

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ESTRATÉGIAS DE *COPING* FRENTE ÀS DIFICULDADES FUNCIONAIS E
SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação de Mestrado

ANALISE DE SOUZA VIVAN

Mestranda

Prof^ª. Dr. Irani de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2006.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ESTRATÉGIAS DE *COPING* FRENTE ÀS DIFICULDADES FUNCIONAIS E
SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

ANALISE DE SOUZA VIVAN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^ª. Dr. Irani de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2006.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V855e Vivan, Analise de Souza
Sintomas de depressão em idosos institucionalizados / Analise de
Souza Vivan. – Porto Alegre, 2006.
95 f.

Diss. (Mestrado em Psicologia Clínica) – Fac. de Psicologia,
PUCRS.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Irani de Lima Argimon

1. Psicologia. 2. Psicologia Clínica. 3. Idosos (Psicologia). 4.
Depressão. 5. Institucionalização. I. Argimon, Irani de Lima.

CDD 155.672

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Analise de Souza Vivan

**ESTRATÉGIAS DE *COPING* FRENTE ÀS DIFICULDADES FUNCIONAIS E
SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr. Irani de Lima Argimon
Presidente

Prof^ª. Dr. Margareth da Silva Oliveira
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Prof. Dr. Flávio Merino de Freitas Xavier
Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC

“Quando a gente pensa que sabe todas as respostas, vem a vida e muda todas as perguntas.”

(Mário Quintana)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^ª. Dr. Irani de Lima Argimon, pela disponibilidade e apoio na construção deste estudo e também pelo incentivo profissional e carinho na convivência.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital” da PUCRS, pelo apoio, amizade e dedicação. Em especial ao Guilherme Wendt, Bolsista de Iniciação Científica, pela responsabilidade e disponibilidade para auxiliar, além do alto astral no dia-a-dia.

A estudante de psicologia e ex-bolsista do Grupo de Pesquisa Patrícia Scheeren, pela amizade, responsabilidade e disposição para auxiliar, mesmo após a saída do Grupo.

À colega Luciana Timm, companheira de Mestrado, pelas trocas de experiências e bons momentos de convivência.

À colega de Mestrado e grande amiga Mônica Bicca, pelo carinho, compreensão e apoio constante. Muitas angústias e alegrias compartilhadas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, às Secretárias e aos Professores da Área Clínica.

Aos Professores da Comissão Examinadora Dr. Irani Iracema de Lima Argimon, Dr. Margareth da Silva Oliveira e Dr. Flávio Merino de Freitas Xavier por terem aceitado o convite para examinarem este estudo.

À psicóloga Ana Paula Costa e as estudantes de psicologia Fernanda Paulo, Flávia Mattos e Ana Hertzog, pelo auxílio e dedicação na coleta de dados.

Ao psicólogo Ricardo Wainer, pelo apoio e incentivo na busca deste mestrado.

A colega Renata Araújo pelos ensinamentos científicos, disponibilidade e apoio nesta trajetória.

A minha família e amigos, pelo carinho com que respeitaram e entenderam os períodos de ausência no convívio. Ao Rapha, meu namorado, pelo amor, dedicação e apoio recebido nos momentos de angústia.

Às instituições asilares que autorizaram a coleta de dados e aos idosos que participaram do estudo, contribuindo para o desenvolvimento desta pesquisa.

À CAPES por viabilizar financeiramente a realização deste estudo.

MUITO OBRIGADA!

SUMÁRIO

RESUMO	8
APRESENTAÇÃO	9
1 Projeto de Dissertação de Mestrado: Estratégias de <i>Coping</i> Frente às Dificuldades Funcionais e Sintomas de Depressão em Idosos Institucionalizados	12
2 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS	50
3 Artigo de Revisão de Literatura: “ Dificuldade Funcional e <i>Coping</i> em Idosos ”	52
4 Artigo Empírico: “ <i>Coping</i>, Dificuldades Funcionais e Sintomas de Depressão em Idosos Institucionalizados ”	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

RESUMO

Com o avanço da ciência, a expectativa de vida da população vem aumentando ao longo dos anos. O processo de envelhecimento pode vir acompanhado de declínio na capacidade funcional do organismo, levando à perda de autonomia e dificuldade na realização de atividades de vida diária, podendo representar um fator estressante para o idoso. O conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos para lidar com eventos estressantes é denominado *coping*. Com o objetivo de estudar esta temática foi elaborada esta dissertação que está composta por dois artigos, sendo um de revisão teórica e um empírico. No artigo teórico foi realizada uma revisão sistemática com o objetivo de verificar as características das publicações indexadas nos últimos cinco anos que abordam os temas *coping*, dificuldade funcional e idosos. Foram cruzadas as palavras-chave nas bases de dados Medline, PsycInfo e LILACS. Os *abstracts* dos artigos foram revisados e classificados a partir de seis dimensões de análise: base de dados, ano de publicação, país de origem, tipo de delineamento, cruzamento de variáveis e resultados e conclusões dos estudos. O tratamento dos dados foi realizado por meio de análise das frequências percentuais. Os resultados demonstraram estudos envolvendo a situação de dificuldade funcional e métodos de enfrentamento, no entanto, poucos abordavam especificamente as estratégias de *coping*. O segundo artigo, empírico, responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, e objetivou verificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos idosos frente às dificuldades funcionais, associações com sintomas de depressão e diferenças entre os sexos. Participaram do estudo 103 idosos institucionalizados, que apresentavam necessidade de assistência em no mínimo uma atividade de vida diária (AVD). O delineamento foi de um estudo quantitativo e transversal. Os instrumentos utilizados foram: Ficha de Dados Sócio-demográficos, Escala de Atividades da Vida Diária, Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada, Mini-Exame do Estado Mental, Inventário de Estratégias de *Coping* e Escala de Depressão Geriátrica. As estratégias de *coping* mais utilizadas pela amostra foram a de autocontrole e resolução de problemas. Não foram encontradas associações significativas entre os sexos e a escolha das estratégias de *coping*. Sintomas de depressão apresentaram relação inversa ao uso da estratégia de suporte social.

Palavras-chave: *coping*, enfrentamento, dificuldade funcional, depressão, AVD, idoso.

Área conforme classificação do CNPq:

Área de Conhecimento: Ciências Humanas

7.07.00.00 – 1 – Psicologia

Subárea conforme classificação do CNPq:

7.07.07.00 – 6 – Psicologia do Desenvolvimento Humano

7.07.10.00 -7 – Tratamento e Prevenção Psicológica

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado está inserida no Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital, coordenado pela Professora Dr^a Irani de Lima Argimon, integrante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

Como processo do ciclo vital, a velhice vem despertando interesse no campo da pesquisa, tendo em vista o aumento da expectativa de vida da população. Esta fase caracteriza-se pelo declínio da capacidade funcional do organismo, levando à perda de autonomia e dificuldade na realização de atividades da vida diária (Chaimowicz, 1997).

A capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, em que a possibilidade de desenvolver de maneira independente as atividades do dia-a-dia podem contribuir para uma melhor qualidade de vida (Ramos, 2003). Por outro lado, o aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais são fatores que contribuem para a incidência do *stress* na terceira idade (Pereira et al., 2004).

A resposta ao evento estressor, além de aspectos comportamentais e fisiológicos, compreende aspectos cognitivos no que se refere à forma como o sujeito interpreta as situações ou estímulos e como filtra e processa a informação. Assim, a avaliação negativa de um estressor pode não estar ligada ao evento estressor propriamente dito, mas a uma vulnerabilidade individual que influencia a forma de avaliar e enfrentar o estressor (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

Na concepção de Lazarus e Folkman (1984), o *stress* é resultado da relação entre a pessoa e o ambiente. Os autores utilizam o conceito de *coping* referindo-se ao conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos para lidar com demandas específicas.

Nesta dissertação constam o projeto de dissertação e dois artigos sobre a temática, conforme a Resolução nº 002/2004 de 25/03/2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sendo um artigo de revisão teórica, intitulado “Dificuldade funcional e *coping* em idosos”, e outro artigo de natureza empírica, “*Coping*, dificuldades funcionais e sintomas de depressão em idosos institucionalizados”.

O artigo teórico teve como objetivo verificar as características das publicações indexadas nos últimos cinco anos que abordam os temas *coping*, dificuldade funcional e idosos. Através de uma revisão sistemática, conduziu-se a análise das publicações presentes nas bases de dados dos sistemas Medline, PsycInfo e LILACS, usando os descritores *coping* ou estratégias de enfrentamento, dificuldade funcional, prejuízo funcional ou incapacidade funcional e idoso ou velhice. Foram identificados e analisados 37 *abstracts* em seis dimensões de análise: base de dados, ano de publicação, país de origem, tipo de delineamento, cruzamento de variáveis e resultados e conclusões dos estudos.

O artigo empírico responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação e teve como objetivo verificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes e se existe associação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as perdas funcionais decorrentes da idade em idosos e sintomas de depressão. Além disto, como objetivo específico, foi verificado se existem diferenças nas estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as perdas funcionais entre os sexos.

Após a apresentação do projeto de Mestrado encontra-se, em Apêndice, a aprovação do Projeto de Pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Logo após a

apresentação dos dois artigos, constam as Considerações Finais e as Referências da Apresentação.

1. PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Analise de Souza Vivan

**ESTRATÉGIAS DE *COPING* FRENTE ÀS DIFICULDADES FUNCIONAIS E
SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Projeto de pesquisa para a dissertação apresentado ao curso de Mestrado da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^a. Dr. Irani de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre, agosto de 2005.

SUMÁRIO

I Introdução	15
II Método	24
Delineamento	24
Hipóteses	24
Participantes	24
Critérios de Inclusão	25
Critérios de Exclusão	25
Instrumentos	25
Procedimentos de Coleta dos Dados	27
Procedimentos de Análise dos Dados	28
Estudo Piloto	28
III Procedimentos Éticos	29
IV Cronograma	30
V Orçamento	31
Referências Bibliográficas	32
Apêndices	35
Apêndice 1 – Ficha de Dados Sócio-demográficos	36
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	38
Anexos	40
Anexo A – Escala de Atividades de Vida Diária	41
Anexo B – Mini-Exame do Estado Mental	43
Anexo C – Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	45
Anexo D – Escala de Depressão Geriátrica.....	48

1 INTRODUÇÃO

De acordo com dados do IBGE (2004), a população de idosos vem aumentando nos últimos anos. Estudos apontam uma queda da natalidade e um número crescente de idosos. No ano de 2000, 30% da população estava situada na faixa etária de zero a 14 anos, enquanto os maiores de 65 anos representavam 5% dos brasileiros. A estimativa é de que, em 2050, estes dois grupos se igualem, representando, cada um, 18% da população.

Com este aumento da expectativa de vida no mundo, faz-se necessário pensar também na qualidade desses anos. Diante disso, muitos pesquisadores têm se interessado pelo envelhecimento humano, estimulando uma multiplicidade de estudos e avaliações sobre a velhice.

Busse e Blazer (1999) conceitualizam o termo envelhecer como as alterações físicas que se desenvolvem na idade adulta, resultando em um declínio na eficiência do funcionamento e terminando na morte. No entanto, Papalia e Olds (2000) salientam que a maioria dos idosos apresenta boa saúde física e mental, principalmente nos primeiros anos da terceira idade. Segundo Bee (1997) é a partir dos 65 anos que algumas mudanças começam a ser percebida, mas é por volta dos 75 ou 80 anos que se verifica a aceleração do declínio físico e cognitivo.

Dentre as principais características do envelhecimento do corpo humano que podem acarretar em limitações físicas para o indivíduo, Moriguchi e Neto (2003) salientam aquelas evidenciadas através da pele, sistema músculo-esquelético, sistema respiratório, sistema

digestivo, sistema urinário, sistema cardiovascular, sangue, sistema imune, sistema reprodutor, sistema endócrino, sistema nervoso e órgãos dos sentidos.

O conceito de velhice e as vantagens e desvantagens dessa etapa de vida foram verificados em um estudo realizado por Silva (2003), com idosos participantes do Programa Conviver, executado pela Secretaria Municipal de Bem Estar Social da Prefeitura Municipal de Cuiabá/MT. As desvantagens de ser velho apareceram em maior número de depoimentos, havendo uma grande ênfase nos fatores econômicos e de saúde, que implicam em limitações e prejuízos no dia-a-dia.

