

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

PATRÍCIA VIANA DA ROSA

**ESTUDO SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM  
IDOSOS DA COMUNIDADE DE BARRA FUNDA – RS, BRASIL**

Porto Alegre (RS)

2007

PATRÍCIA VIANA DA ROSA

**ESTUDO SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM  
IDOSOS DA COMUNIDADE DE BARRA FUNDA – RS, BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Doutorado – da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica, requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Professor Doutor Geraldo Attílio De Carli  
Co-Orientador: Professor Doutor João Feliz Duarte de Moraes

Porto Alegre (RS)

2007

R788e Rosa, Patrícia Viana da

Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil / Patrícia Viana da Rosa. – 2007.

79p.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – 2007.

“Orientador: Professor Doutor Geraldo Attílio De Carli”.

1. Gerontologia. 2. Geriatria. 3. Envelhecimento. 4. Depressão. 5. Resiliência. 6. Apoio Social. 7. Espiritualidade. I. Título.

CDU: 613.98

Catlogação na fonte: Cátia Rosana L. de Araújo – CRB 10/1451

A comissão abaixo assinada aprova a presente tese:

**ESTUDO SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM  
IDOSOS DA COMUNIDADE DE BARRA FUNDA – RS, BRASIL**

elaborada pela doutoranda

PATRÍCIA VIANA DA ROSA

como requisito para obtenção do título de  
DOUTORA EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

---

Professor Doutor Geraldo Atílio De Carli (Orientador)

COMISSÃO EXAMINADORA:

---

Professor Doutor Jadir Camargo Lemos

---

Professora Doutora Margareth da Silva Oliveira

---

Professor Doutor Rodolfo Herberto Schneider

**D**edico este estudo, com muito amor, às pessoas mais importantes da minha vida: **meu marido Luis Henrique** – meu maior incentivador – por ter me feito acreditar que eu poderia chegar até aqui, e **minha filha Valentina** – que chegou para iluminar minha vida e aquecer meu coração – minha eterna fonte de motivação e compromisso.

## AGRADECIMENTOS

- Primeiro, agradeço a **Deus**, pelo dom da vida e por mais esta conquista.
- Ao **meu pai**, Sérgio (*in memoriam*) e à **minha mãe**, Solange, por terem me ensinado os valores essenciais da vida.
- À **minha irmã**, Claudia, por fazer parte da minha vida e pelo seu companheirismo que só os irmãos compartilham.
- Aos meus **familiares e amigos**, que me ajudaram, torcendo, oferecendo palavras de conforto nos momentos difíceis e estando sempre por perto.
- Aos queridos professores, **Dra. Valdemarina e Dr. Antonio Carlos**, por terem nos brindado com as suas presenças. Meu eterno respeito, carinho e admiração.
- Aos **idosos da minha vida**, em especial aos do Asilo Santo Antônio, por fazerem do meu trabalho cotidiano uma maravilhosa experiência de vida.
- Ao professor **Dr. Atílio De Carli**, pelo apoio final.
- Ao querido professor **Dr. João Feliz Duarte de Moraes**, pelo seu apoio na construção deste estudo, pela paciência, disponibilidade e dedicação. Obrigado pela amizade.
- À minha **grande amiga, Evelise**, por ter vivido e compartilhado mais este sonho comigo.
- À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão da bolsa de doutorado.

*“Cada um sabe a dor e a  
delícia de ser o que é.”*

(Caetano Veloso)

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento é uma realidade devido às mudanças relacionadas à fecundidade e à longevidade da população. Esta condição conduz a modificações demográficas e epidemiológicas que alteram o perfil de saúde da população. O aparecimento de doenças crônico-degenerativas provoca alterações no perfil de morbidade dos idosos. A depressão é uma destas condições crônicas, recorrente e associada à limitação funcional, comprometendo o bem-estar do idoso. Trata-se de uma morbidade de difícil mensuração, tendo suas causas variando desde fatores psicossociais, genéticos e biológicos. **OBJETIVO:** A proposta deste estudo consistiu em identificar os fatores associados à depressão em idosos do município de Barra Funda (RS). Buscou-se, ainda, investigar a relação entre o apoio social, a resiliência e a espiritualidade com a depressão nesta população. **MÉTODO:** O estudo realizado foi observacional com delineamento transversal. A população do estudo constituiu-se de idosos do município de Barra Funda (RS), contando com 218 sujeitos (88 homens e 130 mulheres). Foram utilizados os seguintes instrumentos: questionários para obtenção dos dados demográficos e epidemiológicos, Índice de Barthel e Escala de Lawton para a avaliação da capacidade funcional, Mini-Exame de Estado Mental para a capacidade cognitiva, e o Inventário de Depressão de Beck para a identificação da depressão. Foram avaliados também: o apoio social, a espiritualidade e a resiliência com escalas específicas para tais fins. Os dados foram analisados utilizando-se o SPSS versão 11,5. Adotou-se um índice de significância de 5%. As associações entre as variáveis quantitativas foram verificadas por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson e entre as variáveis categóricas o Teste do Qui-Quadrado. As variáveis associadas à depressão foram identificadas por meio da regressão múltipla com o método passo a passo (*stepwise*). **RESULTADOS:** A caracterização dos sujeitos indicou um predomínio da população idosa rural no gênero feminino, com uma média de 69,71 ( $\pm$  7,86) anos. Na condição de viúvo foi encontrado predomínio de mulheres. A avaliação subjetiva da condição de saúde apontou a maioria considerando seu estado de saúde como muito bom. Os resultados das escalas demonstram uma máxima capacidade funcional em 59% dos idosos, comprometimento cognitivo em 25% e prevalência de indícios de depressão de 2,3%. A análise de regressão linear múltipla indicou como variáveis significativas para explicar a variação da depressão a resiliência, o bem-estar religioso, o bem-estar espiritual, a idade, o local de residência e o estado civil. **CONCLUSÃO:** Os resultados deste estudo indicam que os idosos desta comunidade eram em sua maioria procedentes de área rural, com descendência declarada de imigrantes italianos e apresentaram baixa prevalência de depressão. Este fato atribui-se ao elevado bem-estar espiritual, à satisfação com o apoio social e com as relações familiares e, principalmente, pela resiliência.

Palavras-chave: Envelhecimento. Depressão. Resiliência. Apoio social. Espiritualidade.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Aging is a reality due to the changes related to the population's fertility and longevity. This condition leads to demographic and epidemiological modifications, which alter the population's health profile. The appearance of chronic-degenerative diseases causes alterations in elderly people's morbidity profile. Depression is one of these chronic recurring conditions associated to functional limitation, and which compromises the well being of the elderly. It is a hardly measured morbidity that has various causes such as psychosocial, genetic and biological factors. **PURPOSE:** The purpose of this study consisted in identifying the factors associated to depression in elderly people in the borough of Barra Funda (RS) – Brazil. It also searched to investigate the relationship among social support, resilience and spirituality with depression in this population. **METHODOLOGY:** The study was observational with transversal outlining. Elderly people from the borough of Barra Funda (RS) – Brazil, totaling 218 people (88 men and 130 women), constituted the study group. The following instruments were used: questionnaires to obtain demographic and epidemiological data, the Barthel Index and the Lawton Scale for the evaluation of functional capacity, Mini Exam of Mental State for the cognitive capacity, and the Beck Depression Inventory for the identification of the depression itself. The social support, spirituality and resilience were also evaluated using scales that were specific for each one. The data were analyzed using the SPSS version 11.5. A significance index of 5% was adopted. The associations between the quantitative variables were checked by using the Pearson Correlation Coefficient, and between the categorical variables the Chi-Square Test was used. The variables associated to depression were identified with the use of multiple regression with the stepwise method. **RESULTS:** The characteristics of the study group indicated a predominance of a rural female elderly population, being on average 69.71 ( $\pm$  7.86) years old. In the widowhood condition, the predominance was female. The subjective evaluation of the health condition pointed the majority as being in very good health conditions. The scale results showed the maximum functional capacity in 59% of the elderly people, cognitive damage in 25% and prevalence of depression indications in 2.3%. The analysis of multiple linear regression indicated the resilience, the religious well being, the spiritual well being, the age, the dwelling and the marital status as meaningful variables to explain the variation of depression. **CONCLUSION:** The results of this study indicate that the elderly people from that community were in the majority from the countryside, of stated Italian Immigrants descent and presenting low prevalence of depression. This fact is attributed to the high spiritual state, the satisfaction with the social support and with the family relations, but mainly resilience.

Key words: Aging. Depression. Resilience. Social Support. Spirituality.

## LISTA DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Descrição da área de residência dos idosos de Barra Funda (RS), 2006.....	34
Gráfico 2 -	Profissão anterior exercida pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006.....	35
Gráfico 3 -	Descrição da média de idade por gênero entre os idosos de Barra Funda (RS), 2006.....	35
Gráfico 4 -	Descrição da avaliação da percepção de saúde pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006.....	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados sobre gênero, estado civil, faixa etária e escolaridade (n= 218).....	36
Tabela 2 -	Descrição de variáveis relacionadas à saúde dos idosos de Barra Funda Rio Grande do Sul, 2006.....	37
Tabela 3 -	Distribuição das principais comorbidades declaradas (percebidas) pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006.....	39
Tabela 4 -	Confiabilidade ou consistência interna das escalas.....	40
Tabela 5 -	Medidas descritivas das escalas Barthel e Lawton respondidas pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006.....	40
Tabela 6 -	Medidas descritivas das escalas relacionadas à saúde mental respondida pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006.....	41
Tabela 7 -	Medidas descritivas das escalas resiliência, apoio social, bem-estar religioso e espiritual respondidas pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006.....	42
Tabela 8 -	Coeficiente de correlação linear de Pearson entre o inventário de depressão de Beck (BDI) com as demais escalas.....	43
Tabela 9 -	Regressão linear múltipla, método <i>Stepwise</i> , entre as diferentes variáveis independentes e a depressão.....	44

## LISTA DE ANEXOS

Anexo I	-	Inventário de Depressão de Beck
Anexo II	-	Escala de Apoio Social
Anexo III	-	Escala de Resiliência
Anexo IV	-	Escala de Bem-estar Espiritual
Anexo V	-	Questionário de Identificação dos Idosos
Anexo VI	-	Índice de Barthel
Anexo VII	-	Escala de Lawton
Anexo VIII	-	Mini-Exame do Estado Mental
Anexo IX	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Anexo X	-	Parecer Consubstanciado

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	15
2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	15
2.2 EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO E SUA ASSOCIAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO.....	16
2.3 DEPRESSÃO E SUPORTE SOCIAL.....	18
2.4 RESILIÊNCIA .....	19
2.5 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE .....	21
<b>3 MÉTODOS</b> .....	27
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	27
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	27
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	28
3.5 INSTRUMENTOS.....	28
3.6 PROCEDIMENTOS.....	29
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
<b>4 RESULTADOS</b> .....	33
4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOCULTURAIS.....	33
4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	37
4.3 CAPACIDADE FUNCIONAL.....	40
4.4 SAÚDE MENTAL – DEPRESSÃO E CAPACIDADE AUDITIVA.....	41
4.5 SUPORTE SOCIAL, RESILIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE.....	41
4.6 FATORES ASSOCIADOS DA DEPRESSÃO .....	42
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	45
5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOCULTURAIS.....	45
5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	48
5.3 CAPACIDADE FUNCIONAL.....	49
5.4 SAÚDE MENTAL – DEPRESSÃO E CAPACIDADE COGNITIVA.....	50
5.5 SUPORTE SAÚDE, RESILIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE.....	51
5.6 FATORES ASSOCIADOS DA DEPRESSÃO.....	52
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	57
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	58
<b>ANEXOS</b> .....	68

## 1 INTRODUÇÃO

No último século, com os avanços tecnológicos e da medicina, ocorreu o aumento da expectativa de vida das pessoas, levando a uma maior preocupação com relação ao envelhecimento.<sup>1, 2, 3</sup>

No Brasil observamos uma real expansão demográfica na faixa etária de 60 anos ou mais, sendo esta a população que mais cresce. Paralelamente às transformações demográficas, temos as mudanças no perfil de morbidade e mortalidade da população, que, ao envelhecer, faz aumentar a prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis.<sup>4, 5</sup>

Dessa forma, o envelhecimento populacional altera o perfil de saúde da população, a partir de um paradigma de saúde pública no qual a população de risco era infantil em que as doenças eram majoritariamente infecciosas, para um novo paradigma no qual a população de risco é senescente, as doenças são crônicas e evolutivas.<sup>5</sup> Tais doenças, muitas vezes, desenvolvem-se de forma silenciosa e têm origem multifatorial. Além do mais, não é raro que as mesmas se apresentem interligadas, não podendo ser estabelecida uma abordagem única e padronizada.

Para se entender melhor esse processo e agir de forma adequada, antes de tudo é preciso compreender de que forma se dão estas relações, suas peculiaridades biofisiológicas e psicossociais. Deve-se, para tanto, compreender que o envelhecimento faz parte do ciclo vital e, portanto, não é doença. Este processo, porém, muitas vezes traz alterações morfofisiológicas no indivíduo que podem, quando associadas a fatores ambientais, referentes ao estilo de vida, propiciar a gênese de patologias e aumentar a fragilidade do mesmo. Muitas dessas patologias, se não bem-conhecidas e estudadas pelos profissionais de saúde, podem ser erroneamente interpretadas como peculiares do envelhecimento e abordadas de forma não coerente. Este é o caso da depressão, que é uma doença altamente prevalente no idoso.

A depressão é uma condição médica comum, crônica e recorrente, freqüentemente associada à limitação funcional e ao comprometimento da saúde, ocorrendo ainda, muitas vezes, limitação do bem-estar, o que compromete sua

qualidade de vida.<sup>6</sup> É uma morbidade de difícil mensuração, especialmente em estudos epidemiológicos, porque os sintomas traduzem diferentes tipos de sentimento, que variam bastante em intensidade e entre os idosos pela existência de um entendimento errôneo de que os sinais desta seriam naturais na velhice.

As causas de depressão podem variar desde fatores psicossociais, como condições adversas que podem influenciar o início e a persistência dos episódios depressivos, fatores genéticos e biológicos. Na velhice é freqüentemente atribuída a acontecimentos estressantes e negativos.<sup>7</sup> Neste sentido, tem-se buscado identificar as condições que estariam associadas à depressão, não só as causas, mas também os fatores de proteção.

Uma das condições estudadas está associada à existência de relações satisfatórias, que parecem promover melhores condições de saúde entre os idosos. Sugere-se que a ajuda recebida contribui para um melhor senso de controle pessoal influenciando positivamente no bem-estar psicológico.<sup>8</sup> Com a presença de suporte social adequado, é esperado que pessoas idosas sintam-se amadas e seguras para lidar com problemas de saúde e tenham elevada auto-estima. As redes sociais formadas por familiares e amigos influenciam significativamente nos efeitos da depressão entre os indivíduos mais velhos. Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com estas situações do que as pessoas que têm o suporte social.<sup>9</sup>

O suporte social influencia diretamente a capacidade do indivíduo de manter-se bem e se recuperar diante das adversidades, capacidade esta definida como resiliência.<sup>10</sup> Este atributo cresce de importância, sobretudo quando se observam as distintas formas de como as pessoas estão enfrentando as situações da vida, ou como elas reagem ante os estímulos estressantes e lidam com situações adversas.<sup>11</sup>

Assim, o emergente tema da resiliência, identificado como um desafio para esse novo milênio, ainda continua sendo um “ilustre desconhecido” entre nós brasileiros.<sup>12</sup>

Outro tema também importante e vinculado à depressão é a espiritualidade. Esta envolve um conjunto de emoções e convicções de natureza não-material,

supondo que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e o sentido da vida. Para os sujeitos em que seus valores e crenças são mediados por práticas religiosas, as estratégias de enfrentamento são mais utilizadas, influenciando positivamente no acesso a redes de suporte social.<sup>13</sup>

Ambos os temas demandam investigações que levem em conta a nossa realidade, uma vez que esses implicam e contribuem para a satisfação de vida das pessoas, principalmente as idosas, destacando-se a partir de reflexões que visam promover o potencial humano em vez de se enfatizar o dano, maximizar os ganhos e diminuir as perdas, ou seja, o estudo da resiliência distancia-se do modelo do desenvolvimento médico baseado na patologia e se aproxima do modelo baseado no bem-estar.

