

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CLÍNICA MÉDICA
DOUTORADO

***REDE SOCIAL, ESTADO MENTAL E CONTRATRANSFERÊNCIA:
ESTUDO DE UMA AMOSTRA DE VELHOS DA REGIÃO URBANA
DE PORTO ALEGRE***

Cláudio Laks Eizirik

Orientadora: Dra. Márcia Lorena Fagundes Chaves

Porto Alegre, 1997

**Para a Marisa, que esteve presente
em todos os momentos, com amor.**

“Disse mais o Senhor Deus: não é bom que o homem esteja só...”

Gênesis, 2:18

“Tous les matins du monde sont sans retour.”

Pascal Quignard, 1991

Agradecimentos

À Dra. Márcia Lorena Fagundes Chaves, pela orientação segura, consistente, disponível e acolhedora e por ser um modelo de professora e pesquisadora que promove o desenvolvimento científico de nossa Universidade.

Aos meus filhos, pelo estímulo, companheirismo e alegre convívio, e aos meus pais, pelo exemplo de vida.

Aos Drs. Marcelo Schmitz, pela dedicação e capacidade de organização; Fábio Wilhelms, Rachel Padilha, Letícia Kipper, Carla Taroncher, Ana Paula Reolon e a acadêmica Lyssandra dos Santos (bolsistas de Iniciação Científica pelo Programa CNPq / PROPESP-UFRGS), pela disponibilidade, entusiasmo e eficiência nas várias etapas do estudo e, juntamente com os Drs. Alex Wilhelms, Rafael Candiago, Ana Paula de Aquino, Fernando Schuh, Neusa Rocha e Luciana Campos, pela incansável tarefa de realizar entrevistas.

Aos professores e funcionários do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, do Serviço de Psiquiatria do HCPA e do Centro de Estudos Luiz Guedes, pelo permanente apoio e estímulo, em especial aos meus amigos Rogério Wolf de Aguiar, Sidnei Samuel Schestatsky e Aristides Volpato Cordioli, ao qual sou reconhecido pela atenta leitura e valiosas sugestões.

Aos professores do curso de Pós-graduação em Medicina: Clínica Médica, em especial ao professor Ellis A. D. Busnello, por sua persistente luta pela qualificação do ensino em nossa Faculdade.

Aos professores da Faculdade de Medicina da UFRGS Ronald Pagnoncelli de Souza, Luiz Rohde, César Costa e Jorge Luiz Gross, pela cordial e produtiva convivência universitária.

Aos meus alunos da Faculdade de Medicina da UFRGS, da Residência em Psiquiatria do HCPA/ Curso de Especialização em Psiquiatria da UFRGS e do Instituto de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, e aos meus pacientes, com quem não me canso de aprender.

Ao Biólogo José Roberto Goldim, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela permanente disponibilidade e bom-humor.

À Socióloga Carla de Oliveira Pacheco, pela inestimável e eficiente colaboração.

À Bibliotecária Mônica N. Borges, pela atenta organização da bibliografia.

Aos 344 homens e mulheres que abriram suas portas para que este estudo fosse realizado.

Sumário

Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Resumo	
1. Introdução	01
1.1. A rede social na velhice	11
1.2. Rede social e depressão na velhice	20
1.3. Déficit cognitivo na velhice	34
1.4. Velhice e contratransferência	41
2. Objetivos	54
2.1. Gerais	54
2.2. Específicos	54
3. Sujeitos e métodos	56
3.1. Delineamento.....	56
3.2. Amostra	56
3.2.1. População-alvo	56
3.2.2. Tamanho da amostra.....	57
3.2.3. Processo de amostragem.....	57
3.3. Instrumentos	59
3.4. Análise estatística	62
3.5. Proteção dos direitos humanos	62
4. Resultados	64
4.1. Dados demográficos	64
4.2. Aspectos da saúde	68
4.3. A rede social	70
4.3.1. Número de confidentes	70
4.3.2. O relacionamento com os confidentes	72
4.3.3. O tamanho da rede	75
4.3.4. A eficácia da rede	75
4.3.5. “NET”	76
4.3.6. Outros dados sobre a rede social	77

4.4. Déficit cognitivo e sintomas depressivos e diagnóstico de Depressão Maior	79
4.5. Contratransferência	83
4.6 Rede social, déficit cognitivo e depressão.....	89
4.7. Capacidades físicas, déficit cognitivo e depressão.	91
4.8. Análises Multivariadas de Associação	92
4.8.1. Análise Multivariada da Rede Social como variável independente	92
4.8.2. Análise Multivariada de Viver com Companheiro(a) como variável dependente	95
5. Discussão	96
5.1. Os dados demográficos	96
5.2. Aspectos gerais da saúde	102
5.3. A rede social	107
5.4. O déficit cognitivo e os sintomas depressivos	116
5.5. A rede social e os sintomas depressivos	121
5.6. Contratransferência	126
5.7. Considerações finais	132
6. Conclusões	136
Anexo 1	139
Anexo 2	140
Anexo 3	141
Anexo 4	151
Anexo 5	156
Anexo 6	159
Referências Bibliográficas	160
Abstract	

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características Demográficas Gerais da Amostra (número de sujeitos=344).....	67
Tabela 2. Frequência absoluta e percentual de sujeitos em relação à capacidade de lidar com tarefas do dia-a-dia de forma independente, por sexo.....	69
Tabela 3. É possível encontrar o(s) confidente(s) para discutir problemas ou tristezas? (em frequência absoluta e percentual, por sexo).....	72
Tabela 4. Quando tem algum problema, fala com essa(s) pessoa(s)? (em frequência absoluta e percentual, por sexo).....	72
Tabela 5. Sente-se à vontade para falar qualquer coisa que desejar com essa(s) pessoa(s)? (frequência absoluta e percentual, por sexo).....	73
Tabela 6. Essa(s) pessoa(s) compreende(m) seus sentimentos ou problemas? (frequência absoluta e percentual, por sexo).....	73
Tabela 7. Esta(s) pessoa(s) fala com o(a) sr.(a) sobre os seus problemas? (frequência absoluta e percentual, por sexo).....	73
Tabela 8. Frequência dos encontros com o(s) confidente(s): (frequência absoluta e percentual, por sexo).....	74
Tabela 9. Essa(s) pessoa(s) é (são) para o(a) sr.(a): (frequência absoluta e percentual, por sexo).....	74
Tabela 10. O sr.(a) sente-se com essa(s) pessoa(s), a maior parte do tempo: (frequência absoluta e percentual, por sexo).....	74
Tabela 11. Escores das Escalas de depressão (EMA), SRQ e de Mini-Mental, por sexo (em média \pm desvio-padrão).....	81
Tabela 12. Média \pm desvio-padrão dos escores na EMA, MMS e SRQ de toda a amostra pelos 3 níveis de idade.....	81

Tabela 13. Média \pm desvio-padrão dos escores na EMA, MMS e SRQ estratificadas para os 3 níveis de idade e escolaridade em ambos os sexos...	82
Tabela 14. Escores dos sentimentos de aproximação e indiferença despertados nos entrevistadores homens e mulheres em relação às pessoas entrevistadas de ambos os sexos.....	86
Tabela 15. Escores dos sentimentos de indiferença, pelo sexo do entrevistado, retirando-se o EMA e o SRQ da covariância, em relação aos entrevistados do sexo masculino.....	87
Tabela 16. Escores dos sentimentos de aproximação e indiferença pelo sexo do entrevistado, em relação às mulheres entrevistadas.....	89
Tabela 17. Variáveis que permanecem na equação logística, que melhor explicam a variável “NET”, de forma significativa.....	93
Tabela 18. Recodificação das variáveis independentes pelo programa estatístico para entrar no modelo utilizado de Regressão Logística.....	94
Tabela 19. Recodificação da variável dependente “NET” pelo programa estatístico para entrar no modelo utilizado de Regressão Logística (após ter sido reclassificada em 02 níveis).....	94
Tabela 20. Variáveis da equação final.....	95
Tabela 21. Frequência percentual dos sujeitos conforme a renda (pessoa com a maior renda da família).....	98
Tabela 22. Frequência absoluta e percentual de sujeitos em relação à capacidade de lidar com as tarefas do dia-a-dia de forma independente.....	105
Tabela 23. Frequência absoluta e percentual de confidentes em vários estudos de base comunitária.....	108
Tabela 24. Características gerais da rede social em dois estudos realizados em Porto Alegre, em números absolutos e percentuais.....	110
Tabela 25. Prevalência de Déficit Cognitivo na comunidade.....	116

Lista de Figuras

- Figura 1. DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO CIVIL NO MOMENTO DA ENTREVISTA, POR SEXO..... 67
- Figura 2. DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA PERCENTUAL DE CONFIDENTES, POR SEXO DOS ENTREVISTADOS..... 71
- Figura 3. DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS COMPARATIVOS DE NÚMERO DE CONFIDENTES AOS 20 E AOS 40 ANOS DE IDADE, POR SEXO..... 78
- Figura 4. FREQUÊNCIA PERCENTUAL DE RESPOSTAS SOBRE SENTIR-SE SÓ, POR SEXO..... 79
- Figura 5. MÉDIAS DOS SENTIMENTOS DESPERTADOS NOS ENTREVISTADORES NO INÍCIO, DURANTE E NO FINAL DAS ENTREVISTAS, APRESENTADA POR SEXO DO ENTREVISTADO..... 83

Resumo

O crescimento constante da população de velhos estabelece novos desafios para o conhecimento médico, psiquiátrico e neurológico, que necessita identificar a prevalência de quadros clínicos, estabelecer características de sua etiologia, contexto sócio-econômico e evolução e propor adequadas medidas preventivas e terapêuticas.

O presente estudo objetiva avaliar a rede social de uma amostra de velhos da área urbana de Porto Alegre, correlacionando-a com sintomas depressivos, desempenho cognitivo e condições de saúde física, bem como avaliar as relações de gênero e de idade com as características da rede social, o estado mental atual e a saúde física. Propõe-se, ainda, a identificar a frequência de déficit cognitivo, sintomas depressivos, transtorno mental e Depressão Maior, e as reações emocionais dos entrevistadores, despertadas no contato com os velhos entrevistados.

A amostra consistiu de 344 pessoas com 60 anos ou mais de idade, dos quais 70,3% eram mulheres e 29,7% homens, residentes nos bairros Santana, Santa Cecília e Rio Branco, escolhidos por amostragem aleatória sistemática.

Foram utilizados, como instrumentos, o Questionário sobre condições de saúde e rede social, o Mini-Mental State Form, a Escala de Montgomery -Asberg, o Self Reporting Questionnaire (SRQ), o Check-list do DSM-III-R e a Escala para Avaliação de Contratransferência.

Os resultados principais revelaram que a rede social desta amostra tem tamanho satisfatório e é considerada eficaz; 78,2% dos entrevistados referem ter pelo menos um confidente. Os homens têm maior escolaridade e renda, são predominantemente casados e mencionam as esposas como as principais confidentes. As mulheres vivem predominantemente sós, têm mais confidentes, fazem mais uso das redes sociais, têm nos filhos os principais confidentes e sentem-se mais sós que os homens.

A frequência de déficit cognitivo é de 24,7%, de sintomas depressivos 21,5% e de Depressão Maior 4,7%. O déficit cognitivo aumenta com a idade. Quanto maior a escolaridade e a renda, menor o déficit cognitivo. As pessoas que não podem sair de casa têm mais sintomas depressivos, Depressão Maior e déficit cognitivo.

Não foram observadas associações significativas entre os vários componentes da rede social e aspectos de saúde física, sintomas depressivos e déficit cognitivo. Contudo, verifica-se a presença de associação entre não ter companheiro (a) e níveis mais elevados de sintomas depressivos.

Os sentimentos de aproximação predominam sobre os de afastamento e indiferença, e crescem ao longo das entrevistas. As mulheres entrevistadas despertam mais aproximação nos entrevistadores. As entrevistadoras sentem-se mais próximas das entrevistadas. Os entrevistadores manifestam mais indiferença, tanto em relação aos homens quanto às mulheres.

Foram constatadas várias diferenças relacionadas com o gênero - nos dados demográficos, na saúde física, na rede social e na contratransferência - que podem ser relacionados com fatores sociais, culturais, econômicos e emocionais que caracterizam a geração a que pertencem os velhos desta amostra.

1. Introdução

O desenvolvimento dos recursos e habilidades das sociedades humanas modifica, de modo significativo, a composição etária das mesmas. Com isto, desenvolve-se, a cada novo momento da evolução humana, uma camada mais velha da população, que sempre terá características próprias e necessidades específicas.

Uma primeira aproximação ao tema, ao estudar-se a aposentadoria, a institucionalização e as perdas na velhice (Eizirik, 1972), ocorreu no momento em que já eram constatadas numericamente as modificações demográficas cuja eloquência está ocupando a atenção da mídia e a preocupação dos formuladores das políticas de saúde pública.

Os dados demográficos divulgados pela Organização Mundial de Saúde, em 1992, indicavam que havia mais de 416 milhões de velhos, sendo que a estimativa para o ano 2.025 era de que 12% da população mundial teria mais de 60 anos. Nos Estados Unidos, a previsão é que a população com 65 anos ou mais atingirá os 35 milhões no ano 2.000 e mais do que 64 milhões em 2.030. A expectativa média de vida, ao nascer, passará de 72,1 anos, em 1990, para 76,4 anos em 2.050, para os homens, e de 79,0 anos em 1990 para 83,3 anos em 2.050, para as mulheres. A expectativa de vida para uma pessoa com 65

anos passará de 15 para 17,7 anos, num mesmo período, para os homens, e de 19,4 para 22,7 anos para as mulheres. (Jarvik & Small, 1995) Quanto à América Latina, a previsão era de que a expectativa de vida passaria de 64,1 anos, encontrada entre 1980 e 1985, para 71,8 anos, em 2.025. No Brasil, esses dados projetavam que o número de velhos passaria de 6 milhões (em 1975) para 31 milhões, em 2025 (OMS, 1992). Observando a evolução da expectativa média de vida no Rio grande do Sul, verifica-se que era de 66,65 anos em 1971-1973 (63,61 para os homens e 69,99 para as mulheres); passou para 68,80 anos em 1979-1981 (correspondendo a 65,09 para homens e 72,86 para mulheres) e atingiu os 70,50 anos em 1993-1995, sendo de 66,67 para os homens e 74,60 para as mulheres (SSMA, 1996).

Dados mais recentes, contudo (IBGE, 1996), embora confirmem o contínuo crescimento do número de velhos, revelam a diminuição da natalidade também, o que caracteriza a situação de “o país que mais envelhece”(Vieira, 1996), ou “Brasil pode se tornar um país de idosos” (Zero Hora, 18/07/97). Em 1996, já havia 8,35% de brasileiros com mais de 60 anos, correspondendo a 12 milhões e 700 mil pessoas, dados que passarão, respectivamente, a 15%, ou seja, 33 milhões em 2020, conforme as previsões atuais. Enquanto a população brasileira total terá crescido 5 vezes de 1950 a 2020, a de velhos crescerá 16 vezes, em contraste com o que ocorrerá na China e no Japão (5 vezes) e nos Estados Unidos (4 vezes). O ritmo de crescimento da população de velhos é o maior, entre as faixas etárias, correspondendo a 3,46% ao ano. Assim, a cada ano, a faixa etária igual ou superior a 65 anos tem um acréscimo de cerca de

260.000 pessoas. Segundo projeções do IBGE (1996), de 2.010 a 2.020, essa faixa etária crescerá à razão de 4,04% ao ano.

Assim, verifica-se que o Brasil é, atualmente, o país com maior concentração de velhos, proporcionalmente. O aumento do número de pessoas com mais de 60 anos, de 1950 a 2.025 (Vieira, 1996) será de 1.514,3%, o maior de todos os países, seguido do México, da Nigéria, da Indonésia e da China. Segundo estimativas da OMS (Melo, 1997), em 2020 o Brasil será o quinto país com maior número de velhos do mundo, em números absolutos, atrás apenas da China, da Índia, dos Estados Unidos e do Japão.

Esses dados expressam a mudança do perfil da pirâmide demográfica do país, aproximando-a da dos países desenvolvidos; a base, onde estão os jovens, estreita-se, enquanto o corpo e o topo, locais dos adultos e velhos, alargam-se. (Toledo, 1997). Tal fenômeno é observado no Rio Grande do Sul, onde a idade média da população sofre acréscimos significativos (aproximadamente 2,5 anos a cada intervalo de 10 anos), o que levou a uma modificação significativa de sua pirâmide etária comparando os dados de 1970 (quando havia alta natalidade e alta mortalidade) e 1995 (caracterizados por rápido declínio da fecundidade, leve queda da mortalidade e idade média elevada), o que equipara-a aos países mais desenvolvidos. (SSMA, 1996)

A distribuição regional da população de velhos revela que as maiores proporções destes encontram-se no sudeste do país, correspondendo a 5,14% da população. No Rio Grande do Sul, o terceiro Estado em população de velhos (após o Rio de Janeiro e a Paraíba), existiam 9.637.682 de pessoas em 1991

(IBGE, 1996), das quais 10,04% (9.641,189) tinham 60 ou mais anos. Destes, 56,85% eram mulheres e 43,14% homens. Já o índice de envelhecimento (obtido dividindo a população de 65 anos e mais pela de menos de 15 anos e multiplicando por 100), por situação de domicílio, no Rio Grande do Sul, modificou-se de 14,36% em 1980 para 19,43%, em 1991. Em termos nacionais, apenas o Rio de Janeiro apresenta maior índice, que é de 20,97% (IBGE, 1996).

Assim, verifica-se um progressivo envelhecimento da população, produzido pela coexistência dos progressos da Medicina com a crescente redução das taxas de natalidade. Em termos históricos, tal fato pode ser evidenciado pela constatação de que o clássico livro sobre a velhice, “De Senectute”, foi escrito por Cícero em 44 a.C., quando tinha 62 anos, um ano antes de sua morte. E o mais recente, sob o mesmo título, que apareceu em tradução brasileira como “O Tempo da Memória” (Bobbio, 1997), quando seu autor está com 87 anos, em pleno vigor intelectual.

A obra de Cícero consiste num diálogo entre Catão, de 84 anos, e dois homens mais jovens, ao redor de 30 anos, em que o primeiro apresenta alguns dos aspectos positivos da velhice. A edição latina original, “De Senectute”, é considerada a primeira obra impressa dedicada exclusivamente à velhice (Norman, 1994). Dentre as várias passagens dignas de atenção, que levaram Pollock (1992) a considerar Cícero como o precursor da pesquisa gerontológica atual, pode-se destacar as seguintes: “Devemos preparar-nos para a velhice... devemos utilizar precauções, como fazemos contra as doenças; grande cuidado

deve ser tomado, em primeiro lugar, com nossa saúde; todos os exercícios físicos devem ser moderados, em especial nossa dieta; esta deve ser de tal tipo e em tais proporções que reforce a Natureza, sem oprimí-la. Mas nosso cuidado não deve limitar-se apenas a nossos corpos; pois a mente requer muito mais, porque sem isto não só decairá, mas nossa compreensão certamente fenecerá na velhice como uma lâmpada não suficientemente provida de óleo. O corpo, como sabemos, quando excessivamente sobrecarregado, torna-se pesado... mas é o exercício apenas que suporta o espírito, e mantém a mente em vigor.” (Cícero, 44 a. C., pp. 75-76) Mais adiante, afirma: “A velhice é sempre honrosa, quando toma o cuidado de proteger seus próprios direitos, deles não desistindo facilmente, mas mantendo-os até o final. Pois assim como elogiamos os jovens, que mostram a solidez da idade, da mesma forma fazemos com os velhos que expressam a vivacidade da juventude. E quem quer que siga este método, pode ficar velho e decaído no corpo, mas nunca decairá na mente, nem o fará em sua compreensão” (Cícero, 44 a.C., pp. 77-78). Além disto, Cícero enfatiza que os velhos podem manter sua presença e utilidade social e concentrar-se na promoção da razão e da virtude, desta forma compensando a perda ou redução do prazer sexual e, finalmente, considera a morte como uma benção, pois liberta o indivíduo e sua alma imortal da prisão do corpo e de suas limitações.

Bobbio critica a visão otimista de Cícero sobre a velhice, calcada nos elogios às capacidades e à sabedoria dos velhos. Destaca por sua vez, que “a velhice se transformou em um grande e pendente problema social, difícil de

solucionar não apenas porque o número de velhos cresceu, mas também porque aumentou o número de anos que vivemos como velhos. Mais velhos e mais anos de velhice: multipliquemos os dois números e obteremos a cifra que revela a excepcional gravidade do problema” (Bobbio, 1997, p.25).