Como afirma Guimarães et al. (2004), as perdas funcionais, que tornam-se evidentes no processo de envelhecimento, resultam em dificuldades para os idosos realizarem as atividades básicas da vida diária. Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003) definem a incapacidade funcional como a dificuldade no desempenho de certas atividades da vida cotidiana ou a impossibilidade de desempenhá-las. Apesar de comumente associarem-se as dificuldades funcionais com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos, os autores salientam a importância dos fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais nos prejuízos apresentados. Algumas pesquisas encontradas exemplificam a influência destes diferentes fatores.

Como exemplo de estudos envolvendo a relação dos prejuízos funcionais com doenças, Irizarry (1991) avaliou 235 idosos do sexo masculino, encontrando, em ordem de magnitude, problemas do coração, audição, problemas mentais e pressão alta como as principais doenças que prejudicam os idosos na realização de suas tarefas.

Em relação aos fatores demográficos, socioeconômicos e psicossociais, Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003) analisaram dados parciais da “Pesquisa de Avaliação das Necessidades dos Idosos Residentes em Zona Urbana”, desenvolvida pela Organização Pan-americana de Saúde na cidade de São Paulo, em 1989. Com o objetivo de analisar a

capacidade funcional foram avaliados 964 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, em que foram levantadas as informações obtidas nos instrumentos utilizados (AVD – atividades da vida diária, AVDP – atividades básicas para a manutenção corporal ou atividades pessoais e AVDI – atividades básicas para o convívio independente na comunidade ou instrumentais). O estudo mostrou que os idosos com nível mais baixo de escolaridade apresentaram chance cerca de cinco vezes maior de terem dependência moderada ou grave. Evidenciou-se também o dobro de probabilidade de as mulheres necessitarem assistência de outras pessoas. Além disso, foi verificado que aqueles idosos que percebem sua saúde como má ou péssima apresentam nove vezes mais chance de desenvolverem dependência, e aqueles que avaliam sua saúde como pior ou muito pior em relação aos outros, aumenta para onze vezes mais.

Para a avaliação dos fatores culturais foi desenvolvido um estudo por Duarte (2000), com o objetivo de determinar se a cultura a que pertence uma pessoa interfere no sentimento de enfermidade, na percepção de apoio social, no nível de *stress* e no modo como enfrentam as doenças. A amostra, composta por 244 sujeitos maiores de 60 anos, contou com 110 brasileiros e 134 espanhóis. Tendo em vista os aspectos culturais do Brasil e da Espanha, verificou-se diferenças quanto ao modo de enfrentar as doenças. Resultados significativos foram encontrados em relação à busca de companhia e descanso para lidar com as enfermidades, com maior incidência entre os espanhóis, e a conduta supersticiosa, sendo mais usada pelos brasileiros.

Um estudo na cidade de Passo Fundo/RS, desenvolvido por Guedes e Silveira (2004), investigou residentes em instituições asilares. A amostra foi composta por 109 pessoas, de idade entre 50 e 103 anos, sendo 60,55% do sexo feminino e 39,44% do sexo masculino. Aplicou-se a Escala Barthel para a avaliação funcional, em que constatou-se que 59,63% dos asilados mostraram-se independentes, enquanto 40,36% necessitavam de supervisão ou assistência para a maioria das atividades de vida diária. No total foram avaliadas atividades

relacionadas com banho, vestuário, higiene pessoal, evacuação, micção, alimentação, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. Na análise individual de cada atividade, o mais elevado índice de dependência situou-se na atividade de banho, totalizando 67,89%. Também o vestuário, higiene pessoal e micção detêm altos índices de dependência funcional.

Uma pesquisa semelhante foi desenvolvida por Lucena, Guerra, Lucena, Silva e Nascimento (2002) em uma instituição em João Pessoa/PB, em que 39 idosos residentes foram entrevistados. Além de avaliar as atividades de vida diária também foram medidas variáveis como doenças crônicas. Através do Índice de Katz, que avalia atividades como banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se, 51,35% dos idosos foram considerados independentes e 48,65% dependentes ou necessitados de assistência. Em relação às doenças, encontrou-se o declínio mental, os problemas circulatórios e a artrite como as enfermidades crônicas mais frequentes e que podem interferir na capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos.

Para um grupo de terceira idade que participou de uma análise qualitativa na cidade de Viçosa, Minas Gerais, a possibilidade de executar as atividades de vida diária sem necessitar da interferência ou influência de outras pessoas está relacionada com a percepção de qualidade de vida, tendo em vista o sentimento de autonomia e saúde (Ribeiro, Silva, Modena & Fonseca, 2002). Um fator que pode influenciar e alterar a realização de algumas tarefas diárias na vida do idoso é a falta de motivação e os transtornos de humor associados (Reichel, 2001). Em estudo desenvolvido por Patrick, Johnson, Goins e Brown (2004), com uma amostra de 221 idosos residentes em comunidades rurais, verificou-se que os sintomas depressivos influenciam no desempenho das atividades da vida diária (AVD) e das atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

Frente a essas dificuldades funcionais encontradas no cotidiano cabe, a cada indivíduo, a interpretação dos eventos vivenciados. No entanto, as situações estressantes advindas dessas perdas podem levar a crises e problemas psicológicos. Cardoso (2002) enfatiza que “envelhecer é aceitar o inaceitável, isto é, aceitar a perda gradual das funções orgânicas, sociais e psico-emocionais” (p. 79).

Folkman e Moskowitz (2004) reforçam a importância das características individuais para lidar com as situações estressantes. Os pensamentos e comportamentos adotados podem ser um diferencial e influenciar diretamente na qualidade de vida das pessoas.

Hans Selye, em 1936, utilizou o termo *stress* pela primeira vez, o qual conceituou como o “conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação”, podendo desencadear uma visão tanto positiva quanto negativa. Ele pode servir de estímulo para buscarmos conquistas e superações, como pode ser o resultado de um esforço exagerado e nos levar a desenvolver sintomatologias e doenças (Silva, 2005).

O conjunto de reações proposto por Selye pode ser entendido por respostas aos estímulos, na concepção de Lazarus e Folkman (1984). Os autores enfatizam a importância do aparelho cognitivo como mediador da intensidade das respostas aos estímulos. Cada ser humano pensa, sente e age de forma variada diante de um evento estressor, e os diferentes mecanismos e estratégias utilizadas frente a cada situação são denominados *coping*.

Antoniazzi, Dell’aglio e Bandeira (1998) atentam para o fato de alguns autores diferenciarem uma resposta de *stress* de uma resposta de *coping*. A primeira constitui em uma resposta envolvendo uma reação emocional ou comportamental espontânea, enquanto a resposta de *coping* possui intencionalidade e objetivo específico, geralmente relacionado à redução do *stress*.

Para Lazarus e Folkman (1984), *coping* é um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress*. Essas demandas são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais do indivíduo, e através das estratégias de *coping* buscam reduzir, minimizar ou tolerar as situações.

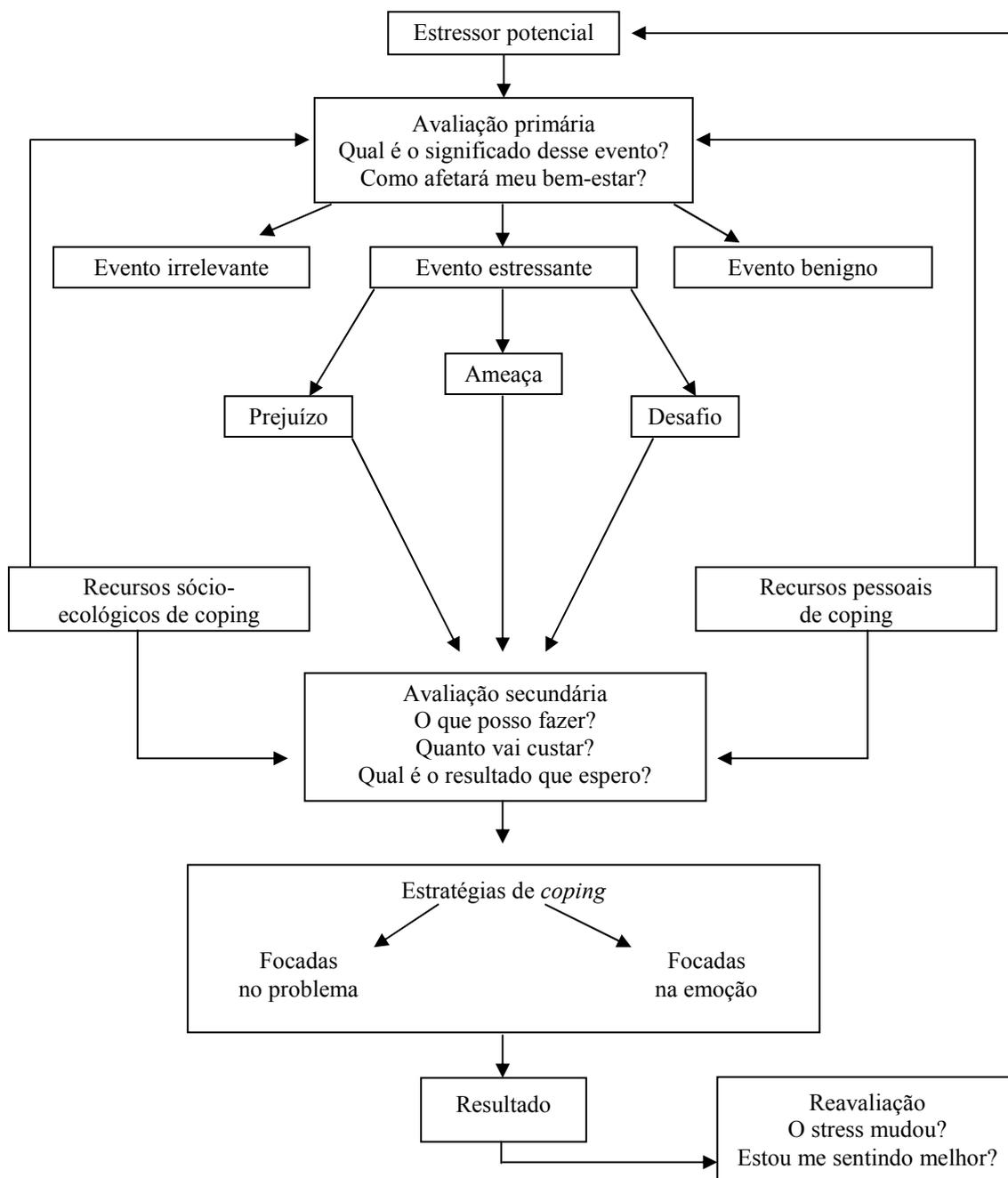
O modelo de processamento de *stress* e *coping* de Lazarus e Folkman (1984) pode ser melhor visualizado na Figura 1.

Avaliando a Figura 1, podemos entender *coping* como um mediador entre um estressor e o resultado advindo desse estressor, em que tanto os recursos sócio-ecológicos quanto os recursos pessoais podem interferir na avaliação do evento e na escolha das diferentes estratégias de *coping* a serem utilizadas.

Segundo Folkman (1984), as estratégias de *coping* podem ser classificadas em dois tipos: focalizada na emoção e focalizada no problema. O primeiro tem como objetivo alterar o estado emocional do indivíduo, buscando reduzir a sensação física desagradável do estado de *stress*. Já o *coping* focalizado no problema procura alterar a dificuldade existente na relação entre as pessoas e o ambiente, podendo direcionar sua ação interna ou externamente.

Uma importante variável no estudo de *coping*, como avaliam Zeidner e Saklofske (1996), é a depressão, tendo em vista que algumas características depressivas afetam a seleção de estratégias de *coping* e a percepção real de sua eficácia.

Figura 1 – Modelo de Processamento de *Stress* e *Coping* (Lazarus e Folkman, 1984)



Para a avaliação dos sintomas depressivos na população idosa, Gazalle, Lima, Tavares e Hallal (2004) desenvolveram uma pesquisa com 583 pessoas com 60 anos ou mais, da cidade de Pelotas/RS, utilizando um questionário com oito perguntas de resposta simples (sim/não), elaborado em dois estudo-piloto. Com um levantamento da média de 3,4 sintomas

depressivos por participante, evidenciou-se maiores médias nos grupos de mulheres, idade elevada, cor branca, sem companheiro atual, menor escolaridade, menor nível social, sem trabalho remunerado, sem participação em atividades comunitárias, com perda por morte de algum familiar ou pessoa importante no último ano e com baixa atividade física. O sintoma depressivo observado com maior frequência foi a ausência de disposição para realizar as atividades habituais na maior parte do tempo no último mês, totalizando 73,9% dos entrevistados.