A espiritualidade, a religiosidade, a resiliência e o suporte social são cada vez mais associados ao envelhecimento. Desta forma, estudos sobre o impacto dessas condições sobre a saúde dos idosos devem ser cada vez mais desenvolvidos.<sup>8</sup> Com base nestas condições é possível investigar a associação destas variáveis com a depressão no idoso.

A proposta deste estudo consiste em identificar os fatores associados à depressão em idosos do município de Barra Funda - RS. Buscamos ainda investigar a relação entre o apoio social, a resiliência e a espiritualidade com a depressão nesta população.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Os dados demográficos têm demonstrado que o envelhecimento das populações é um fenômeno mundial.<sup>14</sup> O envelhecimento populacional é resultado do aumento da expectativa de vida, que afeta tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, determinando importantes repercussões nos campos sociais e econômicos.<sup>15, 16</sup>

O processo de envelhecimento da população mundial tem as suas origens enraizadas nas transformações socioeconômicas vividas pelas nações no século passado, que só produziram modificações significativas nas suas variáveis demográficas na virada do século 20.<sup>15, 16</sup> Este processo é vivido por toda a sociedade que se industrializa e se urbaniza, com suas próprias características e diferentes velocidades.<sup>17</sup>

Seguindo os padrões observados em outros países, no Brasil a queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida resultaram, nos últimos 30 anos, no aumento da população idosa. Em 2020 estima-se que 32 milhões de pessoas tenham 60 anos ou mais, fazendo com que esse segmento populacional situe o Brasil entre os países com os maiores índices de envelhecimento humano.<sup>18, 15</sup>

O rápido crescimento da população de idosos no Brasil causa importante impacto em toda a sociedade, principalmente nos sistemas de saúde. A infraestrutura necessária para responder às demandas desse grupo etário, quanto a instalações, programas específicos e recursos humanos adequados, entretanto, ainda é precária. Acompanhando as transformações demográficas, o Brasil tem experimentado alterações relevantes no seu quadro de morbi-mortalidade, conhecida como transição epidemiológica, fazendo com que as doenças crônicas não-transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o câncer, a osteoporose e as doenças neurodegenerativas, ocupem, hoje, as principais posições de ocorrência de doenças e causas de mortalidade.<sup>19</sup>

Com o envelhecimento populacional a busca de estratégias que identifiquem situações de risco a morbi-mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis nos idosos, que não freqüentam necessariamente serviços de atendimento geriátricos, é fundamental. Existe também uma necessidade de atenção conjunta aos aspectos biopsicossociais que influenciam fortemente esse grupo etário da população e determinam uma melhor condição de saúde e de qualidade de vida.<sup>20</sup>

A depressão é uma das doenças de maior interesse nos estudos relacionados ao envelhecimento, por suas conseqüências na qualidade de vida dos sujeitos.<sup>21</sup>

## 2.2 EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO E SUA ASSOCIAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO

O termo depressão pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. A classificação clínica da depressão no idoso segue, de modo geral, parâmetros conceituais descritivos da depressão nos adultos.<sup>22</sup> Em sua descrição, entretanto, devem ser considerados aspectos diferenciais, tais como fenômenos biológicos, psicológicos e socioculturais específicos do processo de envelhecimento.<sup>23</sup>

A depressão tem como características o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as coisas. Nos idosos tem um caráter heterogêneo no que se refere a sua etiologia e aos aspectos relacionados a sua forma de apresentação.<sup>24</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, resultantes de uma complexa interação de fatores genéticos e ambientais. O impacto desses distúrbios evidencia-se por representar quatro das dez principais causas de incapacitação. Estudos epidemiológicos realizados em centros de atenção primária de 14 países, mostraram que cerca de 24% da clientela apresentava transtornos psiquiátricos, apontando como diagnósticos mais freqüentes a depressão, a ansiedade e o uso inadequado de substâncias.<sup>25</sup>

Com o envelhecimento, a expectativa de transtornos mentais se eleva de 34% aos 61 anos para 67% aos 81, tornando-se um dos fatores preocupantes quanto à repercussão em saúde pública. Entre estes, ocupando lugar de destaque, está a depressão, com todas as nuances e características atípicas que pode apresentar nesta população e suas conseqüentes dificuldades diagnósticas.<sup>26, 27, 28</sup>

Não há um consenso na literatura internacional com relação à prevalência de depressão em idosos.<sup>21</sup> Na comunidade a depressão maior é diagnosticada em 3 a 5% dos idosos e cerca de 15% mostram-se com sintomas depressivos; em instituições isto pode ocorrer entre 25 a 30% dos internos.<sup>21, 26, 27, 29</sup>

Os idosos são pacientes que relutam em admitir sintomas psicológicos – há a idéia generalizada de que estar com depressão é um estigma –, expressam sua depressão por inúmeras queixas somáticas, inespecíficas, mostram, mais freqüentemente, co-morbidade médica, além da deterioração física e mental que pode vir mascarando a queixa de sintomas depressivos.<sup>26</sup>

A depressão é citada como causa do comprometimento da memória e fator de risco para demência, entre outras doenças crônicas não-transmissíveis.<sup>30</sup> Além disso, pode desencadear importantes repercussões sociais e individuais por afetar não somente o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, mas também pelo risco inerente de morbidade, cronicidade e aumento da mortalidade, esta em decorrência de suicídios ou de complicações associadas.<sup>27, 29</sup>

Situações comuns no envelhecimento, que intervêm nos processos adaptativos do indivíduo, envolvem questões centrais como a saúde e suas perdas, assim como aspectos culturais, revelando, desta forma, a multifatorialidade e a influência dos eventos vitais na gênese da depressão em idosos.<sup>24</sup> Em estudos longitudinais sobre a evolução dos pacientes idosos com depressão, surgem aspectos na relação entre este transtorno e o envelhecimento, como o apoio social, a espiritualidade e a resiliência.<sup>22, 31, 32</sup>

## 2.3 DEPRESSÃO E SUPORTE SOCIAL

O suporte social é entendido como uma informação, falada ou não, auxílio material oferecido por grupos ou pessoas que se conhecem e que resulta em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Envolve efeitos positivos, para quem recebe o apoio e também para quem oferece.<sup>33</sup> Desta forma, o conceito de suporte social está relacionado a uma série de fatores protetores significantes e apropriados, que o ambiente é capaz de prover aos indivíduos, habilitando-os a lidar com estressores ambientais.

Estudos epidemiológicos revelam que fatores como a viuvez, isolamento social, e a falta de uma pessoa confiante, associam-se a uma maior ocorrência de depressão.<sup>26, 27, 28</sup> Como efeito a depressão inclui tanto a incapacidade individual como conseqüências para a família vinculada à doença. Elevados custos, comprometimento no trabalho, diminuição da qualidade vida associam-se com transtornos depressivos.<sup>34</sup>

A noção de suporte social vincula-se à existência de fontes tangíveis e emocionais que são fornecidas por algumas pessoas para ajudar outras. Estas condições podem ser expressas por intermédio de conforto, assistência e/ou informação.<sup>35</sup> A associação entre suporte social e índices de saúde, e/ou a presença de suporte social agindo como agente “protetor” ante o risco de doenças produzidas por estresse, também é citada na literatura.<sup>36</sup>

A busca por explicações para este fenômeno pode estar relacionada à existência de relacionamentos sociais (existência, quantidade, tipo), suporte social (tipo, fonte, quantidade, qualidade) e rede social (tamanho, densidade, reciprocidade, intensidade, dentre outros).<sup>37</sup> As características do direcionamento da rede social são importantes para a manutenção da saúde física e da longevidade. A freqüência do contato social, o número de pessoas disponíveis e as atividades sociais possuem um substancial efeito na saúde e sobrevivência das pessoas.<sup>33, 34</sup>

Suporte social e recursos pessoais de enfrentamento podem contribuir na variabilidade do impacto da doença crônica sob o estado mental. Pacientes crônicos,

que possuem um considerável suporte social e têm uma elevada auto-eficácia e auto-estima, possuem um menor risco de desenvolver depressão.<sup>38</sup>

## 2.4 RESILIÊNCIA

Não é uma tarefa fácil falar sobre resiliência. De fato ela existe desde o início da história da humanidade, sempre que homens e mulheres se defrontavam com adversidades e precisavam superá-las ou transformá-las.<sup>39, 40</sup> No dia-a-dia algumas pessoas lidam, adaptam, mostram superação e constroem caminhos positivos diante de circunstâncias de vida difíceis, enquanto outras apresentam esse potencial menos desenvolvido e sucumbem mais facilmente ante os obstáculos.<sup>41</sup>

Inicialmente o conceito de resiliência foi utilizado pelas Ciências Exatas, a Física e a Engenharia, que a definiram como a energia de deformação máxima que um material é capaz de armazenar sem sofrer alterações permanentes.<sup>42</sup> Ao ser adaptada para as Ciências Humanas e da Saúde, na sua definição permanecem incertezas.<sup>43</sup> Este tema vem apresentando uma evolução ao longo das décadas. Já foi entendido como sinônimo de invulnerabilidade, como uma capacidade individual de adaptação bem-sucedida em um ambiente “desajustado” e como qualidades elásticas e flexíveis do ser humano. Nos últimos anos vem tornando-se cada vez mais complexo, abordado como um processo dinâmico que, por sua vez, envolve processos sociais e intrapsíquicos de vulnerabilidade e de proteção.

Desde o final das décadas de 60 e 70 do século 20, a resiliência começou a ser estudada com mais afinco pela Psicologia e Psiquiatria, designando a capacidade de resistir às adversidades, a força necessária para a saúde mental se estabelecer durante a vida, mesmo após a exposição a riscos. Significa, portanto, a habilidade de acomodar-se e reequilibrar-se constantemente diante das adversidades. Na Medicina, teria como foco a capacidade de uma pessoa resistir às doenças, infecções ou intervenções, com ou sem a ajuda de medicamentos.<sup>44</sup> Na Saúde Pública encaixa-se perfeitamente na ótica da prevenção e da promoção da saúde, do bem estar e da qualidade de vida de indivíduos e sociedades.<sup>43</sup>

A resiliência está ancorada em dois grandes pólos: o da adversidade, representado pelos eventos de vida desfavoráveis, e o da proteção, que aponta para a compreensão das formas de apoio, internas e externas ao indivíduo, que o conduzem a uma reconstrução singular diante do sofrimento causado por uma adversidade.<sup>45</sup>

Algumas pessoas conseguem passar por muitas adversidades ao longo do seu desenvolvimento sem afetar substancialmente a satisfação com a sua vida. Os mais resilientes inserem-se nesse grupo. Isto influencia na avaliação de possuir ou não uma boa qualidade de vida, dependente de aspectos objetivos e subjetivos. Dentre os primeiros está a satisfação de necessidades básicas e as criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade. Os aspectos subjetivos dizem respeito à representação que a pessoa faz de seu bem-estar, sua realização pessoal, do sentimento de felicidade, amor e prazer que consegue usufruir.<sup>46</sup>

O sentimento subjetivo de bem-estar é um atributo existencial que abrange condições afetivas (positivas e negativas) e a capacidade de julgar se determinado aspecto traz ou não satisfação pessoal. Esse componente é entendido como a satisfação que o indivíduo tem com sua família, com seu trabalho e com o existencial, sendo ainda influenciado por atributos individuais como personalidade, auto-estima e sentimento de competência pessoal.<sup>47, 48</sup> Com relação ao julgamento de satisfação ou insatisfação com a vida, este baseia-se na comparação com um padrão existente na sociedade, compreendido e adaptado pela pessoa.<sup>49</sup>

A resiliência é um atributo vinculado à capacidade de possuir uma auto-estima positiva. Isto significa ter atitudes de aprovação a si própria, considerar-se capaz e uma pessoa de valor. Esta condição, embora seja uma experiência subjetiva e individual, está acessível às demais pessoas por meio de relatos verbais, gestos e comportamentos.<sup>50</sup>

Os atributos individuais que determinam a auto-estima são moldados nas relações cotidianas desde a primeira infância e são decisivos na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, exercendo uma marcante influência na sua percepção dos acontecimentos e das pessoas e influenciando seu comportamento e suas vivências.<sup>51</sup>

Para Handen,<sup>52</sup> a auto-estima e o sentimento de domínio sobre o próprio ambiente influenciam no impacto das doenças. Idosos com boas condições de saúde referem-se a essa fase da vida como o “tempo da resiliência e da fortaleza”. Por outro lado, com a existência de perdas e problemas graves de saúde, ocorrem mais dificuldades em relação à autonomia. A resiliência apresenta um caráter dinâmico. Os sujeitos que chegam à velhice com esta condição solidamente estabelecida, podem mostrar fragilidade na superação de problemas quando sentem que não estão mais conseguindo lidar com a deterioração física e com as perdas sofridas.<sup>53</sup>

Pesquisas com pessoas consideradas resilientes ou bem-sucedidas também têm sido realizadas como forma de obter informações sobre os desafios enfrentados e as estratégias e recursos utilizados. Os resultados apontam para a importância das crenças e significados, da esperança, da espiritualidade e do sentido de vida, como fatores que influenciam no processo de avaliação dos eventos estressores, de busca de recursos e ao aprendizado com a experiência aliado à visão otimista de futuro.<sup>45</sup>

## 2.5 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

O construto *espiritualidade* é mais abrangente do que o construto *religião*. É possível que uma pessoa tenha espiritualidade sem ter religião. Embora a espiritualidade esteja contida nas religiões tanto quanto na cultura, ela transcende ideologias, rituais, dogmas e instituições.<sup>54</sup>

O termo espiritualidade vem do latim *spiritus*, que significa sopro da vida. Envolve a busca por um significado na vida por meio de conceitos que transcendem o tangível. É um sentido de conexão com algo maior que si próprio. Envolve a capacidade de se maravilhar, de reverência e de gratidão pela vida. É a habilidade de contemplar os fatos comuns, de ter consciência de uma dimensão transcendente, que leva em consideração o próprio ser, os outros, a natureza e a vida. Pode ainda ser entendida como uma filosofia de vida, que pode ou não incluir a religião.<sup>55</sup>

Rousseau<sup>56</sup> afirma que espiritualidade é a capacidade de ter fé, amar, perdoar, adorar, enxergar além das circunstâncias e de transcender o sofrimento. Muitas pessoas experimentam sua espiritualidade na prática religiosa, outras na relação com a natureza, a música, as artes, as crenças filosóficas ou no relacionamento com amigos e familiares. Embora nem todos tenham uma religião, parece que a grande maioria dos indivíduos tem uma espiritualidade.

