: Copyright Academic Press.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C. & Lima, M. S. (2004). Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 145-149.
- Gazalle, F. K., Lima, M. S., Tavares, B. F. & Hallal P. C. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil [Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp]. *Revista de Saúde Pública*, 38, 365-371.
- Gill T. M., Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements [resumo]. *JAMA*, 272, 8, pp. 619-626.
- Goldstein, L. L. (2000). No comando da própria vida: a importância de crenças e comportamentos de controle para o bem-estar na velhice. In A. L. Néri, & S. A. Freire (Orgs.). *E por falar em boa velhice* (pp. 55-68). Campinas, São Paulo: Papirus.

- Goldstein, L. L. & Siqueira, M. E. C. (2000). Heterogeneidade e diversidade nas experiências de velhice. In A. L. Néri, & S. A. Freire (Orgs.). *E por falar em boa velhice* (pp. 113-124). Campinas, São Paulo: Papirus.
- Gordilho, A. (2002). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: E.V. Freitas, L. Py, A. L Néri, F. A. X. Cançado, M. L Gorzani & S. M. Rocha. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, (pp.79-84). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. AS.
- Grupo WHOQOL (1994). Divisão de Saúde mental: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://ufrgs.br/psiq>.
- Haase, V. G. (2005). A abordagem diferencial ao desenvolvimento humano [on line]. Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento, Departamento de Psicologia, UFMG. Disponível em <http://lndufmg.blogspot.com/2005/10/abordagem-diferencial-ao.html>
- Haynie, D. A., Berg S., Johansson B., Gatz M. & Zarit, S.H. (2001). Symptoms of depression in the oldest old: a longitudinal study [Resumo Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov]. *Journal of Gerontology B: Psychol Sci Soc Sci.*, 56, 111-8.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1996). A Life Span Model os Successful Aging [resumo]. *American Psychologist*, 51.
- Hickie, I., Scott, E., Naismith, S., Ward, P. B., Turner, K., Parker, G., Mitchell, P. & Wilhelm, K. (2001). Late-onset depression: genetic, vascular and clinical. *Psychological Medicine*, 31, pp. 1403-1412.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2000. *Censo Demográfico: Brasil, 2000*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Jakobsson, U., Hallberg, I. R. & Westergren A. (2004). Overall and healt related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Research*, 13, 125-136.
- Jiang, J., Tang, Z., Futatsuka & Zhang, K. (2004). Exploring the influence of symptoms on physical disability: A cohort study of elderly in Beijing, China. *Quality of Life Research*, 13, 1337-1346.
- Kalache, A. (2002 julho 10). Mais Respeito aos Cabelos Brancos. *Revista Istoé*, pp. 9-11.
- Klerman, G. L. (1988). The current age of youthful melancholia. Evidence for increase in depression among adolescents and young adults [resumo]. *The British Journal of Psychiatry* 152, pp. 4-14.
- Knorst, M. R., Silva, M. P. M., Mantelli, C. & Bós, A. J. G. (2001). Qualidade de vida no idoso. In N. L. Terra (Org.). *Envelhecendo com qualidade de vida*, (pp. 29-32). Programa Geron da PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Krach, P., DeVaney, S., DeTurk, C. e Zink, M. H. (1996). Funtional status of the oldest-old in a home setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 456-464.

- Lavretsky, H. (2002). Geriatric Depression: Does Gender Make a Difference? *Psychiatric Times*, 19.
- Leite, M. C. A. (2001) (coord). Anuário Estatístico de Juiz de Fora. Centro de Pesquisas Sociais/CPS –ICHL- Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Leval, N. (1999). Quality of life and depression: Symmetry concepts. *Quality of Life Research*, 8, 283-291.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Roberts, R.E. e Allen, N.B. (1997). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and Aging*, 12, 277-287.
- Lima, A. F. B. S. (2002). Qualidade de Vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica Mestrado e Doutorado. Disponível em www.ufrge.com.br.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Lin, M. R., Huang, W., Huang, C., Hwang, H. F., Tsai, L. W. & Chiu, Y. N. (2002). The impact of the Chi-Chi earthquake on quality of life among elderly survivors in Taiwan _ A before and after study. *Quality of Life Research*, 11, pp. 379-388.
- Macêdo S. L. & Cupertino, A. P. F. B. (2003). O Suporte Social enquanto mediador da relação entre idade e depressão em uma amostra randômica de idosos em Juiz de Fora. [Monografia].
- Naumann, V. J. & G. J. A. Byrne. (2004). WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression [resumo]. *Cambridge Journals Online*, 16, (2), pp. 159-173.
- Neri, A. L. (1995). Psicologia do envelhecimento: Uma área emergente. In A. L. Néri (Org.). *Psicologia do envelhecimento*, (pp. 13-40). Campinas, S. P. Papirus.
- Néri, A. L. (2001a). Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e sociologia. In A. L. Néri (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectiva biológica, sociológica e psicológica*, (pp. 11-37). Campinas. S. P.: Papirus.
- Néri, A. L. (2001b). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Néri (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectiva biológica, sociológica e psicológica*, (pp. 161-200). Campinas, S. P.: Papirus.
- Neri, A. L. (2003). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*, 5ª Ed., (pp. 9-55) [Coleção VivaIdade]. Campinas, S.P.: Papirus.