Falando de sua própria experiência, Bobbio afirma que tem “uma velhice melancólica, a melancolia subentendida como a consciência do não-realizado e do não mais realizável... o caminho não apenas não está cumprido, mas também não há mais tempo para cumprí-lo, e devemos renunciar à realização da última etapa” (1997, p.31). Para ele, o que distingue a velhice da juventude, e também da maturidade, é a lentidão dos movimentos do corpo e da mente. “A vida do velho desenvolve-se em marcha lenta” (idem, p.46). Num balanço de sua vida, considera que as alegrias mais duradouras não vieram do trabalho, das honras e dos prêmios, mas “dos relacionamentos... dos mestres... das pessoas que amei e que me amaram”... (ibidem, p.53). Em sua avaliação, “o grande patrimônio do velho está no mundo maravilhoso da memória... o tempo da memória segue um caminho inverso ao do tempo real... cada vulto, gesto, palavra ou canção, que parecia perdido para sempre, uma vez reencontrado, nos ajuda a sobreviver” (ibid, pp. 54-55).

Além dessas constatações, Bobbio também abre caminho para pensar-se na “construção do ser velho na sociedade moderna” (Vasconcellos, 1996, p.39) que inclui toda uma série de medidas e atividades que levam ao “surgimento do cidadão velho no Brasil” (idem, p.56), materializada na lei nº 8.842, da Presidência da República de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política

Nacional do Idoso. Seguindo as diretrizes dessa lei, observa-se uma “oficialização” do idoso na cena social, bem como “a mobilização de setores da sociedade no sentido de compreender quem é este idoso e quais são as suas verdadeiras necessidades” (ibid, p.63).

No minucioso painel no qual reconstrói a trajetória histórica da velhice, Minois (1987) transcreve o que é considerado o texto escrito mais antigo em que um velho fala de si mesmo. Trata-se de um egípcio que viveu há quatro mil e quinhentos anos, e no qual o autor sugere estar presente o drama da velhice, numa ponte entre milhares de gerações: “Que triste é o fim de um velho! Vai-se debilitando dia-a-dia; sua visão diminui, seus ouvidos tornam-se surdos; sua força declina; seu coração já não descansa; sua boca torna-se silenciosa e não fala. Suas faculdades intelectuais diminuem, e já não consegue lembrar-se hoje do que lhe ocorreu ontem. Todos os seus ossos doem. As ocupações a que se dedicava até há pouco tempo com prazer só consegue desempenhar com dificuldade, e o sentido do gosto desaparece. A velhice é a pior das desgraças que pode afligir a um homem” (Minois, 1987, p.31). Estas palavras de Ptah-Hotep, vizir do Faraó Tzezi, da dinastia V, ao redor de 2450 a.C., podem sugerir indagações clínicas, sociais e culturais, levantam de imediato pelo menos duas hipóteses diagnósticas (depressão? déficit cognitivo?) e reafirmam as especificidades dessa etapa da vida, além de sugerir a pergunta de qual era o período cronológico (idade) de sentir-se velho naquele momento da evolução da espécie humana. No século I, há informações em papiros egípcios de que conseguir alcançar os 60 anos seria raro. No antigo Oriente Médio, um estudo

de 112 esqueletos encontrados em Creta (de cerca de 2000 a C.) identificou uma expectativa de vida de 48 anos para os homens e 45 para as mulheres (Minois, 1987).

Minois (1987) descreve os sucessivos momentos da evolução histórica da velhice no mundo ocidental: do patriarca ao velho no mundo hebreu; a “triste velhice” no mundo grego; a grandeza e a decadência do ancião no mundo romano; o velho como símbolo na literatura cristã da Idade Média, bem como a indiferença em relação à idade nesse período; a diversidade social e cultural da velhice dos séculos XI a XIII; a afirmação do velho nos séculos XIV e XV; a luta dos humanistas e dos cortesãos contra a velhice no século XVI e a importância real dos velhos a partir deste último. Conclui afirmando que cada civilização tem seu modelo de velho, e julga-o conforme esse padrão. Quanto mais idealizado o modelo, mais exigente e cruel é a sociedade com o velho. As várias descrições feitas por Minois expressam juízos de valor; a partir da constatação da realidade, da velhice vivida, com o surgimento das ciências sociais, da psicologia, da medicina moderna, passa-se a ter um conhecimento mais objetivo desta etapa da vida.

Todos esses elementos repercutem no planejamento de programas de saúde, que dependem do maior conhecimento da prevalência e da incidência de doenças nessa faixa etária, e dos conseqüentes cuidados quanto à promoção e à proteção da saúde física e mental.

O conhecimento das características de vida e do estado mental dos velhos - assim definidas, segundo a OMS (1990) , as pessoas com idade igual

ou superior a 60 anos - fez parte dos esforços atuais em busca de intervenções preventivas e curativas mais eficientes (OPS, 1990; 1992). Estudos recentes (Steinbach, 1992; Morgan, 1988; Bowling & Browne, 1991; Ljungquist & Sundstrom, 1996; Newsom & Schultz, 1996; Silberman et al., 1996) têm demonstrado a relação da rede social com o estado de saúde físico e mental dos velhos. Helman (1984), caracteriza a rede social como o conjunto dos relacionamentos interpessoais e pontos de referência na comunidade. Tais achados sugerem, de forma não conclusiva e ainda controversa, que existe uma relação positiva entre melhores indicadores de saúde física e mental e uma rede social mais estruturada e objetivamente mensurada. Por outro lado, os aspectos emocionais da velhice têm recebido também crescente atenção, em especial no que diz respeito às perdas, a partir do clássico estudo de Parkes (1975), e ganhando novos e mais acurados contornos com contribuições como as de Erikson (1963, 1980, 1997), Jacques (1965), Pollock (1982, 1992), King (1980), Segal (1981), Hildebrand (1985), Limentani (1995), Settlage (1996), entre outros.

O estado mental, como sucessivos estudos têm demonstrado, pode ser avaliado por instrumentos de medida padronizados e testados, como o Mini-Mental State, a Escala de Montgomery - Asberg para a depressão, o Self Reporting Questionnaire (SRQ) e o "Check-list" do DSM III-R para depressão, que oferecem dados confiáveis sobre a condição mental atual. (Folstein et al., 1975; Montgomery & Asberg, 1979). Tal avaliação torna-se particularmente relevante quando se leva em conta a prevalência da depressão e do déficit

cognitivo entre os velhos. Em países europeus e nos Estados Unidos, 10 a 15% das pessoas acima de 65 anos apresentam algum déficit cognitivo e 5% apresentam demência (ADI, 1990; Montgomery-Asberg, 1979). No Brasil vários estudos revelaram prevalências variáveis entre 5,9% a 29,7% para síndrome cerebral orgânica no Rio de Janeiro (Veras & Coutinho, 1994); 6,8% de demência e 36,4% de algum transtorno mental na Bahia (Almeida Filho et al., 1984); 5,5% de síndrome cerebral orgânica em São Paulo (Blay et al., 1989); 25% de algum transtorno psiquiátrico em São Paulo (Ramos et al., 1986); 29% de déficit cognitivo e 30% de sintomas depressivos numa amostra relativamente pequena de velhos em Porto Alegre (Silberman et al., 1995). Em termos gerais, a prevalência de sintomas depressivos entre os velhos na comunidade é de 15% e sintomas depressivos severos são encontrados em 4% (Blazer & Williams, 1980).

Assim como estudos sobre as características da velhice têm tido uma presença mais recente na literatura, inclusive em nosso meio (Kapczinski, 1991; Kapczinski et al., 1996), devido principalmente ao fato de que a população de velhos tem aumentado nas últimas décadas, observa-se, nos membros das equipes de saúde, a presença de dificuldades emocionais para a abordagem desses pacientes. O conjunto das reações emocionais despertadas no médico em sua relação com o paciente é denominado de contratransferência (Freud, 1910; Racker, 1949; Heimann, 1950) e tem recebido atenção crescente e tentativas de avaliação mais objetiva (Eizirik et al., 1991), acompanhando a tendência atual

de desenvolver uma cultura emergente de pesquisas psicanalíticas (Emde & Fonagy, 1997; Eizirik, 1997).

A soma desses vários elementos contribuiu para a montagem do presente estudo, que está inserido na linha de pesquisa de Neurologia do Comportamento (Chaves & Izquierdo, 1992; Silbermann et al., 1995) dando continuidade e aprofundando questões que vêm sendo objeto da atenção deste grupo.

Caracterizada a relevância do tema e enfatizados alguns aspectos que têm recebido atenção crescente na literatura atual, passarei agora ao exame mais detido de contribuições que permitem aprofundar e situar o conhecimento presente sobre os mesmos.

1.1. A rede social na velhice

A sociologia, a partir de Durkheim (1893), com sua teoria da anomia, tem desenvolvido um contínuo interesse nas relações entre pessoas e organizações. Os primeiros resultados que descreveram uma associação entre redes sociais e mortalidade são igualmente creditados a Durkheim (1897), cujo trabalho evidenciou que as pessoas mais isoladas socialmente ou menos integradas, tinham maior probabilidade de cometer suicídio do que pessoas mais integradas socialmente. Nas últimas duas décadas, modelos de redes sociais têm sido empregados em numerosas áreas da sociologia, da antropologia e da psicologia.

A teoria das redes sociais e do suporte social tem sido discutida crescentemente na literatura. Contudo, as pesquisas ainda são inconclusivas sobre a existência de uma relação entre esses conceitos e o bem-estar emocional, e sobre o tipo de estrutura de rede que é benéfica em termos de provisão de ajuda e suporte. A teoria das redes sociais descreve transações entre as pessoas. Cada indivíduo é um nó da rede e cada troca é uma ligação. Várias características das redes parecem relevantes em termos de suporte, particularmente nas populações de velhos. Uma rede social é geralmente definida pelos sociólogos como o conjunto de ligações dentro de um grupo específico de pessoas, laços esses cujas características têm algum poder explanatório para o comportamento social das pessoas envolvidas. É o conjunto de indivíduos com quem se mantém contato e se tem alguma forma de laço social. O contato é necessário para se definir uma rede. Os contatos e as relações sociais são meios importantes para que uma pessoa influencie o ambiente, e fornecem os caminhos pelos quais o indivíduo é influenciado pelo meio. As redes sociais referem-se, pois, aos papéis e laços que ligam as pessoas através de vias definidas de parentesco, amizade ou conhecimento, tais como cônjuges, pais, amigos íntimos ou vizinhos. Assim, a rede social pode ser vista como a estrutura através da qual o suporte social é fornecido. As redes sociais podem ser operacionalmente definidas em termos do tamanho, da composição (amigos, parentes), da localização geográfica, da homogeneidade dos membros, da intensidade dos laços e da densidade e integração. As redes e suas características constituem-se em laços importantes na medida em que

preenchem as necessidades dos seus membros. Suas funções podem ser caracterizadas como o conjunto de contatos pessoais através dos quais o indivíduo mantém a identidade social, recebe reforços para a auto-avaliação, recebe suporte emocional (ser gostado, ser amado), ajuda material, instrumental (serviços), informações (sobre o meio) e novos contatos sociais (Payne & Graham Jones, 1987; Bowling & Browne, 1991; Mitchell, 1969; Saranson et al, 1977; Walker, Mac Bride & Vachon, 1977; Steinbach, 1992).

Em pesquisas sobre necessidades de cuidados com a saúde, a falta de suporte social tem sido associada com risco aumentado de mortalidade e demora na recuperação de doenças (Berkman & Syme, 1979; Schoenbach et al., 1986; Bowling & Charlton, 1987; Seeman et al., 1987; Steinbach, 1992). Dentre esses estudos, o de Steinbach (1992) oferece dados particularmente relevantes. Sua pesquisa examinou o efeito das redes sociais sobre a institucionalização e a mortalidade de velhos nos Estados Unidos. Seus dados provieram do Estudo Longitudinal sobre o Envelhecimento, utilizando a base de dados de entrevistas realizadas em 1984, com uma entrevista de seguimento dois anos após, incluindo 5.151 pessoas, não institucionalizadas, com idades entre 70 e 99 anos (em 1984), dos quais 61% eram mulheres, 90,4% brancos, 37% viviam sós e 43,8% com um cônjuge. Para avaliar a rede social foi visto se o entrevistado, nas últimas duas semanas, tinha realizado as seguintes atividades: ① falar ao telefone com amigos ou vizinhos; ② falar ao telefone com familiares; ③ ter-se encontrado com amigos ou vizinhos; ④ ter-se encontrado com familiares; ⑤ ter ido a algum centro de velhos; ⑥ ter ido a

alguma igreja ou templo; ⑦ ter ido ao cinema, a um evento esportivo ou semelhante e ⑧ ter tido alguma atividade como voluntário nos últimos 12 meses. Análises multivariadas, utilizando regressão logística, revelaram que as redes sociais têm uma relação inversa com a probabilidade de institucionalização e de mortalidade, controladas para características sócio-demográficas e estado de saúde. Os velhos que participaram de alguma forma de atividade social apresentaram um risco de institucionalização 50% mais baixo, ao passo que aqueles que viviam sós apresentaram probabilidade de institucionalização aumentada. Participar de atividades sociais e visitar ou falar com amigos ou familiares mostrou uma relação inversa com o risco de mortalidade.

Os dados desta pesquisa sustentam a proposição de Seeman et al. (1987) no sentido de que ter um companheiro possa ser menos importante para as pessoas com 60 ou mais anos e de que laços com amigos ou parentes podem assumir maior relevância, já que tal socialização prepara-os para as perdas posteriores. Enfim, o trabalho de Steinbach (1992) assume ser conclusivo quanto à relação direta entre redes sociais, institucionalização e mortalidade, confirmando resultados de pesquisas anteriores, como as de Berkman e Breslow (1983) e Shoenbach et al. (1986), no sentido de que as redes sociais podem prever o risco de mortalidade.

Mais recentemente, contudo, Ljungquist & Sundstrom (1996), relatando o acompanhamento de uma amostra de 1.062 velhos suecos não institucionalizados, a partir de 1954, concluíram que o estado de saúde física e

a atividade tinham os efeitos gerais mais significativos sobre a longevidade; entre os velhos mais moços, porém, a saúde mental foi o preditor mais importante de sobrevivência. O impacto das redes sociais foi de menor magnitude, tanto quanto a situação social. A relação positiva entre classe social e longevidade, segundo os autores, sugere que a primeira atua sobre a segunda indiretamente, na medida em que propicia uma boa saúde.

Assim, reafirma-se a questão das discrepâncias nas pesquisas acerca do real impacto das redes sociais, mesmo levando em conta as inevitáveis dificuldades metodológicas, que também tornam problemáticas as comparações entre esses resultados contraditórios.

Os pesquisadores têm tentado relacionar o suporte social com a promoção da saúde e do bem-estar emocional entre todos os grupos etários (Broadhead et al., 1983), embora ainda se conheça pouco sobre como esse suporte afeta o estado de saúde e o bem-estar emocional. Menos ainda se sabe sobre a importância relativa do tipo de rede, suporte social, estado de saúde físico e bem-estar emocional (Bowling & Browne, 1991). Embora algumas pesquisas tenham relatado uma associação entre saúde física e bem-estar emocional a direção dessa relação é em geral desconhecida e provavelmente depende das circunstâncias .

Há um crescente corpo de pesquisas que examina a quantidade de ajuda prática e suporte emocional recebidos por velhos de seus familiares. Um papel crítico, segundo esses estudos, é desempenhado pela natureza das redes de familiares e amigos (Seeman et al., 1987; Bowling & Browne, 1991), embora

haja menos evidências acerca da estrutura real das redes sociais em relação ao impacto sobre o estado de saúde, o bem-estar emocional e a provisão de ajuda e suporte. Alguns estudos confirmam que os cônjuges e os familiares mais próximos provêm o principal apoio em tempos de crise, e que particularmente as filhas são mais efetivas do que os vizinhos em proporcionar auxílio a longo prazo. A literatura indica que a existência de uma relação íntima e próxima é essencial para que o suporte seja dado e recebido (Greenblatt, Becerra & Serafetinides, 1982). A existência de um confidente pode ser essencial para o desenvolvimento de uma adaptação efetiva em pessoas com 85 anos ou mais. Como os confidentes são, com freqüência, companheiros da mesma idade, os muito velhos apresentam um alto risco de perdê-los, por morte ou incapacitação (Bowling & Browne, 1991).

Contudo, várias revisões da literatura indicam que as evidências da contribuição das redes sociais ao bem-estar subjetivo dos velhos não são fortes nem consistentes. Isto indica que mais pesquisas são necessárias para verificar se as redes sociais têm realmente efeito sobre o bem-estar e, caso a resposta seja afirmativa, qual o tipo ideal de estrutura de rede para os diferentes grupos etários e circunstâncias sociais (Payne & Graham Jones, 1987; Bowling & Browne, 1991).

A Escala de Rede Social (Hirsch, 1980; Stokes, 1983; Bowling & Browne, 1991) é um instrumento que exemplifica a utilidade e a possibilidade de caracterizar uma rede, fornecendo informações sobre: ① o tamanho da rede (pessoas significativas para a vida do sujeito e com as quais encontra-se pelo

menos mensalmente); ② número de confidentes (o número de pessoas na rede em relação às quais o sujeito sente que pode confiar e com quem pode contar numa emergência); ③ número e percentagem de familiares que fazem parte da rede; ④ densidade da rede (grau no qual os membros da rede relacionam-se entre si, com contatos pessoais pelo menos mensais); ⑤ número e tipo de cuidadores principais (identificação dos familiares, amigos e vizinhos que dão a principal ajuda prática).

Esta escala foi utilizada por Bowling & Browne (1991), ao investigarem o estado de saúde e as circunstâncias sociais de 662 pessoas com 85 ou mais anos, que moravam nas suas casas, em Londres. Entre os achados relevantes, destaca-se a maior presença de mulheres viúvas, e por um maior período de tempo que os homens. Utilizando o GHQ (General Health Questionnaire, Goldberg, 1987), verificou-se que 28% dos entrevistados tinham algum transtorno psiquiátrico. Quanto ao estado de saúde, 52% não podiam sair sós, 8% não podiam vestir-se ou lavar-se sós e 28% não podiam cozinhar. Aproximadamente 70% dos entrevistados referia problemas recorrentes de saúde física. A solidão era considerada um problema intenso por 23%, freqüente por 23%, às vezes por 25% e nunca ou raramente por 52% dos entrevistados. Quanto à rede social, 61% viviam sós e 85% eram solteiros, viúvos ou divorciados. 95% dos respondentes declararam ter, pelo menos, 1 confidente. 78% afirmaram encontrar os filhos com freqüência satisfatória. Não encontraram diferenças de gênero quanto à rede social, mas observaram uma grande variação no tamanho e na composição da rede (1 a 20 pessoas com

mediana de 4), enquanto o número de familiares variou de 1 a 14 (mediana de 2) e o de confidentes de 1 a 5 (mediana de 2).

Ainda neste estudo, confirmando a impressão geral de que as pessoas com 85 ou mais anos são diferentes de velhos mais jovens, já que são “sobreviventes”, altos níveis de suporte social e ajuda informal eram dados à maioria dos respondentes. Embora tenham sido encontradas associações entre rede social e provisão de ajuda informal, a análise multifatorial mostrou que o estado de saúde era o preditor mais poderoso para explicar o bem-estar emocional. Os autores discutem possíveis razões para esses achados (medidas da rede social não suficientemente sensíveis, o desengajamento dos muitos velhos levando as relações sociais a ficarem menos importantes), e sugerem que a pesquisa sobre rede social ainda está na infância, em termos de conceitualização e delineamento, concluindo que a utilidade preditiva das medidas existentes inevitavelmente permanecerá pobre enquanto tais problemas não forem resolvidos.

Silberman et al. (1995) examinaram a rede social de uma amostra aleatória constituída por 62 pessoas, de uma população de 30000 habitantes atendidos por uma unidade comunitária de classe média baixa, de Porto Alegre, utilizando o Questionário de saúde e condições sociais (Stein, 1990).

A amostra era constituída por 37% de homens e 63% de mulheres, com idades de 60 a 80 anos (média de 70), escolaridade de 0 a 16 anos (média de 5 anos), tendo 84% dos entrevistados referido alguma doença crônica e 82% aposentadoria. Quanto à rede social, 58% viviam com companheiro, 55%

tinham algum filho vivo, 35% irmãos vivos e apenas 11% algum genitor vivo. 93% dos entrevistados afirmaram ter algum confidente, e 76% encontravam-no pelo menos semanalmente. Acerca da relação com esse(s) confidente(s), a possibilidade de sempre ou freqüentemente falar com o(s) mesmo(s) sobre os próprios problemas foi reconhecida por 55% dos entrevistados; 78% sentiam-se à vontade para falar com o confidente; 77% sentiam-se entendidos pelo confidente; 66% afirmaram que o confidente partilhava seus próprios problemas, 89% achavam o confidente importante; 87% sentiam o confidente como próximo e 84% sentiam que alguém os ajudava quando doentes. Não foram observadas associações significativas entre as variáveis da rede social, déficit cognitivo, depressão e condições gerais de saúde. Os autores discutem o fato de que os resultados contraditórios entre vários estudos decorrem da possível confusão entre medidas do tamanho da rede social com o conceito geral de suporte social, ou o fato de ambos serem usados como sinônimos.