Entende-se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não-material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa.<sup>25</sup> Evidencia a existência de potenciais forças escondidas no homem que o envelhecer faz desabrochar.<sup>57</sup> Constitui-se em poderoso fator de suporte para enfrentar desafios, frustrações e sofrimentos, além de melhorar consideravelmente a saúde e a qualidade de vida.<sup>58</sup>

A dimensão espiritual na vida humana é, segundo Leonardo Boff,<sup>59</sup> “uma das transformações culturais mais importantes do século XXI.” Esse despertar religioso vem ocorrendo tanto na área da saúde física quanto na da saúde mental.<sup>60</sup>

O envelhecimento comporta desafios biológicos, fisiológicos e psicológicos que produzem crises existenciais. É, no entanto, um fenômeno normal da vida. Como em todos os momentos do desenvolvimento mental, ao chegar à última etapa da vida o idoso sente ainda surgir dúvidas como: quem sou? Que sentido tem a minha vida? Para onde vou? Como tenho vivido os anos que passaram? Como posso viver bem os próximos anos?<sup>61</sup> Neste sentido Guardini<sup>47</sup> afirma que o indivíduo deve querer ser aquilo que é colocar-se dentro do seu eu, aceitar a missão que lhe for dada no mundo.

De fato, nada proporciona melhor capacidade de superação e resistência a problemas e dificuldades do que a consciência de ter uma missão a desempenhar na vida. Com a experiência acumulada na luta existencial, a pessoa fica mais propensa a repensar a sua história, os acontecimentos de vida, voltando-se para si mesma. Neste contexto a dimensão espiritual de toda pessoa esfacela-se quando não há interação entre ela e o mundo que a cerca. Conseqüentemente a busca da

espiritualidade passa a favorecer-lhe o equilíbrio perdido, curando as mazelas tanto do corpo como da mente. Isso ocorre principalmente durante a velhice, quando a espiritualidade passa a favorecer novas descobertas.<sup>62</sup>

O caráter protetor do bem-estar espiritual foi demonstrado por sua associação com a diminuição de distúrbios mentais. Desta forma, os achados sugerem que o fortalecimento do bem-estar espiritual pode auxiliar significativamente na redução da angústia relacionada a doenças, bem como na promoção da saúde mental.<sup>58</sup> Possuir alguma religião, bem como freqüentar igrejas, tem se mostrado importante fator de proteção para dificultar o aparecimento da depressão e outros problemas na esfera da saúde mental, além de estimular a capacidade de se satisfazer com a vida e aumentar o potencial de resiliência.<sup>63</sup>

Koenig<sup>64</sup> revisou o conceito de espiritualidade e a sua ligação com a saúde mental, encontrou mais de 850 estudos que examinaram a relação entre envolvimento espiritual e vários aspectos da saúde mental. Destes, mais de 75% demonstraram ligação entre a melhor saúde mental e adaptação ao estresse e envolvimento religioso, confirmando que espiritualidade e religiosidade fazem parte dos mecanismos de enfrentamento e adaptação na vida adulta e na velhice. Outros estudos investigaram a ligação entre envolvimento religioso e saúde, concluíram que a maioria das pessoas religiosas é fisicamente mais saudável, tem estilo de vida mais salutar e requerem menos assistência de saúde.<sup>32</sup>

Particularmente na velhice, a espiritualidade pode ser considerada um recurso de enfrentamento que serve de amortecedor diante das exigências da vida e que pode auxiliar como mediador da saúde física e mental. Sua função é auxiliar o indivíduo a aceitar as dificuldades ligadas ao envelhecimento, atuando na dimensão cognitiva como uma ferramenta psicológica importante no manejo das situações difíceis. A espiritualidade pode fornecer um sentido, um significado para a vida que transcende a perda, o sofrimento e a percepção de finitude. Mas como nem só de perdas vivem os idosos, a espiritualidade também pode ser útil para dar um significado para a vida, na adaptação a eventos positivos, pois o estresse não advém só de eventos negativos. Situações de felicidade também podem causar estresse, e os mecanismos de adaptação precisam ser acionados para o ajustamento.<sup>7</sup>

Segundo Elias,<sup>65</sup> a adesão a crenças é mais forte em grupos cujas vidas são menos controláveis, mais imponderáveis, mais ameaçadoras, com perigos iminentes e imprevisíveis.

A espiritualidade está ligada às questões transcendentais de significado da vida, podendo ou não ter relação com o sagrado. Já a religiosidade se localiza no plano do sagrado, tem relação com ritos, instituições e práticas religiosas e com adoração de divindades.<sup>32</sup>

As primeiras definições do termo religiosidade remetiam às crenças e práticas relacionadas à religião, incluindo uma dimensão ligada ao sagrado e outra dimensão responsável por dar um significado à vida, envolvendo crenças pessoais, valores e atividades pertinentes. A religiosidade também foi classificada em termos de crenças sobrenaturais, valores morais que regulam as ações e crenças pós-morte que norteiam a vida atual. O comportamento religioso engloba aspectos intrínsecos (como oração e meditação) e extrínsecos (como envolvimento em atividades sociais religiosas). Ambos estão ligados à forma como as pessoas vivem em comunidade.<sup>32</sup>

A religião também foi definida pela sua relação com questões pessoais e institucionais. A orientação institucional está relacionada com a frequência à igreja e às atividades religiosas ritualizadas. A orientação pessoal remete aos valores, crenças e atitudes, além de atividades não-institucionalizadas, como oração e leituras religiosas.<sup>66</sup>

Maugans<sup>67</sup> definiu religiosidade como doutrina e sistema de culto compartilhado por um grupo de pessoas, com características comportamentais, sociais, doutrinárias e valores específicos. A religião geralmente está associada à crença em uma divindade.<sup>68</sup> Recorrer à religião em momentos de crise, no entanto, não é a mesma coisa que religiosidade, porém essa prática é comum no enfrentamento de situações difíceis.<sup>69</sup> Silberman<sup>70</sup> propõe que a religião seja vista como um sistema de significados. Segundo a autora, o comportamento é pautado pela junção das crenças pessoais referentes a si próprio e aos outros, crenças sobre o mundo e sua relação com ele. Tais crenças constituem o sistema idiossincrático de significados. Essa idéia é transposta para a definição de religião. A religião é, então, um sistema de significados que associa tanto os componentes religiosos quanto os

não-religiosos. Estão implícitas a percepção de sagrado, transcendência e Ser Superior. Esse sistema de significados também é influenciado pelas metas pessoais de auto-regulação e pode afetar as emoções e o comportamento.

As religiões oferecem uma explicação para a criação do mundo, assim como para todos os aspectos da vida, para a morte e para o pós-morte. Com isso, as religiões oferecem respostas que dão esperança e conforto às pessoas. Religião é, portanto, um conjunto de crenças que remete a um Poder Maior. Esse conjunto de crenças está baseado em normas que regem a conduta e pautam as ações. A religião influenciaria até o comportamento de pessoas não-religiosas, ou que não têm crenças em um Poder Superior, porque o ambiente social está permeado de símbolos, rituais e crenças que remetem ao transcendente e ao sagrado. Há pessoas com fé que cercam os indivíduos que não têm crenças, e esse convívio social, em algum momento, conduz ao confronto de idéias, influenciando o comportamento. Nesse ponto, é importante observar que as religiões também podem provocar estresse e ansiedade, porque podem ter significados muito distintos, dependendo da orientação institucional à qual o indivíduo está ligado e da sua capacidade de manejar as questões divergentes no convívio.<sup>55, 32, 60</sup>

O conceito de religiosidade é estudado em duas categorias: intrínseca e extrínseca. Neill e Kahn<sup>71</sup> consideram religiosidade intrínseca ou espiritualidade pessoal as atividades solitárias, como oração, meditação e leitura da Bíblia, além de crença pessoal em Deus. Religiosidade extrínseca ou atividades sociais religiosas compreendem assistência a cultos e serviços religiosos, atividades voluntárias associadas à religião e outras ações religiosas envolvendo duas ou mais pessoas.

Tanto a dimensão intrínseca quanto a extrínseca oferecem ferramentas que agem como redutores de impacto dos eventos que estão fora do controle pessoal, como perda de entes queridos, doença, mudança de trabalho, de cidade, de condição econômica. Para Chatters, Levin e Taylor,<sup>72</sup> a religiosidade subjetiva compreende aspectos ligados à crença e ao significado pessoal e ao comportamento, como participação em práticas religiosas, afiliação à igreja e atividade religiosa privada, como oração.

Tanto a religiosidade intrínseca quanto a extrínseca tem correlação com a satisfação com a vida. As atividades extrínsecas, porém, podem auxiliar no suporte social, porque implicam em interação com outras pessoas, despertando o senso de pertencimento a um grupo e resultando em bem-estar. A religião prega solidariedade, caridade e ajuda mútua entre seus membros, e isso pode funcionar como apoio nos momentos de necessidade instrumental e emocional.<sup>73</sup> As religiões possuem grupos que atuam no suporte aos fiéis. Algumas religiões, por exemplo, contam com grupos que visitam famílias que nas quais há doentes, prestando apoio como cuidados com a casa e auxílio para transporte. O fato de receber visitas e apoio instrumental resulta em apoio emocional.<sup>54</sup>

O suporte social oferecido pelas comunidades religiosas ajuda a diminuir o estresse e atua como um recurso de enfrentamento. Estudos mostram que a participação em serviços religiosos pode ser um fator protetor de saúde mais eficaz do que o suporte social, e que existe correlação positiva entre tamanho da rede social e da rede de suporte social e envolvimento religioso.<sup>74</sup>

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

A presente investigação pode ser caracterizada como um estudo transversal e observacional e analítico com uma abordagem quantitativa.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido no município de Barra Funda (RS), emancipado em 24 de março de 1992, pela Lei Estadual nº 9.538. Anteriormente constituía-se um distrito de Sarandi.

O município situa-se na Região Noroeste do Estado a uma distância de 350 km da capital, com área de 60 km<sup>2</sup>, conhecida e denominada de “A Terra da Água Mineral Sarandi”. Conta com oito comunidades rurais assim denominadas: São José Agusso, Santo Antônio Agusso, Linha Cabrito, Linha Carijo, Ervalzinho, Barra do Ervalzinho, Linha Encantado e Santa Lúcia.

#### **3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população do estudo foi constituída por sujeitos com mais de 60 anos residentes no município.

A população de Barra Funda, segundo o censo de 2000, era de 2.231 habitantes, dos quais 1.107 do gênero masculino e 1.124 do feminino.

A estimativa, conforme o Datasus, era de 2.390 habitantes em 2006. O total de idosos, segundo o censo (2000) era de 223, com projeção para 2006 de 242 idosos, constituído de 109 do gênero masculino e 133 do feminino.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Fizeram parte da amostra idosos de ambos os gêneros, dentro da faixa etária determinada, sendo avaliados todos os idosos que residiam no município há pelo menos cinco anos.

### 3.5 INSTRUMENTOS

Para a coleta dos dados foram empregados os instrumentos descritos a seguir.

Para avaliação da depressão foi adotado o Inventário de Depressão de Beck (IDB) (Anexo I), composto por 21 questões, cada qual com quatro alternativas com valores atribuídos de 0 a 3 e o escore é dado pela somatória do total de alternativas. A soma total desses escores mostra o grau de severidade da depressão. Os dados obtidos pelo IDB podem ser interpretados segundo a severidade da depressão, utilizando-se os mesmos pontos de corte propostos por Gorenstein e Andrade,<sup>75</sup> que são: <10 pontos: depressão mínima ou sem depressão; 10-18 pontos: depressão leve a moderada; 19-29 pontos: depressão moderada a grave; 30-63 pontos: depressão grave.

Para a avaliação do apoio social foi adotada a Escala de Apoio Social empregada no *Medical Outcomes Study* (MOS), traduzida e validada no estudo de Griep (Anexo II). Este instrumento, além de abranger as principais dimensões funcionais de apoio social descritas na literatura, apresenta propriedades psicométricas adequadas em sua versão original. O questionário é composto por 19 itens com cinco dimensões funcionais de apoio social: material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. Em cada pergunta o avaliado deve indicar com que frequência considera disponível o tipo de apoio em caso de necessidade: nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre. Para o cálculo dos escores, em cada uma das cinco dimensões de apoio social são atribuídos pontos a cada opção de resposta, que variaram entre 1 (nunca) e 5 (sempre). Os escores obtidos pela soma dos pontos totalizados pelas perguntas de cada uma das dimensões são

divididos pelo escore máximo possível na mesma dimensão. O resultado da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) é multiplicado por 100.<sup>76</sup>

Também foi aplicada a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young e adaptada e validada por Pesce et al.<sup>10</sup> (Anexo III). A escala possui 25 itens descritos de forma positiva, com respostas tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência.

Para a avaliação da espiritualidade adotou-se a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE – *Spiritual Well-Being Scale*), de Paulotzian e Ellison, adaptada por Marques (Anexo IV). É composta de 20 questões com pontuação de 1 a 6, dividida em duas subescalas, uma de bem-estar religioso e outra de bem-estar existencial. Os pontos de corte sugeridos para o escore geral de bem-estar espiritual apresentam os intervalos de 20 a 40, 41 a 99 e 100 a 120, para baixo, moderado e alto bem-estar.<sup>58</sup>

### 3.6 PROCEDIMENTOS

Metodologicamente, este estudo foi constituído de diferentes etapas:

- 1) *Primeira etapa* – conhecer a população-alvo do estudo e selecionar a amostra. Para tanto foram buscadas informações na Plataforma do Datasus, identificando as projeções demográficas do município para a população idosa.
- 2) *Segunda etapa* – o processo de avaliação inicia-se a partir do contato com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Barra Funda, ocasião em que foi apresentada a proposta do estudo e os objetivos, e prestados tipos de esclarecimento que se fizeram necessários.
- 3) *Terceira etapa* – foram empregadas informações de uma pesquisa prévia intitulada “Avaliação da Qualidade de Vida da População Idosa do Município de Barra Funda-RS”, referentes a um questionário elaborado para identificação da amostra, composto de dados pessoais como escolaridade, raça, recursos

econômicos, grau educacional e como reside, indicador da condição de saúde, perfil de patologias, uso de medicação (Anexo V).

Para determinar a capacidade funcional foram utilizados os instrumentos: Índice de Barthel (Anexo VI), que analisa dez atividades básicas de vida diária, e a Escala de Lawton (Anexo VII), que avalia as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Esta escala determina a capacidade de idosos se adaptarem ao seu meio e inclui atividades variadas tais como: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar o transporte, tomar remédios, tomar conta do orçamento e caminhar. A pontuação máxima é de 27 pontos, e as possibilidades de cada item são: realizar a atividade sem ajuda (3 pontos e significa independência), com ajuda parcial (2 pontos, capacidade com ajuda) e não consegue realizar a atividade (1 ponto e significa dependência). A aplicação desse instrumento varia em torno de 3 a 5 minutos.<sup>77</sup>

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi empregado para avaliação do estado mental dos idosos (Anexo VIII).<sup>78</sup> Consiste em um questionário com cinco domínios: orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem. O avaliador marca um ponto para cada resposta correta, com a pontuação máxima atingindo 30 pontos. Para a interpretação é utilizado como ponto de corte 20 para analfabetos e 24 para escolaridade superior.<sup>79</sup>

- 4) *Quarta etapa* – coleta de dados sobre suporte social, resiliência e espiritualidade realizada pelo pesquisador e por um grupo de auxiliares previamente treinados.