- Neto, M. P. (2002). Estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzani & S. M. Rocha. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, (pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. A.S.
- Neugarten, B. L. (1979). Time, age and the life cycle [resumo]. *American Psychiatric Association*, 136, pp. 887-894.
- Newmann, J. P. (1989). Aging and depression [resumo]. *Psychology and Aging*, 4, pp. 150-65.
- Nolen-Hoeksema, S. E Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17, 116-124.
- O'Carroll, R. E., Smith, K., Couston, M., Cossar, J. A. & Hayes, P. C. (2000). A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation [resumo]. *Quality of Life Research*, 9, pp. 121-124.
- Paschoal, S. M. P. (2000). Qualidade de vida no idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação mestrado não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Paschoal, S. M. P. (2002). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzani & S. M. Rocha. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, (pp. 79 a 84). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. A.S.
- Prince, M. J., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Fuhrer, R., Kivela, S. L., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnusson, H., Meller, I., Oyen van H., Reischies, F., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C. & Copeland, J. R. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres [resumo]. *The British Journal of Psychiatry*, 174, pp. 339-345.
- Radloff, L. S. (1997). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, pp. 385-401.
- Regier D. A., Farmer M. E., Rae D. S., Myers J. K., Kramer M., Robins L. N., et al. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the epidemiologic catchment area study [resumo]. *Acta Psychiatr Scand*, 88, pp. 35-47.
- Robison, J., Curry, L., Gruman, C., Covington, T., Gaztambide, S. & Blank, K. (2003). Depression in later-life Puerto Rican primary care patients: the role of illness, stress, social integration and religiosity. *International Psychogeriatrics*, 15, pp. 239-251.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1991). Successful aging [resumo]. *The Gerontologist*, 37, pp. 433-440.
- Scazufca, M. (2004). Saúde Mental. In J. Litvock & F. C. Brito. *Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde*, (pp.177-182). São Paulo, S. P.: Atheneu,.

- Schneider, R. H., Bonardi, G., Gomes, A. & Costa, P. (2003). Envelhecimento e qualidade de vida. In A. C. A. Souza (Org.). *Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS: o berço da geriatria acadêmica no Brasil*, (pp.71-78). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Schroots, J. J. F. (1996). Teories of Aging: Psychological. In Birren, J. E. *Encyclopedia of Gerontology*, (pp. 557-567). San Diego: Academic Press.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20, pp.1-18.
- Silveira, D. X. da. & Jorge M. R. (2000). Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (CES-D) em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. In C. Gorestain., L.H.S.G. Andrade., A.W. Zuard (Orgs.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Farmacologia*, (pp.125-134). São Paulo: Lemos Editorial.
- Siqueira, M. E. C. (2001). Teorias sociológicas do envelhecimento. In A. L. Néri (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectiva biológica, sociológica e psicológica*, (pp.74-112). Campinas, S.P.: Papirus.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. e O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Skevington, S. M. & Wright, A. B. A. (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *The British Journal of Psychiatry*, 178, pp. 261-267.
- Smith, J; Fleeson, W.; Geiselman, B.; Settersten, R. A. Jr. & U. Kunzmann (1999). Sources of well-being in very old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.). *The Berlin Aging Study. Aging form 70 to 100*, (pp. 450-470). Cambridg: Cambridg University Press, II.
- Snowdon, J. (2002). Qual é a prevalência da depressão na terceira idade? [Suplemento 1]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, (pp. 42-47).
- Souza, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37.
- Sprangers, M. A. G., De Regt E. B., Andries F., H. M. E. van Agt, Bijl, R. V., Boer, J. B., Foets, M., Hoeymans, M., Jabobs, A. E., Kempen, G. I. J. M., Miedema, H. S., Tijhuis, M. A. R. & Haes, H. C. J. M. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, pp. 895-907.
- Stein, C. & Moritz, I. (1999). A life course perspective of maintaining independence in older age. WHO. GENEVA.

- Stoppe J. A. & Neto, M. R. S. (1999a). Depressão no idoso. In Stoppe J. A. Júnior & M. R. S. Neto. *Depressão na terceira idade. Apresentação clínica. Abordagem Terapêutica*, (2ª Ed., pp. 75-86). São Paulo: Lemos.
- Stoppe J. A. & Neto, M. R. S. (1999b). Clínica e psicopatologia da depressão em idosos. In Stoppe J. A. & M. R. S. Neto. *Depressão na terceira idade. Apresentação clínica. Abordagem Terapêutica*, (2ª Ed., pp. 101-113). São Paulo: Lemos.
- Suurmeijer, T. P., Waltz, M., Moum, T., Guillemin, F., van Sonderen, F.L., Briancon, S., Sanderman, R., van den Heuvel WJ. (2001). Quality of life profiles in the first years of rheumatoid arthritis: results from the EURIDISS longitudinal study [resumo]. *Arthritis Rheum*, 45, (2), pp. 111-21.
- Tavares, S. S. (2004). Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, S.P..
- Terra, N. L. e Cunha, R. S. (2001). Geriatria preventiva e qualidade de vida. In N. L. Terra (Org.). *Envelhecendo com qualidade de vida*, (pp. 89-95). Programa Geron da PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Unützer, J. & Bruce, M. L. (2002). The Elderly. *Mental Health Services Research*, 4, 245-247.
- Veras, R. P. (1999). O Brasil envelhecido e o preconceito social. In R. P. Veras. (Org.). *Terceira Idade: Alternativas Para Uma Sociedade Em Transição*, (pp. 35-50). Rio de Janeiro. Unati: Relume Dumará.
- Veras, R. P. (2003, setembro 29). Velho é a vozinha. *Revista Época*, 258, 84-91.
- Veras, R. P., Coutinho, E. & Coeli, C. M. (1997). Transtornos mentais em idosos: a contribuição da epidemiologia. In R. P. Veras (Org.). *Terceira idade: Desafios para o terceiro milênio*, (pp. 15-28). Rio de Janeiro: Relumi-Dumará, UNATI, UERJ.
- Wheaton, B. (1980). The Sociogenesis of Psychological Disorder: An Attributional Theory [resumo]. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, pp. 100-124
- Wheaton, B. (1983). Stress, Personal Coping Resources, and Psychiatric Symptoms: An Investigation of Interactive Models [resumo]. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, pp. 208-229.
- WHO (1996). Whoqol bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Programme on Mental Health. Geneva.
- WHO (2002). Active Ageing: A policy framework. A contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain. WHO/NMH/NPH/02.B.

- Wrosch, C., Bauer, I. & Scheier, M. F. (2005). Regret and quality of life across the adult life span: The influence of disengagement and available future goals. *Psychology and Aging, 30*, 657-670.
- Wyshak, G. (2003). Health ratings in relation to illnesses, physical functioning, general mental health and well-being: Self-reports of college alumnae, ages <40-80 and older. *Quality of Life Research, 12*, 667-674.
- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Bertollucci, P., Poyares, D. & Moriguchi, E. H. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*, 62 -70.
- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy, N. U. & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*, 31-39.