A literatura sobre as redes sociais e sua contribuição para o suporte social reflete, portanto, a existência de múltiplas definições, perspectivas e resultados. A falta de comparabilidade entre os estudos e as múltiplas definições utilizadas poderiam ser a razão da aparente diversidade de resultados, conforme também alertam Bowling & Browne (1991). Estes autores ainda destacam a tendência recente para o desenvolvimento de escalas mais objetivas, testadas para sua validade e confiabilidade, e sugerem a necessidade de sua reiterada replicação em diferentes populações. Embora não tenham identificado a direção do efeito ou a causalidade da associação entre variáveis

sociais, doença mental e déficit cognitivo, Silberman et al. (1995) sugerem que parece haver alguma associação, mesmo que a natureza dessa relação não esteja ainda muito clara. Concluem enfatizando a necessidade de pesquisas sobre essas possíveis associações utilizando amostras maiores e mais representativas.

Em suma, a revisão efetuada permite constatar que: ① existem evidências acerca da influência das redes sociais sobre o risco de mortalidade, a institucionalização, o bem-estar emocional e a demora na recuperação de doenças no velho; ② existem evidências no sentido contrário, ou seja, de que as redes sociais estão pobres ou insuficientemente relacionadas com as variáveis acima descritas; ③ existem múltiplas dificuldades metodológicas e conceituais que podem explicar, ao menos em parte, as contradições entre os dois conjuntos de resultados; ④ há suficiente quantidade de dados e de controvérsia acerca dos mesmos para justificar mais pesquisas que busquem identificar as características das redes sociais e sua possível relação com a saúde física e mental de velhos, pelas razões que foram destacadas ao longo da revisão da literatura recente.

1.2. Rede social e depressão na velhice

A depressão na velhice é um transtorno extremamente heterogêneo, e não uma síndrome clínica monolítica que seria uma forma de doença cerebrovascular. As pesquisas atuais enfrentam o desafio de determinar em que medida as depressões na velhice diferem das que ocorrem nas etapas anteriores, bem

como reconhecer, caracterizar e documentar as implicações dessa heterogeneidade para os velhos deprimidos. (Steffens et al., 1996)

Os principais quadros clínicos depressivos podem ser diagnosticados pelos critérios estabelecidos pelo DSM-IV (1994) ou pelo CID-10 (1993). A detecção de sintomas depressivos pode ser realizada mediante a utilização de várias escalas, testadas e validadas para o nosso meio, dentre as quais a de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg, 1979), extraída do CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale), que é um instrumento de avaliação de sintomatologia psiquiátrica geral. A detecção específica de Depressão Maior pode ser feita pelo Check-list do DSM III-R (1987).

Contrariando a expectativa usual, de que os velhos teriam índices mais elevados de transtornos depressivos do que os jovens, devido às circunstâncias médicas, sociais e intrapsíquicas que enfrentam, os dados epidemiológicos evidenciam que a Depressão Maior é significativamente menos prevalente nos velhos do que nos outros grupos etários. A prevalência em um mês para transtornos afetivos é de 2,5% para as pessoas com 65 ou mais anos e de 6,4% para pessoas entre 24 e 44 anos (Henderson, 1995). Em estudos sobre a prevalência de sintomas psiquiátricos na comunidade, os sintomas depressivos são os mais encontrados entre os velhos, com taxas que sucessivos estudos coincidem em apontar como de 15% (Blazer & Williams, 1980; Huntley et al., 1986). Revendo os dados da literatura, Blazer (1994) concluiu que a prevalência de sintomas depressivos clinicamente significantes, na comunidade, situa-se entre 8 e 15%. No Brasil, Aguiar & Dunningham (1993) encontraram

uma prevalência de 15% de sintomas depressivos em velhos vivendo na comunidade, na Bahia. Veras e Murphy (1994) avaliaram a saúde mental de pessoas com 60 ou mais anos que viviam em 3 distritos do Rio de Janeiro, encontrando índices de 22,62%, 19,67% e 35,12% respectivamente para velhos de alto, médio e baixo poder aquisitivo. Os autores atribuíram essas taxas elevadas, comparadas aos estudos anteriores, às limitações do instrumento utilizado. Silberman et al. (1995) encontraram 30% de sintomas depressivos numa amostra de velhos vivendo em Porto Alegre; atribuem esse índice a um possível viés na seleção, já que é uma pequena amostra, registrada num serviço de saúde comunitária.

Os estudos sobre os quadros clínicos depressivos, contudo, revelam dados diferentes. De 1300 adultos vivendo na comunidade, com 60 ou mais anos, apenas 2% apresentavam distímia e 0,8% Depressão Maior (Blazer et al., 1987). Dados provenientes do gigantesco estudo americano intitulado “National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area” (ECA), revelam a prevalência 0,9% de Depressão Maior e 0,2% de transtornos bipolares em pessoas acima de 65 anos. Esta prevalência foi de 2,9% e de 3,9% para a Depressão Maior nas faixas de 18 a 29 anos e de 30 a 44 anos respectivamente (Blazer et al., 1994), caracterizando uma redução nos índices observados na velhice. Estudos anteriores haviam identificado prevalências de 0,5% para homens e 1,6% para mulheres com Depressão Maior (Myers et al., 1984), situando-se essa prevalência em torno de 1%, índice inferior ao observado em outras faixas etárias. Por exemplo, numa amostra de 8.098 pessoas de 15 a 54

anos, 4,9% apresentavam Depressão Maior (Blazer et al., 1994). No Brasil, diagnóstico de Depressão Maior na comunidade atingiu índices de 6,75%, 4,51% e 11,5%, no Rio de Janeiro, para pessoas de alto, médio e baixo poder aquisitivo, respectivamente, embora os autores admitam as limitações mencionadas quanto à prevalência de sintomas depressivos (Veras & Murphy, 1994).

Já velhos institucionalizados apresentam prevalências significativamente maiores: 31,3% de disforia e depressão (Cheah & Beard, 1980); 26% de Depressão Maior (Folks & Ford, 1985); 6% de Depressão Maior (Rovner et al., 1986); 23% de sintomas depressivos e 11,5% de Depressão Maior (Koenig et al., 1988); 10,8% de sintomas depressivos e 4,5% de Depressão Maior (O’Riordan et al., 1989) e 30,5% de sintomas depressivos e 12,4% de Depressão Maior (Parmelee et al., 1989).

De uma forma geral, verifica-se uma prevalência de sintomas depressivos em velhos que vivem na comunidade de valor equivalente a outras faixas etárias, e uma prevalência significativamente menor de Depressão Maior. Já velhos em atendimento médico ou institucionalizados apresentam índices significativamente altos de sintomas depressivos e Depressão Maior (Stoppe Junior & Louzã Neto, 1996). Num recente painel sobre a depressão na velhice, incluindo perspectivas européias e norte-americanas, Judd (1997), comentando os dados epidemiológicos recentes, destacou que os velhos com frequência apresentam sintomas depressivos sub-sindrômicos e transtornos depressivos menores. Assim, a prevalência em um mês de Depressão Maior passa de 20,4%

(dos 18 aos 24 anos) para 6,3% (65 anos ou mais), segundo dados do ECA. Já os sintomas depressivos sub-sindrômicos, pelo mesmo critério de avaliação, variam de 22% (dos 18 aos 24 anos), para 18% (65 ou mais anos). A comparação geral da prevalência em um mês de sintomas ou quadros depressivos, revelados pelo ECA, evidencia que os velhos sem transtorno psiquiátrico são 15,7%; com depressão sub-sindrômica são 18,1%; com depressão menor são 13%, com distímia são 8,1% e com Depressão Maior são 6,3% (Judd, 1997). As implicações para a detecção precoce e correta identificação e tratamento decorrem, portanto, não só dos índices diferentes aos esperados, como das formas sub-clínicas de apresentação, o que dificulta e confunde o diagnóstico, ainda mais considerando que pode haver coincidência ou mascaramento de quadros demenciais e de condições clínicas insuficientemente percebidas.

Henderson (1995) sugere uma instigante possibilidade para explicar esses dados epidemiológicos: a de que o envelhecimento protegeria contra a depressão, bem como contra outras condições psiquiátricas. Isto é apoiado pelos achados dos índices de prevalência em um mês, do ECA, que revelam (como citado acima), que todos os quadros psiquiátricos (à exceção do déficit cognitivo) tiveram prevalência menor na velhice do que nas demais faixas etárias. Foi sugerido que a exposição a experiências adversas ao longo da vida pode induzir a uma resistência maior à depressão e a ansiedade, através de uma imunização psicológica. A denominada “buffer hypothesis” (a hipótese do tampão) sugere que o suporte social protege contra o desenvolvimento das

doenças mentais apenas quando o indivíduo é exposto a estressores, como eventos de vida negativos, considerando-se que esse efeito é particularmente evidente para a depressão.(Dalgard et al., 1995)

Desta forma, caracterizada a prevalência dos sintomas e dos quadros clínicos depressivos, cabe indagar acerca da possível correlação entre rede social e depressão na velhice.

Pfifer e Murrell (1986) examinaram os papéis desempenhados por seis fatores sócio-demográficos, três deles recursos sociais e três na categoria de eventos da vida, no desenvolvimento de sintomas depressivos. Numa amostra de 1.200 pessoas com 55 anos ou mais, 66 desenvolveram sintomas depressivos significativos 6 meses após a avaliação inicial. A saúde e o apoio social desempenhavam um papel tanto de somatório como interativo no início dos sintomas; os eventos da vida tinham um efeito fraco e os fatores sócio-demográficos não contribuíam para o início da depressão. Uma rede de suporte fraca, na presença de má saúde física, produzia um risco significativo para o início dos sintomas depressivos. Contudo, embora uma série de estudos transversais tenha demonstrado a relação entre eventos vitais estressantes e o início de um episódio de Depressão Maior, ao longo do ciclo vital, essa relação enfraquece quando as pessoas são estudadas longitudinalmente, como foi observado por Pfifer e Murrell. A interação entre o suporte social e a depressão é mais complexa. O suporte social pode contribuir para o início da Depressão Maior, pode contribuir para sua evolução ou pode, inversamente, ser afetado pelos sintomas depressivos (Blazer, 1983, 1989).

Visando examinar a relação entre sintomas depressivos, redes sociais e suporte social, Goldberg et al. (1985) entrevistaram 1144 mulheres casadas, de 65 a 75 anos, residentes em Maryland. A rede social foi avaliada quanto à estrutura (tamanho total e homogeneidade) e a qualidade (número total de confidentes, se o marido era ou não confidente e o fator “intimidade”).

O estado sócio-econômico mostrou associação significativa com a sintomatologia depressiva. Quando o marido não era o confidente, a mulher tinha três vezes mais chances de ter alto nível de sintomas depressivos. As mulheres sem confidentes e as que revelaram menor nível de intimidade na rede mostraram maiores níveis de sintomatologia depressiva. Outro dado significativo foi a associação entre redes heterogêneas quanto a idade, sexo e religião com sintomas depressivos. A homogeneidade da rede, mesmo quando pequena, pode prover um sentimento de pertinência, em especial se incluir membros da mesma igreja, e se relaciona com menos sintomas depressivos. Ao discutirem seus achados, os autores enfatizam terem podido relacionar rede social com nível de sintomas depressivos, transversalmente; sugerem que tais dados necessitariam demonstração prospectiva. Mais recentemente, os mesmos autores (Harlow et al., 1991) empreenderam um estudo longitudinal de fatores de risco para a depressão, comparando variáveis de saúde e redes sociais de mulheres viúvas e casadas, partindo da evidência de que um dos mais importantes fatores de risco é o luto. As mulheres que ficaram viúvas tinham níveis significativamente mais altos de sintomas depressivos antes do luto e nas duas entrevistas seguintes, de seguimento, do que as não viúvas. Má saúde

física e atividade restrita associam-se com depressão nas 3 entrevistas, tanto para as viúvas como para as casadas. O melhor preditor foi a má saúde física auto-referida, e a presença de doenças crônicas também previa o nível da sintomatologia depressiva. O papel da família em mediar a depressão relacionou-se com o tempo e as circunstâncias, ou seja, no primeiro mês após o luto o tamanho da rede familiar foi importante, como provedor de apoio e empatia. Em contraste com estudos anteriores (Clayton et al., 1972), que sugeriram que a depressão era mais freqüente entre as viúvas que tinham menos suporte social, o presente estudo, um dos primeiros longitudinais sobre o tema, mostrou que os fatores de risco para a depressão em mulheres enlutadas e não-enlutadas são semelhantes. A saúde e as características da rede social que se associam transversalmente com o nível de depressão também podem prever o risco a longo prazo. Assim, as mulheres com risco de depressão prolongada após a morte de seus maridos, podem ser identificadas antes do luto, já que elas têm os mesmos fatores presentes em velhas da comunidade em geral.

Um dado interessante desta pesquisa, que confirmou a anterior destes autores (Goldberg, 1985), foi que as mulheres que tinham os maridos como confidentes apresentavam escores em média 50% mais baixos de sintomas depressivos do que as que não consideravam seus maridos confidentes. Tal proteção desaparecia com o luto, na entrevista realizada um mês após. Contudo, 12 meses depois, havia uma recuperação parcial deste fator protetor, mesmo sem a significância anterior. Isto reforça a idéia destes autores no sentido de

que o luto não interfere de forma significativa no aparecimento dos sintomas depressivos.

A associação entre o tamanho e a estrutura das redes sociais e a prevalência de sintomas depressivos foi examinada num estudo de base populacional de 1615 pessoas de 65 anos ou mais (Palinkas et al., 1990). Algumas características das redes sociais identificadas chamam a atenção: os índices da rede social declinavam com a idade para as mulheres, mas não para os homens; as mulheres eram mais viúvas do que os homens; enquanto os homens mencionavam a esposa como confidente, as mulheres citavam amigas, filhos ou familiares. As amigas eram a principal fonte de apoio para as mulheres, independentemente do estado conjugal. Os homens relatavam significativamente mais amigos e familiares íntimos e mais alta frequência de contatos face a face com estes do que as mulheres. As mulheres tinham mais doenças crônicas e participavam mais em instituições religiosas e comunitárias, enquanto os homens em grupos relacionados a ocupações. Sintomas depressivos foram identificados em 6,6% desta amostra, com índices significativamente maiores nas mulheres.

A depressão não se relacionava com o estado conjugal ou a frequência de contatos com amigos íntimos ou familiares. A depressão estava inversamente associada com o índice da rede social e a participação em associações voluntárias e religiosas, para homens e mulheres.

A contribuição dos vários fatores estudados para a predição de sintomas depressivos foi avaliada por um modelo de regressão múltipla. O preditor mais

forte foi o número de doenças crônicas, seguido pela participação em associações, distância social das fontes primárias de apoio, idade, sexo e número de amigos íntimos. Assim, essa pesquisa concluiu que o número e a frequência de laços sociais relaciona-se inversamente à sintomatologia depressiva na velhice, numa associação independente da idade e do sexo. Em contraste com outros estudos que evidenciaram a relação entre estado conjugal e risco de depressão, em especial para as viúvas, Palinkas et al. (1990) não encontraram diferenças significativas a este respeito.

Em contextos culturais diferentes, também foram evidenciadas relações entre a rede social e sintomas depressivos. Biegel et al. (1991) estudaram a influência moderadora potencial do tamanho da rede social na relação entre estresses da vida e sintomas depressivos numa amostra de 191 velhos, brancos e negros, com 75 anos ou mais. Os resultados indicaram que, para brancos, ter maior suporte social e uma rede social maior reduz a associação entre estresse e sintomas depressivos. Para os velhos negros, por outro lado, receber suporte social de uma rede social com mais membros está associado com uma maior relação entre as duas variáveis examinadas. Não havia diferenças significativas entre as redes dos negros e dos brancos, que tinham em média três membros, em geral dois familiares e um amigo, e a maioria dos entrevistados estava satisfeita com a rede. Na discussão, os autores supõem que a rede dos velhos negros poderia estar sentindo-se mais sobrecarregada e, desta forma, além de dar apoio, sobrecarregava de tensão os velhos. Diferenças no estado sócio-

econômico e na atitude quanto à procura de serviços de saúde também poderiam explicar esses resultados.

Lee et al. (1996) examinaram 200 imigrantes coreanos nos Estados Unidos, visando investigar os efeitos dos fatores quantitativos, estruturais e funcionais das relações sociais sobre o nível de depressão, levando em conta o nível de aculturação e os estresses da vida. Os velhos que tinham maior número de pessoas próximas e contatos mais freqüentes com elas apresentavam menos sintomas depressivos. As redes que proviam apoio instrumental constituíam principalmente de laços familiares; o suporte emocional incluía diversas relações, além das familiares. O suporte emocional foi considerado como moderador do efeito danoso dos estresses da vida, e mais relevante do que o apoio instrumental para a saúde mental dos velhos coreanos.

Outro estudo, com 96 afro-americanos de 60 anos ou mais, residentes em áreas urbanas e rurais do Tennessee, foi realizado por Baker et al. (1996). Estes autores verificaram uma associação significativa entre presença de sintomas depressivos e doenças clínicas específicas, rede social, funcionamento físico e local de residência. Assim, os velhos que tinham sintomatologia depressiva, apresentavam uma maior freqüência de hipertensão, arteriosclerose e problemas circulatórios. Os residentes urbanos tinham mais sintomas depressivos do que os rurais. Aproximadamente 21% dos respondentes tinham escores elevados na Escala de Lubben para Rede Social, sugerindo ser um grupo de risco para o isolamento social. As mulheres e as pessoas de baixa renda também apresentavam escores mais altos de sintomas depressivos.

Um estudo transcultural de pacientes com sintomatologia depressiva, hospitalizados em Porto Alegre e Paris, foi realizado por Fleck (1997). O autor constatou a presença de um núcleo de sintomatologia depressiva semelhante nas duas amostras, havendo diferenças quanto à sintomatologia psicótica (mais freqüente nos pacientes brasileiros), maior co-morbidade entre as mulheres e menores escores de ideação suicida nos pacientes brasileiros que tinham uma prática religiosa regular.

Steffens et al. (1996) examinaram a relação entre alguns fatores sócio-demográficos e o número de episódios depressivos prévios em velhos deprimidos, atendidos na internação e no ambulatório do Centro Médico da Duke University. Os autores estudaram as variações de preditores para a depressão na velhice, baseados no número de episódios depressivos prévios. O fato de ter mais de 2 episódios prévios estava relacionado com idade mais jovem, início mais precoce, distímia, sentimentos de inutilidade, dificuldade de concentração, lentificação do pensamento, ideação suicida, ansiedade generalizada e percepção diminuída de suporte social. Num modelo de regressão logística, os preditores mais significativos de mais do que 2 episódios foram início precoce, distímia, tendência ao suicídio e suporte social percebido como baixo. Os autores sugerem que seus achados assinalam a necessidade de maior clarificação do papel de percepção do suporte social na Depressão Maior.

Em trabalho anterior, George et al. (1989) haviam examinado 150 pacientes de meia-idade e velhos hospitalizados no Centro para o Estudo da

Depressão, da Duke University, com diagnóstico de Depressão Maior. Tanto o tamanho da rede social quanto a percepção subjetiva de suporte social foram preditores significativos de sintomas depressivos no seguimento dos casos. O suporte social subjetivo foi o que se associou mais fortemente com Depressão Maior. Este efeito foi significativamente mais forte para os de meia-idade do que para os velhos, e mais para os homens do que para as mulheres. O estado conjugal revelou diferenças: estar casado associou-se com níveis mais altos de sintomas depressivos no “follow up”, o que levou os autores a destacar que a qualidade das relações interpessoais é um componente importante do suporte social e que, tanto do ponto-de-vista estatístico quanto teoricamente, o apoio subjetivo é a dimensão mais presente a ser considerada. O fato de ser um estudo prospectivo e cuidadosamente delineado dá a esta pesquisa uma particular atenção, sendo referida com freqüência nas discussões de trabalhos posteriores.

Silberman et al. (1995) não encontraram correlações significativas entre as características da rede social e os escores de sintomas depressivos identificados pela Escala de Montgomery-Asberg, na amostra de velhos que examinaram em Porto Alegre.

A relação entre o funcionamento físico, o suporte social, sintomas depressivos e a satisfação com a vida, numa amostra nacional de 4.734 adultos com 65 anos ou mais, foi estudada por Newson & Schulz (1996), da Universidade de Pittsburg. A diminuição das capacidades físicas estava associada com menos contatos com amigos, menor contato com a família,

menor percepção de suporte e menor percepção de ajuda tangível, mas apenas medidas de percepção de suporte prediziam sintomas depressivos. As sofisticadas análises estatísticas realizadas levaram os autores a concluir que o suporte social relatado como mais baixo é uma importante razão para o decréscimo da satisfação com a vida e para o aumento dos sintomas depressivos em velhos. Em termos das conseqüências para o bem-estar emocional, mudanças na freqüência dos contatos com a rede social não foram evidenciadas como de importância primária. O fator chave para mitigar os sintomas depressivos e a satisfação mais baixa com a vida foi considerado a percepção subjetiva das relações de suporte.