Para o preparo dos pesquisadores auxiliares foram adotadas as seguintes estratégias:

- explicação sobre os objetivos do trabalho;
- descrição e explicação sobre os instrumentos;
- treinamento com utilização dos instrumentos entre os componentes do grupo;
- realização de uma coleta-piloto envolvendo um grupo de 20 idosos do município.

A partir do treinamento dos pesquisadores sobre suporte social, resiliência e espiritualidade, foi realizada a coleta dos dados.

A coleta ocorreu em visita domiciliar; quando o idoso não foi encontrado em seu domicílio foram feitas mais duas visitas.

Os idosos, ou em sua impossibilidade seus cuidadores, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a utilização e publicação das informações coletadas (Anexo IX).

Os dados foram coletados entre março e abril de 2007, com o emprego dos instrumentos estabelecidos.

Após a realização da coleta dos dados, estes foram organizados e analisados de acordo com o descrito na análise dos dados.

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados colhidos foram analisados com a utilização da estatística descritiva, por meio do programa Microsoft Excel e SPSS, versão 11.5.1, licenciados para a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

As variáveis quantitativas foram descritas em função de sua média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram organizadas e elaboradas as suas respectivas tabelas.

As associações entre as variáveis quantitativas realizaram-se por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson. Já a associação entre as variáveis categóricas foi estabelecida por meio do Teste do Qui-Quadrado.

As diferenças eventuais entre as médias das variáveis quantitativas dos sujeitos agrupados segundo as diferentes categorias, foram verificadas mediante o Teste t de Student para grupos independentes.

A confiabilidade ou consistência interna dos itens das escalas foram analisadas por meio do coeficiente Alfa de Cronbach e pelo método da precisão das duas metades. As variáveis associadas à depressão foram identificadas por meio da regressão múltipla com o método passo a passo (*stepwise*).

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a efetivação da presente pesquisa o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), aprovado sob o parecer consubstanciado 05/02744 (Anexo X).

Para realização da coleta de dados foi solicitada autorização dos participantes do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o qual trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

A coleta dos dados ocorreu somente após a autorização, a concordância e a assinatura do termo de consentimento pelos participantes.

## 4 RESULTADOS

A partir dos questionários de informações aplicados aos idosos obtiveram-se os dados referentes ao perfil deste grupo.

As informações foram organizadas em tópicos, compreendendo:

- variáveis demográficas e socioculturais (idade, gênero, etnia e procedência, atividade profissional, escolaridade, relação familiar);
- condições de saúde;
- capacidade funcional (AVDs e AIVDs);
- saúde mental (depressão e estado cognitivo);
- suporte social, resiliência e espiritualidade;
- associação entre depressão e as demais variáveis.

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOCULTURAIS

Quanto às variáveis demográficas, do total da população da cidade de Barra Funda, que é de 2.241 habitantes, 242 (10%) têm mais de 60 anos. Os instrumentos foram respondidos por 218 (90%) idosos.

Com relação à etnia, 195 idosos (89,4%) declararam-se como descendentes de italianos.

A moradia como residência própria foi referida por 210 (96,3%), com 209 (95,9%) vivendo com o cônjuge ou familiar. Apenas 9 (4,1%) afirmaram que viviam sozinhos. O número de filhos por idoso variou de 0 a 15, com média de 5,24 ( $\pm 2,9$ ) por idoso.

A área de residência dos idosos é descrita no Gráfico 1.

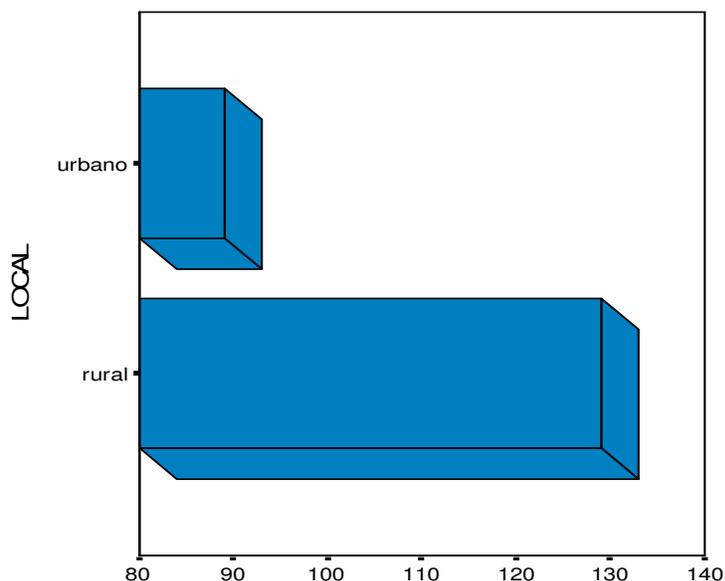


Gráfico 1: Descrição da área de residência dos idosos de Barra Funda (RS), 2006. Fonte: dados da pesquisa (2007).

Com relação à área de residência, 129 idosos eram residentes na zona rural e 89 na urbana.

A legislação define como rurais as áreas situadas fora dos limites das cidades (sedes dos municípios), das vilas (sedes distritais) e das áreas urbanas isoladas.<sup>80</sup>

Esta característica identifica o município de Barra Funda como predominantemente rural.

Ao relacionar-se a distribuição por gênero com a procedência urbana ou rural do idoso, ocorre uma diminuição da proporção de mulheres no espaço rural em relação ao urbano, respectivamente 56% e 64%.

A maioria dos idosos teve ou ainda tem a agricultura como atividade ocupacional principal. Com relação à atividade atual, 98% dos idosos declararam-se aposentados, mantendo vínculo com o trabalho agrícola.

No Gráfico 2 apresentam-se as atividades anteriores exercidas pelos idosos.

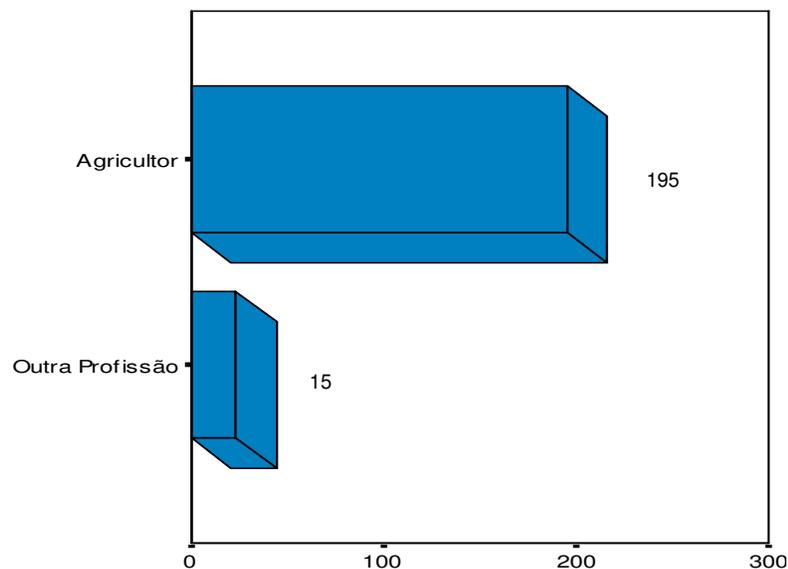


Gráfico 2: Profissão anterior exercida pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006.  
Fonte: dados da pesquisa (2007).

O município de Barra Funda tem sua economia baseada na agricultura e no engarrafamento de água mineral.

O Gráfico 3 descreve a média de idade/ano por gênero entre os idosos de Barra Funda.

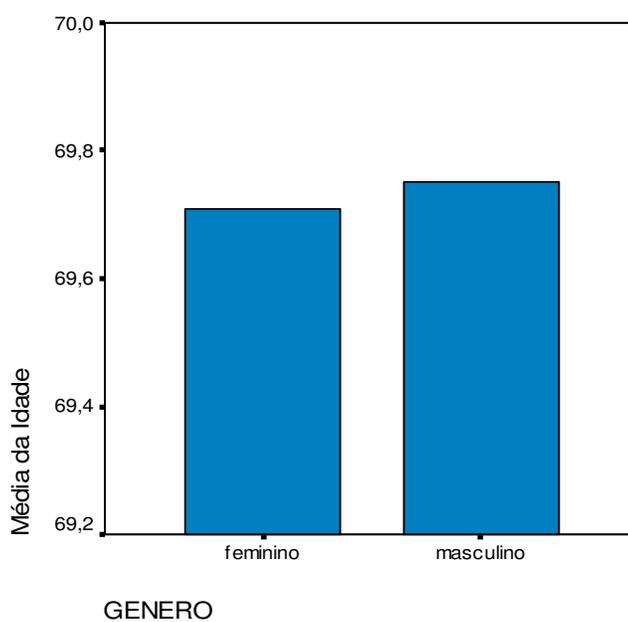


Gráfico 3: Descrição da média de idade/ano por gênero entre os idosos de Barra Funda (RS), 2006.  
Fonte: dados da pesquisa (2007).

Na comparação das médias das idades por meio do teste t de *Student* independente entre o gênero masculino e feminino não foi identificada diferença significativa ( $p=0,969$ ).

A média da idade da população de idosos para ambos os gêneros, da área urbana foi de 69,98 ( $\pm 7,79$ ), e da área rural de 69,57 ( $\pm 7,98$ ) não havendo diferença significativa.

A descrição demográfica da amostra é apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1 – Dados sobre gênero, estado civil, faixa etária e escolaridade (n= 218)**

Variável	Descrição	Freqüência	Porcentagem
Gênero	Masculino	88	40,4
	Feminino	130	59,4
Estado civil	Casado	148	67,9
	Viúvo	60	27,5
	Solteiro	10	4,6
Escolaridade	Analfabeto	41	18,8
	Ensino Fundamental incompleto	171	78,4
	Ensino Fundamental completo	4	1,8
	Ensino Médio incompleto	2	0,9
Faixa etária	60 a 69 anos	121	55,5
	70 a 79 anos	67	30,7
	80 anos ou mais	30	13,8

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Há um predomínio na população idosa do gênero feminino.

Os idosos, em sua maioria, declaram-se casados, sendo similar sua distribuição por gênero. Entre os viúvos, porém, 80% são mulheres.

Com relação à escolaridade, entre analfabetos e Ensino Fundamental incompleto temos 97,2% da população de idosos.

A idade variou de 60 a 90 anos com uma média de 69,72 anos e um desvio padrão de 7,89.

## 4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Na Tabela 2 temos descritas algumas variáveis relacionadas às condições de saúde desta população.

**Tabela 2 – Descrição de variáveis relacionadas à saúde dos idosos de Barra Funda Rio Grande do Sul, 2006**

Variável	N	Porcentagem
Plano de Saúde		
Não	199	91%
Sim	19	9%
Consulta Médica		
Não Procurou	169	77%
Sim e foi atendido	45	21%
Outros	4	2%
Número de consultas médicas		
0	43	20%
1	31	14%
2	32	15%
Mais de 2	112	51%
Número de internações hospitalares		
0	182	84%
1	24	11%
2	7	3%
Mais de 2	5	2%
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100%</b>

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Observou-se que 199 (91,3%) não possuem plano de saúde.

A realização de consulta médica nas duas últimas semanas foi muito pequena entre os sujeitos avaliados, como também a internação hospitalar nos últimos 12 meses. Considerando, porém, este mesmo período houve a realização de mais de duas consultas entre a maioria dos sujeitos avaliados.

Com relação à avaliação da percepção de saúde, o Gráfico 4 expressa a opinião dos idosos, que é um importante indicador das condições de saúde dos mesmos.

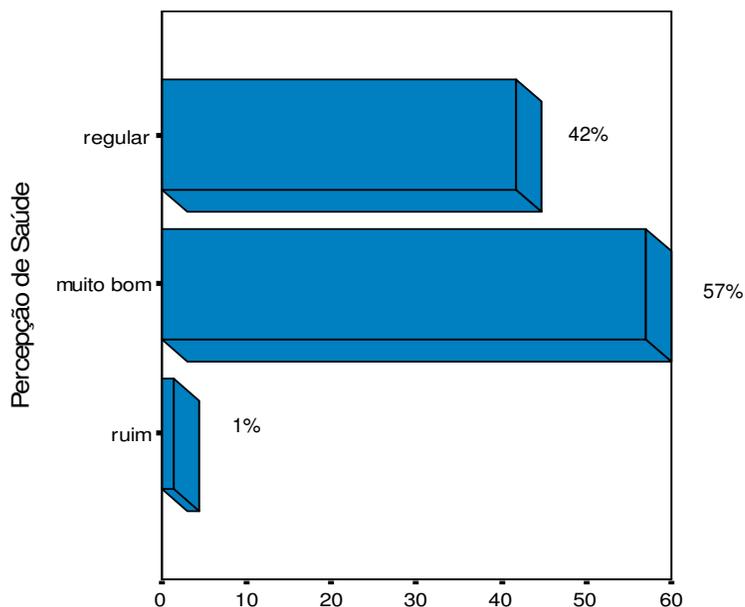


Gráfico 4: Descrição da avaliação da percepção de saúde pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006.

Fonte: dados da pesquisa (2007).

A maioria dos sujeitos avaliados considera o seu estado de saúde como muito bom.

A identificação sobre a presença de doença foi avaliada mediante do relato do idoso de diagnóstico prévio realizado por um médico das patologias questionadas pelos entrevistadores, por meio da seguinte pergunta: “algum médico lhe diagnosticou que você tem ou teve”; seguindo uma lista de morbidades para escolha dos sujeitos.

Na Tabela 3 apresentam-se as principais comorbidades declaradas pelos idosos.

**Tabela 3 – Distribuição das principais comorbidades declaradas (percebidas) pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006**

Comorbidade	Sim	
	Freqüência	%
Hipertensão arterial	100	45,9
Angina	21	9,6
Infarto agudo miocárdio	3	1,4
Derrame	5	2,3
Enfisema	8	3,7
Asma /bronquite	3	1,4
Úlcera gástrica	15	6,9
Constipação	17	7,8
Neoplasia	4	1,8
Alergia	20	9,2
Trombose	17	7,8
Insuficiência cardíaca	3	1,4
Cirurgias	15	6,9
Fraturas	4	1,8
Diabetes	22	10,1
Doenças reumáticas	12	5,5

Fonte: dados da pesquisa (2007).

As principais patologias relatadas pelos idosos avaliados referem-se às doenças cardiovasculares, como hipertensão, angina e trombose.

Outra patologia que foi bastante citada pelos idosos foi o Diabetes. Nenhuma doença foi referida por 74,3% dos idosos e uma ou mais doenças por 25,7%.

Na Tabela 4 são apresentados os resultados de confiabilidade calculado através do Alpha de Cronbach, para verificar a consistência interna dos instrumentos.

**Tabela 4 – Confiabilidade ou consistência interna das escalas**

<b>Escala</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Precisão das duas metades</b>
Resiliência	0,849	0,825
Apoio social	0,977	0,921
Bem-estar espiritual	0,918	0,934
Bem-estar religioso	0,979	0,959

Fonte: dados da pesquisa (2007).

A consistência interna das escalas utilizando o cálculo do Alfa de Cronbach apresentou bom resultado para todas as escalas de resiliência, apoio social, bem-estar espiritual e bem-estar religioso.

#### 4.3 CAPACIDADE FUNCIONAL

Na Tabela 5 estão descritas informações do Índice de Barthel, que avalia as atividades de vida diária e escala de Lawton, que avalia as atividades instrumentais de vida diária.