Envolvendo idosos, *coping* e depressão, foi desenvolvido um estudo longitudinal por Kraaij, Pruyboom e Garnefski (2002). O acompanhamento de 99 pessoas com idade igual ou superior a 67 anos, por um período de 2 anos e meio, aponta as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pela amostra. Os idosos que apresentavam mais sintomas depressivos utilizavam em maior quantidade as estratégias de aceitação, ruminação e catastrofização, enquanto os sujeitos com menos sintomas depressivos manifestaram a reavaliação positiva. Na avaliação longitudinal, na medida em que os sintomas depressivos eram controlados, as estratégias observadas eram as de aceitação e reavaliação positiva.

Considerando a revisão bibliográfica realizada, percebe-se um interesse de pesquisadores em estudar aspectos da velhice relacionados ao corpo e a capacidade funcional, bem como sintomas depressivos nessa faixa etária. No entanto, foram encontradas poucas pesquisas que avaliem as estratégias de enfrentamento utilizadas na velhice.

Dessa forma, levando-se em consideração os prejuízos na qualidade de vida dos idosos que apresentam dificuldades funcionais, o presente estudo tem como objetivo verificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes e se existe associação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as perdas funcionais decorrentes da idade em idosos e sintomas de depressão. Além disso, como objetivo específico, será

verificado se existem diferenças nas estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as perdas funcionais entre os sexos.

II MÉTODO

Delineamento

Será realizado um estudo transversal, utilizando-se a metodologia quantitativa.

Hipóteses

H1.0. Não existe associação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as dificuldades funcionais em idosos e sintomas de depressão.

H1.1. Existe associação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as dificuldades funcionais em idosos e sintomas de depressão.

H2.0. Não existe diferença nas estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as dificuldades funcionais entre os sexos.

H2.1. Existe diferença nas estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as dificuldades funcionais entre os sexos.

Participantes

Será utilizada uma amostra por conveniência com 95% de confiança e 10% de erro máximo, constituída por 96 idosos residentes em instituições asilares de Porto Alegre.

Critérios de Inclusão

A amostra será constituída por idosos do sexo masculino e feminino, de idade igual ou superior a 60 anos, tendo em vista o critério definido para o início da terceira idade pela Organização Mundial da Saúde (1984) para países em desenvolvimento. Além disso, os participantes deverão residir em instituições asilares e apresentar necessidade de assistência em, no mínimo, uma atividade de vida diária.

Critérios de Exclusão

Serão excluídos do estudo idosos com doenças clínicas incapacitantes, demência, presença de transtornos psicóticos e dependência de substâncias psicoativas, excluindo-se nicotina, cafeína e benzodiazepínicos.

Instrumentos

Os instrumentos a serem utilizados no presente estudo serão os abaixo relacionados:

Ficha de Dados Sócio-demográficos

Na Ficha de Dados Sócio-demográficos constarão itens de informação sobre o idoso, incluindo idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, histórico clínico e psiquiátrico, entre outros (Apêndice 1).

Escala de Atividades da Vida Diária (AVD)

Para a verificação do estado funcional, serão avaliadas as atividades da vida diária (AVD) (Anexo A), através do índice de Katz (1983), em que constam tarefas como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, movimentar-se, higiene pessoal e continência.

Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada (MINI)

Consiste em uma breve entrevista estruturada para a triagem dos principais quadros psicopatológicos. Permite a formulação de diagnósticos compatíveis com os critérios do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – APA) e da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – OMS). A atual versão é utilizada em mais de 30 idiomas, sendo validada no Brasil por Amorim (2000).

Mini-Exame do Estado Mental (MMSE)

O Mini-Exame do Estado Mental será utilizado para avaliar as condições intelectuais dos sujeitos e verificar eventuais prejuízos cognitivos. O MMSE, desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975), é composto por questões agrupadas em sete categorias, planejadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 24 (Anexo B).

Inventário de Estratégias de *Coping*

Para avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos para lidar com as limitações físicas decorrentes da idade, será utilizado o Inventário de Estratégias de *Coping*, proposto por Lazarus e Folkman (1984). O Inventário é composto por 66 itens, incluindo pensamentos e ações utilizadas para lidar com demandas internas ou externas de determinado evento estressante. Os autores propõem oito fatores classificatórios, os quais foram reorganizados e mantidos por Savóia, Santana e Mejias (1996) após a verificação da confiabilidade e validade à realidade brasileira. São eles: confronto (itens 07, 17, 28, 34, 40,

47), afastamento (itens 06, 10, 13, 16, 21, 41, 44), autocontrole (itens 14, 15, 35, 43, 54), suporte social (itens 08, 18, 22, 31, 42, 45), aceitação de responsabilidade (itens 09, 25, 29, 48, 51, 52, 62), fuga e esquivia (itens 58, 59), resolução de problemas (itens 01, 26, 46, 49) e reavaliação positiva (itens 20, 23, 30, 36, 38, 39, 56, 60, 63) (Anexo C).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Anexo D), desenvolvida por Yesavage, Brink e Rose (1983) será utilizada para identificar os sintomas depressivos dos idosos. O instrumento consiste em 15 questões, com alternativas de resposta sim e não, em que escores inferiores a 5 são considerados normais, de 5 à 10 indicam depressão leve a moderada e acima de 10 indicam depressão grave.

Procedimentos de Coleta dos Dados

Após o contato com as instituições e devidas autorizações, os idosos receberão esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). A coleta dos dados, para aqueles que aceitarem participar do estudo, será feita na própria instituição, em sala apropriada. Inicialmente será aplicada a Ficha de Dados Sócio-demográficos e a Escala de Atividades da Vida Diária, em que será verificado o critério de inclusão sobre apresentar necessidade de assistência em, no mínimo, uma atividade de vida diária. Aqueles idosos que puderem ser incluídos na pesquisa receberão a aplicação da Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada e do Mini-Exame do Estado Mental, em que serão verificados os critérios de exclusão. Os idosos que preencherem os critérios de inclusão e não apresentarem doenças clínicas incapacitantes, demência, presença de transtornos psicóticos e dependência de substâncias psicoativas,

excluindo-se nicotina e cafeína serão submetidos ao Inventário de Estratégias de *Coping* e a Escala de Depressão Geriátrica.

Procedimentos de Análise dos Dados

Inicialmente será feita uma análise descritiva com o objetivo de traçar o perfil sócio-demográfico e fazer um levantamento das estratégias utilizadas. Isto será feito calculando-se a média, desvio-padrão, frequência e percentual, expressos através de tabelas e gráficos.

Para testar as hipóteses da pesquisa, será utilizada a Análise de Variância (ANOVA) acompanhada de comparações múltiplas, teste Qui-quadrado junto com os resíduos ajustados padronizados, teste T de Student. Caso as suposições para os testes acima não sejam satisfeitas, serão utilizados seus equivalentes não-paramétricos. Os dados serão tabulados a partir do programa SPSS 11.5, com o nível de significância de 5%.

Estudo Piloto

Com o objetivo de alcançar resultados mais confiáveis, um estudo piloto seguindo todos os procedimentos de coleta de dados será realizado com uma amostra de cinco idosos, possibilitando possíveis ajustes que se façam necessários.

III PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos das pesquisas, o presente projeto será encaminhado ao Comitê de Ética da PUCRS. Após a análise e aprovação, será realizada a visita aos locais de coleta de dados, onde os idosos serão informados da proposta do estudo e receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Só serão incluídos na amostra do estudo aqueles que estiverem de acordo com o termo apresentado, assinando-o em duas vias, uma sendo mantida pelo participante e uma entregue à pesquisadora.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido explica que se trata de uma pesquisa relacionada a uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica na PUCRS, que tem como objetivo verificar se existe associação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as perdas funcionais decorrentes da idade em idosos e sintomas de depressão.

V ORÇAMENTO DO PROJETO

Itens a serem financiados		Valor Unitário R\$	Valor Total R\$	Fonte Viabilizadora (Ver ao pé da folha)
Especificações	Quantidade			
Materiais de consumo				
Caneta	6	0,65	3,90	4
Lápis	6	0,10	0,60	4
Apontador	1	0,20	0,20	4
Borracha	6	0,10	0,60	4
Folhas de Ofício (pacote)	2	14,00	28,00	4
Fotocópias	2000	0,12	240,00	4
Cartucho para impressora	3	30,00	90,00	4
Disquete 3½ HD	10	1,00	10,00	4
CD-RW	5	3,00	15,00	4
Material permanente				
Computador Pentium	1			5
Impressora HP 692	1			5
Estabilizador	1			5
Total			388,30	

Pesquisadora
Analise de Souza Vivan
 Matrícula: 05190454-8

- 1- Patrocinador
- 2- Agência de Fomento (Anexar comprovante)
- 3- Serviço
- 4- Pesquisador (Bolsista Capes)
- 5- Outros (Grupo de Pesquisa coordenado pela Profª Drª Irani Argimon, PUCRS)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3, 106-115.

Antoniazzi, A. S., Dell'aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.

Bee, H. (1997). *O Ciclo Vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Busse, E. W., & Blazer, D. (1999). *Psiquiatria Geriátrica*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cardoso, J. R. (2002). Corpo e Envelhecimento. *A Terceira Idade*, 13, 76-85.

Duarte, L. R. S. (2000). *El afrontamiento e la enfermedad em la vejes: Um estudio transcultural*. Tese de doutorado, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Espanha.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping precesses: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Folkman, S., & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.

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. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 365-371.

Guedes, J. M., & Silveira, R. C. (2004). Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo-RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1 (2), 10-21.

Guimarães, L. H., Galdino, D. C., Martins, F. L., Abreu, S. R., Lima, M., & Vitorino, D. F. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, 12 (3).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2004). *Projeção da população do Brasil para o período 1980-2050: Revisão 2004*. Rio de Janeiro: IBGE.

Irizarry, A. (1991). Health conditions for activity limitations among elder Puerto Rican males. *P. R. Health Science*, 10 (2), 89-92.

Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 721-727.

Kraaij, V., Pruyboom, E., & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health*, 6 (3), 275-281.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lucena, N. M. G., Guerra, R. O., Lucena, A. B., Silva, C. F., & Nascimento, R. Q. (2002). Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. *Fisioterapia Brasil*, 3 (3), 164-169.

Moriguchi, Y., & Neto, E. (2003). *Biologia Geriátrica*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

OMS - Organización Mundial de la Salud (1984). *Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos: Informe de un grupo científico de la OMS sobre a epidemiología del envejecimiento*. Genebra: OMS, Série de informes técnicos, 706.

Papalia, D., & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento Humano*. (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Patrick, J. H., Johnson, J. C., Goins, R.T., & Brown, D. K. (2004). The effects of depressed affect on functional disability among rural older adults. *Quality Life Research*, 13 (5), 959-967.

Reichel. (2001). *Assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ribeiro, R., Silva, A., Modena, C., & Fonseca, M. (2002). Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 4, 85-96.

Rosa, T. E. C., Benício, M. H., Latorre, M. R., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1), 40-48.

Savóia, M. G., Santana, P., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Revista de Psicologia USP*, 7, 183-201.

Silva, J. C. (2003). Velhos ou idosos? *A Terceira Idade*, 14, 94-111.

Silva, J. (2005). *Estratégias de Coping, níveis de estresse e qualidade de vida em pacientes portadores de psoríase*. Dissertação de mestrado, PUCRS, Porto Alegre.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, *17*, 37-49.

Zeidner, M., & Saklotske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping* (pp. 505-531). New York: Wiley.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Entrevistador: _____ Protocolo: _____

Data: ____ / ____ / ____ Local: _____

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Sexo: **1** masculino **2** feminino

Estado civil: **1** casado/companheiro **2** solteiro **3** viúvo **4** separado **5** outro _____

Desde quando reside em instituição asilar: _____

Anos de escolaridade: _____

Sabe ler: **1** não **2** sim

Sabe escrever: **1** não **2** sim

Profissão: _____

Sua renda provém de: **1** pensão **2** aposentadoria **3** ajuda de terceiros **4** outro _____

Religião: _____ Praticante: **1** não **2** sim

Como ocupa o tempo ocioso:

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 1 Leitura | 9 Cinema |
| 2 Música | 10 Damas |
| 3 Palavras Cruzadas | 11 Caminhada |
| 4 Bingo | 12 Atividades manuais |
| 5 Televisão | 13 Atividades na igreja |
| 6 Futebol | 14 Bailes |
| 7 Bocha | 15 Outra |
| 8 Cartas | |

Como está a saúde: 1. Boa 2. Regular 3. Má

Faz exames de rotina com seu médico? **1** não **2** sim

Observações:

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo verificar se existe associação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as perdas funcionais decorrentes da idade em idosos e sintomas de depressão. As estratégias de enfrentamento referem-se à forma como as pessoas lidam com situações de *stress*. Tal estudo prevê a participação de idosos com idade acima de 60 anos, do sexo masculino e feminino. Para tanto, é necessário que você responda a uma Ficha de Dados Sócio-demográfico, em que constam algumas questões sobre a sua pessoa. Também gostaríamos que você respondesse a questões de cinco instrumentos para a avaliação de doenças psiquiátricas, orientação, memória, linguagem, atividades do dia-a-dia, sintomas depressivos e a forma como você lida com as dificuldades que enfrenta. Essa atividade levará aproximadamente 60 minutos, sob a coordenação da psicóloga responsável pelo estudo. Os dados obtidos através desses instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição da pesquisadora responsável pelo estudo. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico. É seu direito retirar-se da pesquisa quando quiser, sem que isto implique qualquer prejuízo a sua pessoa. De qualquer forma, apesar das informações acima, caso haja alguma necessidade haverá a possibilidade de um acompanhamento no ambulatório do Instituto de Geriatria do Hospital São Lucas da Pucrs ou no Serviço de Atendimento Psicológico da Faculdade de Psicologia da Pucrs.