Face à vasta literatura recente sobre o tema, a revisão até aqui efetuada, embora necessariamente restrita, permite contudo constatar que: ① existem evidências convincentes sobre uma prevalência ao redor de 15% de sintomas depressivos em velhos vivendo na comunidade; ② a prevalência de Depressão Maior e transtornos bipolares é menor na velhice do que em outras faixas etárias, ao passo que os sintomas depressivos sub-sindrômicos e transtornos depressivos menores são mais freqüentes nos velhos; ③ existem evidências acerca da associação entre a rede social e o surgimento de sintomas depressivos na velhice; ④ existem, por outro lado, evidências que suportam a idéia de que o estado de saúde física e o número de doenças crônicas são os preditores mais fortes para o surgimento de sintomas depressivos; ⑤ as várias pesquisas, seja as concordantes seja as que discordam, utilizam conceitos variáveis e instrumentos de medida igualmente diversos tanto da rede social quanto para a

detecção de sintomas depressivos; ⑥ finalmente, há o reconhecimento de que são necessários continuados estudos para prosseguir buscando um maior conhecimento sobre a associação entre essas variáveis.

1.3. Déficit cognitivo na velhice

Estudos de prevalência de déficit cognitivo e de demência nos velhos têm sido realizados na maior parte dos países desenvolvidos, sendo baseados na avaliação de velhos que vivem na comunidade através de entrevistas feitas por clínicos ou entrevistadores treinados. O diagnóstico clínico das principais formas de demência pode ser feito pelos critérios especificados no DSM IV (1995). A detecção de déficit cognitivo em amostras populacionais tem sido realizada predominantemente pelo uso do Mini-Mental State Exam (Folstein et al., 1995).

Não surpreendentemente, os estudos epidemiológicos variam muito em seus métodos, por exemplo, na proporção de pessoas muito velhas na amostra, na inclusão ou exclusão de pessoas institucionalizadas, na definição de casos de demência e no método para determinar o grau de déficit cognitivo. As dificuldades aumentam quando são feitas tentativas de diagnosticar demências do tipo Alzheimer ou demência vascular em estudos na comunidade. A confiabilidade e a validade desses diagnósticos específicos, dadas as condições de sua aferição, não costumam ser elevadas. Por todas essas razões, as

estimativas de prevalência têm variado consideravelmente (Henderson, 1995). Assim, em amostras em três comunidades americanas, utilizando o Mini-Mental, Robins et al. (1984) encontraram déficit severo em 5%, 5,1% e 4% das pessoas com mais de 65 anos. Com o uso do SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire), Huntley et al. (1986), em amostras populacionais maiores, encontraram índices de 5,3%, 1,3% e 6,0% de déficit severo. Numa comunidade rural da Suécia, Essen-Möller et al. (1956) através de entrevistas psiquiátricas, detectaram síndromes cerebrais orgânicas moderadas em 10,8% dos velhos e severas em 5,0%. Numa amostra comunitária inglesa, Kay et al. (1970) relataram uma prevalência de 6,2% de síndrome cerebral orgânica severa, também com entrevistas psiquiátricas. O uso combinado destas com estudos laboratoriais permitiu a Folstein et al. (1985) identificar 2,0% de doença de Alzheimer, 2,8% de demência multi-infarto e 1,3% de demência mista ou não-especificada numa comunidade de Baltimore. Todos os estudos até aqui referidos incluíam apenas entrevistados com 65 anos ou mais.

Considerando agora os velhos institucionalizados, os índices aumentam consideravelmente. Goldbarb (1962), em Nova York encontrou 87% de déficit severo, utilizando o MSQ (Mental Status Questionnaire). Blazer (1978) com o SPMQ, identificou 47% de casos de déficit severo. Teeter et al. (1976) com o SPMSQ, encontraram 59,4% pacientes com déficit moderado ou severo. Rovner et al. (1986), num grupo de 50 pacientes, dos quais 96% tinham 66 ou mais anos, usando entrevistas estandardizadas, identificaram 56% de demência

degenerativa primária, 22% de demência multi-infarto e 4% de demência por Parkinson (Blazer, 1989).

Uma análise integrada de 47 levantamentos, realizados em 17 países, evidenciou índices aproximados de menos de 1 % para demências de qualquer causa, em pessoas de 60 a 69 anos, subindo esta cifra para 39% em velhos de 90 a 95 anos. A prevalência duplica a cada 5 anos, portanto. Os dados do ECA, nos Estados Unidos, demonstraram que 4,9% das pessoas com 65 anos ou mais tinham déficit cognitivo severo, evidenciado por um escore de 17 ou menos pontos no Mini-Mental. A incidência anual de transtorno cognitivo, conforme o ECA, foi de 4,6% para pessoas com 65 anos ou mais, ao passo que de apenas 0,4% para adultos jovens.

A prevalência da demência do tipo Alzheimer, conforme um estudo conjunto de 6 países europeus, revelou índices de 0,02%; 0,3%; 3,1% e 10,8%, para faixas etárias, respectivamente, dos 30 aos 59 anos, dos 60 aos 69 anos, dos 70 aos 79 anos e dos 80 aos 89 anos. Para a demência vascular, a prevalência nos Estados Unidos foi estimada em 3,5% para homens e 0,8% para mulheres com 65 anos ou mais (Henderson, 1995).

Todos esses dados caracterizam os transtornos demenciais como as causas mais freqüentes de transtornos psiquiátricos em velhos. O diagnóstico de Alzheimer corresponde a cerca de 50 % das demências na velhice, e chega a atingir 5 a 10% das pessoas com 65 anos ou mais, e 47% das acima de 85 anos. Um dos maiores fatores de risco para a demência é a idade e, à medida que a

denominada geração do “baby boom” americano (nascidos nos anos 50 e 60 anos) aproxima-se dos 60 anos, a doença de Alzheimer passa a tornar-se um crescente problema de saúde (Small, 1995).

No Brasil, Almeida Filho et al. (1994) encontraram uma prevalência de 6,8% de casos de demência e 36,4% de algum transtorno mental em velhos da Bahia. No Rio de Janeiro, Veras e Coutinho (1994) identificaram prevalências de 5,9% a 29,7% em três diferentes distritos. Blay et al. (1989), utilizando o teste face-mão, encontraram 5,5% de síndromes cerebrais orgânicas, em São Paulo. Em levantamento anterior, Ramos (1986) havia identificado 25% de algum tipo de transtorno mental em velhos de São Paulo. No Rio Grande do Sul, Silberman et al. (1995) referem ter encontrado uma prevalência de 29% de déficit cognitivo numa amostra comunitária estudada. Os escores do Mini-Mental decaíram com a idade crescente dos entrevistados. Foi observada correlação significativa entre idade e escores do Mini-Mental apenas no grupo de doenças crônicas. Quando essa análise foi controlada para sexo, apenas as mulheres mostraram essa correlação significativa.

Num estudo de 269 pessoas de 60 a 97 anos, vivendo na comunidade, em Cruz Alta (RS), Loureiro Chaves (1996) identificou uma prevalência de 21,9% de entrevistados com déficit cognitivo, observando também que esta percentagem aumentava de 13,7% em pessoas de 60 a 65 para 39,6% nos de 76 anos ou mais.

A prevalência geral de demência é a mesma para homens e mulheres, embora Alzheimer seja mais prevalente em mulheres; isto é explicável porque a longevidade das mulheres é maior. É incerto se fatores sócio-econômicos desempenham algum papel na demência. Há diferenças, contudo, conforme alguns grupos étnicos. Fatores de risco estabelecidos, além da idade, foram identificados num estudo da Comunidade Européia: história de demência num familiar de primeiro grau, tanto para os casos de início precoce quanto de início tardio de Alzheimer, risco maior se mais de um familiar de primeiro grau teve demência; familiar de primeiro grau com síndrome de Down ou Parkinson; idade materna igual ou superior a 40 anos; para os homens, prévio trauma cerebral prévio; hipotireoidismo e transtorno depressivo prévio (Henderson, 1995).

A literatura tem documentado crescentemente o efeito deletério da depressão sobre a memória dos velhos (Wells, 1979; Jorm, 1986). A experiência cognitiva desencadeada pela depressão inclui modificações qualitativas e quantitativas na forma como os eventos internos e externos são processados, interpretados e armazenados na memória. As experiências cognitivas associadas à depressão incluem a ativação dos padrões cognitivos descritos por Beck (1989); outras experiências cognitivas incluem tristeza, perda do prazer e desesperança. As alterações do humor causam também alterações na forma como os eventos são processados, armazenados e evocados. O estudo dos efeitos cognitivos da depressão nas diferentes faixas etárias revela uma queda no desempenho, independente da idade. Contudo, em velhos esta

queda é mais acentuada. Em casos de Depressão Maior, pode ocorrer um déficit cognitivo bastante severo, compatível com um quadro demencial, o que foi conhecido como “pseudodemência” (Weingartner et al., 1979; Kiloh, 1961). Este termo foi muito questionado, pois implicaria uma divisão artificial entre doenças afetivas e problemas cognitivos, ao invés do reconhecimento da possibilidade de serem condições paralelas (McAllister & Price, 1982) ao de terem uma relação causa/efeito (Ceitlin et al., 1995). Feinberg e Goodman (1984) propõem que esses dois quadros podem ocorrer em diferentes pacientes, sugerindo que um esforço integrado entre psiquiatria e neurologia pode ser útil na discriminação de quadro primariamente neurológico ou primariamente depressivo. Chaves (1990) sugere que, através de um exame aprofundado das funções corticais superiores, esta diferenciação pode ser realizada. Revisando e sintetizando a literatura sobre o tema, Kapczinski (1991) descreveu os três modelos principais que procuram entender a interação entre depressão e funções cognitivas no velho. No primeiro deles, o envelhecimento e a depressão são concebidos como variáveis independentes. O déficit cognitivo mais acentuado nos velhos seria explicado pela deficiência cognitiva prévia, decorrente da idade. Assim, a “pseudodemência” decorreria do efeito cumulativo entre déficit produzido pela depressão e déficit cognitivo severo já existente, mas não manifesto.

O segundo modelo sugere um efeito de interação entre depressão e envelhecimento, de modo que o déficit cognitivo produzido conjuntamente pelas duas variáveis seria maior que o somatório do déficit provocado por cada

uma em separado. O terceiro modelo propõe que, além da interação entre as duas variáveis, multiplicando o déficit cognitivo, existiria um grupo minoritário de velhos propenso a reagir com um déficit cognitivo intenso e diferente do restante de velhos, apresentando ainda uma tendência à manutenção do déficit após a remissão do episódio depressivo.

Além dessa questão, outra controvérsia envolve a relação entre a depressão e o déficit cognitivo, ou seja, se o déficit cognitivo seria intrínseco ou secundário à depressão. Chaves & Izquierdo (1992) propuseram um modelo para o entendimento do déficit cognitivo decorrente da depressão, a partir do conceito de “efeito da informação pós-evento” (Loftus & Palmer, 1974). Estudando voluntários normais, os autores constataram que um parecer negativo adiciona-se a uma memória adquirida, dificultando sua evocação; face a isto, propuseram que o déficit de memória, na depressão, poderia ser explicado de forma semelhante. A depressão pode ser concebida, em termos cognitivos, pela ativação de três padrões básicos, que levam o indivíduo a ver-se, às suas experiências e ao seu futuro de forma distorcida e negativista. Esse negativismo, presente na depressão, funcionaria como o comentário negativo do experimento, adicionando-se aos eventos memorizados pelos pacientes e dificultando sua posterior evocação. Assim, o negativismo é visto como um estado cognitivo com correspondentes verbais e pré-verbais, não necessariamente conscientes. Portanto, esses correspondentes verbais teriam o efeito de uma informação pós-evento, de acordo com a descrição de Loftus & Palmer (1974).

Kapczinski (1991) estudou as alterações decorrentes da depressão na memória, estado mental e padrões cognitivos de velhos de 60 a 83 anos hospitalizados em enfermarias clínicas ou cirúrgicas, numa amostra que incluía 68 pessoas, bem como desenvolveu um “Questionário de Expectativas de Futuro - QUEF”, como instrumento para avaliar padrões cognitivos ativados pela depressão. O autor, nesta amostra, não encontrou correlação significativa entre depressão e prejuízos no estado mental ou memória. Verificou, contudo, que mesmo alterações leves do estado afetivo alteravam as expectativas de futuro, bem como as alterações cognitivas produzidas pela depressão ocorriam dentro de uma seqüência, onde os padrões cognitivos negativistas em relação ao futuro são ativados antes das alterações da memória (Kapczinski et al., 1996).

Em suma, pode-se constatar que: ① a prevalência de déficit cognitivo situa-se ao redor de 10 a 15% acima dos 65 anos e a de demência ao redor de 5%; ② à medida que a idade aumenta, a prevalência de demência duplica a cada 5 anos; ③ existe uma interação entre depressão e déficit cognitivo, com vários modelos explanatórios para a mesma; ④ o conhecimento da prevalência do déficit cognitivo e de suas características é necessário para a adequada planificação e execução de medidas preventivas e de tratamento.

1.4. Velhice e contratransferência

As reações emocionais de médicos e membros das equipes de saúde apresentam características específicas em relação aos velhos. Alguns trabalhos recentes examinaram esta questão. Gallo (1990) estudou o efeito do suporte social sobre a depressão, em pessoas que cuidam de velhos com limitações físicas e mentais, para que estes possam permanecer em casa. As exigências que tal tarefa podem acarretar costumam sobrecarregar os recursos físicos e psicológicos dos cuidadores, desta forma prejudicando os velhos. Assim, o suporte social de que dispõem os cuidadores pode mitigar os efeitos potencialmente nocivos de sua atividade. O perfil desses cuidadores, segundo Stone et al. (1987) inclui algumas características: 25% deles têm de 65 a 74 anos e 10% mais de 75 anos. A metade é constituída por mulheres, especialmente viúvas e filhas. Com bastante freqüência, trata-se de uma mulher ao redor dos 60 anos, cuidando de sua mãe com mais de 80.

A revisão de vários levantamentos realizados levou Gallo (1990) a concluir que, ao contrário da expectativa de que o estado mental e o nível funcional dos velhos seriam importantes para prever o desenvolvimento de sintomas depressivos, o elemento crítico parece ser a percepção, pelo cuidador, do nível de suporte social ao seu alcance. A sua estrutura de personalidade e o estilo de manejar com situações emocionais constituem os aspectos a influenciarem sua reação ao papel de cuidador. Também devem ser levadas em conta defesas psicológicas individuais, experiências passadas e habilidades para resolver problemas. Algumas vezes, os familiares cuidadores são motivados pela culpa: sobre supostos erros passados, por sentir ódio do velho ou de sua

doença, pela qualidade dos cuidados que ele está recebendo, por colocá-lo em casas geriátricas, ou por afastar-se dos cuidados que pensa ou sente que deveria continuar proporcionando. Além disto, os cuidadores podem sentir-se devastados pelas mudanças apresentadas pelo familiar acometido por um quadro progressivo de demência. Além das perdas usualmente associadas ao envelhecimento, quando o familiar cuidador também é velho necessitará enfrentar a perda do suporte de um familiar próximo, como o cônjuge. Assim, sintomas depressivos podem resultar dessa perda, e não tanto das tarefas específicas associadas aos cuidados. Até porque o impacto da dor é um estressor mais potente e conseqüentemente funcionará como desencadeante de transtorno de sintomas depressivos mais efetivamente do que o envolvimento com os cuidados, especialmente nestes casos nos quais os envolvidos já são todos velhos. Concluindo, Gallo (1990) sugere que tais cuidadores deveriam ser avaliados periodicamente para identificar se têm alguém em quem confiam; se recebem visitas, com qual freqüência e com que satisfação; que aspectos dos cuidados são mais perturbadores e se existem sintomas de depressão.

As atitudes face ao envelhecimento e os fatores que afetam a prática de médicos gerais (os “general practitioners”) quanto ao manejo da depressão em velhos foram examinados por Collins et al. (1996), através de um questionário nacional, na Inglaterra, com 407 respondentes. A maioria dos médicos sentia-se confiante em sua capacidade de tratar a depressão nos velhos, mas considerava difícil tal tratamento e gostaria de ter mais informações e treinamento. Uma pequena proporção da amostra afirmou que a depressão era uma conseqüência

natural do envelhecimento e que os velhos na sua maioria ficam deprimidos. Os médicos mais velhos tendiam a considerar o tratamento mais difícil e interrompiam a medicação logo após a recuperação. As médicas sentiam-se menos confiantes em tratar e foram as que mostraram mais interesse em treinamento continuado. De um modo geral, os GPs não tinham atitudes negativas sobre a depressão e o envelhecimento; entretanto, identificaram a necessidade de mais treinamento nesta área.

Banazak (1996) investigou as atitudes de médicos de cuidados primários em relação a sua capacidade de detectar e tratar a depressão nos velhos, numa amostra de 604 respondentes, de Michigan. Verificou que predominava uma atitude positiva face à habilidade em detectar e tratar a depressão nos velhos, embora apenas 25% dos médicos usasse rotineiramente um teste padronizado para diagnóstico. Os médicos mais freqüentemente usavam medicação para o pacientes, enquanto as médicas com mais freqüência empregavam o aconselhamento e técnicas de exercício. A autora considerou alarmante o fato de que apenas pouco mais da metade dos respondentes julgava úteis os protocolos padronizados de tratamento. A não adesão dos pacientes ao tratamento foi apontada como a maior barreira que esses médicos enfrentavam com os velhos deprimidos.

Os três estudos revelam a importância das atitudes e reações emocionais em relação aos velhos, como elementos determinantes de uma relação médico-paciente ou equipe-paciente de maior ou menor efetividade. Ao referir-se pela

primeira vez à contratransferência, Freud (1910) alertava que a reação emocional inconsciente do médico à transferência do paciente poderia se constituir num obstáculo ao tratamento. Assim, segundo ele, era necessário manter controlada a contratransferência, estabelecendo o conceito clássico.

Nos anos 50, Racker (1949) e Heimann (1950) propuseram um novo conceito, o totalístico, significando o conjunto das reações emocionais do analista ao paciente. Com isto, uma atenção mais detida aos seus próprios sentimentos forneceria informações sobre os do paciente, na medida em que este, pelo uso do mecanismo da identificação projetiva, colocava na mente daquele algo de si e tentava acioná-lo a pensar, sentir ou agir de acordo com tal projeção. Nesta nova visualização, a contratransferência passou a ser considerada uma valiosa fonte de informações sobre o mundo interno e as reações emocionais do paciente.

O conceito totalístico, contudo, tornou-se muito amplo, pois incluía o conjunto das reações emocionais do analista, desconsiderando que parte delas era oriunda de si mesmo, de sua própria personalidade. Isto deu origem a um terceiro conceito, o específico (Sandler, 1976; Thomä & Kächele, 1985), que visa identificar quais são as reações emocionais do médico às qualidades específicas de seu paciente, naquele momento da relação terapêutica. Tansey & Burke (1989) propuseram critérios para validar hipóteses sobre a contratransferência, ou seja, tentar determinar a fonte do sentimento contratransferencial, se do paciente ou do analista, o que é feito através de uma

série de perguntas que o analista se faz, seguida de outra série, que visa entender o significado e o propósito do que está ocorrendo na relação com o paciente.

Na última década, aproximadamente, a compreensão da contratransferência tornou-se uma área emergente, ou solo comum entre analistas de diferentes orientações teóricas, sendo entendida como uma “criação conjunta” de médico e paciente. Essa área de interesse comum pode ser visualizada como um gradiente ou continuum, no qual numa das extremidades é dado mais peso às contribuições do analista e na outra enfatiza-se a contribuição do paciente (Gabbard, 1995).

As reações contratransferenciais aos velhos estão relacionadas com as características emocionais desta etapa da vida. As vivências básicas e dinamicamente significativas no processo de envelhecimento são as perdas. Muitos acreditam que uma das tarefas evolutivas principais do indivíduo em processo de envelhecimento seja encontrar reparação para as perdas biopsicossociais inevitáveis, associadas com este estágio do ciclo vital. Algumas das perdas mais freqüentes nesta faixa etária são a da saúde física, a diminuição das capacidades, a perda da companhia (sentimento de solidão) e a perda do cônjuge. A perda do trabalho, o declínio do padrão de vida e a diminuição das responsabilidades também são sentidos por alguns pacientes como perdas importantes (Eizirik, 1980).