Diversos estudos referem que a capacidade funcional é um robusto determinante da autopercepção de saúde entre os idosos.<sup>81, 82</sup>

**Tabela 5 – Medidas descritivas das escalas Barthel e Lawton respondidas pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006**

<b>Escala</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Barthel	98,92	5,93	55	100
Lawton	22,56	3,04	2	24

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Os resultados do Índice de Barthel identificaram 95% dos sujeitos avaliados com máxima independência para a realização das atividades de vida diária.

A avaliação das atividades instrumentais de vida diária, utilizando a Escala de Lawton, identificou 59% dos sujeitos com máxima independência para atividades instrumentais de vida diária.

#### 4.4 SAÚDE MENTAL – DEPRESSÃO E CAPACIDADE COGNITIVA

A avaliação da saúde mental está relacionada com os indicadores do Mini-exame do Estado Mental, que avalia a capacidade cognitiva do idoso, aferindo entre seus domínios memória (fixação e evocação), orientação (temporal e espacial), atenção e cálculo, linguagem e praxia construtiva. O inventário de depressão de Beck foi utilizado para identificação da depressão.

**Tabela 6 – Medidas descritivas das escalas relacionadas à saúde mental respondida pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006**

<b>Escala</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Mini-Mental	21,24	3,57	9	30
BDI (Beck)	0,67	2,13	0	15

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Na avaliação da capacidade cognitiva, utilizando o Mini-mental, com os escores estabelecidos de acordo com a escolaridade, foi avaliado que 75% dos idosos não apresentavam déficit cognitivo.

Na avaliação da depressão, utilizando o Inventário de Beck, foi identificada uma prevalência de 2,3% de indício de depressão entre os idosos.

#### 4.5 SUPORTE SOCIAL, RESILIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE

Os resultados da avaliação das condições de apoio social, resiliência e espiritualidade, envolvendo bem-estar religioso e bem-estar espiritual, estão descritas na Tabela 7.

**Tabela 7 – Medidas descritivas das escalas resiliência, apoio social, bem-estar religioso e espiritual respondidas pelos idosos de Barra Funda (RS), 2006**

<b>Escala</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Resiliência	127,87	6,36	93	136
Apoio Social	93,67	4,92	64	95
B.E. Religioso	59,35	2,95	39	60
B.E. Espiritual	58,97	2,96	40	60

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Na avaliação do apoio social, utilizando a Escala de Apoio Social, os resultados podem variar entre 19 a 95; quanto maior o escore maior o apoio social. A média do escore encontrada nos idosos foi de 93,67.

Na identificação da resiliência foi utilizada a Escala de Resiliência. Nesta o somatório final das respostas da escala varia entre 25 e 175 pontos. A média dos escores no grupo de idosos foi de 127,87.

Com relação ao Bem-estar Espiritual, esta escala é dividida em duas subescalas: bem-estar existencial e bem-estar religioso.

Os resultados analisados separadamente entre as subescalas ou analisados no conjunto da escala de bem-estar espiritual foram identificadas como moderado bem-estar em 1,8% dos idosos e alto bem-estar em 98,2% dos mesmos.

#### 4.6 FATORES ASSOCIADOS DA DEPRESSÃO

Foram realizadas correlações entre o conjunto de variáveis analisadas com os resultados da escala de depressão de Beck (BDI), conforme descrito na Tabela 8.

**Tabela 8 – Coeficiente de correlação linear de Pearson entre o inventário de depressão de Beck (BDI) com as demais escalas**

		Barthel	Lawton	Mini-Mental	Resiliência	Apoio social	Bem-estar religioso	Bem-estar espiritual
BDI	r de Pearson	-0,024	-0,058	-0,008	-0,659	-0,558	-0,240	-0,464
	Valor-p	0,726	0,397	0,906	< 0,001	< 0001	< 0,001	< 0,001

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Os resultados da correlação de Pearson identificam associação da depressão com resiliência, apoio social, bem-estar religioso e bem-estar espiritual. Não foi identificada associação com Barthel, Lawton e Mini-mental.

Para avaliar as variáveis associadas à depressão utilizou-se o modelo de regressão linear com o método *Stepwise*.

As variáveis independentes incluídas no modelo foram: comorbidades (dada pelo número das seguintes doenças: diabetes, hipertensão, angina, infarto agudo do miocárdio, derrame, enfisema pulmonar, asma brônquica, doença reumática, úlcera gástrica, constipação, neoplasia, alergia, trombose e insuficiência cardíaca), idade, procedência, gênero, estado civil, escores da escala de Barthel, escores da escala de Lawton, capacidade cognitiva (Mini-mental), resiliência, bem-estar religioso, bem-estar espiritual e apoio social.

Foi identificado um coeficiente de determinação (R-quadrado) de 0,569. Assim, as variáveis independentes são capazes de explicar 56,9% das mudanças dos escores na escala de depressão ( $F = 20,691$ ;  $p < 0,001$ ).

Segundo a análise de regressão as variáveis independentes significativas no modelo foram: idade, estado civil casado ou viúvo, bem-estar religioso, bem-estar espiritual, resiliência e procedência urbano/rural.

Na Tabela 9 encontra-se o resultado da regressão linear múltipla entre as variáveis selecionadas.

**Tabela 9 – Regressão linear múltipla, método *Stepwise*, entre as diferentes variáveis independentes e a depressão**

<b>Variável</b>	<b>B (coeficiente)</b>	<b>T (estatística teste)</b>	<b>Valor- p</b>
Resiliência	- 0,208	-7,355	< 0,001
Bem-estar religioso	0,294	4,473	< 0,001
Idade	0,054	4,165	< 0,001
Procedência (urbano/rural)	0,641	3,086	0,002
Estado civil – Viúvo	- 1,673	-3,428	0,001
Estado civil – Casado	-1,272	-2,628	0,009
Bem-estar espiritual	- 0,218	-2,471	0,014

Obs: Percentagem da variância explicada (R quadrado): 55,5%.

Fonte: dados da pesquisa (2007).

Estes resultados indicam que as variáveis independentes: resiliência, bem-estar religioso, bem-estar espiritual, idade, procedência (urbano ou rural) e estado civil foram responsáveis pela explicação de 55,5% da variação dos escores da depressão.

Na regressão linear múltipla os coeficientes negativos indicam fator de proteção com relação à depressão. Assim, para cada ponto a mais na escala de resiliência, mantendo-se as demais variáveis constantes, observa-se uma redução média de 0,208 pontos na escala de depressão.

Para cada ponto a mais na escala de bem-estar espiritual mantendo-se as demais variáveis constantes, observa-se uma redução média de 0,218 pontos na escala de depressão. O estado civil casado ou viúvo é um redutor da depressão quando comparado com os idosos solteiros.

A idade e o bem-estar religioso a cada unidade de aumento implicam em aumento também da depressão, respectivamente, em 0,054 e 0,294.

Um idoso de procedência urbana tem um acréscimo de 0,641 pontos na depressão quando comparado com um idoso da área rural.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOCULTURAIS

O perfil da população estudada apresenta características singulares de um pequeno município, com predomínio rural, do interior do Estado do Rio Grande do Sul. A proporção de idosos na população total do município é de 10%, ao compararmos com os dados do Brasil que, em 2005, foi de 10,2% e no Rio Grande do Sul foi de 12,3%.

Segundo o IBGE,<sup>83</sup> o crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo em um grau sem precedentes.

Os idosos avaliados neste estudo são, em sua maioria, da área rural. No Brasil, o envelhecimento é um fenômeno predominantemente urbano (82% dos idosos estão morando em cidades) e o processo de transição demográfica caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adultas e idosas vem modificando a pirâmide populacional.<sup>84</sup> Convém salientar que a grande maioria da população brasileira é urbana. Nas últimas décadas tem ocorrido um decréscimo da população rural como um todo, e não apenas no segmento idoso.<sup>85</sup>

Nos EUA a população idosa nas áreas rurais chega a 15% e na urbana a 12%. Existem diferenças entre idosos urbanos e rurais: idosos rurais apresentam diferentes características socioeconômicas e concentração geográfica; aparentemente são mais pobres que os urbanos e os serviços de saúde nas áreas rurais são reduzidos e menos acessíveis.<sup>86</sup>

Com relação à distribuição por gênero, foi encontrado um predomínio da população feminina em relação à masculina, respectivamente 60% e 40% entre os idosos avaliados. No Brasil a distribuição entre mulheres e homens é respectivamente 55% e 45%.<sup>87</sup>

Para Veras,<sup>15</sup> o aumento na população feminina em relação à masculina está associado à redução da mortalidade feminina em todo o mundo. Em nosso país ocorre, tanto numericamente quanto em relação à expectativa de vida, um predomínio feminino, chamado de “feminização da velhice”.

A hipótese de os homens morrerem mais cedo pode ser associado a um estilo de vida referente a fatores de risco; as mulheres beneficiam-se de efeitos protetores hormonais, vivenciando ainda menor exposição a mortes violentas e uma atitude de mais cuidado para com a sua saúde.<sup>88</sup>

No campo, contudo, este processo é diferenciado, pois ocorre maior redução da população feminina, quando vão em busca de emprego e, também, pelo grau de instrução da mulher ter se tornado que o dos homens. A ausência de jovens de sexo feminino pode estar contribuindo para um baixo índice de fecundidade no campo e, conseqüentemente, o envelhecimento da população rural.<sup>89</sup>

Entre os idosos de Barra Funda, com relação ao estado civil, ocorre um predomínio dos casados e, entre os viúvos, a grande maioria são mulheres. Esta condição poderia ser explicada pelo fato de as mulheres viverem mais que os homens, e terem maiores possibilidades de viverem sozinhas na terceira idade. Em quase todos os países, o número de viúvas é maior que o de viúvos. Nos países periféricos, o número de mulheres que vivem só é muito menor que nos países desenvolvidos, mas ainda é mais alto entre as mulheres que entre os homens.<sup>89</sup> A procura da segunda parceira entre os idosos é maior do que entre as idosas, com taxa de segundo casamento maior para homens em todas as idades.<sup>90</sup>

A escolaridade foi outro elemento avaliado no estudo. Entre os idosos de Barra Funda 18,8% são analfabetos. Este número é similar aos 16% de idosos analfabetos encontrados no Brasil em 2002.<sup>19</sup> Considerando o conceito de analfabetismo funcional, em que o processo de alfabetização se consolida somente após a 4ª série do Ensino Fundamental, esta situação torna-se mais indesejável, pois 78,8% dos sujeitos avaliados não completaram o Ensino Fundamental.<sup>91</sup>

Fatores relacionados à procedência rural e ao gênero feminino, predominante entre os idosos avaliados, podem influenciar esta baixa escolaridade. A vinculação do analfabetismo no idoso com o ambiente rural é referida no Censo Idoso do Rio

Grande do Sul.<sup>92</sup> A baixa escolaridade dos idosos é fator agravante das desigualdades e dificulta acompanhar as transformações ocorridas no mundo moderno.

Com relação à idade entre os sujeitos avaliados houve variação de 60 a 90 anos, com uma média de 69,62 ( $\pm 7,89$ ) anos, tendo na faixa etária dos 60 aos 69 anos uma maior frequência, o que caracteriza esta população como de idosos jovens. Segundo a PNAD a faixa etária dos 60 aos 69 anos é a de maior proporção de população idosa no Brasil.<sup>93</sup>

A respeito da relação familiar entre os idosos, a maioria relatou conviver com o cônjuge ou filhos. Este convívio é favorecido pela composição das famílias, nas quais de 86% dos idosos tem três ou mais filhos. A existência de relações de convívio com familiares é condição importante para a determinação de melhor condição de saúde entre os idosos. Litwin,<sup>94</sup> em uma amostra de idosos de Israel, observou que a maior diversidade de redes de apoio social melhora a qualidade da saúde dos idosos.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar, na composição familiar do Brasil predominam famílias nucleares, com menor presença de famílias extensas.<sup>92</sup> A família é o esteio do idoso, seja afetivo, como suporte social e financeiro, mas a família contemporânea, cujo modelo hegemônico é o nuclear, com tamanho reduzido, fragilidade dos laços matrimoniais, distanciamento entre parentes e perda do sentido de responsabilidade com as gerações mais velhas, limita a manutenção das condições de saúde física e mental deste idoso.

As famílias de Barra Funda não apresentam esta característica por haver a manutenção do convívio familiar, por ser a maioria casados e ainda por ter uma elevada média de filhos.

Outro aspecto importante sobre os idosos do município é o predomínio da etnia italiana. Estudo de Santos e Vaz<sup>95</sup> sobre a relação entre a cultura e o processo do envelhecimento apontou que a manutenção de uma estrutura cultural estável, mantendo costumes e promovendo os laços familiares e de amizade (como é o caso dos descendentes de italianos), possibilita aos idosos a diminuição da depressão.

Negreiros,<sup>96</sup> ao relatar trabalho envolvendo grupo de idosos italianos residentes nos EUA, onde havia a manutenção de uma sociedade mais igualitária, com menor tensão psicológica, com maior rede de apoio social, em que se compartilhavam alimentos, músicas, costumes, tradições e religião, identificou associação entre a cultura, a saúde e a longevidade.

Com relação à atividade atual, 98% dos idosos avaliados declararam-se aposentados, mas ainda mantendo vínculo com o trabalho agrícola. A aposentadoria aparece como importante complementação de renda, principalmente no meio rural, trazendo uma maior autonomia para o idoso, diminuindo sua dependência dos filhos.<sup>97</sup> Na década de 90 do século 20, houve um incremento do percentual de idosos que são aposentados e ainda trabalham tanto homens quanto mulheres e tanto na zona urbana quanto rural.<sup>98</sup>

## 5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Com relação à avaliação da condição de saúde, a maioria dos idosos de Barra Funda (56,9%) avaliou como sendo sua saúde muito boa, não referindo internação hospitalar nos últimos 12 meses (83,5%), nem tendo realizado consulta médica nas duas últimas semanas (77,5%). Esta avaliação foi similar à encontrada entre idosos mais velhos da área rural do município de Encruzilhada do Sul, onde 53% identificaram sua saúde como ótima ou muito boa.<sup>99</sup>

A percepção da própria saúde é um forte indicador do estado de saúde dos idosos porque prediz de forma consistente a sobrevivência dessa população.<sup>5</sup> Um fator que pode ter influenciado em uma melhor avaliação da percepção de saúde entre os idosos de Barra Funda é a idade, pois se trata de uma população de idosos jovens.

O acesso, a disponibilidade, a dificuldade de transporte e a baixa renda, interferem na utilização dos serviços de saúde em populações rurais.<sup>100</sup> Isto poderia ter influenciado a baixa utilização dos serviços de saúde entre os idosos. Na avaliação subjetiva das condições de saúde, contudo, os indicadores mostram-se bastante favoráveis, o que sugere boas condições de saúde tanto na população urbana quanto na rural.