APÊNDICES

Apêndice A

Apêndice B

Termo de consentimento livre e esclarecido

O Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA) em Juiz de Fora pretende conhecer os aspectos que influenciam na forma como a população da cidade envelhece e se desenvolve com o passar dos anos. Essa pesquisa além de buscar informações sobre o envelhecimento saudável, será 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 e 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 julgar necessário. Os dados coletados servirão especificamente para fins dessa pesquisa e ficarão arquivados juntamente com os outros dados do PENSA no Centro de Psicologia Aplicada sob responsabilidade da Prof^a. Doutora Neide Cordeiro.

A responsabilidade pela pesquisa ficará a cargo da pesquisadora Prof Dr^a Neide Cordeiro que estará disponível para maiores esclarecimentos. Abaixo estará a descrição do local e telefone onde será possível obter informações sobre o projeto.

Prof^a Dr^a Neide Cordeiro Magalhães
Universidade Federal de Juiz de Fora – ICHL
Centro de Psicologia Aplicada CPA
Telefone de contato: (032) 3216-1029.

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

Sim, tenho conhecimento sobre o processo e aceito participar do Estudo sobre os Processos do Envelhecimento Saudável Em Juiz De Fora”.

NOME: _____ TEL.: _____
RUA: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____
CART.IDENT.: _____ DATA ___/___/___
ASSINATURA: _____

Apêndice C

Apêndice D

Dados Sócio-demográficos

Data da Entrevista: __/__/____

Entrevistador: _____

Nome: _____	
Endereço: _____	
Telefone: _____	Data de Nascimento: _____
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	

1)- Qual é a sua Idade?

2)- Em qual cidade e estado você nasceu?

(1) Cidade _____ (2) Estado _____

3)- Se não nasceu em Juiz de Fora, há quanto tempo mora na cidade? _____

4)- Qual é o seu estado civil?

(1) casada/º Quantas vezes? _____

(2) Solteiro/nunca casado

(3) Divorciado

(4) Separado

(5) Amasiado

(6) Viúvo

5)- Você frequentou a escola até que série?

(1) Nunca frequentou

(6) Científico

(2) Alfabetizado

(7) Curso Superior Incompleto

(3) Primário

(8) Curso Superior Completo

(4) Admissão (4ª série)

(9) Outro. Qual? _____

(5) Ginásial/ Colegial

6)- Isso quer dizer que você estudou quantos anos no total? _____

7)- Qual seria o total da 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

Apêndice E

Center Epidemiologic Survey-Depression (CES-D)

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 (1dia)	Poucas vezes (1-2 dias)	Na maioria das vezes (3-4 dias)	Sempre (5-7 dias)	98- Não sei 99- Recu- sou-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. Sentir 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 inquieto e não descansi.	0	0	1	2	3	4
12. Estive feliz.	0	0	1	2	3	4
13. Eu falei menos 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 a diante minhas coisas.	0	0	1	2	3	4

Apêndice F

World Health Organization Quality of Life brief (Whoqol-brief):

As próximas perguntas são sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida de modo geral. Escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

O que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	± satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
2 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas DUAS semanas.

	Nada	Muito pouco	±	Bastante	Muito
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas duas últimas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Comple- tamente
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim/ nem bom	Bom	Muito bom
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	± Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito(a) você está com consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas:

	Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Apêndice G

Ficha de Recrutamento

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

Apresentação do Estudo:

Idade: _____ **Sexo:** () Masc () Fem
Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____

Vai participar do estudo?**Status do recrutamento**

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: _____/_____/_____

Apêndice H

Sintaxe do Whoqol

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
 DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL
 GRUPO WHOQOL

**VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE
 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998**

Sintaxe SPSS - WHOQOL - bref QUESTIONNAIRE

Download:

* [Versão Acrobat Reader \(.PDF\) 7Kb](#)

**STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING FACET
 AND DOMAIN SCORES**

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(scores based on a 4-20 scale)

compute dom 1= (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4.

compute dom 2= (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4

compute dom 3= (mean.2 (q20,q21,q22)) * 4

compute dom 4= (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4

compute overall= (mean.2 (q1, q2)) * 4

(scores transformed to a 0-100 scale)

compute dom1b= (dom1 - 4) * (100/16).

compute dom2b= (dom2 - 4) * (100/16).

compute dom3b= (dom3 - 4) * (100/16).

compute dom4b= (dom4 - 4) * (100/16).

compute q1b= (q1 - 1) * (100/16).

compute q2b= (q2 - 1) * (100/16).

Fonte: www.ufrgs.br

Apêndice I

Figura II:

Itens do domínio Físico do Whoqol para idosos com e sem sintomas depressivos.