Para muitas pessoas idosas, é o efeito cumulativo de perdas repetidas, antes que se tenha passado tempo suficiente para o luto e sua resolução, que é tão devastador. Outra característica desta faixa etária é a de que, ao contrário das etapas evolutivas precedentes, cujas perdas principais se referem a objetos externos, na velhice elas tendem a centrar-se no próprio indivíduo.

Trechos de entrevistas com velhos ilustram a maneira pela qual se apresenta a temática das perdas: a perda da saúde física, segundo um homem aposentado, “dá uma sensação de angústia, porque a gente tenta fazer as coisas e não consegue, o corpo não ajuda mais”. Um homem institucionalizado, referindo-se a sua situação, relata que “tem dias em que fico pensando no meu estado de agora, não sirvo mais para nada, eu que gostava tanto do serviço e agora não posso mais fazer”. A perda das capacidades é aludida por uma senhora aposentada: “Estou ficando que é um pesseguinho passado, miudinha, não tenho coragem de fazer grandes coisas”. Aqui temos através da comparação com a fruta passada, uma representação plástica da perda de capacidades do ego, traduzida pela diminuição das habilidades operacionais.

O sentimento de solidão, resultante da perda de companhia, foi assim descrito por uma paciente: “Sinto este vácuo por dentro. Me sinto só, porque não tenho ninguém de minha família, embora não me falte nada de material”. Quanto ao sentimento decorrente da perda do cônjuge, disse um homem aposentado: “Parece que ela levou a minha alegria de viver, deixou minha vida empobrecida”. E uma mulher que se afastara do trabalho desde a morte do

marido: “Perdi minha iniciativa; sem ele me sinto pela metade, não sei fazer as coisas direito”. Estas frases expressam o sentido da perda conforme mencionou Freud (1917, p.277), ao dizer que “a pessoa sabe a quem perdeu, mas não o que perdeu com ele”. Utilizando o conceito de identificação projetiva, pode-se compreender que ambos os entrevistados referiam-se ao fato de terem partes suas - a alegria de viver, a iniciativa - colocadas projetivamente nos cônjuges, com quem se identificavam. Morrendo estes, perderam tais partes, ficando provisoriamente empobrecidos. A perda é vivida como a retirada de um pedaço, deixando um vazio, “um vácuo interno” (Eizirik, 1980).

Outro tema comum nesta faixa etária é a tentativa do velho de manter sua auto-estima, a integridade do ego e um senso de propósito na vida, em uma fase caracterizada por recursos de ego decrescentes, aumento das incertezas e pela investida violenta de traumas narcísicos. Estes referem-se aos acontecimentos que corroem a auto-estima, a confiança e a auto-imagem positiva. De um ponto de vista sociológico, acredita-se que pessoas que perdem a auto-estima na velhice, fazem-no porque:

a) as alterações físicas se tornam tão pronunciadas que a pessoa é forçada a aceitar uma auto-imagem menos desejada;

b) a auto-estima dependia demasiadamente de papéis sociais ou profissionais;

c) ocorreu uma perda do controle sobre a própria vida e o ambiente;

d) persistem problemas com a regulação da auto-estima ligados às etapas anteriores do ciclo vital que não foram superadas com sucesso (Lazarus, 1989).

Em resposta à ameaça de diminuição da auto-estima, a regressão dentro do self pode servir a funções adaptativas através da preservação da auto-estima e evitação de sentimentos de vazio e depressão. A tentativa de pessoas mais velhas a reminiscências sobre o passado pode servir não apenas para afastar a depressão e preservar uma sensação de continuidade com o passado, mas também para lembrar-lhes de um tempo em que elas se sentiam dignas, cheias de vida e competentes (Eizirik et. al., 1997).

As expectativas sociais, traduzidas ao nível familiar, dos cuidadores, médicos, assistentes sociais, enfermeiras, enfim, daqueles que lidam de maneira direta com o velho, podem exercer um papel importante na possibilidade de o velho manifestar a sua sexualidade. Um exemplo disto é a abordagem utilizada quando surgem aspectos relativos à sexualidade em velhos institucionalizados. Estas manifestações são muitas vezes entendidas como sinais de demência ou inadequação, sendo manejadas de maneira repressora através de sedação ou punições. A própria inexistência de espaços reservados para a atividade sexual já é uma manifestação neste sentido. Considerando que as instituições carcerárias dispõem de espaços reservados para este fim, questiona-se porque a velhice não é da mesma forma contemplada.

Na família, pode-se identificar situação semelhante, uma vez que não é contemplado um espaço para a sexualidade do velho. Os próprios filhos,

embora pertençam a uma geração mais permissiva, têm dificuldade em aceitar o contínuo interesse sexual dos pais. A estes não é destinada uma privacidade neste sentido, não só através de espaço físico dentro de casa, mas também de momentos em que este velho possa sentir-se mais à vontade. Até mesmo a expressão de desejos é muitas vezes tida como atitude inadequada do velho, sendo reprimida ou até ridicularizada. Isto parece decorrer de uma reatualização da situação edípica, em que agora os papéis sociais e familiares se inverteram e os filhos atuam como censores, vingando-se assim do que viveram ou fantasiaram como interdições superegóicas dos pais no passado.

Ainda como fator de interferência na expressão da sexualidade na velhice, encontra-se a confusão entre o que se refere à sexualidade do velho e as características relativas à geração. Esta geração atual de velhos vem de uma experiência histórica na qual a sexualidade, como um todo, foi reprimida, cabendo-lhes uma série de mitos de ausência de desejo, de impotência, da falta de atratividade na estética corporal, o que redundaria em uma ausência de sexualidade. Este fator de confusão deve ser melhor analisado, pois o que pode estar sendo atribuído ao envelhecimento, talvez seja expressão de características culturais e históricas de uma geração (Eizirik et al., 1993; Vasconcellos, 1996).

A relevância destes aspectos para o atendimento dos velhos reside na atenção que o médico e a equipe darão à sexualidade dos mesmos, baseando-se na expectativa de uma não sexualidade.

Uma fonte comum de dificuldades no atendimento de velhos é o fato de que os sinais físicos de envelhecimento e a proximidade da morte podem produzir o distanciamento do terapeuta, preocupado com o seu próprio futuro. A evidência das limitações físicas do paciente pode servir como uma forma de confrontação do terapeuta com seu próprio medo do envelhecimento e da morte. Este confronto pode ser suficientemente doloroso para que o terapeuta se abstenha de um contato mais próximo com o paciente.

O trabalho com os velhos pode evocar sentimentos ligados ao envelhecimento e morte dos pais do terapeuta. Quando estão bem resolvidos e entendido pelo terapeuta, este pode esforçar-se para lidar com a situação de maneira eficaz. Entretanto, se ocorre que o terapeuta não se dê conta, dos mesmos, a tendência é o distanciamento na relação terapêutica.

A idade avançada e a limitação nos anos de vida do paciente podem produzir também o medo da perda no terapeuta, dificultando o investimento afetivo no paciente idoso. Uma outra situação freqüente é a de que estes pacientes despertem no terapeuta sentimentos dependentes e infantilizados, que nunca estarão de todo ausentes independentemente do nível de sua maturidade.

Já o velho pode identificar a figura do terapeuta com a de um filho, fenômeno conhecido como transferência reversa. Por outro lado, o aumento na dependência muitas vezes predispõe o velho a visualizar o terapeuta como uma figura paterna ou materna. Isto freqüentemente se choca com uma idéia

preconcebida do terapeuta, que esperaria ser visto como filho pelo paciente mais velho (Lewis & Johansen, 1982).

Entretanto, a transferência é, por definição, inconsciente além de ser atemporal e regida pela fantasia (Berezin, 1972), e a realidade cronológica é secundária na sua determinação.

Na situação da transferência reversa, o terapeuta, visto pelo paciente como filho, pode ser acionado pelo velho para ocupar o lugar do filho que ele sente tê-lo abandonado ou negligenciado. A conduta manifesta, usualmente de cordialidade ou indulgência, como se estivesse tratando com um filho, pode dar lugar a reações transferenciais negativas, sob a forma de queixas, acusações e recriminações. É importante atentar ao fato de que estas manifestações em geral não são diretas, mas predominantemente aludidas, deslocadas para outros objetos da vida atual ou do passado do paciente. Além disso, os velhos, conforme destacado, podem estabelecer uma relação transferencial infantil, em que o terapeuta representa o pai ou a mãe, mas também relações transferenciais de outras etapas da vida, como a adolescência ou a idade adulta, e aí o terapeuta representa o reviver de conflitos e desejos com irmãos, cônjuge, etc.

Como em qualquer outra psicoterapia, mas nesta com a complexidade decorrente do acúmulo de experiências e vivências afetivas, o terapeuta deve estar permanentemente atento para a sucessão de papéis que pode representar no mundo interno do paciente. (Eizirik et al., 1997; Eizirik, 1996)

Com ênfase crescente nos últimos anos, a visão da velhice como um conflito emocional entre desespero e integridade, conforme propôs Erikson (1963, 1997) vem privilegiando a criatividade (Limentani, 1995; Settlage, 1996; Segal, 1991) e a capacidade de enfrentar as perdas inevitáveis com mecanismos adaptativos eficientes (Billig, 1993).

Um exemplo disto é fornecido pela coletânea de depoimentos editada por Pollock (1992, 1994), na qual 34 psiquiatras relatam suas experiências com o envelhecimento, tanto em suas vidas pessoais como profissionais, com ênfase nas capacidades criativas e em várias formas encontradas para enfrentar as perdas, os lutos e a proximidade do fim da vida.

Isto posto, pode-se considerar que: ① existem características emocionais peculiares à velhice e problemas intrapsíquicos e sociais que se manifestam neste período; ② as reações emocionais produzidas por essas características e problemas na mente dos médicos e membros da equipe de saúde podem ser úteis ou prejudicar o adequado atendimento dos velhos; ③ a identificação dessas reações emocionais e sua correta compreensão podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre essa etapa da vida.

2. Objetivos

2.1. Gerais

2.1.1. Avaliar a rede social de uma amostra de velhos da área urbana de Porto Alegre, relacionando-a com sintomas depressivos, desempenho cognitivo e condições de saúde física;

2.1.2. Avaliar as relações de gênero e de idade com as características da rede social, o estado mental atual e a saúde física.

2.2. Específicos

2.2.1. Identificar a frequência de déficit cognitivo, de sintomas depressivos, de transtorno mental e de Depressão Maior na amostra estudada;

2.2.2. Caracterizar os dados demográficos e os aspectos gerais de saúde da amostra estudada;

2.2.3. Avaliar diferentes parâmetros de rede social e buscar a variável melhor associada a boas condições mentais e físicas.

2.2.4. Identificar as reações emocionais dos entrevistadores, despertadas no contato com os velhos entrevistados.

3. Sujeitos e métodos

3.1. Delineamento

Foi realizado um estudo transversal cujas variáveis foram a frequência de alterações cognitivas, sintomas depressivos, transtorno mental identificado por instrumento de rastreamento, Depressão Maior identificada pelos critérios do DSM III-R, condições gerais de saúde física e indicadores de rede social. A idade e o sexo foram variáveis controladas, assim como escolaridade e parâmetros sócio-econômicos.

3.2. Amostra

3.2.1. População-alvo

A população-alvo deste estudo foi constituída de pessoas com 60 anos ou mais, residentes em região urbana de classe média de Porto Alegre.

3.2.2. Tamanho da amostra

Considerando a população de três bairros, que foi obtida do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que era de 50.526 pessoas, 8.396 acima de 60 anos, distribuídos em 102 setores censitários, foi calculada uma amostra de 548 velhos. A amostra foi calculada usando os valores de prevalência de depressão e déficit cognitivo (10%), com $\alpha = 5\%$ e $\beta = 10\%$.

3.2.3. Processo de amostragem

O processo de amostragem foi precedido por um estudo-piloto, realizado de julho a setembro de 1993, constando de visitas a endereços escolhidos aleatoriamente por sorteio de uma única rua do bairro Rio Branco, que foi uma das áreas escolhidas. Foram entrevistadas 21 pessoas com 60 anos ou mais (média de idade de 72,5 anos), sendo 81% de mulheres e 19% de homens, 57% de aposentados, 81% apresentando alguma doença crônica. Nesta amostra, mediante a aplicação de todos os instrumentos, após o treinamento da equipe de entrevistadores, o que foi realizado através de reuniões semanais para discussão de procedimentos, e por simulações e/ou casos com avaliações simultâneas, foram obtidos os seguintes resultados: média de 4 confidentes por entrevistado, 67% indicavam os filhos como confidentes, 14% de prevalência de sintomas depressivos e 4,7% de déficit cognitivo e tendência a reações emocionais de

maior aproximação com os entrevistados ao longo das entrevistas. Estes dados também foram base para o cálculo amostral.

O estudo propriamente dito compreendeu os bairros Santana, Rio Branco e Santa Cecília. Foram obtidos, do IBGE, os mapas de cada um desses bairros, através dos quais era possível identificar os setores censitários dos mesmos, que equívalem a uma quadra ou fração de quadra (Anexo 1). De posse desses dados, os membros da equipe de pesquisa passaram a percorrer todas as ruas dos três bairros, entre novembro de 1993 e julho de 1994, com o objetivo de realizar o mapeamento das residências. Estes e todos os demais procedimentos foram realizados pelo autor e por um grupo de 12 alunos da Faculdade de Medicina da UFRGS. Assim, cada rua era desenhada, com a discriminação de residências, prédios comerciais, edifícios e instituições, com o número correspondente a cada um deles, além da indicação clara dos respectivos apartamentos, quando era o caso. Para exemplificar, vide Anexo 2.

Concluída esta etapa, foi realizado o sorteio dos endereços a serem visitados, sendo eliminados, para tal fim, os imóveis comerciais e as instituições. Utilizou-se a amostragem aleatória sistemática, com o seguinte procedimento: dividiu-se o número de habitantes do bairro pelo número de habitantes de cada setor censitário, obtendo-se a percentagem correspondente a cada setor do bairro. Dividindo-se a seguir, o número de habitantes deste setor pela percentagem referida, obtinha-se o número de residências que deveriam ser visitadas. A partir daí, considerando-se apenas os imóveis residenciais, era calculado o intervalo de casas a serem visitadas. Cada endereço era visitado

pelo menos três vezes em horários diferentes no caso de não haver pessoas no local, antes de se desistir do mesmo. Nos endereços visitados, mas nos quais não havia pelo menos um indivíduo velho, novos endereços eram fornecidos, com intervalos de 4 locais. Cada endereço no qual não foi possível realizar a entrevista dava origem a 5 repetições sucessivas. Desta forma cada entrevistador visitou uma média de 183 endereços ao todo, tendo-se assim visitado 2.305 locais para alcançar a amostra estudada, composta de 344. Dos endereços que necessitaram ser repostos, aproximadamente 1.256 não continham velhos, em 682 não foi encontrado alguém na casa nas 3 visitas realizadas. Apenas 23 pessoas não concordaram em participar do estudo. Foi tomado o cuidado de sempre escalar outros visitantes que não os que haviam mapeado aquele setor censitário. As visitas estenderam-se de junho de 1994 a junho de 1995. Ao longo desse período, a equipe de pesquisa mantinha reuniões semanais, para esclarecimento de dúvidas, reposições de endereços e controle do andamento das atividades.

3.3 Instrumentos

Para obter as variáveis estudadas, foram utilizados os seguintes instrumentos:

3.3.1 Questionário sobre condições de saúde e da rede social (Stein, 1990). Compõe-se de 42 perguntas sobre condições gerais de

saúde, econômicas e da rede social (número de confidentes, relacionamento com os mesmos, atividades sociais, etc.).

3.3.2 Mini-Mental State Exam (MM) (Folstein et al., 1975; Chaves & Izquierdo, 1992) trata-se de um teste amplamente utilizado, composto por 5 itens cognitivos principais: orientação, registro, atenção-cálculo, memória e linguagem. Os resultados são obtidos em escores, podendo variar de 0 a 30. Quanto maiores os escores, melhor a performance. Os pontos de corte são 24 para indivíduos com escolaridade acima de 4 anos, e 17 para 4 anos ou menos de escolaridade.

3.3.3 Escala de Montgomery-Asberg para sintomas depressivos (EMA) (Montgomery & Asberg, 1979). Esta é uma escala com distribuição variada de sintomas da síndrome depressiva, compreendendo 10 categorias de sintomas. Os escores são dados para cada questão (0 a 6) e podem variar de 0 a 60. Escores mais elevados expressam maior presença de sintomas depressivos. O ponto de corte utilizado é 10 para identificar a presença de sintomas depressivos (O'Connor, 1989; Chaves & Izquierdo, 1992, Feijó, 1994)

3.3.4 Self-Reporting Questionnaire (SRQ) (Harding, 1983; Feijó et. al., 1997). Trata-se de um questionário para detecção de sintomas psiquiátricos em geral, constando de 20 perguntas do tipo sim ou não. Maiores escores indicam maior probabilidade de transtorno mental, que com a aplicação do ponto de corte 8 (Fagundes, 1981) identifica “suspeitos” para avaliação complementar.

3.3.5 Check-list DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987) Critérios padronizados para a realização do diagnóstico de Depressão Maior. O Check-list auxilia na padronização da aplicação e classifica nas categorias ausente, presente, presente secundário a luto, presente devido a outro diagnóstico ou condição e incerto.

3.3.6 Escala para Avaliação de Contratransferência (Eizirik , Chaves et al., 1994). Escala elaborada para este estudo, que visa identificar as respostas emocionais do entrevistador em relação ao entrevistado, no início, meio e final da entrevista, que são mensuradas em escores de menor a maior intensidade de sentimentos de aproximação, indiferença ou afastamento. Cada sentimento referido pelo entrevistador encontra-se num dos três blocos que caracterizam o predomínio de aproximação, afastamento ou indiferença.

Os instrumentos utilizados encontram-se no Anexo 3. O questionário para Escala de Montgomery-Asberg é o Anexo 4 e o Check-list do DSM III-R está no Anexo 5.

Os primeiros 4 instrumentos foram testados e validados em amostras brasileiras, além de terem sido adaptados para a língua portuguesa por tradução e retro-tradução (Chaves & Izquierdo, 1992; Dractu et al., 1987; Stein, 1990; Silberman et al., 1995).

3.4 Análise estatística

As análises utilizadas foram em primeiro lugar as descritivas: de frequência, distribuição, etc. As variáveis ordinais (escores) foram analisadas por teste de variância uni e multivariados após terem sido avaliados quanto as suas distribuições para serem aceitos na análise do tipo MANOVA (Norusis, 1986). As variáveis contínuas, idade e anos de instrução, foram analisadas da mesma forma. As variáveis categóricas foram analisadas por tabelas de contingência, do tipo 2x2, com teste de χ^2 de Maentel-Hanszel (Maentel & Hanszel, 1959; Fleiss, 1986).

As análises de associação multivariadas finais foram realizadas por modelos logísticos (regressão logística) pelos desenhos mais adequados (Schlesselman, 1982).

3.5 Proteção dos direitos humanos

Como o tipo de entrevista realizada configurava a presença de risco menor que o mínimo para os entrevistados, foi obtida sua autorização verbal para a realização da mesma de acordo com as normas de pesquisa em saúde então vigentes (Resolução 01/88), sendo garantido o sigilo e o anonimato a todos os participantes. Todos os entrevistadores apresentavam-se como pertencendo à Faculdade de Medicina da UFRGS, e explicavam tratar-se de um procedimento de pesquisa. Todos portavam seu crachá de identificação e tinham consigo uma carta de apresentação assinada pelo autor e pela

orientadora (Anexo 6). Pouco antes do início das visitas, duas matérias foram veiculadas em jornais da cidade, explicando a pesquisa, seus objetivos e os locais onde seria realizada.

4. Resultados

4.1. Dados demográficos

A amostra estudada é constituída por 344 pessoas, das quais 44 do bairro Santa Cecília, 127 do bairro Rio Branco e 172 do bairro Santana, com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 102 (29,7%) homens e 242 (70,3%) mulheres. A média de idade da amostra é de 70,35 anos, sendo a moda 64 anos, e a idade máxima 92 anos. As médias etárias de homens e mulheres não apresentam diferenças estatisticamente significativas, sendo de 70,41 e 70,32 anos, respectivamente. A moda é de 60 anos nas mulheres e 72 anos nos homens, embora a mediana quase coincida: 70 e 69 respectivamente. No entanto, como a idade classicamente é tratada como uma variável contínua (paramétrica), a medida central utilizada é a média e a análise estatística foi realizada por ANOVA, seguida pelo teste de Tukey 'post hoc', que não demonstrou diferença significativa ($p=0,98$).

A amostra apresenta uma escolaridade média de 9,6 anos, verificando-se que os homens estudaram em média 11,4 anos e as mulheres 8,07 anos, o que mostrou ser uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$) (ANOVA seguida pelo teste de Tukey).