A presença de patologias foi avaliada a partir do relato dos idosos, quando questionados se algum médico informou ou diagnosticou sobre esta condição. No Brasil, inquéritos populacionais demonstram que a maioria dos idosos (80%) apresenta pelo menos uma doença crônica, e uma significativa parcela (33%), três ou mais agravos.<sup>84</sup> A velhice é um período da vida com uma alta prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social.<sup>28</sup>

Com relação ao tipo de doença mais referida entre os idosos de Barra Funda, as doenças cardiovasculares foram as mais citadas. Estas destacam-se entre os pacientes geriátricos juntamente com as doenças respiratórias, artrite, distúrbios emocionais ou psicológicos, como ansiedade ou depressão, e endócrinas, como a diabetes tipo dois.<sup>101</sup> Dados do Ministério da Saúde do Brasil indicam que as doenças circulatórias são a primeira causa de mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002. Estes números são principalmente significativos quando relacionados aos idosos, e ainda a primeira causa de internação hospital nesta faixa etária.<sup>102</sup>

### 5.3 CAPACIDADE FUNCIONAL

A capacidade funcional dos idosos foi avaliada a partir da condição para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Para tanto foram empregadas as escalas de Barthel e Lawton. O conceito de capacidade funcional, conforme definido na Política Nacional de Saúde do Idoso, promulgada em fins de 1999, relaciona-se à manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma.<sup>103</sup> A capacidade funcional, dentro de um novo paradigma da saúde para os idosos, associa-se a uma noção de envelhecimento saudável.<sup>5</sup>

Os resultados das escalas de Barthel e Lawton indicam valores máximos em respectivamente 95% e 60% dos idosos. Em Barra Funda, 58,7% dos idosos foram classificados com independência total, considerando os resultados associados destas escalas.

Fatores individuais são apontados com forte associação com a capacidade funcional entre idosos: *status* socioeconômico, baixos índices de atividade física, baixa frequência de contatos sociais e depressão, tanto em estudos longitudinais quanto transversais, nos Estados Unidos e na Europa.<sup>104</sup>

Similar aos resultados deste estudo, pesquisa realizada na cidade de Fortaleza (Ceará) buscando identificar o perfil multidimensional do idoso, encontrou em 52,3% dos idosos autonomia total para realizar AVDs; 35% relatou necessidade de ajuda para realizar até 3 atividades; 9,9% de quatro a seis atividades e 2,8% sete ou mais atividades.<sup>105</sup> Já em estudo epidemiológico com pessoas cadastradas no Programa Saúde da Família, PSF e no Cartão Nacional de Saúde em São Carlos (SP), foi encontrado apenas 23,6% dos participantes relatando completa independência.<sup>106</sup>

Estudo realizado no ano de 2000 com 2.143 pessoas de 60 anos e mais, residentes no município de São Paulo (pesquisa SABE), identificou que a maioria dos idosos (80,7%) não apresentava limitações funcionais que impediam o seu autocuidado.<sup>107</sup> As informações relacionadas à capacidade funcional na população idosa salientam a importância de se desmistificar a idéia de que o idoso é altamente dependente, possuindo grande incapacidade funcional.

#### 5.4. SAÚDE MENTAL – DEPRESSÃO E CAPACIDADE COGNITIVA

A saúde mental está relacionada à capacidade cognitiva e à depressão. Assim sendo, a escolaridade é uma variável que influencia na análise dos escores. Quanto maior a escolaridade do indivíduo, melhor é o seu desempenho no MEEM.<sup>80</sup>

Considerando a escolaridade, a prevalência de transtorno cognitivo entre os idosos de Barra Funda foi de 25%. A partir do estudo de revisão de 28 artigos sobre a prevalência de demência entre idosos, Lopes e Bottino<sup>108</sup> identificaram resultados bastante divergentes entre os estudos, variando de 1,17% na faixa de 65-69 anos a 54,83% na faixa acima de 95 anos. Estes resultados seriam influenciados por idade, gênero e estratégia metodológica de coleta das informações.

Os resultados referentes aos idosos de Barra Funda foram similares aos encontrados em estudos epidemiológicos na comunidade, utilizando o Mini-mental, em países desenvolvidos que obtiveram uma prevalência em torno de 20%. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo brasileiro de Catanduva (SP), com idosos acima de 65 anos, havendo 16,51% de prevalência de demência.<sup>109</sup> Já, estudo utilizando Mini-mental, buscando a prevalência de transtorno cognitivo em rastreamento da população de Santo Antônio de Pádua (RJ), apontou, contudo, uma prevalência de 16,51% deste transtorno.<sup>110</sup>

Com relação à depressão no Brasil na população acima de 65 anos de idade vivendo na comunidade, esta chega a 14,3%, acima dos valores encontrados em estudos internacionais, em que a percentagem varia de 10,3% a 13,5%.<sup>101</sup>

Entre os idosos de Barra Funda, porém, a prevalência de depressão foi abaixo disto, alcançando 2,3%. As taxas da maioria das doenças psiquiátricas são menores na velhice do que na meia-idade e na vida adulta, e há poucas doenças psiquiátricas com início na velhice. As taxas de depressão são três vezes mais baixas entre pessoas de 65 anos do que entre as na meia-idade e na vida adulta.<sup>111</sup>

Para Snowden,<sup>112</sup> existe uma grande incoerência entre os resultados dos estudos que buscam identificar a prevalência de depressão em idosos. Fatores relacionados aos critérios diagnósticos, metodologias utilizadas para estabelecer estes critérios, e questões relacionadas à idade destes idosos, são os elementos apontados como causadores destas discrepâncias. Diferenças de percentuais encontradas quanto à depressão entre as pesquisas comparadas com o resultado deste estudo podem, talvez, ser atribuídas à utilização de diferentes escalas, ou ainda, às possíveis diferenças sociodemográficas entre as comunidades envolvidas.

## 5.5 SUPORTE SOCIAL, RESILIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE

Ao analisar-se a relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre um grupo de idosos que frequenta centro de terceira idade, foi evidenciada associação entre estas variáveis, ressaltando que o índice de correlação foi expressivamente mais alto entre ansiedade e depressão.<sup>113</sup>

Na maioria dos idosos de Barra Funda foi identificado elevado apoio social, demonstrado pelos altos escores obtidos pela Escala de Apoio Social. Semelhanças aos resultados desta pesquisa foram encontradas no estudo de Bambuí, que identificou a existência de suporte social na população idosa por meio de extensa rede de solidariedade entre gerações, verificada na ajuda que os idosos recebem ou que prestam a sua família.<sup>114</sup>

Residir com familiares, porém, não significa receber um suporte social adequado. Os resultados do estudo SABE identificaram a presença de melhor apoio aos idosos com arranjos não-familiares na comparação com famílias bi ou tri-geracionais.<sup>107</sup>

Os resultados da avaliação, utilizando a Escala de Resiliência, identificaram entre os idosos grande capacidade de resiliência, condição esta influenciada pela existência de suporte social adequado, crenças e estados emocionais positivos, regulação afetiva, mecanismo de comparação social, senso de auto-eficácia percebida, entre outros.<sup>115</sup>

Os recursos internos da família, externos da comunidade e levando em conta ainda o fator espiritual, contribuem para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.<sup>45</sup> O fator espiritual foi avaliado entre os idosos de Barra Funda utilizando-se a Escala de Bem-estar Espiritual. Os resultados apontaram alto bem-estar espiritual, religioso e existencial.

Com o passar dos anos aumenta a crença e a fé. Os idosos participam mais de atividades religiosas, praticam mais orações e buscam mais engajamento e sentido para a vida do que os jovens.<sup>70</sup> Esta relação também foi encontrada em estudo epidemiológico realizado com uma população de idosos do Rio Grande do Sul, em que foi encontrada associação positiva entre envelhecimento e maior religiosidade.<sup>116</sup>

## 5.6 FATORES ASSOCIADOS DA DEPRESSÃO

A depressão foi utilizada como variável dependente em um modelo de regressão linear com o método *Stepwise*, buscando identificar variáveis associadas.

As variáveis que não foram associadas a este desfecho são: gênero, apoio social, comorbidades, capacidade funcional (Índice de Barthel e Escala de Lawton) e capacidade cognitiva (Mini-mental).

Houve, contudo, uma correlação significativa entre o apoio social e a resiliência. O apoio social influencia nas condições de saúde e mortalidade da população em geral e também para os idosos. A presença deste apoio tem sido fortemente associado à melhora na capacidade de resiliência entre idosos.<sup>117</sup>

Foi identificada relação com as seguintes variáveis: idade, estado civil casado ou viúvo, bem-estar religioso, bem-estar espiritual, resiliência e procedência urbano/rural.

Buscando identificar variáveis associadas à depressão Bós e Bós,<sup>118</sup> também por meio de um modelo de regressão multivariada, utilizando os dados extraídos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998), identificaram como fator de risco, como encontrado em Barra Funda, residir em zonas urbanas (aqueles que moram em zonas rurais teriam 40% menos probabilidade de terem depressão). Outras variáveis também foram associadas: sexo feminino, morar sozinho, raça branca, renda familiar baixa e morar na Região Sul do país.

Estudo de base populacional com idosos residentes na zona urbana de Pelotas (RS), utilizando a regressão linear múltipla para determinar a associação de variáveis com a depressão, foi encontrado relação com o desfecho apenas as variáveis: sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade, ausência de trabalho remunerado e morte de familiar no último ano. Com relação à situação conjugal não foi identificada associação.<sup>119</sup>

Para idosos residentes na zona urbana de Santa Cruz (RN), as variáveis associadas à depressão foram: idade acima de 75 anos, analfabetismo, má percepção de saúde e dependência para atividades instrumentais da vida diária.<sup>120</sup> Estas diferenças encontradas nas investigações sobre as variáveis associadas à depressão podem estar relacionadas às características dos estudos, envolvendo população urbana e/ou rural, idade dos sujeitos avaliados, os instrumentos utilizados para detecção da presença de depressão e os hábitos de vida característicos de cada agrupamento social.

Apesar de alguns autores sugerirem que muito idosos podem ser mais resistentes à depressão,<sup>121</sup> um estudo com idosos na cidade de Maringá (PR) não observou diferenças significativas entre a idade com a presença de indícios depressivos.<sup>122</sup>

Diferentemente ao encontrado na pesquisa com idosos de Barra Funda, no estudo do Projeto SABE foi identificada alta prevalência de sintomas depressivos entre os idosos mais jovens do que naqueles com 75 ou mais anos de idade.<sup>107</sup>

Os mecanismos que podem estar associados a uma maior prevalência de depressão em idade mais avançada seriam uma maior exposição a fatores de risco. Alguns fatores associados ao envelhecimento, como a perda da posição social, diminuição dos contatos sociais, a solidão, problemas financeiros, incapacidade física e medo e a perda de amigos, parentes, cônjuges, podem levar o idoso a apresentar depressão, o que demonstra uma relação direta entre esta situação e a idade mais avançada.<sup>123, 124</sup>

Outro fator associado à depressão foi a situação conjugal nos idosos de Barra Funda, pois estar casado ou viúvo mostrou-se fator de proteção. Esta variável foi identificada associada à depressão em estudo com idosos da Finlândia.<sup>125</sup> Os casados, a partir da presença do cônjuge, filhos e outros familiares, possuem um suporte familiar que colabora no cuidado e na resolução das situações de dificuldade vivenciadas. Com relação aos viúvos, foi identificado entre os idosos avaliados que a maioria tem filhos, mantém vínculo com a família e residem com familiares. Esta condição poderia proporcionar benefícios similares aos dos casados na proteção à depressão.

A procedência do idoso foi um fator associado à depressão, sendo considerado protetor residir em área rural. Para Moraes<sup>99</sup> o idoso no ambiente rural apresenta uma maior valorização, pois detém o conhecimento que informa sobre o trabalho e é responsável pela transmissão do mesmo. Outro aspecto importante é a manutenção de extensa rede familiar, em que os pais, cônjuges e filhos permanecem residindo no mesmo espaço, cabendo aos filhos a responsabilidade de cuidar dos pais idosos. Esta situação é vinculada ao conceito da resiliência em família, o qual está relacionado à capacidade de uma família adaptar-se e prosperar

diante de situações de estresse, tanto no presente como ao longo do tempo. Estas famílias respondem positivamente a estas condições de uma maneira singular.<sup>11</sup>

Nos idosos de Barra Funda, de procedência rural, a existência de extensa rede social vinculada às famílias e às relações entre seus membros, colaboraria para a resolução de conflitos com o desenvolvimento de condições de adaptação. Outro elemento de valorização do idoso rural está associado ao surgimento da aposentadoria rural. Esta representou a possibilidade de maior autonomia e independência deste, a partir da manutenção de um rendimento mínimo.

Similar a este estudo a condição da residência urbana associada à depressão foi identificada em pesquisa sobre depressão em idosos utilizando os dados do PNAD, edição 1998.<sup>119</sup>

A associação entre depressão e resiliência é salientada em diversos estudos, nos quais esta condição é influenciada por mecanismos protetores vinculados à capacidade dos sujeitos lidarem com os eventos estressores.<sup>126</sup> Esta associação também é referida por Pesce et al.<sup>10</sup> e Cupertino et al.,<sup>127</sup> que constataram que elevada resiliência se correlaciona com baixa somatização e depressão.

Em uma revisão sistemática da literatura foi identificado que um dos fatores que poderiam explicar a vinculação da resiliência com a depressão estaria ligado a uma condição biológica relacionada a alterações do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal.<sup>128</sup>

Outros elementos relacionados à capacidade de adaptação dos idosos estão vinculados às crenças e significados, à esperança, à espiritualidade e sentido de vida, como fatores que influenciam no processo de avaliação dos eventos estressores.<sup>45, 129</sup> O envelhecimento é um fenômeno que se insere num processo de desenvolvimento e de contínua aprendizagem. Neste sentido, uma atitude positiva na vida é necessária enquanto a resiliência e a espiritualidade se associam como elementos vinculados à construção de um comportamento protetor na velhice.<sup>130</sup>

A espiritualidade se constitui em um forte indicador de resiliência na superação das adversidades, como capacidade de encontrar significado na vida a partir da fé.<sup>131</sup>

A espiritualidade foi uma variável associada a um efeito protetor da depressão neste estudo, contudo o bem-estar religioso não apresentou este comportamento. Ela também foi identificada como uma condição protetora em uma amostra de idosos que já apresentavam diferentes graus de depressão e protegendo também da recorrência do evento. Cabe ressaltar que o aspecto pessoal da espiritualidade, ao oferecer um conjunto de crença e significado, foi mais protetor do que a participação em um grupo social religioso.<sup>132</sup>

Parece existir uma forte relação entre alguns elementos identificados no estudo sobre os fatores associados à depressão com a população de idosos de Barra Funda. As características dos idosos quando ocorre um predomínio rural, a existência de famílias extensas, de etnia italiana, elevada autonomia, entre outros, colaboram para o desenvolvimento de um suporte social adequado, vinculado a uma alta resiliência. Estas características, da mesma forma, associam-se à elevada espiritualidade identificada.

Convém lembrar, contudo, o que destaca Drucker<sup>21</sup> em estudo sobre religiosidade, crenças e atitudes em idosos deprimidos. Os fatores de risco associados à depressão apresentam uma característica de serem transitórios e não-permanentes. Isto significa que não ocorre uma associação obrigatória entre envelhecimento e depressão.

## CONCLUSÃO

A partir dos achados do presente estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda (RS), pode-se concluir que:

- houve um predomínio entre os idosos avaliados da procedência rural, de etnia italiana, do gênero feminino, avaliação subjetiva de saúde muito boa e com uma média de idade que caracteriza estes sujeitos como idosos jovens;
- as famílias apresentaram como característica serem extensas, com elevado número de filhos, ocorrendo a manutenção de relações familiares e com os idosos convivendo com a família;
- na avaliação da capacidade funcional, a maioria dos idosos pode ser considerada como autônoma;
- na avaliação da saúde mental, a prevalência de indícios de depressão foi de 2,3% e a avaliação da capacidade cognitiva identificou a presença de sinais de demência em 25% dos idosos avaliados;
- com relação ao apoio social, a resiliência e a espiritualidade, foi identificada elevada espiritualidade e também alta resiliência relacionada ao apoio social;
- mediante a regressão linear múltipla, as variáveis que se mostraram associadas à depressão foram: idade, estado civil casado ou viúvo, procedência, bem-estar religioso, bem-estar espiritual e resiliência;
- destas, as variáveis identificadas como protetoras foram a resiliência, bem-estar espiritual, estado civil casado ou viúvo e a procedência rural;
- as características familiares e culturais dos idosos de Barra Funda contribuem para o desenvolvimento de estratégias que permitem os mesmos adequarem-se às adversidades relacionadas ao envelhecimento, entre estas a depressão.