Eu, _____ (nome do participante) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido(a), do inconveniente previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) 33314634, da Mestranda Analise de Souza Vivan e (51) 33203633 sub-ramal 221, da Professora Irani de Lima Argimon, orientadora desta pesquisa. O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS é (51) 33203345. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Consinto em participar desta pesquisa e declaro ter recebido cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante

Local e data

Mestranda Analise de Souza Vivan
Matrícula: 05190454-8
CRP 07/11005

Prof. Orientadora Irani de Lima Argimon
Matrícula: 030554
CRP 07/01211

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

ESCALA DE ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

1. Banho

- I. não recebe assistência
- A. assistência para uma parte do corpo
- D. não toma banho sozinho

2. Vestuário

- I. veste-se sem assistência
- A. assistência para amarrar sapatos
- D. assistência para vestir-se

3. Higiene Pessoal

- I. vai ao banheiro sem assistência
- A. recebe assistência para ir ao banheiro
- D. não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas

4. Transferência

- I. deita, levanta e senta sem assistência
- A. deita, levanta e senta com assistência
- D. não levanta da cama

5. Continência

- I. controle esfinteriano completo
- A. acidentes ocasionais
- D. supervisão, uso de cateter ou incontinente

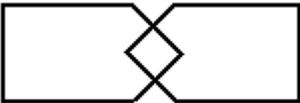
6. Alimentação

- I. sem assistência
- A. assistência para cortar carne/manteiga no pão
- D. com assistência, ou sondas, ou fluidos IV

ANEXO B

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	Pontos
1. Orientação temporal (0-5): ano – estação – mês – dia do mês – dia da semana	
2. Orientação espacial (0-5): local – andar – bairro – cidade – estado	
3. Registro (0-3): nomear: caneca – tapete – tijolo	
4. Cálculo – tirar 7 (0-5): 100 – 93 – 86 – 79 – 72 – 65	
5. Evocação (0-3): três palavras anteriores: caneca – tapete – tijolo	
6. Linguagem 1 (0-2): nomear um relógio e uma caneta	
7. Linguagem 2 (0-1): repetir: nem aqui, nem ali, nem lá	
8. Linguagem 3 (0-3): siga o comando: pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque em cima da mesa.	
9. Linguagem 4 (0-1): ler e obedecer: feche os olhos	
10. Linguagem 5 (0-1): escreva uma frase completa	
11. Copiar o desenho (0-1) 	
Total	

ANEXO C

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez na situação de dificuldade funcional, de acordo com a seguinte classificação:

- 0 não usei esta estratégia
- 1 usei um pouco
- 2 usei bastante
- 3 usei em grande quantidade

1	Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2	Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3	Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4	Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar. O tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5	Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6	Fiz alguma coisa que acreditava não dar resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8	Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9	Critiquei-me, repreendi-me.	0	1	2	3
10	Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11	Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12	Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13	Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14	Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15	Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16	Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17	Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18	Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19	Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem.	0	1	2	3
20	Inspirou-me a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21	Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22	Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23	Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24	Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26	Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27	Tirei o melhor da situação, o que não era esperado.	0	1	2	3
28	De alguma forma extravasei os meus sentimentos.	0	1	2	3
29	Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3

30	Sai da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33	Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35	Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36	Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37	Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38	Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39	Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40	Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41	Não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42	Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44	Mínimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45	Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48	Busquei, nas experiências passadas, uma situação similar.	0	1	2	3
49	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50	Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51	Prometi a mim mesmo(a) que as coisas seriam diferentes da próxima vez.	0	1	2	3
52	Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53	Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54	Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55	Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido, ou como me senti.	0	1	2	3
56	Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma.	0	1	2	3
57	Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59	Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60	Rezei.	0	1	2	3
61	Preparei-me para o pior	0	1	2	3
62	Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63	Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64	Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65	Eu disse a mim mesmo(a) que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66	Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

ANEXO D

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

GDS – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

1. Em geral, você está satisfeito(a) com sua vida?	sim / não
2. Você abandonou várias de suas atividades ou interesses?	sim / não
3. Você sente que sua vida está vazia?	sim / não
4. Você se sente aborrecido(a) com frequência?	sim / não
5. Você está de bom humor durante a maior parte do tempo?	sim / não
6. Você teme que algo de ruim aconteça com você?	sim / não
7. Você se sente feliz durante a maior parte do tempo?	sim / não
8. Você se sente desamparado(a) com frequência?	sim / não
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	sim / não
10. Você acha que apresenta mais problemas de memória do que antes?	sim / não
11. Atualmente, você acha maravilhoso estar vivo(a)?	sim / não
12. Você considera inútil a forma em que se encontra agora?	sim / não
13. Você se sente cheio(a) de energia?	sim / não
14. Você considera sem esperança a situação em que se encontra?	sim / não
15. Você considera que a maioria das pessoas está melhor do que você/	sim / não
Total	

As seguintes respostas valem 1 ponto:

- | | | | | |
|---------|---------|---------|----------|----------|
| (1) não | (4) sim | (7) não | (10) sim | (13) não |
| (2) sim | (5) não | (8) sim | (11) não | (14) sim |
| (3) sim | (6) sim | (9) sim | (12) sim | (15) sim |

2. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 121/06-CEP

Porto Alegre, 23 de janeiro de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa, Registro CEP: 06/02909, intitulado: "Estratégias de coping frente às dificuldades funcionais e sintomas de depressão em idosos institucionalizados".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 23/07/2006.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Caio Coelho Marques
COORDENADOR EM EXERCÍCIO

Ilmo(a) Sr(a)
Mest Analise de Souza Vivan
N/Universidade

3. ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

DIFICULDADE FUNCIONAL E *COPING* EM IDOSOS

DIFICULDADE FUNCIONAL E *COPING* EM IDOSOS

Resumo

A expectativa de vida da população vem aumentando ao longo dos anos, o que torna indispensável o desenvolvimento de estudos relacionados à qualidade destes anos. A presença de prejuízos funcionais durante a velhice pode ser vivenciada como uma situação estressora e representar um risco à qualidade de vida. No entanto, cada ser humano pensa, sente e age de forma variada diante de um evento, e os diferentes mecanismos e estratégias de *coping* utilizadas frente a cada situação podem contribuir para um melhor ajustamento pessoal. Desta forma, o objetivo deste estudo foi verificar as características das publicações indexadas nos últimos cinco anos que abordam os temas *coping*, dificuldade funcional e idosos. Foram cruzadas as palavras chaves nas bases de dados dos sistemas Medline, PsycInfo e LILACS. Os *abstracts* dos artigos foram revisados e classificados a partir de seis dimensões de análise: base de dados, ano de publicação, país de origem, tipo de delineamento, cruzamento de variáveis e resultados e conclusões dos estudos. O tratamento dos dados foi realizado através de análise das frequências percentuais. Os resultados demonstraram estudos envolvendo a situação de dificuldade funcional e métodos de enfrentamento, no entanto, poucos abordaram especificamente as estratégias de *coping*.

Palavras-chave: *Coping*, dificuldade funcional, prejuízo funcional, idoso.

COPING WITH OLD AGE FUNCTIONAL DIFFICULTIES

Abstract

As the life expectancy of the people increases, it becomes indispensable to carry out studies related to the quality of life in those years. The presence of functional damage in old age may be experienced as a stressing situation and it poses a risk for the quality of life. However, every human being feels and reacts in different ways to events, and the different mechanisms and strategies to cope with each situation may contribute to a better adjustment. The object of this study is to identify the characteristics of the publications that were indexed in the last five years on the fields of coping with functional difficulty and elderly people. Key words in Medline, PsycInfo and LILACS databases were cross-referenced. The abstracts of the articles were reviewed and categorized into six analysis dimensions: data base, issue year, country of origin, type of delineation, cross-reference of variables/results, and conclusions of the studies. The data were examined for an assessment of the frequency percentages. The results showed a number of studies involving situations of functional difficulty and methods to face them, however, few specifically dealt with coping strategies.

Key words: coping, functional impaired, functional weakness, elder.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da ciência, a expectativa de vida da população vem aumentando ao longo dos anos. Em relação ao início do século passado, os longevos de hoje vivem cerca de 20 anos mais. Segundo Camarano (2002), a participação dos idosos no total da população nacional duplicou nos últimos 50 anos, passando de 4% em 1940 para 9% no ano de 2000. Projeções indicam que esta faixa etária poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira em 2020. Desta forma, estudos recentes apontam para a importância de questões não apenas relacionadas ao aumento do tempo de vida, mas principalmente à qualidade destes anos.

Muitos autores vêm estudando o envelhecimento e o processo de declínio físico e cognitivo associados a ele. A evolução de doenças crônicas pode acarretar em incapacidades físicas e/ou mentais, causando prejuízo nas atividades de vida diária (Guedes & Silveira, 2004; Guimarães et al., 2004; Ramos, 2003). No entanto, Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003) acrescentam que, apesar de comumente associar-se às dificuldades com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos, a capacidade funcional também pode ser influenciada por fatores demográficos, sócio-econômicos, culturais e psicossociais. Em estudo realizado por Karsch (2003), estima-se que 10% dos idosos brasileiros necessitem de assistência nas atividades de vida diária, e cerca de 40% precisam de ajuda nas atividades instrumentais de vida diária.

Além de um grande desafio para as famílias e a sociedade, os prejuízos funcionais podem representar um risco à qualidade de vida dos idosos. Os déficits no funcionamento físico interferem no desempenho das atividades cotidianas e na avaliação subjetiva que o indivíduo faz de sua vida (Melzer & Parahyba, 2004). As situações podem ser vivenciadas

como eventos estressores, afetando o status psicológico do sujeito e levando a crises e problemas emocionais (Rabelo & Neri, 2005; Cardoso, 2002).

Segundo Baltes (1996), a dependência comportamental traz muito desconforto para os idosos, pois os segrega de grupos etários mais jovens e faz com que sejam percebidos como incompetentes pela sociedade. Diante desta situação, a percepção do indivíduo e a avaliação que ele faz dos eventos são fatores importantes para a adaptação e o enfrentamento das situações (Bandura, 2004).

Os prejuízos funcionais podem ter diferentes representações e implicações na vida das pessoas, de acordo com os recursos psicológicos disponíveis. Características pessoais, como os pensamentos e comportamentos adotados por cada indivíduo frente a determinado estímulo, podem ser importantes diferenciais e influenciar diretamente na qualidade de vida das pessoas (Folkman & Moskowitz, 2004). Cada ser humano pensa, sente e age de forma variada diante de um evento estressor, e os diferentes mecanismos e estratégias utilizadas frente a cada situação são denominados *coping*.

Para Lazarus e Folkman (1984), *coping* é um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress*. Estas demandas são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais do indivíduo e, através das estratégias de *coping* buscam reduzir, minimizar ou tolerar as situações.

Os autores propõem um modelo de processamento de *stress* e *coping* em que *coping* representa um mediador entre um estressor e o resultado advindo deste estressor, e tanto os recursos sócio-ecológicos quanto os recursos pessoais podem interferir na avaliação do evento e na escolha das diferentes estratégias a serem utilizadas. Ainda, por ser considerado um processo dinâmico, permite a avaliação e reavaliação contínua da relação pessoa-ambiente e das estratégias a serem utilizadas no enfrentamento.

Segundo Folkman (1984), as estratégias de *coping* podem ser classificadas em dois tipos: focalizada no problema e focalizada na emoção.