A média de renda do grupo estudado (considerando apenas a pessoa com maior salário da família) é de 12,5 salários-mínimos mensais, sendo que quando o entrevistado era homem este valor era de 20 salários-mínimos em média ($20,56 \pm 20,17$) e quando mulher era de 9 salários-mínimos mensais ($9,00 \pm 9,94$). Os homens entrevistados apresentavam renda em salários-mínimos significativamente maior que as mulheres, tanto da pessoa com a maior contribuição quanto da renda total do grupo familiar (MANOVA, $p=0,003$ e $p= 0,002$, respectivamente). A escolaridade apresentou correlação significativa direta com a renda total ($p= 0,000$, $\beta= 0,29$) da família e com a renda da pessoa de maior contribuição ($p= 0,000$, $\beta= 0,27$) na análise de covariância da MANOVA. O significado da correlação é que cada ano a mais de escolaridade contribuiu em $\pm 29\%$ (β) para aumentar um salário-mínimo da renda analisada. Apenas 7,8% dos entrevistados referem ganhar 1 salário-mínimo; 27% recebem até 3 salários-mínimos; 64% informam ganhar mais de 5 salários-mínimos.

De toda a amostra, 280 entrevistados (81,4%) referem ter aposentadoria; sendo 87,3% (89) dos homens e 78,9% (191) das mulheres, o que não mostrou ser significativamente diferente do ponto de vista estatístico, por teste de associação de χ^2 . Quanto aos homens que trabalham (que são 38,2%), independentemente de estarem legalmente aposentados (39), 9,8% têm nível superior; 7,8% possuem atividades administrativas, 5,9% são não qualificados e 4,9% fazem-no em escritórios, representando as ocupações mais frequentes.

Dentre aquelas mulheres que trabalham, apenas 2,5% têm nível superior, 3,3% são semi-especializadas e 3,7 % não qualificadas.

No que diz respeito ao estado civil, verifica-se que, na amostra geral, encontra-se 45,9% de casados, 42,4% de viúvos, 7,8% de solteiros, e 3,8% de separados ou divorciados. Dos homens, 87,3% são casados (aqui foi considerada a condição na época da entrevista e independente da situação legal; contava para ser “casado”, viver com um companheiro) e apenas 6,9% declararam-se viúvos. Dentre as mulheres, 57,4% são viúvas e 28,5% casadas; 9,5% delas são solteiras, o que contrasta com os 3,9% dos homens que se encontram nesta mesma condição. Apenas 1,9% dos homens são separados, em contraste com 4,6% das mulheres. A condição civil de casados ou viúvos apresenta diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres no teste de associação de χ^2 ($p < 0,05$) (Figura 1).

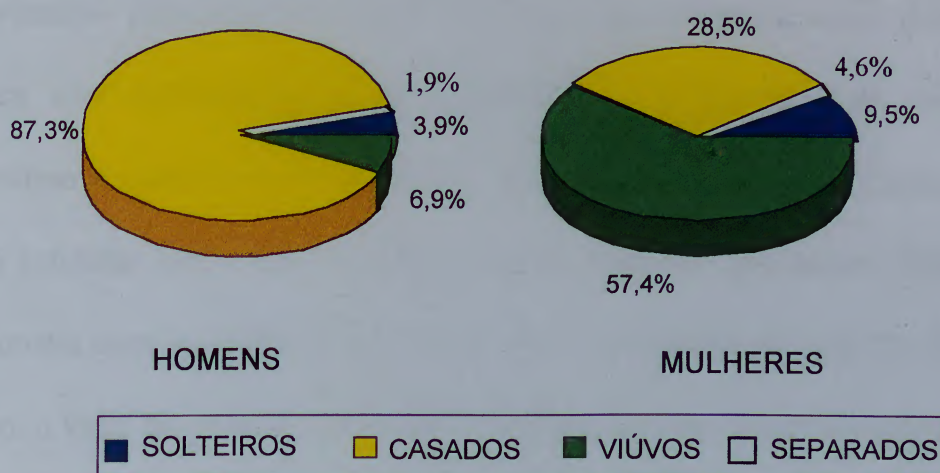
Considerando-se as várias categorias, é possível constatar que 71,5% das mulheres não têm companheiro, o que ocorre com apenas 12,7% dos homens.

Os homens que têm até 3 filhos vivos constituem 72,5 % de seu total, o que corresponde a 62,8 % das mulheres. No que se refere a irmãos vivos, 63,7% dos homens e 54,6% das mulheres têm até 3. Quanto aos pais, apenas 7,8% dos homens têm um ou os dois vivos, o que ocorre com 9,1% das mulheres.

Tabela 1. Características Demográficas Gerais da Amostra (número de sujeitos=344)

Variável	GERAL	HOMENS	MULHERES
Idade (média \pm desvio padrão em anos)	70,35 \pm 7,15	70,41 \pm 6,45	70,32 \pm 7,48
Sexo (frequência absoluta e percentual)		102 - 29,7%	244 - 70,3%
Escolaridade (média \pm desvio padrão em anos completos)	9,6 \pm 5,5	11,40 \pm 6,24	8,07 \pm 4,84
Atividade Laborativa (frequência absoluta e percentual)			
Aposentados (as)	280 - 81,4%	89 - 87,3%	191 - 78,9%
Ativos (as)	87 - 25,3%	39 - 38,2%	48 - 19,8%
Estado Civil			
Casados (as)	158 - 45,9%	89 - 87,3%	69 - 28,5%
Viúvos (as)	146 - 42,4%	7 - 6,9%	139 - 57,4%
Divorciados (as)	13 - 3,8%	2 - 2%	12 - 4,6%
Solteiros	27 - 7,8%	4 - 3,9%	23 - 9,5%
Até três filhos (frequência absoluta e percentual)	226 - 65,7%	74 - 72,5%	152 - 62,8%
Até três irmãos (frequência absoluta e percentual)	197 - 57,3%	65 - 63,7%	132 - 54,6%
Pais Vivos (frequência absoluta e percentual)	30 - 8,7 %	8 - 7,8%	22 - 9,1%
Renda (em salários-mínimos) \pm desvio padrão	12,59 \pm 14,90	20,56 \pm 20,17	9,00 \pm 9,94
Renda Total (em salários-mínimos) \pm desvio padrão	17,11 \pm 25,31	26,99 \pm 25,06	12,84 \pm 15,41

Figura 1. DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO CIVIL NO MOMENTO DA ENTREVISTA, POR SEXO.



4.2. Aspectos da saúde

No que diz respeito aos aspectos gerais da saúde, verifica-se que 75,3% (259) dos entrevistados, correspondendo a 71,6% dos homens e 76,9% das mulheres utilizaram algum remédio diariamente (ou mais do que 3 dias por semana) no último mês. A metade dos homens (N=51) informa ter feito alguma consulta médica no último mês, resposta dada por 47,9% (N=116) das mulheres. Quanto ao local dessa(s) consulta(s) predominam as particulares (52,5%), seguidas por consultas em outro hospital (28,6%) e no HCPA (14,3%). As frequências médias destas consultas no último mês foram de 1 entre os homens e de 1 a 2 entre as mulheres.

Quanto às questões sobre doenças crônicas, 12,8% (31) das mulheres responderam que um médico já havia lhes dito terem diabetes (“açúcar no sangue”), ocorrendo o mesmo com 9,8% (10) dos homens, representando 11,9% da amostra estudada. Para doenças pulmonares, 6,7% (23) dos entrevistados responderam afirmativamente, observando-se uma diferença, embora não significativa, entre homens, com 10,8% (11) de respostas afirmativas e mulheres, com 5% (12) de respostas afirmativas. Cardiopatias foram referidas por 31,4% da amostra geral, havendo igualmente diferenças percentuais entre os homens, com 38,2% (39) e as mulheres, com 28,5% (69), embora o valor de p tenha sido de 0,099. Algum tipo de câncer foi referido por 4,9% (17) da amostra estudada, sendo 5,9% (6) de respostas afirmativas dadas pelos homens e 4,5% (11) pelas mulheres. Algum outro problema importante de

saúde foi mencionado por 56,1% (193) da população geral, correspondendo a 44,1% (45) dos homens e a 61,2% (148) das mulheres.

Face à ampla gama de problemas mencionados, foi feita uma classificação dos mesmos em categorias diagnósticas, e analisou-se sua distribuição entre os sexos, o que mostrou uma diferença significativa ($p=0,0088$) com predomínio no sexo feminino. Estes demais problemas de saúde relacionados pelas mulheres, foram, por ordem de frequência, hipertensão arterial sistêmica (24,6 %), osteoporose (9 %), reumatismo (7,5%) e queixas emocionais (5,2%). Entre os homens, os mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (21,8%) e problemas prostáticos (10%).

Passando agora à avaliação de capacidades e de independência, observou-se que, em todos os aspectos avaliados, a maioria dos sujeitos da amostra não referiu apresentar dificuldades para as tarefas do dia-a-dia (ver Tabela 2), tanto homens, quanto mulheres.

Tabela 2. Frequência absoluta e percentual de sujeitos em relação à capacidade de lidar com tarefas do dia-a-dia de forma independente, por sexo.

	HOMENS	MULHERES	valor de p *
LOCOMOÇÃO	95,1% (97)	98,8% (239)	0,0956
COZINHAR E LAVAR	96,1% (98)	95,9% (239)	1,000
HIGIENE PESSOAL	95,1% (97)	98,8% (239)	0,0956
SAIR DE CASA SOZINHO	95,1% (97)	90,5% (219)	0,2263

* χ^2 de Maentel-Hanszel

Com o objetivo de avaliar de forma mais fidedigna e completa as variações de escores do Mini-Mental, SRQ, Escala de Montgomery-Asberg e do Índice criado para avaliar a rede social, tomando como fator a capacidade de

poder sair de casa, controlando os potenciais efeitos da idade, da escolaridade e da renda total, além de colocar o sexo como segundo fator e potencialmente produtor de interação com sair sozinho de casa utilizou-se um modelo multivariado por MANOVA com covariância de 2 fatores. Observou-se que a interação entre sexo e sair de casa não apresentou efeitos significativos sobre os instrumentos (MMS, $p=0,234$; SRQ, $p=0,994$; EMA, $p=0,616$; e Índice, $p=0,428$), no entanto sair de casa sozinho como fator isolado mostrou efeito significativo sobre o Mini-Mental ($p=0,000$), sendo que aqueles que não saem mais sós de casa apresentam pior desempenho no Mini-Mental (i.e., mais déficit cognitivo).

4.3. A rede social

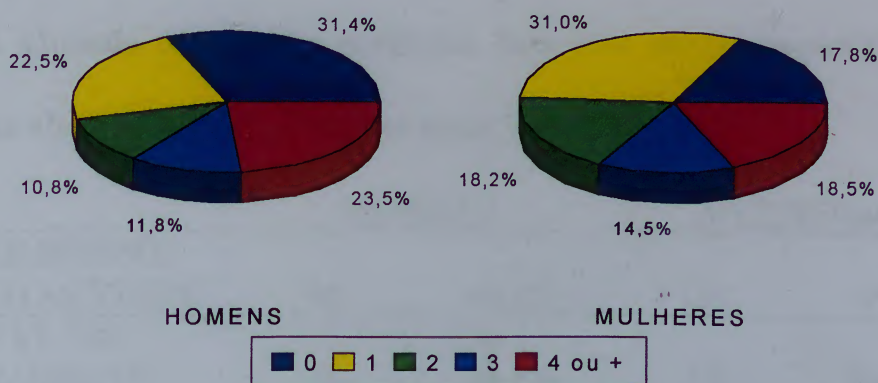
A rede social foi avaliada a partir de vários indicadores: número de confidentes, relacionamento com os confidentes, tamanho, eficácia e o índice denominado “NET”, cada um dos quais será descrito a seguir.

4.3.1. Número de confidentes

Do total da população estudada, 21,8% (75) afirmam não ter confidente, observando-se uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($p=0,0117$), já que 31,4% (34) dos homens informam não ter confidente, e apenas 17,8% (43) das mulheres estão na mesma situação. A presença de um confidente é referida por 28,5% (98) da amostra geral, que

corresponde a 22,5% (23) dos homens e a 31% (75) das mulheres. Considerando-se agora o reconhecimento de até 3 confidentes, verifica-se que tal número corresponde a 45,1% (46) dos homens e a 63,7% (154) das mulheres, o que configura uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,0021$). No todo, portanto, 78,2% dos entrevistados (68,6% dos homens e 82,2% das mulheres) afirmam ter algum confidente, variando, conforme já mencionado, o número destas pessoas, (70,4% do total dos entrevistados afirma ter até 5). A distribuição dos confidentes está graficamente expressa na Figura 2.

Figura 2. DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA PERCENTUAL DE CONFIDENTES, POR SEXO DOS ENTREVISTADOS.



Quanto à frequência dos encontros com os confidentes, 61% dos entrevistados informam que os encontram uma vez ou mais por semana; 9%, 2 a 3 vezes por mês e 4,7% mensalmente.

4.3.2. O relacionamento com os confidentes

Uma série de perguntas permitiu verificar o tipo de relacionamento que os entrevistados têm com o(s) confidente(s). Cada uma delas será apresentada a seguir, de forma comparativa entre homens e mulheres, nas Tabelas 3 a 10.

Tabela 3. É possível encontrar o(s) confidente(s) para discutir problemas ou tristezas? (em frequência absoluta e percentual, por sexo)

	<u>HOMENS</u>		<u>MULHERES</u>	
FÁCIL OU MUITO FÁCIL	64	62,8%	177	73,1%
POUCO FÁCIL OU DIFÍCIL	6	5,9%	25	9,4%
S/ CONFIDENTE	32	31,4%	40	16,5%
TOTAL	102	100%	242	100%

valor de $p=0,0007$

Tabela 4. Quando tem algum problema, fala com essa(s) pessoa(s)? (em frequência absoluta e percentual, por sexo)

	<u>HOMENS</u>		<u>MULHERES</u>	
QUASE SEMPRE OU MUITAS VEZES	45	44,1%	124	49%
ÀS VEZES, RARAMENTE OU NUNCA	25	24,6%	58	34,5%
S/ CONFIDENTE	32	31,4%	40	16,5%
TOTAL	102	100%	242	100%

valor de $p=0,0371$

Tabela 5. Sente-se à vontade para falar qualquer coisa que desejar com essa(s) pessoa(s)? (frequência absoluta e percentual, por sexo)

	<u>HOMENS</u>		<u>MULHERES</u>	
À VONTADE OU MUITO À VONTADE	63	61,7%	177	73,2%
POUCO OU MAIS OU MENOS À VONTADE	7	6,9%	25	10,3%
S/ CONFIDENTE	32	31,4%	40	16,5%
TOTAL	102	100%	242	100%

valor de $p=0,0290$

Tabela 6. Essa(s) pessoa(s) compreende(m) seus sentimentos ou problemas? (frequência absoluta e percentual, por sexo)

	<u>HOMENS</u>		<u>MULHERES</u>	
QUASE SEMPRE OU MUITAS VEZES	67	64,7%	182	75,2%
ÀS VEZES, RARAMENTE OU NUNCA	3	2,9%	20	8,3%
S/ CONFIDENTE	32	31,4%	40	16,5%
TOTAL	102	100%	242	100%

valor de $p=0,0120$

Tabela 7. Esta(s) pessoa(s) fala com o(a) sr.(a) sobre os seus problemas? (frequência absoluta e percentual, por sexo)

	<u>HOMENS</u>		<u>MULHERES</u>	
QUASE SEMPRE OU MUITAS VEZES	53	52%	134	55,3%
ÀS VEZES, RARAMENTE OU NUNCA	27	16,6%	68	28,2%
S/ CONFIDENTE	32	31,4%	40	16,5%
TOTAL	102	100%	242	100%

valor de $p=0,0425$

Tabela 8. Frequência dos encontros com o(s) confidente(s): (frequência absoluta e percentual, por sexo)

	<u>HOMENS</u>		<u>MULHERES</u>	
UMA OU MAIS VEZES POR SEMANA	66	64,7%	144	59,5%
MENSAL OU MAIOR	4	3,9%	58	24%
S/ CONFIDENTE	32	31,4%	40	16,5%
TOTAL	102	100%	242	100%

valor de $p=0,0003$

Tabela 9. Essa(s) pessoa(s) é (são) para o(a) sr.(a): (frequência absoluta e percentual, por sexo)

	<u>HOMENS</u>		<u>MULHERES</u>	
IMPORTANTE OU MUITO IMPORTANTE	70	68,6%	184	76,1%
MAIS OU MENOS, POUCO OU NADA IMPORTANTE	0	0%	18	7,4%
S/ CONFIDENTE	32	31,4%	40	16,5%
TOTAL	102	100%	242	100%

valor de $p=0,0128$

Tabela 10. O sr.(a) sente-se com essa(s) pessoa(s), a maior parte do tempo: (frequência absoluta e percentual, por sexo)

	<u>HOMENS</u>		<u>MULHERES</u>	
IMPORTANTE OU MUITO IMPORTANTE	65	63,7%	184	76,1%
MAIS OU MENOS, POUCO OU NADA IMPORTANTE	5	4,9%	18	7,4%
S/ CONFIDENTE	32	31,4%	40	16,5%
TOTAL	102	100%	242	100%

valor de $p=0,0308$

4.3.3. O tamanho da rede

Para avaliar este indicador, foram agrupados os seguintes dados: viver com alguém; ter um ou mais confidentes e encontrá-lo(a) pelo menos uma vez por semana. Os resultados foram divididos em “satisfatório” e “insatisfatório”, a partir das combinações das respostas a estes itens

Na amostra total, predomina o tamanho de rede “satisfatório” (66,27%). Comparando homens e mulheres, verifica-se que 77,27% destas têm um tamanho de rede satisfatório, o que corresponde a 40,19% daqueles. Isto caracteriza uma frequência diferente entre homens e mulheres, estatisticamente significativa ($p=0,000$), por análise de associação por χ^2 .

4.3.4. A eficácia da rede

Para construir esse índice, foram consideradas as respostas às perguntas sobre a facilidade de encontrar o(a) confidente, frequência dos encontros, sentir-se à vontade com a pessoa, sentir-se compreendido(a) em seus sentimentos, receber reciprocidade de confidências, importância atribuída a esta pessoa, forma como se sente em relação a ela e a existência de alguém que ajuda o(a) entrevistado(a) quando está doente. Isto permitiu dividir a amostra em dois grupos: “muito eficaz” e “pouco eficaz”. Muito eficaz baseou-se na combinação de pelo menos 5 destas questões terem obtido respostas de alta intensidade de uso do recurso (categoria 1), o que foi considerado por 52% dos sujeitos da amostra, enquanto “pouco eficaz” nas combinações de menos de 5

respostas de categoria 1, correspondendo a 48% dos indivíduos. Não se observou diferença estatisticamente significativa da eficácia da rede quanto ao sexo.

4.3.5. “NET”

Este índice foi construído com a intenção de mensurar de forma mais abrangente todos os aspectos que constituem uma rede social. Assim, foram consideradas as respostas sobre ter ou não companheiro(a), número de confidentes, facilidade de encontrá-lo(a) e frequência dos encontros, sentir-se ou não à vontade, sentir-se entendido, sentir-se importante, sentir-se ajudado, freqüentar grupos, sentir-se ou não só, confidente membro da família, presença de outro confidente não membro da família, e sentir que estas pessoas são importantes. Cada questão foi dicotomizada em resposta de alta intensidade (categoria 1) e baixa intensidade (categoria 0). O somatório delas gerou um escore que variou de 0 a 15, posteriormente categorizado em 03 níveis.

Foram consideradas 3 categorias possíveis: inferior (escore de 0-5), média (escore de 6-10) e superior (igual ou acima de 11).

Observou-se a presença de freqüências diferentes estatisticamente significativas entre homens e mulheres, sendo que as mulheres faziam uso de redes mais intensas do que os homens, conforme este indicador ($p=0,0001$; $\chi^2=19,4341$).

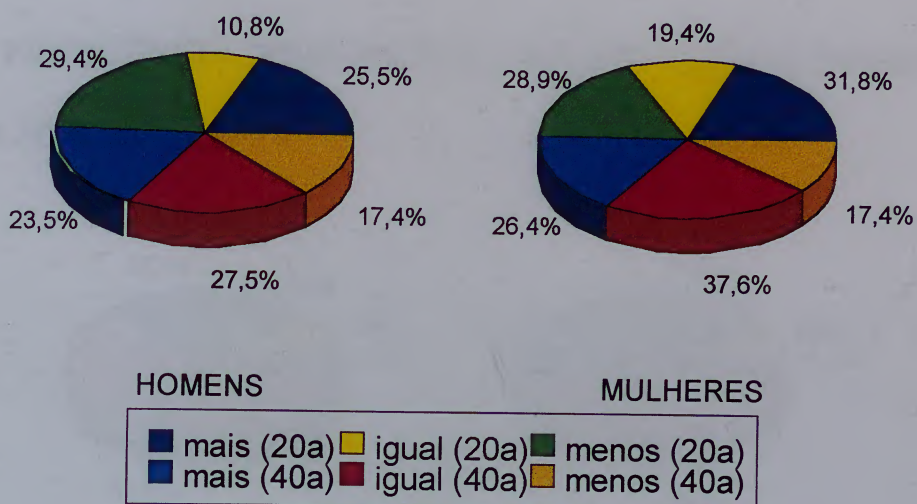
4.3.6. Outros dados sobre a rede social

Chama a atenção, inicialmente, quem são os confidentes de homens e mulheres. Os primeiros mencionam a esposa (53%), filho(a) (36,3%), e irmão(ã) (12,7%). Já entre as mulheres, o filho(a) é o(a) confidente mais freqüente (42,6%), seguido por irmão(ã) (16,5%) e cônjuge (6%). Observa-se diferença estatisticamente significativa da freqüência do cônjuge como confidente (pela análise χ^2 de Maentel-Hanszel), evidenciando que os homens têm nas companheiras seu principal confidente, enquanto as mulheres têm primariamente os filhos ($p=0,000$).