## REFERÊNCIAS

- 
- 1 Jeckel-Neto EA. Tornar-se velho ou ganhar idade: o envelhecimento biológico revisitado. In: Neri AL. (Org.). Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, SP: Papirus 2001 (Coleção Vaidade).
  - 2 Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan 2002.
  - 3 Da Cruz IBM, Alho CS. Envelhecimento populacional: panorama epidemiológico e de saúde do Brasil e do Rio Grande do Sul. In: Jeckel-Neto, EA et al. Gerontologia: desafio para o século XXI. Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento II. Porto Alegre: Edipucrs 2000.
  - 4 Flores GAL, Nascimento NMR, Da Cruz IBM. Aspectos biopsicossociais do idoso e do envelhecimento bem-sucedido. In: Jeckel-Neto EA, Da Cruz IBM. (Orgs.). Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento II. Porto Alegre: Edipucrs 2000.
  - 5 Ramos LR. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: Ramos LR (Org.). Guia de geriatria e gerontologia. Barueri, SP: Manole 2005 (Série Guias de Medicina Ambulatorial e hospitalar).
  - 6 Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev Bras Psiquiatr 2003;25(2):114-22.
  - 7 Sommerhalder C. Religiosidade, suporte social, experiência de eventos estressantes e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade: dados do PENSA. Campinas, SP: Faculdade de Educação; Universidade Estadual de Campinas 2006 (Tese de Doutorado).
  - 8 Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. Revista Brasileira de Psiquiatria 2005;27(4):302-308.
  - 9 Ramos M. Apoio social e saúde entre idosos. Sociologias, Porto Alegre 2002 jan./jun 4(7)156-175.
  - 10 Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Cadernos de Saúde Pública 2005 mar./abr 21(2).
  - 11 Yunes MAM. Positive psychology and resilience: focus on the individual and families. Psicol. estud. [online] [cited 2007-08-03] n. special 8;75-84.
  - 12 Antoni C, Koller SH. Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. Psico, 31(1): 39-66, 2000.

- 
- 13 Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo Maringá* 2006 jan/abr. 11(1):155-164.
- 14 Batistoni SST. Depressão. In: Neri AL (Org.). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea 2005.
- 15 Veras RP, Lourenço R, Martins CSF, Sanches MAS, Chaves PH. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ 2002.
- 16 Veras RP. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. In: Veras RP et al. *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UnATI/ UERJ 2001.
- 17 Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social. Conselho Estadual do Idoso e Universidades Conveniadas. *O idoso do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida*. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre 1997.
- 18 Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ 2000.
- 19 Parahyba MI, Wallace A. Síntese de indicadores sociais 2002. In: IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. *Idosos*. Rio de Janeiro 2003.
- 20 Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2): 311-8.
- 21 Drucker C. Religiosidade, crenças e atitudes em idosos deprimidos: em um serviço de saúde mental de São Paulo. Universidade Estadual de Campinas, SP 2005 (Dissertação de Mestrado).
- 22 Del Porto JA. Conceito de depressão e seus limites. In: Lafer B, Lafer B, Almeida OP, Fráguas JRR, Miguel EC (Org.). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artes Médicas 2000.
- 23 Blay S, Bickel H, Cooper B. Características clínicas, fatores de risco e curso da depressão em idosos. In: Lafer B, Lafer B, Almeida OP, Fráguas JRR, Miguel EC (Org.). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artes Médicas 2000.
- 24 Batistoni SST. Depressão. In: Neri AL (Org.). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea 2005.
- 25 World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)* Genève 1998 (Report on WHO consultation).

- 
- 26 Boechat N. Depressão no idoso. Aspectos clínicos. In: Monteiro DMR (Org.). Depressão e envelhecimento – saídas criativas. Rio de Janeiro: Revinter 2002.
- 27 Stoppe Jr A. Depressão em idosos – guia para diagnóstico e condutas. São Paulo, SP: Lemos Editorial 2004.
- 28 Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cadernos de Saúde Pública [serial on the Internet] 2007 mar [cited 2007 aug. 03]; 23(3):691-700.
- 29 Laks J, Aleida AF, Caldas G. A. Depressão no idoso. Informação psiquiátrica. 13 (supl. 1): 1994 out;23-29.
- 30 Williams TF. Avaliação geriátrica global. In: Calkins E, Ford AB, Katz PR. Geriatria prática. Rio de Janeiro: Revinter 1997;117-125.
- 31 Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência. Enfatizando a proteção na adolescência. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- 32 Lotufo Neto F. Psiquiatria e religião; a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo 1997 (Tese de Livre-Docência).
- 33 Rezende LK. Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. Universidade Franca, SP 2006 (Dissertação de Mestrado).
- 34 Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev. Bras Psiquiatria 21;1999.
- 35 Cohen S, Syme S L. Social Support and health. San Diego: Academic Press 1985.
- 36 Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O Questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. Rev. Latino Americana de Enfermagem 2002;10(5):674-81.
- 37 Broadhead W E et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and Health American. Journal of Epidemiology 1983;117(5):521-37.
- 38 Penninx B W et al. Social network, social support and loneliness in older persons with different chronic diseases. J. Aging Health 1999 may;11(2):151-68.
- 39 Antoni C, Koller SH. Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. Psico 2000;31(1):39-66.
- 40 Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência. Enfatizando a proteção na adolescência. Porto Alegre: Artmed 2006.
- 41 Ceconello AM, Koller SH. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. Estud. Psicol. Natal 2000;5(1):71-93.

- 
- 42 Yunes MAM, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J. (Org.). Resiliência e educação. São Paulo: Cortez 2001:13-42.
- 43 Kotliarenko MA, Cáceres I, Fontecilla M. Estado de arte em resiliência. Washington: OPAS 1997.
- 44 Tavares J. A resiliência na sociedade emergente. In: Tavares J. (Org.). Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez 2001.
- 45 Souza MTS, Cerveny CMO. Resiliência Psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology 2006;40(1):119-126.
- 46 Souza ER, Minayo MCS, Aldé L. Condições e qualidade de vida. In: Minayo MCS, Souza ER (Orgs.). Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Garamond 2003:293-326.
- 47 Guardini R. A aceitação de si mesmo – as idades da vida. 2. ed. São Paulo: Palas Athena 1998.
- 48 Grün A, Dufner M. Espiritualidade a partir de si mesmo. Petrópolis, RJ: Vozes 2004.
- 49 Witier PL. La qualité de vie. Revue Prevenir, 1997;33:61-62.
- 50 Rosemberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press 1989.
- 51 Sánchez AV, Escribano EA. Medição do autoconceito. Bauru: Edusc 1999.
- 52 Handen BL. The influence of social support factors on the well-being of the elderly. Em P. A. Wisocki. Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client. New York: Plenum Press 1991:121-39.
- 53 Hamarat E, Thompson D, Steele D, Matheny D, Simons C. Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old and oldest-old adults. The Journal of Genetic Psychology 2002;163(3):360-367.
- 54 Sermabeikian P. Our clients, ourselves: The spiritual perspective and social work practice. Social Work 1994;39(2):178-183.
- 55 Elkins DN. Spirituality. Psychology Today 1999;32(5):44-45.
- 56 Rousseau P. Spirituality and the dying patient. Journal of Clinical Oncology 2003 may;21(9):54s-56.
- 57 Baldessin A. O idoso viver e morrer com dignidade. Netto MP. (Org.). In: Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu 2002:496.

- 
- 58 Marques LF. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Rev Psicologia Ciência e Profissão* 2003;23(2):56-65.
- 59 Boff L. Do iciberg à Arca de Noé. O nascimento de uma ética planetária. Rio de Janeiro: Garamond 2002.
- 60 Paiva GJ. Psicologia da religião na Europa, revisitadas. In: Holanda A. (Org.). *Psicologia, religiosidade e fenomenologia*. Campinas, SP: Alínea 2004;2.
- 61 Erikson E. *Identidade e crise*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar 1992.
- 62 Bassini PF. Dimensão espiritual e a terceira idade (Orgs.). Duarte YAO; Diogo MJ. *Atendimento domiciliar – um enfoque gerontológico*. São Paulo; Rio de Janeiro; Belo Horizonte: Atheneu 2000:487-505.
- 63 Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública* 2003;37(4):440-445.
- 64 Koenig HG. Religion, Spirituality and Medicine: application to clinical practice. *JAMA* 2000 oct 4;284(13):1708-1710.
- 65 Elias N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar 2001.
- 66 Sommerhalder C; Goldstein LL. O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: Freitas EV et al (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2006.
- 67 Maugans TA. The spiritual history. *Archives of Family Medicine* 1996 jan;5(1):11-16.
- 68 Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist* 2002;42(special issue III):24-33.
- 69 Goldstein LL. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: Neri AL. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papyrus 1993.
- 70 Silberman I. Religion as a meaning-system: implications for individual and societal well-being. *Psychology of Religion Newsletter*. American Psychological Association Division 2005;30(2):1-9.
- 71 Neill CM, Kahn AS. The role of personal spirituality and religious social activity on the life satisfaction of older widowed women. *Sex Roles* 1999;40(3/4):319-329.
- 72 Chatters LM, Levin JS, Taylor RJ. Antecedents and dimensions of religious involvement among older black adult. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 1992;47:269-278.
- 73 Sommerhalder C, Goldstein LL. O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: Freitas EV et al (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2006.

---

74 Braam AW, Beekman AT, Van Tilburg TG, Deeg DJ, Van Tilburg W. Religious involvement and depression in older Dutch citizens. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997 jul;32(5):284-291.

75 Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin São Paulo* 1998;25(5):245-250.

76 Griep RH. Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no estudo pró-saúde. Rio de Janeiro 2003:177 (Tese de Doutorado).

77 Neri AL. Desenvolvimento e envelhecimento - perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. São Paulo: Papirus 2001:98.

78 Robledo LMG. Avaliação cognitiva do idoso. In: Guimarães RM, Cunha UGV (editores). *Sinais e sintomas em geriatria*. São Paulo: Atheneu 2004:31-43.

79 Brucki SMD, Nitrini R, Carameli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-exame do estado mental no Brasil *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61(3-B):777-781.

80 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Metodologia do censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2003 (Série Relatórios Metodológicos, 25).

81 Damian J. et al. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1999 jul;53(7):412-416.

82 Ferraro KF, Farmer MM, Wybraniec JA. Health trajectories: long-term dynamics among black and white adults. *Journal of Health and Social Behavior* 1997 mar;38(1):38-54.

83 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais 2002.

84 Carvalho J, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003;19(3):725-733.

85 Veras RP, Alves MIC. População idosa no Brasil: consideração acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo MCS (Org.). *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec 1994:320-337.

86 Rogers CC. The graying of rural América. *Forum for Applied Research and Public Policy*, Knoxville 2000 Winter;15(4):52-55.

87 Parahyba MI. Diferenças sociodemográficas entre idosos no Brasil. Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil MEC - SESU/CAPES 2005 maio.

- 
- 88 Araújo TCN, Alves MIC. Perfil da população idosa no Brasil. Textos envelhecimento. Rio de Janeiro 2000 fev;3(3).
- 89 Camarano AA, Abramovay R. Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: panorama dos últimos 50 anos. Rio de Janeiro: IPEA 1999:23 (Texto para discussão, 621).
- 90 Oliveira ARB. Estilo e satisfação com a vida da população idosa urbana e rural em um município de pequeno porte. Bofete, SP: Universidade Estadual Paulista; Faculdade de Medicina de Botucatu 2006. (Dissertação).
- 91 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-1998). Suplemento Especial. Acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro 2000.
- 92 Rio Grande do Sul. Conselho Estadual do Idoso. Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa. Porto Alegre 1997:123.
- 93 Parahyba MI. Diferenças sociodemográficas entre idosos no Brasil. Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil MEC - SESU/CAPES 2005 maio.
- 94 Litwin H. Social network type and health status in a national sample of elderly in Israelis. Social Science & Medicine 1998;46(4-5):599-609.
- 95 Santos GA, Vaz CE. O significado das experiências culturais da infância no processo de envelhecimento bem-sucedido. RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo 2004 jan.jun:23-37.
- 96 Negreiros TCGM. Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade? Revista Mal-Estar e Subjetividade Fortaleza 2003;3(2):275-291.
- 97 Missio M, Portella MR. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa saúde da família. Boletim da Saúde. Porto Alegre 2003 jul.dez;17(2).
- 98 Telles SMBS. A população idosa brasileira nos anos 90 e alguns aspectos da ampliação da cobertura da previdência social. UNICAMP/NEPPT trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.
- 99 Moraes EP. Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo 2007 (Tese Doutorado)
- 100 Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro 2007 out;23(10):2490-2502.

- 
- 101 Pinelli LAP, Montandon AAB, Boschi A, Fais LMG. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. *Revista Odonto-Ciência – Fac. Odonto/PUCRS* 2005 jan.mar;20(47).
- 102 Sampaio R. Cadernos de atenção básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Ministério da Saúde 2006.
- 103 Gordilho A et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ 2000.
- 104 Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):383-391.
- 105 Coelho Filho JM, Ramos RL. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999;33(5).
- 106 Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil de idosos de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública* 2004;20(6).
- 107 Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(2):127-41.
- 108 Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2002 mar;60(1):61-69.
- 109 Garrido R, Menezes PR. Brazil is aging: good and bad news from an epidemiological perspective. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [on line]. [2007-11-24]:3-6. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000500002&lng=in&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500002&lng=in&nrm=iso)>.
- 110 Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino ALB, Faria MEV, Figueira I, Engelhardt E. O mini-exame do estado mental em idosos de uma comunidade, dados parciais de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61(3-B):782-785.
- 111 Neri AL. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. GERP 2001.
- 112 Snowdon J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? *Rev Bras Psiquiatr* [online]. [citado 2007-11-18]:42-47.
- 113 Oliveira KL, Santos AAA, Cruvine M, Néri AL. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo, Maringá* 2006 março;11(2):351-359.
- 114 Lima e Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. *Informe Epidemiológico do SUS* 2002;11(2):91-105.