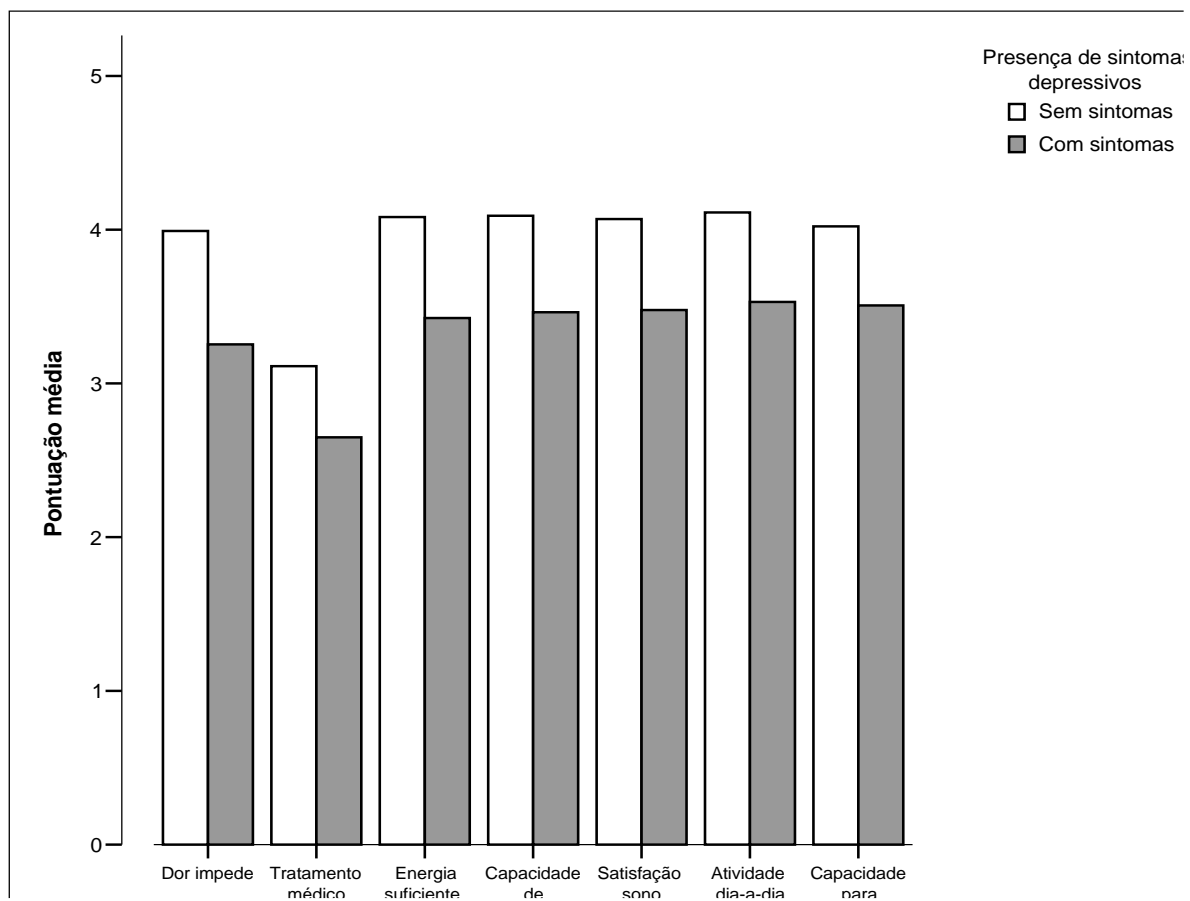


Figura I2:

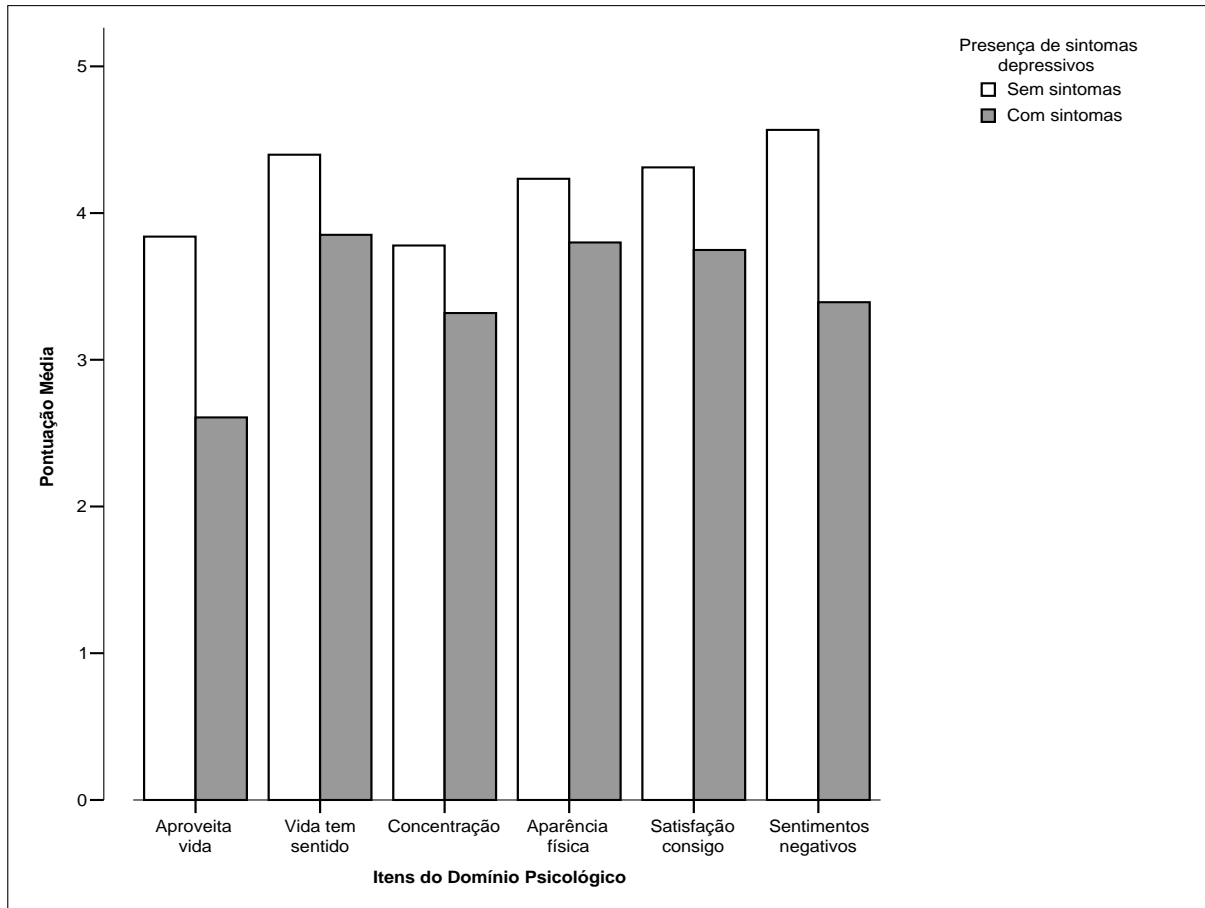
Itens do domínio Psicológico do Whoqol para idosos com e sem sintomas depressivos.

Figura I3:

Itens do domínio das Relações Sociais do Whoqol para idosos com e sem sintomas depressivos.