No que se refere à extensão do papel de confidente para pessoas que não sejam membros da família, verifica-se a presença de diferenças estatisticamente significativas, pois 28,5% das mulheres consideram tê-los, enquanto apenas 10,8% dos homens responderem afirmativamente ($p=0,0049$, $\chi^2=7,898$ com correção de Yates).

Tanto homens quanto mulheres referiram não ter havido maiores modificações quanto ao número de confidentes, em comparação com aqueles que acreditavam ter aos 20 anos (25,5% mais; 10,8% igual e 29,4% menos nos homens e 31,8% mais; 19,4% igual e 28,9% menos nas mulheres) e aos 40 anos (23,5% mais; 27,5% igual e 17,6% menos nos homens e 26,4% mais, 37,6% igual e 17,4% menos nas mulheres) (ver Figura 3).

Figura 3. DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS COMPARATIVOS DE NÚMERO DE CONFIDENTES AOS 20 E AOS 40 ANOS DE IDADE, POR SEXO.



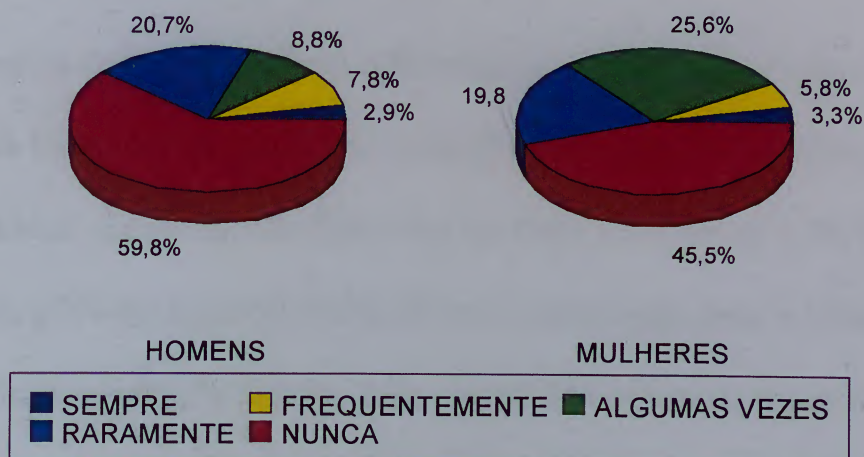
Face à pergunta sobre a existência de outras pessoas consideradas importantes além dos confidentes, 69,8% das mulheres e 52% dos homens responderam afirmativamente, não chegando a caracterizar diferença significativa ($p=0,088$, $\chi^2=2,893$ com correção de Yates).

A maioria dos homens (67,6%) e das mulheres (70%) não frequenta qualquer tipo de grupo. Dentre aqueles que o fazem, os tipos de grupos mais frequentados são os recreativos (13,7% dos homens e 6,6% das mulheres) e os religiosos (12% das mulheres.)

Em relação à questão sobre sentir-se só, 63,2% das mulheres responderam que isto raramente ou nunca lhes ocorre, enquanto 78,4% dos homens apresentaram a mesma resposta. Só se observa a diferença geral, significativa ($p=0,0030$). Por outro lado, 25,6% das mulheres responderam que

algumas vezes sentem-se sós, em comparação com 8,8% dos homens. Apenas 10,7% dos homens e 9,1% das mulheres informaram que freqüentemente ou sempre sentem-se sós (Figura 4).

Figura 4. FREQUÊNCIA PERCENTUAL DE RESPOSTAS SOBRE SENTIR-SE SÓ, POR SEXO.



4.4. Déficit cognitivo, sintomas depressivos e

diagnóstico de Depressão Maior

A freqüência de déficit cognitivo, detectada através dos pontos de corte do Mini-Mental foi de 24,7% (controlada por escolaridade). Numa análise bruta, sem controlar idade e escolaridade, verificou-se diferença significativa no Mini-Mental entre homens e mulheres ($p=0,0044$), sendo que as mulheres apresentaram escores mais baixos. Através de análise multivariada de covariância, controlando-se a idade e a escolaridade, observou-se correlação significativa inversa da idade com o Mini-Mental ($p= 0,000$, $\beta = -0,34$) e da

escolaridade, de forma direta ($p=0,000$, $\beta=0,27$). No entanto, após o controle destes covariantes, não se observou diferença significativa do Mini-Mental entre os sexos ($p=0,796$).

O rastreamento de problemas mentais pela aplicação do ponto de corte (8) do SRQ foi de positividade em 10,2% da amostra (35 entrevistados), tendo as mulheres apresentado maior frequência de respostas positivas de forma estatisticamente significativa ($p=0,035$, $\chi^2=3,928$).

Sintomas de depressão foram evidenciados em 21,5% dos entrevistados, medidos pela Escala de Montgomery-Asberg (EMA), enquanto a frequência de Depressão Maior, detectada pelo Check-list do DSM III-R foi de 4,7% (5,8% das mulheres, e 2% dos homens). É significativa a associação entre o Check-list e os níveis de sintomas depressivos obtidos pela EMA (ponto de corte=10), ou seja, em todos os casos nos quais o Check-list foi positivo a EMA também foi positiva. Isto evidencia um bom poder de identificação da escala de Montgomery-Asberg (EMA) para ser utilizada como instrumento de rastreamento de suspeição de depressão a nível comunitário (atenção médica primária). No entanto, a análise de associação entre "sexo e presença do diagnóstico de Depressão Maior não mostrou distribuição diferente de positividade pelo DSM III-R entre homens e mulheres (χ^2 de Maentel-Hanszel=1,582; $p=0,2084$).

Numa análise bruta, as mulheres mostraram escores de depressão significativamente maiores que os homens, pela escala EMA ($p=0,0092$). Com controle de idade e escolaridade por covariância da MANOVA, contudo, não

há diferença significativa, e não observou-se correlações significativas da idade e escolaridade com a escala (Tabela 11).

Tabela 11. Escores das Escalas de depressão (EMA), SRQ e de Mini-Mental, por sexo (em média \pm desvio-padrão)

ESCALA	ESCORES DAS ESCALAS (média \pm sd)		IDADE β e valor de p	ESCOLARIDADE β e valor de p	RENDA TOTAL β e valor de p
	HOMENS	MULHERES			
EMA	5,45 \pm 5,25	7,29 \pm 6,45	-0,27 (0,676)	-0,02 (0,735)	-0,027 (0,676)
MMS	26,02 \pm 3,97	24,99 \pm 3,81	-0,34 (0,000)	-0,27 (0,000)	-0,11 (0,041)
SRQ	2,39 \pm 2,45	3,88 \pm 2,98	0,068 (0,263)	-0,17 (0,007)	0,03 (0,635)

A análise dos escores da EMA, MMS e SRQ por idade estratificada em 03 níveis (até 70 anos; dos 71 aos 80; acima de 81 anos) mostrou diferenças significativas apenas no MMS. O grupo dos mais velhos, idade superior a 81 anos, apresentou desempenhos mais baixos em relação aos outros 2 grupos (Tabela 12).

Tabela 12. Média \pm desvio-padrão dos escores na EMA, MMS e SRQ de toda a amostra pelos 3 níveis de idade

ESCALA	Idade 1	Idade 2	Idade 3	valor de p
EMA	6,952 \pm 6,276	5,976 \pm 5,608	8,935 \pm 7,234	0,138
MMS	26,15 \pm 3,055	25,089 \pm 3,191	20,903 \pm 6,925	0,000
SRQ	3,335 \pm 2,958	3,374 \pm 2,735	4,484 \pm 3,185	0,0971

A análise das escalas pela escolaridade (até 4 anos; de 5 a 9 anos; igual ou maior que 10 anos) estratificada em níveis, controlada para idade, escolaridade e renda total (MANOVA), e entre os sexos separadamente, mostrou no grupo masculino efeito sobre o Mini-Mental apenas, sendo que o grupo de escolaridade mais baixa apresentou piores escores em relação aos 2 outros grupos ($p=0,000$). Entre as mulheres, observou-se diferença significativa dos SRQ e Mini-Mental ($p=0,005$ e $0,000$, respectivamente), onde também aquelas de baixa escolaridade apresentaram escores inferiores aos outros 2 grupos (Tabela 13).

Esta análise de desempenho nas 3 escalas pela idade estratificada nas 3 faixas, e em cada sexo, controladas para escolaridade e renda total, mostrou tanto nos homens como nas mulheres, o mesmo resultado dos sexos juntos: apenas no Mini-Mental o grupo dos mais velhos apresentou pior desempenho significativamente ($p=0,000$) (Tabela 13).

Tabela 13. Média \pm desvio-padrão dos escores na EMA, MMS e SRQ estratificadas para os 3 níveis de idade e escolaridade em ambos os sexos.

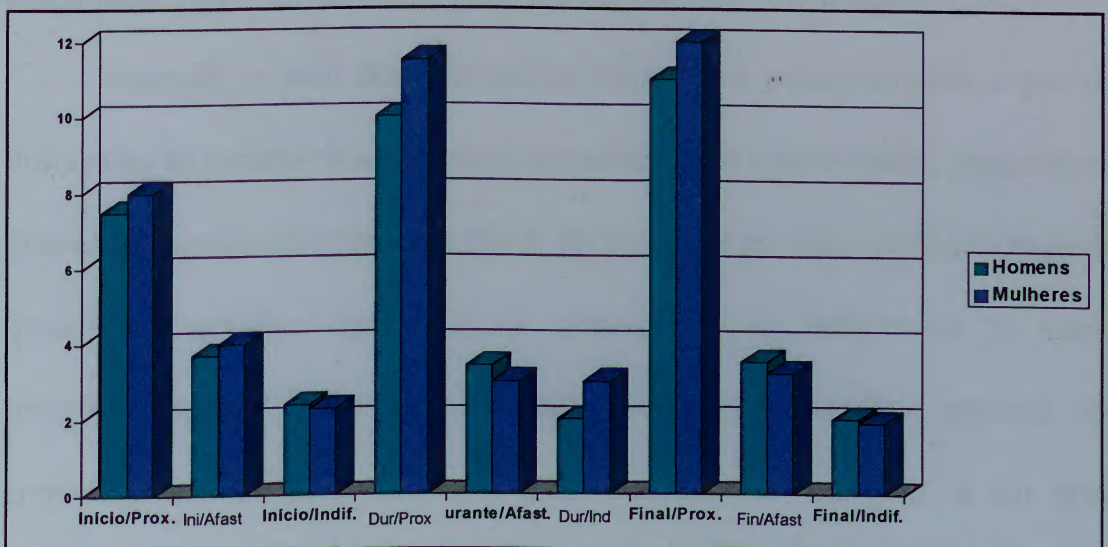
	HOMENS						MULHERES					
	IDADE 1	IDADE 2	IDADE 3	ESCOL 1	ESCOL 2	ESCOL 3	IDADE 1	IDADE 2	IDADE 3	ESCOL 1	ESCOL 2	ESCOL 3
MMS	26,885 \pm 3,014	25,733 \pm 2,934	18,000 \pm 12,083	21,846 \pm 7,625	26,061 \pm 2,761	26,982 \pm 2,586	25,869 \pm 3,014	24,718 \pm 3,291	21,333 \pm 6,083	22,040 \pm 4,408	25,140 \pm 3,347	26,658 \pm 2,878
EMA	6,566 \pm 5,976	4,311 \pm 4,022	3,500 \pm 5,066	3,077 \pm 2,753	4,788 \pm 4,285	6,393 \pm 5,984	7,015 \pm 6,401	6,936 \pm 6,167	9,741 \pm 7,225	8,780 \pm 6,082	7,070 \pm 6,730	6,513 \pm 6,168
SRQ	2,585 \pm 2,728	2,222 \pm 2,152	1,750 \pm 2,217	2,514 \pm 2,544	2,182 \pm 2,270	2,571 \pm 2,572	3,599 \pm 2,991	4,038 \pm 2,826	4,889 \pm 3,250	5,160 \pm 2,965	3,877 \pm 3,043	3,066 \pm 2,615

A renda total classificada em dois níveis não mostrou efeito significativo sobre o desempenho nas 3 escalas tanto entre homens como entre mulheres ($p>0,05$).

4.5. Contratransferência

A avaliação dos escores da Escala de Contratransferência evidenciou o predomínio de sentimentos de proximidade sobre os de afastamento ou indiferença, tanto em relação aos homens quanto às mulheres. Os dados são os seguintes: em relação aos homens, as médias de proximidade foram 7,14 no início, 10,20 durante e 11,09 no final. As de afastamento, 3,05 no início, 2,08 durante e 2,19 no final. As de indiferença, 1,96 no início, 1,52 durante e 1,26 no final. Em relação às mulheres, os de proximidade foram 8,40 no início, 12,00 durante e 12,29 no final. Os de afastamento foram 3,18 no início, 2,65 durante e 2,12 no final. Os de indiferença, 1,94 no início, 3,88 durante e 1,19 no final.

Figura 5. MÉDIAS DOS SENTIMENTOS DESPERTADOS NOS ENTREVISTADORES NO INÍCIO, DURANTE E NO FINAL DAS ENTREVISTAS, APRESENTADA POR SEXO DO ENTREVISTADO



A análise bruta dos escores dos sentimentos despertados nos entrevistadores, pelos sujeitos avaliados, em função do sexo mostrou diferença significativa apenas nos sentimentos de proximidade no início ($p=0,034$) e durante ($p=0,035$) a entrevista, apresentando-se mais elevados em relação às mulheres, independente do sexo do entrevistador. Também houve referência a sentimentos maiores de aproximação, no início das entrevistas, com as pessoas mais velhas ($p= 0,0321$) e com os entrevistados que apresentam escores leves de depressão ($p= 0,037$). Com controle dos covariantes por MANOVA (idade, escolaridade, renda total, MMS, EMA e SRQ) não se observou diferenças significativas entre os sexos em nenhum dos escores. Também não se observou correlações significativas entre os covariantes e os escores. Se o SRQ e a EMA não forem utilizados como covariantes, os escores de proximidade inicial e durante a entrevista atingem valores de $p=0,055$ e $0,059$, respectivamente, o que demonstra uma relação fraca (não significativa) entre presença de sintomas psiquiátricos diversos e de depressão com os sentimentos de proximidade despertados nos avaliadores em relação às mulheres entrevistadas.

Tomando o sexo dos avaliadores como fator potencialmente capaz de influenciar os escores de sentimentos em relação aos entrevistados, observou-se diferenças significativas nos escores de proximidade no início ($p=0,01$), durante ($p=0,003$) e no final ($p=0,032$) da entrevista, e de indiferença no início ($p=0,000$), durante ($p=0,000$) e no final ($p=0,001$) da entrevista, maiores nos entrevistadores do sexo feminino para proximidade em geral e no sexo masculino para os de indiferença, independente do sexo do entrevistado e sem

controlar variáveis potencialmente confundidoras (covariantes). Numa análise multivariada de covariância por MANOVA (com os covariantes idade, escolaridade, renda total, MMS, EMA e SRQ), observou-se diferença nos mesmos sentimentos (proximidade e indiferença) no início, durante e no final das entrevistas com o mesmos níveis de significância ($p=0,000$) entre eles. O covariante escolaridade apresentou correlação inversa significativa com proximidade inicial ($p=0,016$, $\beta=0,17$), e direta com indiferença inicial ($p=0,027$, $\beta=0,15$) e durante ($p=0,019$, $\beta=0,16$) a entrevista. O Mini-Mental correlacionou-se inversamente e de forma significativa com indiferença inicial ($p=0,027$, $\beta=-0,16$), durante ($p=0,023$, $\beta=-0,16$) e final ($p=0,011$, $\beta=-0,18$) da entrevista.

Retirando o SRQ e a EMA dos covariantes, observou-se diferença significativa nos mesmos escores (de proximidade e indiferença no início, durante e no final), mantendo o mesmo nível de significância da análise anterior. A escolaridade correlacionou-se inversamente com proximidade inicial ($p=0,032$, $\beta=-0,15$), durante ($p=0,009$, $\beta=-0,18$), e final ($p=0,031$, $\beta=-0,15$), e de forma direta com indiferença inicial ($p=0,025$, $\beta=0,16$), e durante ($p=0,025$, $\beta=0,15$) a entrevista. O Mini-Mental apresentou correlação inversamente significativa com indiferença inicial ($p=0,027$, $\beta=-0,16$), durante ($p=0,024$, $\beta=-0,16$) e final ($p=0,011$, $\beta=-0,18$).

Tabela 14. Escores dos sentimentos de aproximação e indiferença despertados nos entrevistadores homens e mulheres em relação às pessoas entrevistadas de ambos os sexos

	Entrevistadores	
	MULHER	HOMEM
Prox Início	8,610 ± 5,259	7,114 ± 4,700
Prox durante	11,990 ± 5,865	10,061 ± 5,753
Prox final	12,505 ± 6,111	11,038 ± 6,109
Indi Início	1,510 ± 1,623	2,644 ± 1,726
Indi durante	1,095 ± 1,559	1,939 ± 2,003
Indi final	0,962 ± 0,111	1,621 ± 2,117

Avaliando os sentimentos dos entrevistadores masculinos e femininos em relação aos entrevistados homens encontrou-se uma diferença significativa apenas para os escores de indiferença inicial e durante a entrevista ($p=0,007$, e $p=0,009$, respectivamente), sendo que para os escores finais o valor de p foi de $0,057$ (não significativo), com valores mais elevados destes sentimentos entre os entrevistadores homens.

Na análise multivariada de covariância da MANOVA, com idade, escolaridade, renda total, MMS, EMA e SRQ como covariantes, observou-se uma correlação inversa significativa da escolaridade com os sentimentos de proximidade inicial ($p=0,050$, $\beta=-0,24$). As diferenças de escores entre os avaliadores ocorreram nos escores de proximidade durante ($p=0,041$), indiferença inicial, durante e final ($p=0,014$; $0,003$; $p=0,018$, respectivamente),

sendo que os avaliadores homens sempre apresentaram maiores escores nos 3 momentos. Retirando-se a EMA e o SQR dos covariantes, observou-se uma modificação nas correlações, desaparecendo a significância com a proximidade inicial com a escolaridade, e aparecendo níveis de significância limítrofes para os escores de proximidade durante a entrevista, de correlação inversa com a escolaridade ($p=0,054$, $\beta=-0,24$) e de forma direta com a renda total da família ($p=0,052$, $\beta=0,23$). A diferença de escores entre os entrevistadores permaneceu para sentimentos de indiferença inicial, durante e final ($p=0,052$; $0,004$; $0,033$), e mantendo-se os entrevistadores homens com escores mais elevados.

Tabela 15. Escores dos sentimentos de indiferença, pelo sexo do entrevistador, retirando-se o EMA e o SRQ da covariância, em relação aos entrevistados do sexo masculino

	Entrevistadores	
	Mulheres	Homens
Indi Início	1,527 ± 1,412	" 2,478 ± 2,030
Indi durante	1,109 ± 1,343	2,022 ± 2,082
Indi final	0,945 ± 1,446	1,652 ± 2,223

Para o estudo dos sentimentos provocados pelas mulheres entrevistadas, observou-se na análise não controlada diferenças entre os entrevistadores nos escores de sentimentos de aproximação e indiferença inicial, durante e final (proximidade: $p=0,023$; $0,005$; $0,031$, respectivamente, e indiferença: $p=0,000$;

0,001; 0,008, respectivamente) com escores mais elevados de aproximação para as entrevistadoras e de indiferença para os entrevistadores. Na análise de covariância observou-se correlações diretas significativas do Mini-Mental com os escores de proximidade, durante e final ($p=0,035$, e $p=0,022$, $\beta=0,20$ e $\beta=0,21$, respectivamente), e do Mini-Mental de forma inversa com os escores de indiferença durante e final ($p=0,035$ e $p=0,008$, $\beta=-0,19$ e $\beta=-0,24$). A escolaridade correlacionou-se diretamente com os sentimentos de indiferença durante e final ($p=0,014$, $\beta=0,21$) ($p=0,017$, $\beta=0,20$). A escala de Montgomery-Asberg apresentou correlação inversa significativa com os sentimentos de indiferença durante a entrevista ($p=0,025$, $\beta=-0,22$). As diferenças de escores entre os avaliadores ocorreram na proximidade e indiferença iniciais, durante e finais (valores de $p<0,001$), com as avaliadoras apresentando níveis mais elevados de proximidade nos 3 momentos e os avaliadores níveis mais altos de indiferença nos 3 momentos.