No *coping* centrado no problema, a preocupação maior está na resolução. Para isto, define-se o problema, enumeram-se as alternativas, comparam-se custos e benefícios e escolhe-se uma ação. As estratégias utilizadas, direcionadas interna ou externamente, são voltadas para a realidade, de forma mais adaptativa, buscando-se modificar as pressões ambientais e diminuir ou eliminar a fonte de *stress*.

O *coping* centrado na emoção, por sua vez, tem como objetivo alterar o estado emocional do indivíduo, buscando reduzir a sensação física desagradável relacionada à situação estressante. Para isto, tende-se a utilizar estratégias advindas de processos defensivos, usando manobras cognitivas para uma modificação de significado da situação.

Segundo Savóia, Santana e Mejias (1996), quando a situação vivenciada já é avaliada como irreversível, tende-se a utilizar, de maneira mais intensa, estratégias de *coping* focadas na emoção; enquanto que, em situações que considera-se mais fácil reverter o problema, existe uma maior tendência ao uso de estratégias fixadas no problema.

Lazarus e Folkman (1984) enfatizam que, se a estratégia utilizada for efetiva, o indivíduo obterá a resolução do problema ou a diminuição da emoção negativa, podendo o evento estressor ser superado. No entanto, se as estratégias de *coping* forem ineficazes, será mantida a crise e o processo de *stress*, sendo então necessária a reavaliação.

A percepção subjetiva e a interpretação do sujeito em relação a um evento determinam a qualidade e a intencionalidade de uma reação emocional. Folkman e Moskowitz (2004) complementam afirmando que os pensamentos e comportamentos utilizados para lidar com as situações estressantes podem ser um diferencial e influenciar diretamente na qualidade de vida das pessoas.

Considerando a presença relevante de prejuízos funcionais no processo de envelhecimento e o conceito de *coping* abordado, este estudo tem como objetivo verificar as características das publicações indexadas nos últimos 5 anos, que abordam os temas *coping*, dificuldade funcional e idosos.

MÉTODOS

Através de uma revisão sistemática (Coutinho, 2002), conduziu-se a análise de publicações presentes nas bases de dados dos sistemas Medline, PsycInfo e LILACS. Usando os descritores *coping* ou estratégias de enfrentamento, dificuldade funcional, prejuízo funcional ou incapacidade funcional e idoso ou velhice (*coping, functional impaired or functional incapacity or functional weakness and old people or aged or elder or aging*), fez-se o levantamento dos *abstracts* dos últimos 5 anos.

Foram identificados 37 *abstracts* de artigos através da busca realizada, sendo todos eles de publicações em periódicos. A análise do material ocorreu a partir dos seguintes critérios: base de dados, ano de publicação, país de origem, tipo de delineamento, cruzamento de variáveis e resultados e conclusões do estudo. Os dados foram analisados através de frequências percentuais.

RESULTADOS

A primeira análise envolveu a distribuição dos *abstracts* de acordo com as bases de dados investigadas. O Medline teve a maioria das publicações (35), seguido do PsycInfo e LILACS, com uma publicação cada (Tabela 1).

INSERIR TABELA 1

A partir da investigação dos *abstracts*, foi identificado um artigo que estava registrado tanto no PsycInfo quanto no LILACS. Desta forma, passa-se a se trabalhar com um número total de 36 estudos.

Levando-se em consideração o ano de publicação, conforme pode ser visto na Tabela 2, o ano de 2005 teve maior concentração de estudos, com um total de 15 *abstracts*.

INSERIR TABELA 2

Dos 36 artigos publicados, grande parte tem os Estados Unidos como país de origem (16), seguidos do Canadá (4) e Suécia (3) (Tabela 3).

INSERIR TABELA 3

A quarta dimensão de análise envolve os tipos de delineamentos utilizados. Os estudos transversais apareceram em maior número (25), seguidos dos de coorte (9) (Tabela 4).

INSERIR TABELA 4

No que envolve a análise de cruzamento de variáveis, os estudos apresentaram temas variados. O termo *coping*, usado como descritor objetivando a relação com o conceito de *coping* e as estratégias de enfrentamento, foi encontrado em muitos *abstracts* referindo-se ao verbo enfrentar, em inglês (*to cope*).

Quanto à faixa etária dos participantes, cinco artigos foram descartados nesta fase de análise. Três deles envolviam estudo com crianças, enquanto dois referiam-se a adultos cuidadores de idosos.

A partir da análise dos artigos, foram criadas três categorias: (1) dificuldade funcional e métodos de enfrentamento, (2) prejuízo na qualidade de vida e (3) prejuízo cognitivo.

(1) dificuldades funcionais e métodos de enfrentamento: refere-se aos recursos psicológicos e sociais utilizados pelos indivíduos para lidar com situações estressantes;

(2) prejuízo na qualidade de vida: prejuízos enfrentados pelos idosos na presença de doenças. Foram encontrados artigos sobre esquizofrenia (uso de medicamentos), perda de visão (reabilitação visual, superproteção social), traumatismo craniano, câncer (mama, útero), doenças pulmonares, doenças de coração, esclerose múltipla (prejuízos físicos e psicológicos);

(3) prejuízo cognitivo: memória, atenção e orientação espacial, incluindo estudo sobre a influência de sintomas de ansiedade e depressão.

Apenas a primeira categoria (dificuldades funcionais e métodos de enfrentamento) refere-se ao tema de estudo proposto neste artigo. Desta forma, a sexta dimensão de análise, que se refere a resultados e conclusões, terá como base esta categoria.

Os estudos que se referem à incapacidade funcional e métodos de enfrentamento apontam os prejuízos enfrentados pelos idosos, incluindo dificuldades sociais/interpessoais, ocupacionais e psicológicas.

A ocorrência de eventos negativos, como a incapacidade funcional, pode trazer dificuldades ao ajustamento pessoal, tendo em vista as mudanças que serão necessárias em seu estilo de vida. Desta forma, para uma maior possibilidade de adaptação sem declínio na qualidade de vida, torna-se necessário o desenvolvimento de mecanismos de ajustamento pessoal.

Rabelo e Neri (2005), em uma revisão de literatura, salientam os diferentes recursos psicológicos e sociais que podem ser usados como mecanismos protetores ou mediadores no ajustamento pessoal de idosos com incapacidades, apontando variáveis como: suporte social, crenças e estados emocionais positivos, regulação afetiva, mecanismo de comparação social, senso de auto-eficácia, mecanismos de seleção-otimização-compensação e mecanismo de *coping*.

Segundo o estudo das autoras, o suporte social interfere positivamente no enfrentamento dos prejuízos funcionais, aumentando a auto-estima e o sentimento de influência sobre o ambiente. Idosos com ampla rede social são estimulados quanto ao senso de controle, auto-eficácia e auto-aceitação.

As crenças e estados emocionais positivos também são considerados fatores protetivos da boa qualidade de vida. Além de influenciar o estado emocional do indivíduo, podem causar mudanças fisiológicas e neuroendócrinas e estimular comportamentos saudáveis. A avaliação positiva auxilia o idoso a enfrentar as situações, encontrando significado em relação à experiência vivenciada.

Outra variável apontada no ajustamento a situações de dificuldade funcional é a regulação afetiva. Os idosos tendem à otimização afetiva, procurando maximizar afetos positivos e minimizar os negativos. A complexidade afetiva, desenvolvida ao longo do ciclo vital, os auxilia a regular sentimentos positivos e negativos relacionados às situações.

O mecanismo de comparação social também é encontrado como forma de enfrentar situações negativas. O fato de comparar-se a idosos que classifica como piores pode trazer benefício a si mesmo, percebendo sua situação como mais favorável que a do outro. Além disto, o sentimento de universalidade, ao conviver com grupos em situação similar, tende a diminuir a ansiedade e o sentimento de singularidade.

A auto-eficácia, conceito advindo da teoria social cognitiva, também representa um importante recurso no enfrentamento das situações. A crença do indivíduo em sua própria capacidade pode influenciar sua motivação, persistência, vulnerabilidade ao *stress* e depressão.

Os processos adaptativos de seleção, otimização e compensação também podem estar presentes no ajustamento psicológico dos indivíduos. Através de mecanismo de seleção, o idoso pode evitar, reduzir ou restringir a realização de tarefas que causem desconforto. Assim, através da otimização, busca desenvolver atividades em que mantém um bom nível de funcionamento, compensando a perda através de processos cognitivos e/ou esforços comportamentais.

Como última variável apontada por Rabelo e Neri (2005), estão os mecanismos de *coping*. As autoras descrevem os processos de enfrentamento assimilativo e acomodativo. No primeiro, o idoso procura transformar a situação avaliada negativamente, buscando conformá-la com suas metas pessoais. No modo acomodativo, os sujeitos readaptam seus objetivos de acordo com a situação atual, adotando padrões menos exigentes.

Lanska (2006) complementa que alguns métodos para auxiliar no enfrentamento destas situações, como o desenvolvimento de habilidades sociais, comportamentais e cognitivas, podem ser trabalhados através de processos psicoterapêuticos. Além disso, um fator importante para o enfrentamento das dificuldades é a análise de comorbidades psiquiátricas. Transtornos de ansiedade e de humor associados podem trazer prejuízos na escolha das estratégias para lidar com as situações. O autor enfatiza ainda a importância de se trabalhar o enfrentamento das situações e auxiliar os indivíduos no desenvolvimento de estratégias de *coping* mais apropriadas.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados desta revisão sistemática, é importante ressaltar o reduzido número de pesquisas envolvendo incapacidade funcional e *coping* em idosos. Apesar de um número inicial de 36 *abstracts* encontrados, apenas 2 referiam-se ao tema proposto neste estudo.

Além disso, através da análise realizada, esperava-se encontrar estudos que abordassem as diferentes estratégias de *coping* que poderiam estar relacionadas ao enfrentamento das dificuldades funcionais, tomando-se como base os oito fatores propostos por Lazarus e Folkman (1984): confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva.

No entanto, nenhum dos *abstracts* referiam-se às diferentes estratégias de *coping* utilizadas pelos idosos frente à situação de dificuldade funcional. Os estudos de Rabelo e Neri (2005) e Lanska (2006) abordaram questões relativas aos prejuízos na qualidade de vida dos idosos em situação de prejuízo funcional. Foram analisados os diferentes mecanismos disponíveis para o ajustamento pessoal, bem como o papel do psicoterapeuta num processo terapêutico, enfatizando a importância de uma avaliação e do auxílio ao idoso no desenvolvimento de recursos psicológicos mais adequados para o enfrentamento das situações.

Quanto ao ano de publicação das pesquisas, grande parte foi publicada em 2005. Ainda, os dois estudos que foram incluídos na categoria de dificuldade funcional e métodos de enfrentamento foram publicados em 2005 e 2006. Assim, percebe-se um crescente interesse de estudos envolvendo a terceira idade, bem como relacionados a prejuízos desta etapa. Tendo em vista o aumento da expectativa de vida, torna-se importante o

desenvolvimento de pesquisas que abordem este tema e contribuam para uma melhor qualidade de vida dos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão sistemática realizada teve o foco restrito à presença de dificuldade funcional no idoso e o enfrentamento frente a esta situação. Tendo em vista que o que determina as estratégias de *coping* utilizadas são as situações de *stress* vivenciadas pelo indivíduo, os estudos que avaliam os processos de *coping* podem estar relacionados a diferentes situações vivenciadas ao longo do ciclo vital. A fim de abordar de forma mais abrangente o tema, sugere-se que, para um próximo estudo, sejam avaliadas estratégias de enfrentamento utilizadas frente a problemas de saúde em geral ou outra categoria de evento vital.

Assim como Lanska (2006) enfatiza a importância do trabalho terapêutico no processo de *coping*, as estratégias que o idoso utiliza também podem ser indicativas de seus recursos pessoais, incluindo saúde, crenças, valores, habilidades sociais. Desta forma, estudos de coorte, relacionando intervenções psicoterapêuticas à situação de incapacidade funcional, poderiam trazer novos achados no que se refere à qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. New York: Cambridge University Press.

Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.

Camarano, A. A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In Freitas, E., Py, L., Neri, A. Cançado, F., Gorzoni, M., & Rocha. S. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*.(pp. 58-71). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Cardoso, J. R. (2002). Corpo e envelhecimento. *A Terceira Idade*, 13, 76-85.
- Coutinho, E. S. (2002). Meta-análise. In Medronho, R. A., Carvalho, D. M., Bloch, K. V., Luiz, R. R., Werneck, G. L. *Epidemiologia*. (pp. 447-457). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping precesses: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Guedes, J. M. & Silveira, R. C. (2004). Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo-RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1(2), 10-21.
- Guimarães, L. H., Galdino, D. C., Martins, F. L., Abreu, S. R., Lima, M., & Vitorino, D. F. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, 12 (3). Recuperado em 05 dez. 2006: http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_3/capacid_funcional.htm.
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Lanska, D. J. (2006). Functional weakness and sensory loss. *Semin. Neurol.*, 26(3), 297-309.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Melzer, D. & Parahyba, M. I. (2004). Socio-demographic correlates of mobility disability in older brazilians: results of the first national survey. *Age Ageing*, 33, 253-259.
- Rabelo, D. F. & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 403-412.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 793-798.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H., Latorre, M. R., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1), 40-48.
- Savóia, M. G., Santana, P. & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7, 183-201.