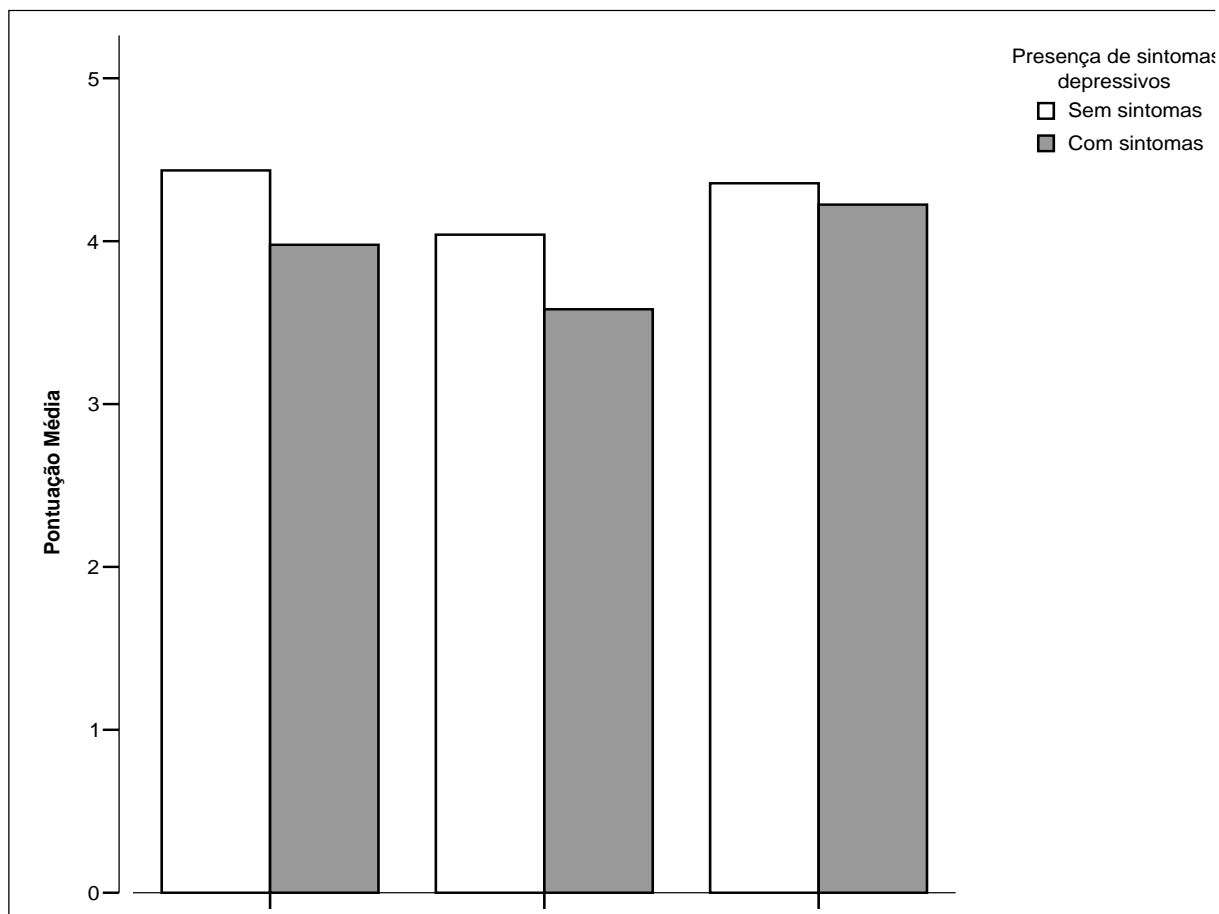
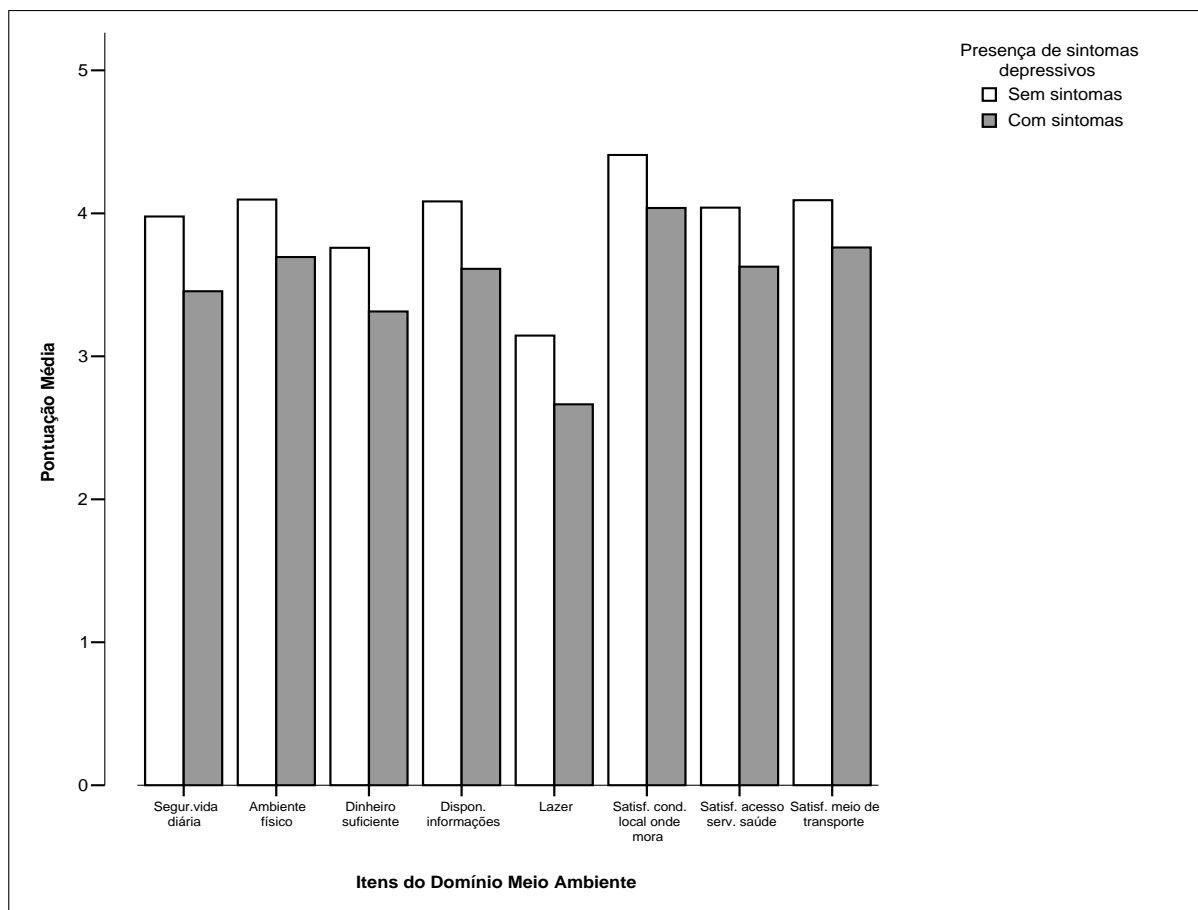