- 
- 115 Moreno RA. Depressão no idoso: a questão da epidemiologia. *Boletim de Transtornos Afetivos e Alimentares*, São Paulo 2001(12):3-4.
- 116 Baptista ASD, Blay SL. Estudo sobre as práticas religiosas e sua relação com a saúde mental de idosos: um estudo na comunidade. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo 2004 (Tese de Doutorado em Ciências da Saúde).
- 117 Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(3):753-764.
- 118 Bós AMG, Bós AJG. Fatores determinantes e conseqüências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo 2005 dez:36-46.
- 119 Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF et al. Depressive symptoms and associated factors in an elderly population in southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):365-371.
- 120 Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(1):26-33.
- 121 Moreno RA. Depressão no idoso: a questão da epidemiologia. *Boletim de Transtornos Afetivos e Alimentares*, São Paulo 2001(12):3-4.
- 122 Porcu M, Scantamburlo VM, Albrecht NR, Silva SP, Vallim FL, Araújo CR, Deltreggia C, Faiola RV. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*. Maringá 2002;24(3):713-717.
- 123 Penna FB, Santo FHE. El movimiento de las emociones en la vida de los ancianos: un estudio con un grupo de la tercera edad. *Rev Electr Enf* 2006 abr;8(1):17-24.
- 124 Forlenza OV. Transtornos depressivos em idosos. In: Forlenza OV, Caramelli P. (Ed.). *Neuropsiquiatria Geriátrica*, São Paulo: Atheneu 2000:299-308.
- 125 Lindeman S, Hamalainen J, Isometsa E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5,993 adults. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(178-84).
- 126 Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clin* 1999;26:225-35.
- 127 Cupertino APFB, Oliveira BHD, Guedes, DV, Coelho, ER, Milano RS, Rubac JS, Sarkis SH. Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2006;19(3):371-378.
- 128 Mello AF, Juruena MF, Pariante CM et al. Depressão e estresse: existe um endofenótipo? *Rev Bras Psiquiatr [online]*. [citado 2007-11-19].

---

129 Job JRPP. A escritura da resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo 2001 (Tese de Doutorado).

130 Silva AI, Alves VP. Envelhecimento: resiliência e espiritualidade. Diálogos possíveis 2007 jan.jun.

131 Cupertino AP, Novaes C. Espiritualidade e envelhecimento saudável. In: Saldanha AL, Caldas CP. Saúde do idoso: a arte de cuidar. Interciência 2004:358-367.

132 Koenig HGMD, Pargament KI, Nielsen J. Religious Coping and Health Status in Medically Ill Hospitalized Older Adults. Journal of Nervous & Mental Disease 1998 set;186(9):513-521.

## **ANEXOS**

## Anexo I

### Inventário de Depressão de Beck

**Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje.**

1. 0 Não me sinto triste.  
1 Eu me sinto triste.  
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.  
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.  
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.  
2 Acho que nada tenho a esperar.  
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.  
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.  
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.  
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.  
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.  
2 Não encontro um prazer real em mais nada.  
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.  
1 Eu me sinto culpado às vezes.  
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.  
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.  
1 Acho que posso ser punido.  
2 Creio que vou ser punido.  
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.  
1 Estou decepcionado comigo mesmo.  
2 Estou enjoado de mim.  
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.  
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.  
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.  
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.  
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.  
2 Gostaria de me matar.  
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.  
1 Choro mais agora do que costumava.  
2 Agora, choro o tempo todo.  
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.  
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.  
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.  
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.  
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.  
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.  
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.  
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.  
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.  
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.  
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.  
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.  
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.  
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.  
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.  
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.  
1 Não durmo tão bem quanto costumava.  
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.  
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.  
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.  
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.  
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.  
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.  
2 Meu apetite está muito pior agora.  
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.  
1 Perdi mais de 2,5 Kg.  
2 Perdi mais de 5,0 Kg.  
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( )
20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.  
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.  
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.  
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.  
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.  
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.  
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

## Anexo II

### Escala de Apoio Social

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

Data: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

Se você precisar, com que frequência conta com alguém...

**ISP - Com quem fazer coisas agradáveis**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**ISP - Com quem distrair a cabeça**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**ISP - Com quem relaxar**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**ISP - Para se divertir junto**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**AF - Que você ame e que faça você se sentir querido**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**AF - Que lhe dê um abraço**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**AF - Que demonstre amor e afeto por você**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**E/I - Para compartilhar preocupações e medos mais íntimos**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**E/I - Que compreenda seus problemas**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**E/I - Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**E/I - Para lhe ouvir quando precisar falar**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**E/I - Para dar bons conselhos em situações de crise**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**E/I - Para dar sugestões para lidar com um problema pessoal**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**E/I - De quem você realmente quer conselhos**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**E/I - Para dar informação para entender determinada situação**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**MAT - Que lhe ajude se ficar de cama**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**MAT - Para levá-lo ao médico se ficar doente**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**MAT - Para ajudá-lo nas tarefas diárias**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

**MAT - Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las**

1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

## Anexo III

### Escala de Resiliência

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

## Anexo IV

### Escala de Bem-Estar Espiritual

Leia cada frase da coluna da esquerda e marque com um X o que lhe parece verdadeiro

1. Eu não encontro muita satisfação em uma oração privada com Deus.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
2. Eu não sei quem sou, de onde venho ou para onde vou.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
3. Eu acredito que Deus me ama e se importa comigo.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
4. Eu sinto que a vida é uma experiência positiva.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
5. Eu acredito que Deus é impessoal e não está interessado nas minhas situações diárias.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
6. Eu me sinto intranquilo sobre o meu futuro.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
7. Eu tenho uma relação pessoal significativa com Deus.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
8. Eu me sinto realizado e satisfeito com a vida.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
9. Eu não recebo muita força pessoal e apoio do meu Deus.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
10. Eu tenho um sentimento de bem-estar em relação à direção em que a minha vida está encaminhada.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
11. Eu acredito que Deus está preocupado com meus problemas.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
12. Eu não tenho muita satisfação em minha vida.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
13. Eu não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
14. Eu me sinto bem em relação ao meu futuro.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
15. Meu relacionamento com Deus me ajuda a não me sentir sozinho.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
16. Eu sinto que a vida é cheia de conflitos e infelicidade.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
17. Eu me sinto mais realizado quando estou em plena comunhão com Deus.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
18. A vida não tem muito significado.	Concordo Fortemente 1	Concordo Moderadamente 2	Concordo 3	Discordo 4	Discordo Moderadamente 5	Discordo Fortemente 6
19. A minha relação com Deus contribui para a minha sensação de bem-estar.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1
20. Eu acredito que há um sentido para a minha vida.	Concordo Fortemente 6	Concordo Moderadamente 5	Concordo 4	Discordo 3	Discordo Moderadamente 2	Discordo Fortemente 1

## Anexo V

### Questionário dos Idosos

#### 1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS SÓCIOECONÔMICOS

**1.1 IDENTIFICAÇÃO:** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_  
 1. Nome: \_\_\_\_\_ 2. Nasceu em : \_\_\_\_\_  
 3. Endereço: \_\_\_\_\_ 4. Fone: \_\_\_\_\_  
 5. Estado Civil: \_\_\_\_\_ 6. Tempo de Moradia: \_\_\_\_\_ 7. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 8. Idade: \_\_\_\_\_ 9. Sexo: (0) M (1) F 10. Etnia <sup>(origem)</sup>: \_\_\_\_\_ 11. Aposentado: (0) sim (1) não  
 12. Atividade Atual: \_\_\_\_\_ 13. Atividade Anterior: \_\_\_\_\_

#### 1.2 DADOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS E COMPOSIÇÃO FAMILIAR

14. Tem convênio saúde ( Plano de Saúde)? (0) sim. Qual? \_\_\_\_\_ (1) não.  
 15. Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 16. Moradia: (0) própria (1) alugada (2) outro(s) Qual? \_\_\_\_\_  
 17. Renda (quantos salários mínimos): (0) sem renda (1) \_\_\_\_\_  
 18. Número de filhos: \_\_\_\_\_ 19. Número de filhos vivos: \_\_\_\_\_  
 20. Com quem vive? (0) com cônjuge (1) com familiares (2) sozinho (3) outros \_\_\_\_\_  
 21. Convivência com a família semanal: (0) sim (1) não

#### 2. INDICADORES DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

22. Percepção da saúde: (1) muito boa (2) regular (3) ruim (4) muito ruim  
 23. Esteve acamado nas duas últimas semanas: (1) sim (2) não  
 24. Procura por atendimento médico nas duas últimas semanas:  
 (1) procurou e foi atendido (2) procurou e não foi atendido (3) não procurou (4) sem informação  
 25. Número de consultas médicas nos últimos doze meses: (1) 0 (2) 1 (3) 2 (3) 3+  
 26. Número de internações hospitalares nos últimos doze meses: (1) 0 (2) 1 (3) 2 (3) 3+

#### 3. PERFIL DE PATOLOGIAS

Algum médico lhe diagnosticou ou lhe disse que você tem ou teve:

27. Diabetes	0. sim	1. não	39. Úlcera ou gastrite	0. sim	1. não
28. Hipertensão	0. sim	1. não	40. Constipação (prisão de ventre)	0. sim	1. não
29. Osteoporose	0. sim	1. não	41. Neoplasia (câncer). Qual?	0. sim	1. não
30. Dislipidemia (colesterol alto)	0. sim	1. não	42. Alergia? Qual?	0. sim	1. não
31. Angina	0. sim	1. não	43. Trombose ou varizes	0. sim	1. não
32. Infarto agudo do miocárdio	0. sim	1. não	44. Fraturas	0. sim	1. não
33. Derrame	0. sim	1. não	45. Insuficiência Cardíaca (coração grande)?	0. sim	1. não
34. Enfisema Pulmonar	0. sim	1. não	46. Cirúrgias	0. sim	1. não
35. Asma/ Bronquite	0. sim	1. não	47. Quantas vezes teve gripe este ano?		
36. Artrite/ Doenças Reumáticas	0. sim	1. não	48. Vacina para gripe este ano?	0. sim	1. não
37. Depressão	0. sim	1. não	49. Outra doença?	0. sim	1. não
38. Outras doenças psiquiátricas. Qual?	0. sim	1. não			

## Anexo VI

### Índice de Barthel

<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Com ajuda</b>	<b>Independente</b>
1. Alimentação	Se movimenta da cadeira de rodas até a cama e volta (incluindo sentar na cama)	5	10
2. Higiene pessoal	(lava o rosto, penteia o cabelo, faz a barba, escova os dentes)	5-10	15
3. Se consegue usar banheiro	(segura toalhas, limpa-se, puxa descarga)	0 5	5 10
4. Toma banho sozinho		0	5
5. Se consegue caminhar na superfície	(se é capaz de caminhar, ou utilizar cadeira de rodas)	10	15
*	Score apenas se é capaz de caminhar	0*	5*
6. Sobe e desce escadas		5	10
7. Se veste	(incluindo amarrar sapatos e apertar cinto)	5 5	10 10
8. Controle vesical		5	10
9. Controle fecal			

## Anexo VII

### Escala de Lawton

#### a) Telefone

- 3 - recebe e faz ligações sem assistência
- 2 - assistência para ligações ou telefone especial
- 1 - incapaz de usar o telefone

#### b) Viagens

- 3 - viaja sozinho
- 2 - viaja exclusivamente acompanhado
- 1 - incapaz de viajar

#### c) Compras

- 3 - faz compras, se fornecido transporte
- 2 - faz compras acompanhado
- 1 - incapaz

#### d) Preparo de refeições

- 3 - planeja e cozinha refeições completas
- 2 - prepara só refeições pequenas
- 1 - incapaz

#### e) Trabalho doméstico

- 3 - tarefas pesadas
- 2 - tarefas leves, com ajuda nas pesadas
- 1 - incapaz

#### f) Medicações

- 3 - toma remédios sem assistência
- 2 - necessita de lembretes ou de assistência
- 1 - incapaz de tomar sozinho

#### g) Dinheiro

- 3 - preenche cheque e paga contas
- 2 - assistência para cheques e contas
- 1 - incapaz

**1 - dependência total**

**2 - dependência parcial**

**3 - independência**

## Anexo VIII

### Mini-Exame do Estado Mental

Paciente: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 pontos)

- *Dia da semana* (1 ponto) \_\_\_\_\_
- *Dia do mês* (1 ponto) \_\_\_\_\_
- *Mês* (1 ponto) \_\_\_\_\_
- *Ano* (1 ponto) \_\_\_\_\_
- *Hora aproximada* (1 ponto) \_\_\_\_\_

#### ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 pontos)

- *Local genérico* (residência, hospital, clínica) (1 ponto) \_\_\_\_\_
- *Local específico* (andar ou setor) (1 ponto) \_\_\_\_\_
- *Bairro ou rua próxima* (1 ponto) \_\_\_\_\_
- *Cidade* (1 ponto) \_\_\_\_\_
- *Estado* (1 ponto) \_\_\_\_\_

#### MEMÓRIA DE FIXAÇÃO (3 pontos)

- *Repetir*: Vaso, carro, tijolo.  
1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa \_\_\_\_\_   
Repita até as três palavras serem repetidas (máximo de 5 tentativas)

#### ATENÇÃO E CÁLCULO (5 pontos)

- *Subtração*: 100-7 sucessivamente, por 5 vezes  
(1 ponto para cada cálculo correto) \_\_\_\_\_

#### MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)

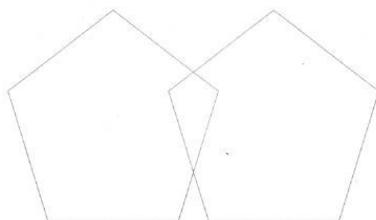
- *Lembrar* as 3 palavras repetidas anteriormente (em MEMÓRIA DE FIXAÇÃO)  
(1 ponto por palavra certa) \_\_\_\_\_

#### LINGUAGEM (8 pontos)

- *Nomear objetos*: um relógio e uma caneta (2 pontos) \_\_\_\_\_
- *Repetir*: "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) \_\_\_\_\_
- *Seguir comando verbal*: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão" (3 pontos) \_\_\_\_\_
- *Ler e seguir comando escrito (FRASE)*: "feche os olhos" (1 ponto) \_\_\_\_\_
- *Escrever uma frase* (1 ponto) \_\_\_\_\_

#### PRAXIA CONSTRUTIVA (1 ponto)

- *Copiar um desenho* (1 ponto) \_\_\_\_\_



ESCORE: /30

## Anexo IX

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos por meio desta convidá-lo a participar da seguinte pesquisa: Fatores Associados à Depressão em Idosos do Município de Barra Funda – RS.

A justificativa da pesquisa está ligada ao aumento no número de idosos; à necessidade de analisar a depressão no idoso e o impacto desta com relação à qualidade de vida da população investigada; à possibilidade da municipalidade utilizar estas informações para direcionar políticas públicas mais efetivas para esta parcela da comunidade.

Os objetivos da pesquisa são de analisar os fatores associados à depressão no envelhecimento dos idosos do município de Barra Funda-RS.

Os procedimentos da pesquisa serão: aplicação de questionários e entrevistas.

Sua participação não lhe causará nenhum risco e sua privacidade será garantida, bem como poderá solicitar novas informações e modificar sua decisão a qualquer momento. Necessitamos para tanto o seu consentimento por meio da assinatura do termo a seguir:

Eu,..... fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. A pesquisadora responsável (Patrícia Viana da Rosa - 055 9603 6604) certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes à minha pessoa são confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, em face destas informações.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Compromisso.

_____	_____	_____
Assinatura do Idoso	Nome	Data
_____	_____	_____
Assinatura do Pesquisador	Nome	Data
_____	_____	_____
Assinatura do Pesquisador	Nome	Data

**Anexo X****Parecer Consubstanciado**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 0768/07-CEP

Porto Alegre, 10 de julho de 2007.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou em 26 de abril de 2007, sua solicitação de troca de orientador e troca de título do protocolo de pesquisa registro CEP 05/02744, intitulado: **“O impacto da depressão da capacidade funcional em idosos do Município de Ibirubá-RS”**, para: **“O impacto da depressão da capacidade funcional em idosos do Município de Barra Funda-RS”**.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. José Roberto Goldim  
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)  
Dr(a) Antonio Carlos Araujo de Souza e Patricia Viana Rosa  
N/Universidade