Tabela 1

Distribuição dos Artigos Localizados nas Bases de Dados

Bases de Dados	Artigos	Total (%)
Medline	35	94,6
PsycInfo	1	2,7
LILACS	1	2,7
Total	37	100

Tabela 2

Distribuição dos Artigos Localizados nas Bases de Dados, por Ano de Publicação

Ano de Publicação	Artigos	Total (%)
2002	5	13,9
2003	5	13,9
2004	8	22,2
2005	15	41,7
2006	3	8,3
Total	36	100

Tabela 3

Distribuição dos Artigos Localizados nas Bases de Dados, por País de Origem

País de Origem	Artigos	Total (%)
Estados Unidos	16	44,5
Canadá	4	11,1
Suécia	3	8,3
Alemanha	2	5,5
Holanda	2	5,5
Reino Unido	2	5,5
Austrália	1	2,8
Brasil	1	2,8
Finlândia	1	2,8
França	1	2,8
Itália	1	2,8
Nova Zelândia	1	2,8
Rússia	1	2,8
Total	36	100

Tabela 4

Distribuição dos Artigos Localizados nas Bases de Dados, por Tipo de Delineamento

Tipo de Delineamento	Artigos	Total (%)
Estudo transversal	25	69,4
Estudo de coorte	9	25,0
Ensaio clínico randomizado	1	2,8
Revisão teórica	1	2,8
Total	36	100

4. ARTIGO EMPÍRICO

COPING, DIFICULDADES FUNCIONAIS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS

***COPING*, DIFICULDADES FUNCIONAIS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos idosos frente às dificuldades funcionais, associações com sintomas de depressão e diferenças entre os sexos. Participaram do estudo 103 idosos institucionalizados, que apresentavam necessidade de assistência em no mínimo uma atividade de vida diária (AVD). O delineamento foi de um estudo quantitativo e transversal. Os instrumentos utilizados foram: Ficha de Dados Sócio-demográficos, Escala de Atividades da Vida Diária, Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada, Mini-Exame do Estado Mental, Inventário de Estratégias de *Coping* e Escala de Depressão Geriátrica. As estratégias de *coping* mais utilizadas pela amostra foram a de autocontrole e resolução de problemas. Não foram encontradas associações significativas entre os sexos e a escolha das estratégias de *coping* . Em relação aos sintomas de depressão, níveis mínimos foram associados ao maior uso da estratégia de suporte social.

Palavras-chave: *coping* , enfrentamento, *stress* , dificuldade funcional, depressão, idoso.

COPING WITH FUNCTIONAL DIFFICULTIES AND DEPRESSION SYMPTOMS IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE

Abstract

The aim of this research was to verify the strategies utilized by elderly people to cope with functional difficulties, associations with depression symptoms and differences between the sexes. 103 institutionalized elderly people took part in the study. They were in need of assistance in at least one daily life activity (DLA). The delineation was of a quantitative and transversal study. The following instruments were used: Sociodemographic Data Chart, Daily Life Activity Scale, Brief International Interview of Modified Neuropsychiatry, Mini-exam of the Mental State, Inventory of Coping Strategies and Scale of Geriatric Depression. The coping strategies most used by the sample were self-control and problem resolution. No significant associations were found between the sexes and the choice of coping strategies. With regard to the depression symptoms, minimal levels were associated to the greater use of the social support strategy.

Keywords: coping, stress, functional impaired, functional weakness, depression, elder.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados do IBGE (2004), a população de idosos vem aumentando nos últimos anos. Estudos apontam uma queda da natalidade e um número crescente de idosos. No ano de 2000, 30% da população estava situada na faixa etária de zero a 14 anos, enquanto os maiores de 65 anos representavam 5% dos brasileiros. A estimativa é de que, em 2050, estes dois grupos se igualem, representando, cada um, 18% da população (Melo & Brito, 2004). Frente a isto, muitos pesquisadores têm se interessado pelo envelhecimento humano, estimulando uma multiplicidade de estudos e avaliações sobre a velhice.

Busse e Blazer (1999) conceitualizam o termo envelhecer como as alterações físicas que se desenvolvem na idade adulta, resultando em um declínio na eficiência do funcionamento. Ramos, Rosa, Oliveira, Medina e Santos (1993) enfatizam que a grande maioria dos idosos é portadora de pelo menos uma doença crônica, sendo que, no entanto, muitos conseguem manter uma vida normal. Para o autor, o sentimento de controle e a ausência de seqüelas ou incapacidades associadas pode ser o que contribui para os idosos expressarem satisfação em relação à vida. Porém, quando o idoso se depara com a falta de autonomia e a necessidade de assistência ou dependência nas atividades da vida diária é que a qualidade de vida parece estar em risco.

Segundo Ramos (2003), capacidade funcional é vista como um novo paradigma de saúde para o idoso. A presença de uma doença pode comprometer a capacidade funcional de um indivíduo, afetando o bem-estar e o processo de envelhecimento saudável. Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy e Moriguchi (2003) desenvolveram um estudo com octagenários da cidade de Veranópolis/RS, em que 18% apresentaram uma avaliação negativa de sua vida atual. Quanto aos aspectos determinantes desta percepção, o principal motivo estava relacionado a problemas de saúde, sendo citado por 96% dos idosos nesta situação.

Em pesquisa desenvolvida por Silva (2003) em que se verificou as vantagens e desvantagens da velhice, houve uma grande ênfase nos fatores de saúde, principalmente no que implica em limitações e prejuízos no dia-a-dia. Ribeiro, Silva, Modena e Fonseca (2002) acrescentam que a possibilidade de executar as atividades cotidianas sem necessitar de interferência ou influência de outras pessoas está relacionada com a percepção de qualidade de vida.

No Brasil, segundo estudo desenvolvido por Karsch (2003), foi estimado que 10% dos idosos necessitam de assistência nas atividades de vida diária (AVD), enquanto 40% precisam de ajuda nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD). No entanto, estes números tendem a apresentar significativa elevação em estudos desenvolvidos com idosos residentes em instituições asilares. Guedes e Silveira (2004) investigaram 109 idosos residentes e constataram que 40,36% dos idosos necessitavam de assistência ou dependência nas AVDs. Na análise individual de cada atividade, o mais elevado índice de idosos dependentes situou-se na atividade de banho, totalizando 67,89%. Pesquisa similar, com amostra também asilar, foi desenvolvida por Lucena, Guerra, Lucena, Silva e Nascimento (2002), em que 39 idosos residentes foram entrevistados. Além de avaliar as atividades de vida diária, também foram medidas variáveis como doenças crônicas. Através do Índice de Katz, 51,35% dos idosos foram considerados independentes e 48,65% dependentes ou necessitados de assistência nas AVDs. Em relação às doenças, encontrou-se o declínio mental, os problemas circulatórios e a artrite como as enfermidades crônicas mais frequentes e que podem interferir na capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos.

A situação de dificuldade funcional e a necessidade de assistência nas AVDs e nas AIVDs podem representar um fator estressante no processo de envelhecimento. De acordo com Pereira et al. (2004), o aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais, com o avançar da idade, são fatores determinantes da incidência do *stress* na terceira idade.

Morillo (2000) complementa que os maiores níveis de *stress* em idosos estão associados ao número de doenças e ao impacto negativo destas em suas vidas.

Conforme Selye (1956), o termo estresse é o conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação. Os eventos de vida estressantes são definidos como causadores de *stress* em virtude de provocarem mudanças no meio ambiente (Lopes & Faerstein, 2001).

O *stress* pode desencadear uma visão tanto positiva quanto negativa. Ele pode servir de estímulo para a busca de conquistas e superações, como pode ser o resultado de um esforço exagerado e levar ao desenvolvimento de sintomatologias e doenças. O desequilíbrio ocorre quando a pessoa necessita responder a alguma demanda que ultrapassa sua capacidade adaptativa (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Silva, 2005).

Segundo Margis et al. (2003), a resposta ao evento estressor, além de aspectos comportamentais e fisiológicos, compreende aspectos cognitivos no que se refere à forma como o sujeito interpreta as situações ou estímulos e como filtra e processa a informação. Assim, a avaliação negativa de um estressor pode não estar ligada ao evento estressor propriamente dito, mas a uma vulnerabilidade individual que influencia a forma de avaliar e enfrentar o estressor.

Na concepção de Lazarus e Folkman (1984), o *stress* é resultado da relação entre a pessoa e o ambiente. Os autores introduzem o termo *coping* referindo-se ao conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas. Estas demandas são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais e ameaçando seu bem-estar. Miller (1992) acrescenta que *coping* corresponde a um mecanismo mental que protege o indivíduo de aspectos ambientais ou cognitivos considerados ameaçadores. Segundo Lazarus e Folkman (1984), *coping* é um processo dinâmico que pode estar em constante mudança, de acordo com as reavaliações

feitas sobre o evento, e pode ter como consequência resultados melhores ou piores do que a situação inicial.

Folkman (1984) classifica as estratégias de *coping* em dois tipos: focalizada na emoção e focalizada no problema. O primeiro tem como objetivo alterar o estado emocional do indivíduo, buscando reduzir a sensação física desagradável do estado de *stress*. Já o *coping* focalizado no problema procura alterar a dificuldade existente na relação entre as pessoas e o ambiente, podendo direcionar sua ação interna ou externamente.

Lazarus e Folkman (1984) propõem oito fatores para o estudo de *coping*, conforme segue:

- (1) Confronto: esforços agressivos de alteração da situação. Pode apresentar grau de hostilidade e risco envolvido;
- (2) Afastamento: esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação;
- (3) Autocontrole: esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações;
- (4) Suporte social: esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional;
- (5) Aceitação de responsabilidade: reconhecimento do próprio papel na situação e tentativa de recompor o problema;
- (6) Fuga e esquiva: esforços cognitivos e comportamentais para escapar ou evitar o problema;
- (7) Resolução de problemas: esforços focados sobre o problema buscando alterar a situação;
- (8) Reavaliação positiva: esforços de criação de significados positivos. Também pode apresentar dimensão religiosa.

Uma importante variável no estudo de *coping*, segundo Zeidner e Saklofske (1996), é a depressão, pois além de interferir na interpretação de uma situação, algumas características depressivas afetam a seleção de estratégias de *coping* e a percepção real de sua eficácia.

Um estudo longitudinal desenvolvido por Kraaij, Pruyboom e Garnefski (2002), envolvendo *coping* e depressão, acompanhou 99 idosos por um período de dois anos e meio. Os resultados apontam as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pela amostra. Os idosos que apresentaram mais sintomas depressivos utilizaram em maior quantidade as estratégias de aceitação, ruminação e catastrofização, enquanto os sujeitos com menos sintomas depressivos manifestaram mais a reavaliação positiva. Na avaliação longitudinal, na medida em que os sintomas depressivos eram controlados, as estratégias observadas eram as de aceitação e reavaliação positiva.

Desta forma, levando-se em consideração os prejuízos na qualidade de vida dos idosos que apresentam dificuldades funcionais, o presente estudo teve como objetivo verificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes e se existe associação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as perdas funcionais decorrentes da idade em idosos e sintomas de depressão. Além disto, como objetivo específico, foi verificado se existem diferenças nas estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as perdas funcionais entre os sexos.

MÉTODOS

a) Delineamento

Foi realizado um estudo transversal, utilizando-se a metodologia quantitativa.

b) Participantes

Participaram do estudo 103 idosos institucionalizados, com idade acima de 60 anos,

de escolaridade e níveis sócio-econômicos diversos, residentes na cidade de Porto Alegre. Como critérios de inclusão, os participantes deveriam apresentar necessidade de assistência em, no mínimo, uma atividade de vida diária. Foram excluídos do estudo idosos com doenças clínicas incapacitantes, demência, presença de transtornos psicóticos e dependência de substâncias psicoativas, excluindo-se nicotina e cafeína.

c) Instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de Dados Sócio-demográficos, Escala de Atividades da Vida Diária (AVD), Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada (MINI), Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), Inventário de Estratégias de *Coping* e Escala de Depressão Geriátrica (GDS), que serão descritos a seguir.