Figura I4:

Itens do domínio Meio Ambiente do Whoqol para idosos com e sem sintomas depressivos.



Apêndice J

Tabela J1.

Desempenhos nos domínios do Whoqol em cada faixa etária para cada grupo de idosos.

Domínios do Whoqol	Faixa etária	Grupo 1			Grupo 2		
		N	Média	DP	N	Média	DP
Percepção da qualidade de vida geral	60-64	30	18,96	5,31	22	14,49	4,48
	65-69	47	18,75	4,32	23	16,58	5,84
	70-74	46	20,24	3,77	25	17,00	4,61
	75-79	36	19,10	2,56	17	12,87	5,62
	≥ 80	46	19,02	4,74	31	16,53	5,48
Percepção da saúde geral	60-64	30	17,29	4,24	22	15,06	5,68
	65-69	47	17,69	4,57	23	15,76	7,02
	70-74	46	18,75	4,93	25	16,25	5,98
	75-79	35	18,04	5,42	17	11,03	4,70
	≥ 80	46	17,53	5,37	31	14,52	6,53
Domínio Físico	60-64	30	76,07	15,95	22	63,80	18,35
	65-69	47	75,84	14,94	23	64,91	18,45
	70-74	46	76,32	12,81	25	59,83	20,75
	75-79	36	70,54	15,75	17	51,26	18,25
	≥ 80	46	68,76	15,31	31	54,32	19,14
Domínio Psicológico	60-64	30	80,83	12,97	22	62,23	17,96
	65-69	47	79,79	10,82	23	61,78	16,36
	70-74	46	82,61	11,09	25	66,50	16,34
	75-79	36	77,66	11,92	17	55,64	19,03
	≥ 80	46	77,59	13,19	31	59,95	18,15
Domínio Relações sociais	60-64	30	82,22	13,08	22	70,08	19,01
	65-69	47	81,21	10,05	23	70,65	23,69
	70-74	46	83,15	11,85	25	74,33	17,00
	75-79	36	78,24	11,66	17	75,00	12,50
	≥ 80	46	84,24	12,82	31	78,09	12,45
Domínio Meio ambiente	60-64	30	73,33	14,30	22	57,10	20,35
	65-69	47	72,62	13,54	23	64,67	12,55
	70-74	46	75,60	12,94	25	69,48	12,34
	75-79	36	71,27	11,25	17	59,56	14,17
	≥ 80	46	75,41	8,80	31	64,50	15,23

Tabela J2.

Desempenhos nos domínios do Whoqol segundo o estado civil para cada grupo de idosos.

Domínios do Whoqol	Estado civil	Grupo 1			Grupo 2		
		N	Média	DP	N	Média	DP
Percepção da qualidade de vida geral	Casado	118	18,91	4,58	62	15,42	5,51
	Solteiro	17	18,75	3,83	10	13,13	1,98
	Divorciado	13	19,71	3,47	8	17,19	7,28
	Viúvo	84	19,79	4,10	55	16,02	5,48
Percepção da saúde geral	Casado	117	17,79	4,47	62	14,82	6,62
	Solteiro	17	18,01	6,59	10	11,25	4,93
	Divorciado	13	17,31	5,20	8	16,41	7,42
	Viúvo	84	17,86	5,15	55	14,66	5,92
Domínio Físico	Casado	118	73,03	16,25	62	62,20	17,80
	Solteiro	17	76,89	13,37	10	46,79	23,23
	Divorciado	13	70,88	18,38	8	50,89	30,47
	Viúvo	84	73,24	13,22	55	55,75	19,76
Domínio Psicológico	Casado	118	79,22	11,44	62	64,11	15,28
	Solteiro	17	80,88	11,42	10	58,17	10,26
	Divorciado	13	79,49	13,23	8	58,85	29,42
	Viúvo	84	79,91	12,26	55	59,39	19,58
Domínio Relações sociais	Casado	118	79,94	12,10	62	72,58	16,35
	Solteiro	17	80,88	9,67	10	71,67	10,54
	Divorciado	13	87,82	9,39	8	71,88	33,61
	Viúvo	84	83,28	11,93	55	74,62	16,32
Domínio Meio ambiente	Casado	118	72,70	12,38	62	65,21	16,01
	Solteiro	17	75,71	14,69	10	55,00	16,87
	Divorciado	13	71,74	12,65	8	61,33	17,27
	Viúvo	84	74,88	11,16	55	62,50	15,76

Tabela J3.

Desempenhos nos domínios do Whoqol segundo a renda para cada grupo de idosos.