A Ficha de Dados Sócio-demográficos continha itens referentes ao idoso, incluindo idade, sexo, estado civil, tempo de residência em instituição asilar, anos de escolaridade, profissão, proveniência da renda, religião, atividades de lazer e informações sobre saúde.

A AVD, proposta por Katz (1983), foi utilizada para a verificação do estado funcional. Na escala, constam as tarefas de banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação, em que o participante informa se é independente, se necessita de assistência ou se é dependente para a realização da tarefa.

A MINI, utilizada para verificar os critérios de exclusão, consiste em uma breve entrevista estruturada para a triagem dos principais quadros psicopatológicos. Permite a formulação de diagnósticos compatíveis com os critérios do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – APA) e da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – OMS). A atual versão é utilizada em mais de 30 idiomas, sendo validada no Brasil por Amorim (2000).

O MMSE foi utilizado para avaliar as condições intelectuais dos sujeitos e verificar eventuais prejuízos cognitivos. O MMSE, desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975), é composto por questões agrupadas em sete categorias, planejadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 24.

O Inventário de Estratégias de *Coping*, proposto por Lazarus e Folkman (1984), é composto por 66 itens, incluindo pensamentos e ações utilizadas para lidar com demandas internas ou externas de determinado evento estressante. Os autores propõem oito fatores classificatórios, os quais foram reorganizados e mantidos por Savóia, Santana e Mejias (1996) após a verificação da confiabilidade e validade à realidade brasileira. São eles: confronto (itens 07, 17, 28, 34, 40, 47), afastamento (itens 06, 10, 13, 16, 21, 41, 44), autocontrole (itens 14, 15, 35, 43, 54), suporte social (itens 08, 18, 22, 31, 42, 45), aceitação de responsabilidade (itens 09, 25, 29, 48, 51, 52, 62), fuga e esquiva (itens 58, 59), resolução de problemas (itens 01, 26, 46, 49) e reavaliação positiva (itens 20, 23, 30, 36, 38, 39, 56, 60, 63).

A GDS, desenvolvida por Yesavage et al. (1983), foi utilizada para identificar os sintomas depressivos dos idosos. O instrumento consiste em 15 questões, com alternativas de resposta sim e não, em que escores inferiores a 5 são considerados normais, de 5 a 10 indicam depressão leve a moderada e, acima de 10, indicam depressão grave.

d) Procedimentos

Foi realizado o contato com algumas instituições asilares de Porto Alegre, para

explicar os objetivos da pesquisa e obter as autorizações necessárias.

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da PUCRS, foi realizada a visita às instituições asilares. Alguns locais dispunham de atividades em grupo semanais, em que foram feitos os primeiros contatos. Em outros, os idosos receberam as informações individualmente. A partir de então, aqueles que concordaram em participar do estudo assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os instrumentos foram aplicados individualmente, em salas ou outro local reservado na própria instituição. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e quatro alunos de graduação, previamente treinados.

A análise quantitativa foi efetivada através de estatísticas descritivas, com o objetivo de traçar o perfil sócio-demográfico e fazer o levantamento das estratégias utilizadas. Foram calculadas as médias, desvio padrão, frequências e percentuais.

Para testar as hipóteses da pesquisa, foi utilizado o teste Exato de Fisher junto com os resíduos ajustados padronizados. Os dados foram tabulados a partir do programa SPSS 11.5 com o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

a) Quanto às características sócio-demográficas

Dos 103 idosos que constituíram a amostra, a idade variou entre 60 e 95 anos, tendo como média 79,66 anos (DP= 9,71).

O tempo de residência mínimo em asilo foi de até 1 ano e o máximo de 26 anos, tendo 4,34 anos como média (DP=4,84). A média de escolaridade manteve-se em 6,53 anos (DP=4,34), variando de nenhum ano de escolaridade até o máximo de 15 anos.

Na Tabela 1, encontram-se as frequências relacionadas à amostra. A maioria dos

idosos é do sexo feminino (88,3%) e viúvos (56,9%). Em relação à proveniência da renda, 53,4% são aposentados. Quanto à percepção da própria saúde, 11,7% classificaram-na como má. A maioria da amostra (83,5%) realiza exames de rotina periodicamente. A religião foi variada, com a maioria católica (60,2%) e praticante (81,6%).

INSERIR TABELA 1

A principal atividade de lazer foi a de assistir televisão (70,9%), seguida de música (61,8%) e atividades manuais (50,5%) (Figura 1).

INSERIR FIGURA 1

b) Quanto às atividades da vida diária

A AVD que mais obteve dependência por parte dos sujeitos foi a atividade de vestuário (24,3%). No entanto, quando analisada a necessidade de assistência juntamente com a dependência, temos a atividade de continência com maior percentual (49,5%), seguida de vestuário (47,6%) e banho (43,7%). A única atividade que não manifestou dependência de nenhum sujeito foi a alimentação (Tabela 2).

INSERIR FIGURA 2

c) Quanto às estratégias de *coping*

Para a análise das estratégias de *coping* mais utilizadas pelos participantes, foi adotado o critério de avaliação que determina a utilização da estratégia em seus pontos altos (utiliza grande parte das vezes e utiliza quase sempre), em que, na tabela 3, foi considerado

como “utiliza”. Para os pontos mais baixos (não utiliza ou utiliza pouco e utiliza algumas vezes) adotou-se a indicação “não utiliza”.

Desta forma, as estratégias mais utilizadas frente a situações de dificuldade funcional, com 44,7% cada, foram a de autocontrole e a resolução de problemas, seguida pela de suporte social, com 39,8%.

INSERIR FIGURA 3

d) Quanto à relação entre as estratégias de *coping*, sintomas de depressão, sexo e variáveis sócio-demográficas

Os resultados obtidos mediante o teste exato de Fisher mostraram que houve associação significativa entre a estratégia de suporte social e os sintomas depressivos ($p=0,027$), indicando que, quanto menos sintomas depressivos apresentados, mais os idosos utilizam a estratégia de suporte social.

Para os idosos que apresentaram sintomas depressivos em nível grave, a estratégia de fuga e esquiva aparece como a mais utilizada (45,5%), no entanto, não apresentou associação significativa ($p=0,801$).

Em relação ao sexo, os homens apresentaram maior uso da estratégia de resolução de problemas (66,7%), seguida de fuga e esquiva (50%), enquanto que as mulheres demonstraram a tendência à utilização da estratégia de autocontrole (45,1%), seguida de resolução de problemas e suporte social (41,8%). No entanto, não foi evidenciada associação significativa entre os sexos e as diferentes estratégias de enfrentamento. Além disto, também não se verificou associação entre as estratégias e o estado civil, nem na relação com a percepção dos idosos sobre sua saúde.

DISCUSSÃO

Em relação à amostra de idosos institucionalizados, os resultados desta pesquisa comprovam a tendência de estudos nesta área, em que a participação masculina raramente ultrapassa os 20% (Davim, Torres, Dantas & Lima, 2004). Além do número de mulheres idosas, no Brasil, ser superior ao de homens, tendo em vista a mortalidade diferencial de sexo, o grupo de asilados do sexo feminino também mostra-se superior. Alguns estudos explicam esta tendência levando em consideração o fato de as mulheres ficarem viúvas mais cedo ou estarem solteiras, apresentarem menor nível de escolaridade, renda e baixa ocupação profissional (Berquó, 1996; Chaimowicz, 1997). Além disto, constata-se a aceitação apenas de mulheres em muitos asilos, restringindo o número de instituições que admitem residentes do sexo masculino.

Quanto à percepção da própria saúde, o resultado evidenciado no presente estudo pela população de residentes em asilos demonstrou índice levemente superior em relação à população idosa geral brasileira. Em estudo desenvolvido por Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), 10,5% dos idosos participantes da pesquisa percebiam sua saúde como ruim.

Em relação as AVDs, estudo desenvolvido por Lucena et al. (2002) demonstra, através do índice de Katz, as tarefas de banho e vestuário como as que mais exigem assistência ou dependência por parte dos idosos institucionalizados, com 48,6% e 35,9%, respectivamente. Guedes e Silveira (2004), utilizando a escala de Barthel, encontraram, na atividade de banho, o mais elevado número de dependência. Outros altos índices de dependência, parcial ou total, apresentados pela pesquisa, referem-se a atividades de vestuário, higiene pessoal e micção. O presente estudo mostrou resultados similares ao evidenciar elevado nível de dependência ou assistência nas atividades de vestuário e banho. No entanto, a amostra estudada apresentou a tarefa de continência como a de maior

necessidade de auxílio.

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas pela amostra deste estudo foram a de autocontrole e resolução de problemas. Tendo em vista a situação de dificuldade funcional avaliada, é importante analisar o tipo de estratégia escolhida para lidar com o evento estressor. A estratégia de autocontrole refere-se à tentativa de regulação de sentimentos e ações, enquanto que a estratégia de resolução de problemas indica o esforço para a administração ou solução do problema (Folkman & Lazarus, 1988).

Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003) enfatizam que, apesar de as pesquisas na área de *coping* terem crescido na última década, questões conceituais e metodológicas sobre o constructo ainda permanecem sob discussão. Um fator que ainda apresenta divergências em diferentes estudos é quanto às categorias de estratégias de *coping*. Algumas estratégias podem ser consideradas efetivas em determinado ambiente e não se mostrarem adequadas em outra situação.

Segundo Ryan-Werger (1996), alguns autores sustentam que as estratégias de *coping* centradas no problema são mais adaptativas do que as centradas na emoção, tendo em vista que permitiriam a mudança da situação. No entanto, o autor defende que as estratégias são inerentemente neutras, só podendo ser avaliadas como positivas ou negativas em função da situação e dos resultados obtidos. Assim, levando-se em consideração a importância da dimensão situacional no processo de *coping*, instrumentos de medidas desenvolvidos para situações específicas poderiam ser mais efetivos na avaliação das estratégias de enfrentamento (Parkes, 1990; Clark et al., 1995).

O estudo das estratégias de *coping* tem mostrado relações significativas com algumas variáveis sócio-demográficas como gênero (Parkes, 1990). Em estudo desenvolvido por Folkman e Lazarus (1980), que investigou as estratégias de *coping* frente a eventos ocupacionais, os homens utilizaram mais estratégias focadas no problema do que as

mulheres. Em pesquisa desenvolvida com adolescentes, esta tendência também foi evidenciada, com jovens do sexo feminino utilizando mais intensamente as estratégias de *coping* focadas na emoção (Li, 2000). No entanto, no presente estudo, apesar dos homens terem utilizado em maior grau a estratégia de resolução de problemas e as mulheres a estratégia de autocontrole, não foi evidenciada associação significativa.

Endler e Parker (1990) sugerem que as estratégias de *coping* também podem ser influenciadas pela depressão. Em pesquisa desenvolvida por Galdino (2000), os idosos com sintomas depressivos apresentaram maior tendência a utilizar estratégias de *coping* focadas na emoção frente a situações de *stress*.

Os resultados deste estudo demonstraram associação entre nível mínimo de sintomas depressivos e uso da estratégia de suporte social. No entanto, a estratégia de suporte social pode apresentar-se tanto como uma estratégia focada no problema, na busca por suporte informativo, quanto como uma estratégia focada na emoção, em caso de suporte emocional. Para poder categorizar a estratégia de suporte emocional entre os dois subtipos, seria necessário avaliar o intuito do uso da estratégia. Para Sharrer e Ryan-Wenger (1995), a categorização em estratégias focadas no problema e focadas na emoção implica em um conhecimento prévio da intenção ou motivação no uso da estratégia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacidade funcional vem sendo vista como um novo paradigma de saúde para o idoso, e a presença de prejuízos nesta área pode interferir no processo de envelhecimento e qualidade de vida. O presente estudo buscou investigar a forma como os idosos lidam com esta dificuldade.

As estratégias de *coping* mais utilizadas foram a de autocontrole e resolução de

problemas. Não foram encontradas associações significativas entre os sexos e a escolha das estratégias de *coping*, no entanto, o grupo de idosos do sexo masculino representou apenas 11,7% da amostra. Em relação aos sintomas de depressão, níveis mínimos foram associados ao maior uso da estratégia de suporte social.

A verificação das estratégias de *coping* utilizadas sem conhecimento prévio da intenção ou motivação para o uso dificulta a avaliação da adequação da estratégia escolhida. Da mesma forma, algumas estratégias podem ser efetivas em uma determinada situação e não em outras, o que enfatiza a necessidade de instrumentos de medidas para situações específicas.

O uso do Inventário de Estratégias de *Coping* pode trazer benefícios num contexto clínico, tanto para os idosos institucionalizados, quanto para a população geral. Investigar as estratégias utilizadas frente a determinado evento de vida vital pode auxiliar na análise da situação e na adequação das estratégias escolhidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3, 106-115.

Berquó, E. (1996). Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil (pp. 16-34). In *Anais. I Seminário Internacional "Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século"*, 1996, Brasília. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social.

Busse, E. W., & Blazer, D. (1999). *Psiquiatria Geriátrica*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, 31, 184-200.

Clark, K., Bormann, C., Cropanzano, R., & James, K. (1995). Validation evidence for three coping measures. *Journal of Personality Assessment*, 65, 434-455.

Davim, R., Torres, G., Dantas, S., & Lima, V. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(3), 518-524.

Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping precesses: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 229-244.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire* (research edition). California: Consulting Psychologists Press.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.

Galdino, J. (2000). Ansiedade, depressão e coping em idosos. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo

Guedes, J. M., & Silveira, R. C. (2004). Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo-RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1 (2), 10-21.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2004). *Projeção da população do Brasil para o período 1980-2050: Revisão 2004*. Rio de Janeiro: IBGE.

Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 861-866.

Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 721-727.

Kraaij, V., Pruyboom, E., & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health*, 6 (3), 275-281.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Li, C. (2000). The roles of sex, gender and coping in adolescent depression. Dissertação de Mestrado, St. John's University, New York.

Lima-Costa, M., Barreto, S., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, 19 (3), 735-743.

Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (3), 126-33.

Lucena, N. M. G., Guerra, R. O., Lucena, A. B., Silva, C. F., & Nascimento, R. Q. (2002). Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. *Fisioterapia Brasil*, 3 (3), 164-169.

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria*, 25 (1), 65-74.

Melo, I., & Brito, M. (2004, 31 ago). 181.586.030 Brasileiros. *Zero Hora*, 4-5.

Miller, J.F. (1992). *Coping with chronic illness*. (2a ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Morillo, L. S. (2000). Fatores moduladores do estresse em idosos. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Parkes, K. (1990). Coping, negative affectivity and the work environment: additive and interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology*, 75 (4), 399-409.

Pereira, A., Freitas, C., Mendonça, C., Marçal, F., Souza, J., Noronha, J. P. et al. (2004). Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. *Ciências & Cognição*, 1, 34-53.

Pinheiro, F., Tróccoli, B., & Tamayo, M. (2003). Mensuração de Coping no Ambiente Ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (2), 153-158.

Ramos, L., Rosa, T., Oliveira, Z., Medina, M. & Santos, F. (1993). Profile of the elderly residents in Sao Paulo, Brazil: results from a household survey. *Revista de Saúde Pública*, 27, 87-94.

Ramos, L. R. (2003, jun.). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 19 (3).

Ribeiro, R., Silva, A., Modena, C., & Fonseca, M. (2002). Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 4, 85-96.

Ryan-Werger, N. (1996). Childrem, coping and the stress of illness: a synthesis of the research. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 1 (3), 126-139.

Savóia, M. G., Santana, P. & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Revista de Psicologia USP*, 7, 183-201.

Selye, H. (1956). *Stress: A tensão da vida*. (2ª ed.) (F. Branco, Trad). São Paulo: IBRASA.

Sharrer, V., & Ryan-Wenger, N. (1995). A longitudinal estudy of age and gender differences of stressors and coping: strategies in school aged childrem. *Journal of Pediatric Health Care*, 9, 123-130.

Silva, J. C. (2003). Velhos ou idosos? *A Terceira Idade*, 14, 94-111.

Silva, J. (2005). *Estratégias de Coping, níveis de estresse e qualidade de vida em pacientes portadores de psoríase*. Dissertação de mestrado, PUCRS, Porto Alegre.

Xavier, F. M., Ferraz, M. P., Marc, N., Escosteguy, N. U., & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr.*, 25 (1), 31-39.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17, 37-49.

Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In Zeidner, M., & Endler, N. S. (Eds.), *Handbook of Coping* (pp. 505-531). New York: Wiley.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos dos Idosos

Variáveis		N (T=103)	%
Sexo	Masculino	12	11,7
	Feminino	91	88,3
Estado Civil	Casado/com companheiro	11	10,8
	Solteiro	23	22,5
	Viúvo	58	56,9
	Separado	6	5,9
	Outro	4	3,9
Renda provém de	Pensão	23	22,3
	Aposentadoria	55	53,4
	Ajuda de terceiros	3	2,9
	Outra	4	3,9
	Mais de uma categoria	18	17,5
Como está a saúde	Boa	48	46,6
	Regular	43	41,7
	Má	12	11,7
Faz exames de rotina	Não	17	16,5
	Sim	86	83,5

Figura 1

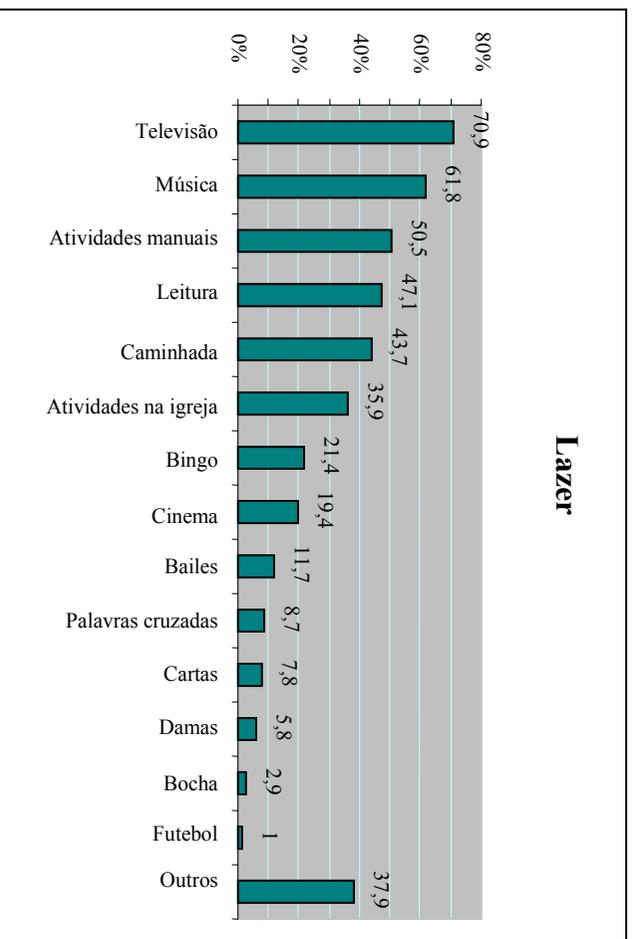
Atividades de lazer dos Idosos

Figura 2

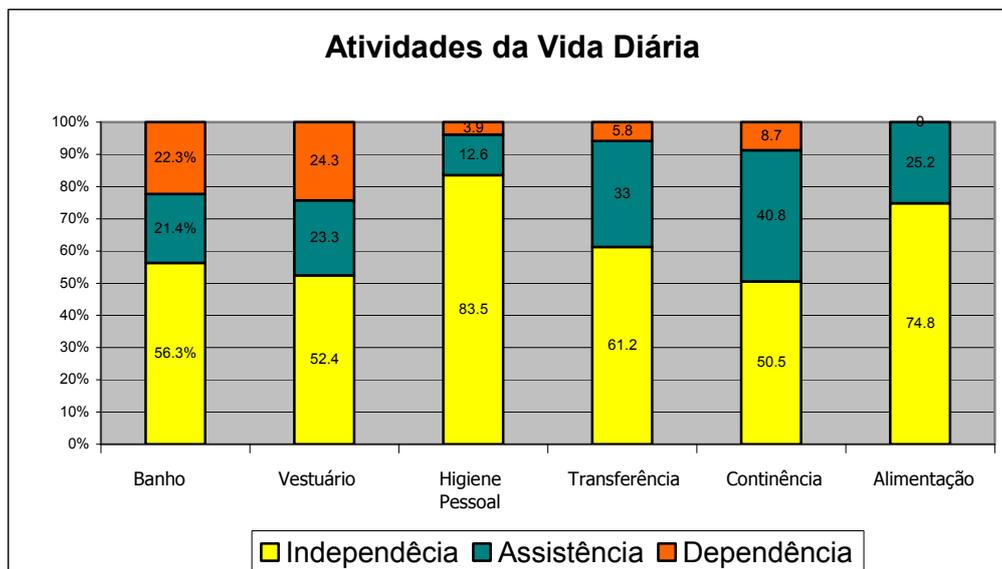
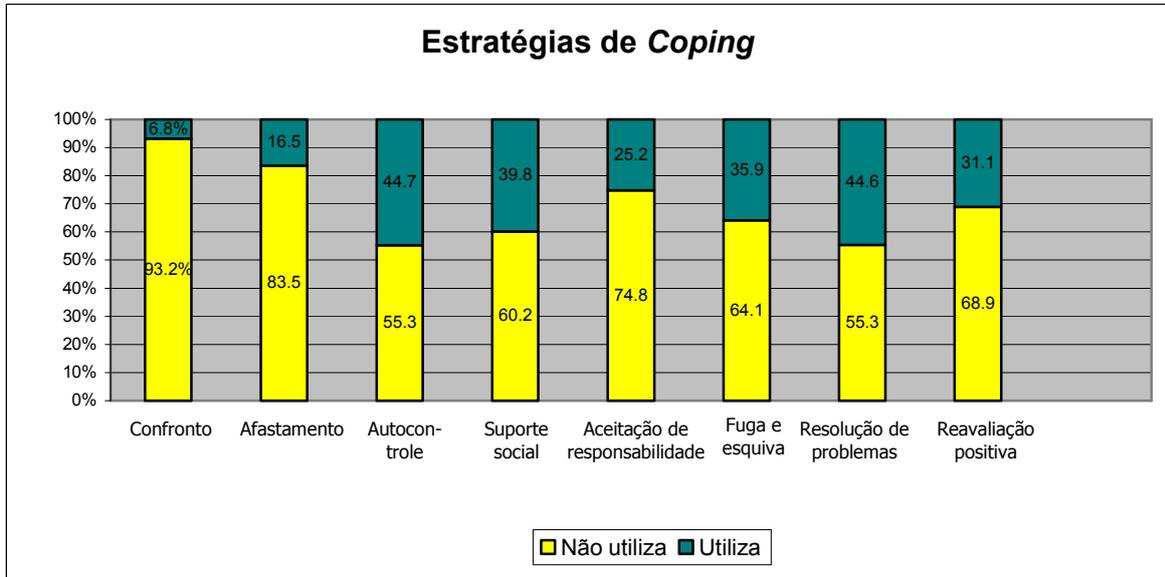
Atividades da Vida Diária e Necessidades dos Idosos

Figura 3

Estratégias de Coping Utilizadas pelos Idosos Frente às Dificuldades Funcionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo das ciências vem apresentando um grande interesse pelos aspectos relacionados ao envelhecimento, tendo em vista o aumento da expectativa de vida da população. Considerando a presença de declínio da capacidade funcional nesta etapa do desenvolvimento, a forma como os indivíduos enfrentam esta dificuldade pode representar um diferencial na qualidade de vida.

No entanto, apesar de as pesquisas na área de *coping* terem crescido nos últimos anos, questões conceituais e metodológicas ainda são discutidas. O fato de o Inventário de Estratégias de *Coping* poder ser utilizado na avaliação de estratégias frente a diferentes eventos estressantes torna o instrumento abrangente, demonstrando na amostra pesquisada certa dificuldade na compreensão e adaptação à situação de dificuldade funcional.

Além de verificar as estratégias utilizadas frente a diferentes situações, torna-se importante analisar o intuito ou motivação para o uso, bem como avaliar a percepção do idoso acerca da eficácia da estratégia.

Pesquisas similares envolvendo maior número de idosos do sexo masculino e participantes com sintomas depressivos em nível grave podem contribuir para um avanço dos resultados obtidos neste estudo. Além disto, a análise das estratégias de *coping* podem representar uma grande contribuição para a área da psicologia clínica, sugerindo-se pesquisas com diferentes populações e eventos de vida estressores.

REFERÊNCIAS

Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública 31 (2), 184-200.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company.

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Revista de Psiquiatria, 25 (1), 65-74.

Pereira, A., Freitas, C., Mendonça, C., Marçal, F., Souza, J., Noronha, J. et al. (2004). Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. Ciências & Cognição 1, 34-53.

Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso. Cadernos de Saúde Pública 19 (3), 793-798.