Domínios do Whoqol	Renda	Grupo 1			Grupo 2		
		N	Média	DP	N	Média	DP
Percepção da qualidade de vida geral	1 a 2	35	20,00	3,65	27	14,58	4,90
	3 a 4	60	18,85	3,35	36	16,84	5,35
	5 a 8	68	19,12	4,93	33	14,96	6,04
	> 8	68	19,30	4,67	37	15,54	5,44
Percepção da saúde geral	1 a 2	35	16,25	5,91	27	13,19	5,57
	3 a 4	59	18,33	4,16	36	15,97	6,24
	5 a 8	68	17,74	5,36	33	14,77	6,60
	> 8	68	18,11	4,34	37	14,19	6,53
Domínio Físico	1 a 2	35	68,37	15,03	27	52,65	20,84
	3 a 4	60	73,10	13,03	36	59,80	20,90
	5 a 8	68	74,37	17,10	33	59,42	20,26
	> 8	68	74,82	14,57	37	57,87	19,36
Domínio Psicológico	1 a 2	35	78,69	12,12	27	59,88	18,85
	3 a 4	60	78,82	11,59	36	60,88	18,21
	5 a 8	68	80,94	11,50	33	62,58	16,99
	> 8	68	79,45	12,25	37	60,92	17,85
Domínio Relações sociais	1 a 2	35	81,90	11,34	27	70,37	18,10
	3 a 4	60	82,92	12,22	36	75,58	17,14
	5 a 8	68	82,23	13,03	33	75,25	15,24
	> 8	68	79,84	10,69	37	71,17	18,17
Domínio Meio ambiente	1 a 2	35	68,27	11,01	27	56,81	17,08
	3 a 4	60	72,78	10,96	36	61,46	13,28
	5 a 8	68	76,81	11,59	33	60,13	17,61
	> 8	68	74,25	13,29	37	70,76	13,26

Tabela J4.

Desempenhos nos domínios do Whoqol em cada faixa de anos de estudo para cada grupo de idosos.

Domínios do Whoqol	Estudo	Grupo 1			Grupo 2		
		N	Média	DP	N	Média	DP
Percepção da qualidade de vida geral	0 a 3	31	20,77	3,38	26	15,87	4,41
	4 a 7	89	18,26	4,24	60	15,63	5,58
	8 a 10	42	19,35	5,13	21	15,48	5,08
	11 a 14	41	19,51	4,24	21	15,48	6,13
	≥ 15	29	20,26	3,60	7	15,18	7,95
Percepção da saúde geral	0 a 3	31	18,55	5,23	135	15,60	5,45
	4 a 7	88	17,33	5,34	26	15,14	6,42
	8 a 10	42	17,41	4,26	60	14,79	5,75
	11 a 14	41	18,14	5,00	21	14,29	6,89
	≥ 15	29	18,53	3,91	21	14,29	6,89
Domínio Físico	0 a 3	31	69,24	14,51	7	12,50	8,07
	4 a 7	89	72,47	14,99	26	53,16	20,46
	8 a 10	42	75,91	14,14	60	61,01	18,92
	11 a 14	41	73,17	16,13	21	59,52	21,82
	≥ 15	29	76,35	15,55	21	55,07	22,84
Domínio Psicológico	0 a 3	31	78,63	11,72	7	49,74	15,24
	4 a 7	89	78,35	11,69	26	60,42	15,60
	8 a 10	42	79,56	12,75	60	61,18	17,40
	11 a 14	41	81,20	12,08	21	61,11	18,74
	≥ 15	29	82,33	10,19	21	63,81	19,15
Domínio Relações sociais	0 a 3	31	81,45	10,25	7	61,31	26,86
	4 a 7	89	82,49	13,00	26	67,63	15,69
	8 a 10	42	79,56	12,24	60	75,76	15,14
	11 a 14	41	81,61	11,82	21	73,81	24,48
	≥ 15	29	82,47	9,54	21	73,02	13,92
Domínio Meio ambiente	0 a 3	31	70,87	12,06	7	72,62	22,42
	4 a 7	89	72,64	11,66	26	55,05	15,74
	8 a 10	42	73,04	11,01	60	63,27	14,48
	11 a 14	41	76,02	12,71	21	65,03	17,33
	≥ 15	29	77,26	13,75	21	67,26	18,10

Tabela J5.

Análise da variância para Faixa etária em cada grupo de idosos

Domínios do Whoqol		Grupo 1					Grupo 2				
		Soma dos quadrados	gl	QM	F	valor p	Soma dos quadrados	gl	QM	F	valor p
Q1- Q.V.Geral	Entre grupos	63,010	4	15,752	0,885	0,474	249,923	4	62,481	2,286	0,064
	Nos grupos	3560,085	200	17,800			3088,596	113	27,333		
	Total	3623,095	204				3338,520	117			
Q2 - Saúde Geral	Entre grupos	53,512	4	13,378	0,546	0,702	318,770	4	79,693	2,117	0,083
	Nos grupos	4874,490	199	24,495			4253,528	113	37,642		
	Total	4928,002	203				4572,299	117			
Dom1- Físico	Entre grupos	2168,839	4	542,210	2,451	0,047*	3021,890	4	755,473	2,071	0,089
	Nos grupos	44243,347	200	221,217			41222,424	113	364,800		
	Total	46412,187	204				44244,314	117			
Dom2 - Psicológico	Entre grupos	782,266	4	195,567	1,368	0,246	1297,783	4	324,446	1,055	0,382
	Nos grupos	28594,617	200	142,973			34752,994	113	307,549		
	Total	29376,883	204				36050,777	117			
Dom3 - Relações sociais	Entre grupos	831,097	4	207,774	1,480	0,210	1134,222	4	283,556	0,942	0,443
	Nos grupos	28082,859	200	140,414			34019,527	113	301,058		
	Total	28913,957	204				35153,749	117			
Dom4 - Meio ambiente	Entre grupos	571,475	4	142,869	0,958	0,431	2121,992	4	530,498	2,307	0,062
	Nos grupos	29814,416	200	149,072			25986,138	113	229,966		
	Total	30385,890	204				28108,131	117			

Nota. * $p < 0,05$.

Tabela J6.

Análise da variância para Estado Civil em cada grupo de idosos

Domínios do Whoqol		Grupo 1					Grupo 2				
		Soma dos quadrados	gl	QM	F	valor p	Soma dos quadrados	gl	QM	F	valor p
Q1- Q.V.Geral	Entre grupos	45,362	3	15,121	0,815	0,487	93,179	3	31,060	1,048	0,374
	Nos grupos	4229,793	228	18,552			3881,358	131	29,629		
	Total	4275,155	231				3974,537	134			
Q2 - Saúde Geral	Entre grupos	4,222	3	1,407	0,058	0,982	141,441	3	47,147	1,194	0,315
	Nos grupos	5530,816	227	24,365			5171,059	131	39,474		
	Total	5535,038	230				5312,500	134			
Dom1- Físico	Entre grupos	303,888	3	101,296	0,442	0,723	3028,089	3	1009,363	2,554	0,058
	Nos grupos	52303,083	228	229,399			51775,204	131	395,231		
	Total	52606,971	231				54803,293	134			
Dom2 - Psicológico	Entre grupos	52,970	3	17,657	0,126	0,945	833,843	3	277,948	0,868	0,460
	Nos grupos	31977,439	228	140,252			41954,254	131	320,261		
	Total	32030,409	231				42788,097	134			
Dom3 - Relações sociais	Entre grupos	1072,790	3	357,597	2,589	0,054	171,013	3	57,004	0,189	0,904
	Nos grupos	31491,790	228	138,122			39596,219	131	302,261		
	Total	32564,580	231				39767,233	134			
Dom4 – Meio ambiente	Entre grupos	353,635	3	117,878	0,799	0,496	976,314	3	325,438	1,265	0,289
	Nos grupos	33646,670	228	147,573			33711,579	131	257,340		
	Total	34000,305	231				34687,893	134			

Nota. * $p < 0,05$.

Tabela J7.

Análise da variância para Renda em cada grupo de idosos

Domínios do Whoqol		Grupo 1					Grupo 2				
		Soma dos quadrados	gl	QM	F	valor p	Soma dos quadrados	gl	QM	F	valor p
Q1- Q.V.Geral	Entre grupos	30,421	3	10,140	0,547	0,651	96,569	3	32,190	1,076	0,362
	Nos grupos	4211,665	227	18,554			3857,848	129	29,906		
	Total	4242,086	230				3954,417	132			
Q2 - Saúde Geral	Entre grupos	106,891	3	35,630	1,498	0,216	128,329	3	42,776	1,083	0,359
	Nos grupos	5376,126	226	23,788			5097,235	129	39,513		
	Total	5483,016	229				5225,564	132			
Dom1- Físico	Entre grupos	1089,735	3	363,245	1,601	0,190	947,418	3	315,806	0,766	0,515
	Nos grupos	51514,232	227	226,935			53200,403	129	412,406		
	Total	52603,967	230				54147,822	132			
Dom2 - Psicológico	Entre grupos	189,807	3	63,269	0,451	0,717	115,175	3	38,392	0,119	0,949
	Nos grupos	31840,406	227	140,266			41560,827	129	322,177		
	Total	32030,213	230				41676,003	132			
Dom3 - Relações sociais	Entre grupos	344,042	3	114,681	0,808	0,491	711,175	3	237,058	0,802	0,495
	Nos grupos	32217,736	227	141,928			38118,190	129	295,490		
	Total	32561,778	230				38829,365	132			
Dom4 - Meio ambiente	Entre grupos	1764,236	3	588,079	4,168	0,007*	3614,885	3	1204,962	5,179	0,002*
	Nos grupos	32031,324	227	141,107			30011,041	129	232,644		
	Total	33795,561	230				33625,925	132			

Nota. * $p < 0,05$.

Tabela J8.

Análise da variância para Anos de estudo em cada grupo de idosos

Domínios do Whoqol		Grupo 1					Grupo 2				
		Soma dos quadrados	gl	QM	F	valor p	Soma dos quadrados	gl	QM	F	valor p
Q1- Q.V.Geral	Entre grupos	191,433	4	47,858	2,660	0,034*	3,755	4	0,939	0,031	0,998
	Nos grupos	4083,721	227	17,990			3970,782	130	30,544		
	Total	4275,155	231				3974,537	134			
Q2 - Saúde Geral	Entre grupos	63,593	4	15,898	0,657	0,623	44,886	4	11,222	0,277	0,892
	Nos grupos	5471,445	226	24,210			5267,614	130	40,520		
	Total	5535,038	230				5312,500	134			
Dom1- Físico	Entre grupos	1128,659	4	282,165	1,244	0,293	1851,376	4	462,844	1,136	0,342
	Nos grupos	51478,311	227	226,777			52951,917	130	407,322		
	Total	52606,971	231				54803,293	134			
Dom2 - Psicológico	Entre grupos	488,475	4	122,119	0,879	0,477	151,564	4	37,891	0,116	0,977
	Nos grupos	31541,933	227	138,951			42636,533	130	327,973		
	Total	32030,409	231				42788,097	134			
Dom3 - Relações sociais	Entre grupos	266,562	4	66,640	0,468	0,759	1211,038	4	302,759	1,021	0,399
	Nos grupos	32298,018	227	142,282			38556,195	130	296,586		
	Total	32564,580	231				39767,233	134			
Dom4 - Meio ambiente	Entre grupos	955,390	4	238,847	1,641	0,165	2900,691	4	725,173	2,966	0,022*
	Nos grupos	33044,915	227	145,572			31787,202	130	244,517		
	Total	34000,305	231				34687,893	134			

Nota. * p < 0,05.

Tabela J9.

Comparação de médias em Gênero para cada grupo de idosos

Domínios do Whoqol	Grupo	Gênero	Média	DP	t	Valor p
Percepção da qualidade de vida geral	G1	M	19,65	3,78	0,970	0,333
		F	19,07	4,53		
	G2	M	13,99	4,38		
		F	15,87	5,57		
Percepção da saúde geral	G1	M	18,26	4,54	0,984	0,326
		F	17,58	5,08		
	G2	M	11,61	6,02		
		F	15,11	6,19		
Domínio Físico	G1	M	75,38	16,34	1,487	0,138
		F	72,25	14,39		
	G2	M	57,48	18,00		
		F	57,87	20,60		
Domínio Psicológico	G1	M	80,15	11,03	0,491	0,624
		F	79,34	12,15		
	G2	M	61,71	12,12		
		F	61,29	18,73		
Domínio Relações sociais	G1	M	79,22	12,35	-2,204	0,028*
		F	82,85	11,49		
	G2	M	67,06	18,91		
		F	74,46	16,66		
Domínio Meio ambiente	G1	M	73,52	11,87	-0,117	0,907
		F	73,72	12,30		
	G2	M	62,01	14,40		
		F	63,34	16,36		

Nota. * $p < 0,05$.