Ao retirar a escala de Montgomery-Asberg e o SRQ dos covariantes, observou-se as mesmas correlações diretas do Mini-Mental com os sentimentos de proximidade durante e final (valores de $p=0,043$ e $0,041$ e betas de $0,19$). As correlações inversas de indiferença durante e final com o Mini-Mental ($p=0,026$ e $0,006$; $\beta=-0,20$ e $-0,25$), assim como diretas com a escolaridade também foram mantidas ($p=0,034$ e $0,030$; β de $0,18$). As diferenças dos escores de proximidade e indiferença iniciais, durante e finais foram significativas (valores de $p<0,001$) e iguais à análise anterior.

Tabela 16. Escores dos sentimentos de aproximação e indiferença pelo sexo do entrevistador, em relação às mulheres entrevistadas

	Entrevistadores	
	MULHERES	HOMENS
Prox Início	8,987 ± 5,279	7,349 ± 4,707
Prox durante	12,452 ± 5,715	10,291 ± 5,762
Prox final	12,897 ± 6,770	11,200 ± 5,863
Indi Início	1,503 ± 1,696	2,733 ± 1,545
Indi durante	1,090 ± 1,633	1,895 ± 1,971
Indi final	0,968 ± 1,669	1,605 ± 2,071

4.6. Rede social, déficit cognitivo e depressão

Os cinco critérios adotados para caracterizar a rede social (número de confidentes, tamanho e eficácia da rede, “NET” e outros) foram cruzados com os resultados do MMS, da EMA, do SRQ e do Check-list de Depressão Maior do DSM III-R. Não foram encontradas diferenças significativas nos escores de MMS, EMA e SRQ entre os entrevistados em função do tamanho da rede (MANOVA).

Quando as escalas foram comparadas entre os sujeitos que tinham ou não companheiro(a), foram encontrados escores significativamente mais elevados ($p=0,041$) na EMA entre os indivíduos que viviam sem companheiro(a) mas com controle de idade, escolaridade e renda (covariância

da MANOVA) também apresentam diferença significativa entre estes grupos. No entanto, existe uma correlação inversa significativa da escolaridade ($p=0,001$, $\beta=-0,21$) com o SRQ, e da idade com o Mini-Mental ($p=0,000$, $\beta=-0,33$). A escolaridade apresentou correlação direta significativa com o Mini-Mental ($p=0,000$, $\beta=0,28$). Isto é, cada ano a mais de estudo contribui em aproximadamente 21% para diminuir 1 ponto do escore do SRQ (diminui a probabilidade do sujeito ser identificado como positivo para transtorno mental), e em aproximadamente 28% para aumentar o escore do Mini-Mental em 1 ponto. A idade, com 33% para diminuir 1 ponto do escore do Mini-Mental.

A tentativa de analisar uma possível interação entre ter companheiro e sexo (pois a frequência de viver com companheiro é significativamente maior entre os homens) mostrou através de análise multivariada por MANOVA as mesmas correlações da escolaridade e idade em relação ao rastreador de transtorno mental (SRQ) e ao Mini-Mental, evidenciando o efeito da interação em relação ao Mini-Mental (mulheres sem companheiro apresentam desempenho mais baixo) mesmo controlando o efeito de escolaridade e idade ($p=0,005$). Não aparecem diferenças em relação aos sintomas depressivos. O efeito isolado do sexo é sobre o SRQ e o MMS ($p=0,028$ e $0,031$, respectivamente), e o efeito isolado de viver com companheiro é apenas sobre o MMS ($p=0,004$).

Analisando estas variáveis dentro do grupo das mulheres (MANOVA), não observou-se efeito significativo do fator viver com companheiro, mantendo as mesmas correlações da escolaridade e idade com o SRQ e com o MMS.

Assim como dentro do grupo dos homens, observou-se diferença significativa entre os sub-grupos viver com companheira no MMS ($p=0,006$), e correlação significativa da idade (inversa) ($p=0,003$, $\beta=-0,31$) com o Mini-Mental. A escolaridade apresentou um valor de $p=0,053$ e $\beta=0,2$, mostrando talvez uma tendência de correlação direta com o MMS.

Dentro do grupo das mulheres entrevistadas, a análise de associação por tabela de contingência 2x2 demonstrou existência de associação entre as categorias do índice NET de rede social e déficit cognitivo, bem como com 2 níveis categorizados da escala de sintomas depressivos (EMA). Assim, mulheres pertencentes às categorias mais baixas de rede social (“NET”), estão mais associadas à maior presença de sintomas depressivos ($p=0,0168$) e também pior desempenho cognitivo (mensurado pelo Mini-Mental) ($p=0,0076$).

4.7. Capacidades físicas, déficit cognitivo e

depressão

Das variáveis examinadas, verificou-se existir associação significativa entre não conseguir sair de casa e níveis mais altos de sintomas depressivos ou presença de diagnóstico de Depressão Maior, medidos pela EMA ($p=0,0317$), e pelo DSM III-R ($p=0,001$). Também foi encontrada associação significativa entre não poder sair de casa e desempenho pobre no MMS ($p=0,001$).

As pessoas que não podiam sair de casa apresentaram uma associação significativa com rede social classificada como “pequena”, medida pelo índice “NET” ($p=0,036$). No entanto na análise multivariada anteriormente descrita

(ver página 75) não houve efeito da variável poder sair de casa sobre o Índice, que é a criação do escore das condições da rede social da forma mais ampla que posteriormente gerou as categorias de “NET”. Portanto, esta associação deve-se ao efeito das demais variáveis (idade, escolaridade e sexo) não controladas neste tipo de análise univariada (tabela 2x2).

4.8. Análises Multivariadas de Associação

4.8.1. Análise Multivariada da Rede

Social como variável dependente

Através de uma regressão logística foram avaliadas as associações da variáveis renda total da família, escolaridade, escore de sintomas depressivos, escores de outros sintomas psiquiátricos (SRQ), idade, escore de desempenho cognitivo pelo Mini-Mental, além das 16 variáveis utilizadas para avaliar rede social independentemente. Utilizou-se um método “passo-a-passo” “FORWARD” (Norusis, 1986), identificando as variáveis categóricas pelo subcomando “CATEGORICAL” (todas as 16 variáveis de avaliação da rede social), cuja variável dependente dicotômica foi “NET” (reclassificada em 02 níveis). Das variáveis utilizadas para criar o índice NET, 09 permaneceram na equação final (Tabela 17) além do sexo e todas as demais inclusive as relacionadas com transtorno psiquiátrico e cognição, bem como os dados demográficos, não apresentaram associação significativa. As variáveis

categóricas tiveram seus valores transformados de 0 para 1 e de 1 para -1 pelo próprio pacote estatístico. Desta forma, observou-se associações significativas negativas (ou inversas) com a variável NET, isto é, a categoria de valor mais baixo destas variáveis está associada à categoria mais alta de “NET” (as baixas sempre eram as de melhor condição de uso de cada aspecto da rede social - ver Tabelas 3 a 10).

Tabela 17. Variáveis que permanecem na equação logística, que melhor explicam a variável “NET”, de forma significativa

Variável	B	E.P.	Wald	Gl	Sig	R
SEXO (1)	4,0327	1,3448	8,9923	1	0,0027	0,1405
VONTADE(1)	-4,1059	1,3731	8,9417	1	,00028	-0,1400
COMPR.(1)	-4,5268	1,4148	10,2371	1	0,0014	-0,1525
SEMANA(1)	-5,0416	1,4537	12,0274	1	0,0005	-0,1683
AJUDA (1)	-3,0875	0,9181	11,3083	1	0,0008	-0,1621
GRUPO (1)	-3,0655	1,0456	8,5954	1	0,0034	-0,1365
SÓ (1)	-3,4502	-1,1165	9,5497	1	0,0020	-0,1460
FAMIL (1)	-3,0188	0,8463	12,7234	1	0,0004	-0,1740
SENTE (1)	-3,4136	1,7094	3,9880	1	0,0458	-0,0749
OUTRO (1)	-5,0888	11,3679	0,2004	1	0,6544	0,0000
Constante	-14,3786	12,0640	1,4205	1	0,2333	

B= coeficiente

E.P.= erro padrão

Gl= graus de liberdade

Sig= nível de significância (valor de p)

R= coeficiente de correlação

Isto significa que estes itens foram os que mais contribuíram para a avaliação da rede social pelo parâmetro “NET”. Os demais não contribuíram de forma significativa e, conseqüentemente foram menos importantes.

Tabela 18. Recodificação das variáveis independentes pelo programa estatístico para entrar no modelo utilizado de Regressão Logística

Variáveis Independentes	Valor original	Frequência (N)	Código		
			(1)	(2)	(3)
SÓCIO	1,00	86	1,00	0,00	0,00
	2,00	59	0,00	1,00	0,00
	3,00	58	0,00	0,00	1,00
FÁCIL	4,00	78	-1,00	-1,00	-1,00
	0,00	79	1,00		
SEXO	1,00	197	-1,00		
	masculino	86	1,00		
	feminino	131	-1,00		
VEZES	0,00	145	1,00		
	1,00	199	-1,00		
VONTADE	0,00	77	1,00		
	1,00	199	-1,00		
COMPREENDE	0,00	72	1,00		
	1,00	204	-1,00		
SEMANA	0,00	66	1,00		
	1,00	210	-1,00		
IMPORTÂNCIA	0,00	59	1,00		
	1,00	317	-1,00		
AJUDA	0,00	77	1,00		
	1,00	199	-1,00		
OUTRO	0,00	62	1,00		
	1,00	214	-1,00		
SENTE	0,00	74	1,00		
	1,00	202	-1,00		
FAMILIAR	0,00	89	1,00		
	1,00	187	-1,00		
SÓ	0,00	85	1,00		
GRUPO	0,00	197	1,00		
	1,00	79	-1,00		
JUNTO	0,00	146	1,00		
	1,00	130	-1,00		

Tabela 19. Recodificação da variável dependente “NET” pelo programa estatístico para entrar no modelo utilizado de Regressão Logística (após ter sido reclassificada em 02 níveis)

Variável Dependente	Código	
	Original	Interno
NET	0,00	0
	1,00	1

4.8.2. Análise Multivariada de Viver com

Companheiro(a) como variável dependente

Avaliou-se as possíveis relações das variáveis idade, renda total da família, escolaridade, escore de sintomas depressivos, escores de outros sintomas psiquiátricos (SRQ), escore de desempenho cognitivo pelo Mini-Mental, número de filhos, número de confidentes, e do sexo através de um modelo de regressão logística passo-a-passo 'backwards', com a variável sexo no sub-comando 'categorical'. A equação final ficou constituída das variáveis idade, EMA, SRQ, renda total e sexo (Tabela 20).

Tabela 20. Variáveis da equação final

SEXO masculino	1,00	86	1,000	feminino	2,00	190	-1,000
Variáveis na Equação							
Variável	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
IDADE	-0,0813	0,0235	11,9284	1	0,0006	-0,1613	0,9219
EMA	-0,0864	0,0370	5,4725	1	0,0193	-0,0954	0,9172
SRQ	0,1382	0,0747	3,4202	1	0,0644	0,0610	1,1482
RENDA	0,0222	0,0095	5,5054	1	0,0190	0,0958	1,0225
SEXO (1)	1,4053	0,1977	50,5394	1	0,0000	0,3566	4,0767
Constante	5,8829	1,6948	12,0489	1	0,0005		

5. Discussão

5.1. Os dados demográficos

As características demográficas da população estudada situam-na, inicialmente, na categoria geral dos velhos-jovens (65 a 75 anos), que usualmente têm sido considerados como diferentes dos velhos-velhos (acima dos 75 anos) ou velhos mais velhos (acima dos 85 anos), conforme vários estudos têm destacado (Debert, 1992; Bowling & Browne, 1991). Isto fica evidenciado não só pela média de idade, 70,35 anos, mas também pela moda, que é de 64 anos, ou seja, o valor que ocorre mais freqüentemente na amostra (Fletcher et al., 1991). Embora a pessoa mais velha entrevistada tivesse 92 anos, 75,3% desta população situa-se entre os 60 e 75 anos; 18,9% entre os 76 e os 85 anos e apenas 5,8% tinham 86 anos ou mais. As mesmas características etárias foram encontradas no estudo de Silberman et al. (1995), também realizado em Porto Alegre (RS), porém numa área de classe sócio-econômica muito mais baixa.

A freqüência absoluta e relativa de homens e mulheres nesta população foi de 102 (29,7%) para 242 (70,3%), ou seja, uma razão de 1:2,4. Isto não corresponde aos dados gerais do Estado e de Porto Alegre. Conforme o censo de 1991, havia 56,85% de mulheres e 43,15% de homens no Rio Grande do Sul. Conforme a PNDA (Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar), realizada

em 1995, havia 56,97% de mulheres e 43,03% de homens na população urbanado Estado, com 60 a 65 anos. Acima dos 65 anos, estas diferenças se mantêm praticamente inalteradas: 56,72% e 43,28%. Em Porto Alegre, o censo de 1995 revelou a presença de 58,81% de mulheres e 41,18% de homens com 60 ou mais anos de idade (IBGE, 1996). O estudo de Silberman et al. (1995) revelou também alta frequência de mulheres (67%). Por outro lado, o Estudo Longitudinal sobre o envelhecimento, realizado nos Estados Unidos, em 1984, e o seguimento relatado por Steinbach (1992), revelam igualmente diferenças significativas, já que 61% eram mulheres e 39% homens, com idades que variavam de 70 a 99 anos. A maior frequência de mulheres nestes estudos poderia ser explicada pela hipótese empírica de que seria mais fácil encontrá-las em casa e pelo fato de que elas apresentam uma maior sobrevida, se comparadas aos homens.

A escolaridade desta população também difere dos dados gerais do Estado, referentes a 1991 para a população com mais de 60 anos (IBGE, 1996). Assim, para 28,76% de pessoas sem instrução ou com menos de 1 ano de estudos, no Rio Grande do Sul, a população estudada apresenta a percentagem de 3,8%, enquanto Silberman et al (1995) encontraram 13% e Loureiro Chaves (1996) 22,7% de pessoas nessas condições. Com escolaridade de até 7 anos, verificamos 60,86% de pessoas no Estado e 43,3% neste grupo específico. Com mais de 15 anos de estudos, 2,24% no Estado e 13,5% nesta amostra. No estudo de Silberman et al. (1995), a escolaridade média era de 5 anos, sendo que 9,6 anos no presente estudo, porque naquele estudo a amostra era

proveniente de uma área de baixo nível sócio-econômico. Observa-se uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres (11,4 anos para 8,07 anos), o que pode ser relacionado com as características gerais dos papéis sociais masculino e feminino, em que este inclui predominantemente a necessidade de cuidados com a casa e a família, pelo menos para esta geração que encontra-se velha e sendo alvo do presente estudo.

Diferenças similares às anteriormente descritas foram observadas no tocante à renda, cuja média, nesta população, foi de 12,5 salários-mínimos mensais, considerando-se apenas a pessoa com o maior salário da família. Comparando os dados referentes às classes de rendimento mensal de pessoas com mais de 10 anos e economicamente ativas da região metropolitana de Porto Alegre (IBGE, 1996) com o desta amostra, temos, respectivamente: até 1 salário-mínimo, 9,6% para 11,2%; até 5 salários-mínimos, 61,19% para 39,8% e acima de 15 salários-mínimos, 9,11% para 23,90%. Considerando agora esses dados e os de Silberman et al (1995), verificamos o seguinte (ver Tabela 21):

Tabela 21. Frequência percentual dos sujeitos conforme a renda (pessoa com a maior renda da família)

	IBGE, 1991	Silberman et al., 1995	Eizirik, 1997
1 SM	9,6%	37%	11,2%
2-3 SM	34,14%	30%	19,2%
3-21 SM	43,85%	33%	51,6%

Esses dados demonstram tratar-se de uma amostra com renda maior do que a estudada por Silberman et al. (1995) e do que a do Estado, embora neste caso toda a população adulta esteja incluída. A diferença entre a renda de homens e mulheres (20 para 8 salários-mínimos) também pode ser explicada pelos diferentes papéis sociais masculino e feminino característicos desta geração, o que fica evidenciado ainda mais quando comparamos, conforme o tipo de trabalho e o grau de especialização, os de nível superior (9,8% dos homens para 2,5% das mulheres), os que trabalham em administração (7,8% dos homens para 1,7% das mulheres) e os que estão fora da população economicamente ativa (61,8% dos homens para 80,2% das mulheres).

Não há uma correlação linear entre ter aposentadoria, o que é referido por 81,4% dos entrevistados e participar ou não da população economicamente ativa (74,7% do total), embora as diferenças sejam mais marcantes entre os homens (87,3% aposentados e 38,2% que trabalham) do que entre as mulheres (78,9% aposentadas e 19,8% que trabalham). As atividades domésticas não estão aí incluídas, o que modificaria, evidentemente, de forma radical esses dados, mas representam atividades sem remuneração direta.

No que diz respeito ao estado civil, foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres, que podem ser evidenciadas pelo fato de que apenas 12,7% dos homens não tem companheira, em contraste com o percentual entre as mulheres de 71,5%, sendo 57,4% viúvas. Nesta mesma categoria (viuvez), apenas 6,9% dos homens relataram encontrarem-se,

justificado pelo fato de que considerar-se viúvo(a) ocorria somente quando o sujeito não possuía nova(o) companheira(o). Conforme dados do IBGE (1997), das pessoas com mais de 60 anos residentes na região metropolitana de Porto Alegre em 1995, 56,55% eram casadas; 32,09% viúvas; 6,51% desquitadas, divorciadas ou separadas e 4,84% solteiras. Do total de viúvos, 87,73% eram mulheres; do total de casados 60,24% eram homens; do total de solteiros, 79,68% eram mulheres. Assim, a amostra do presente estudo, no todo, tem mais pessoas viúvas e menos casadas percentualmente do que a população da cidade, mas acompanha os demais dados: as mulheres são mais viúvas, solteiras e separadas e os homens são mais casados. Em outro estudo com velhos no Rio Grande do Sul, mas não na cidade de Porto Alegre, Loureiro Chaves (1996) encontrou dados semelhantes: 87,3% dos homens estavam casados (isto é, possuíam companheira), enquanto 46,8% das mulheres eram viúvas.

Há uma reconhecida tendência à maior longevidade das mulheres. Por exemplo, para cada 100 mulheres de origem hispânica, nos Estados Unidos, existem 84 homens entre 75 e 79 anos, e 39 com mais de 85 anos (Jarvik & Small, 1995). Outro dado que contribui para essas diferenças é que mais homens do que mulheres casam quando ficam viúvos, o que fica evidenciado ao examinar-se o número de casamentos no Brasil (IBGE, 1996). Assim, 0,24% da população de homens entre 60 e 65 anos e 0,23% dos que tinham mais de 65 anos casaram em 1994. Das mulheres, nessas faixas etárias, 0,08% e 0,04% casaram no mesmo período, isto é, em torno de 3-6 vezes menos do que os homens.

Este dado sugere que apenas a maior longevidade não seja suficiente para explicar essas diferenças, e que outros fatores, próprios das diferenças comportamentais, emocionais e culturais entre os gêneros, devam ser considerados ao analisá-los.

Um aspecto que pode ser produto das bases culturais da nossa população refere-se justamente à expectativa em relação ao papel das mulheres velhas na comunidade, desvinculando-as da busca de companheiro já que não podem mais contribuir em termos reprodutivos. Se a situação fosse inversa, e os homens sobrevivessem às mulheres em vários anos, não teríamos a expectativa de que fossem permanecer sozinhos, e que os novos acasalamentos com mulheres muito mais jovens (já que não existiriam mulheres da mesma faixa etária sem companheiro disponíveis para este fim), não provocariam respostas comportamentais de baixa aceitação nos seus grupos sociais, como ocorre em relação às mulheres velhas. Uma outra questão a ser analisada é o mecanismo fisiológico primitivo do comportamento de acasalamento, tendo como objetivo primário e principal a reprodução e manutenção da espécie. Neste sentido, os homens sempre são elegíveis independente da idade, o que tem como base um mecanismo neuro-endócrino que regula este comportamento (Blumberg, et. al., 1996; Porter, et. al., 1996).

Por outro lado, as mulheres também devem possuir algum mecanismo inibitório sobre este comportamento, expresso pelas modificações neuro-endócrinas ao longo do climatério e da menopausa. Será interessante observar

nas próximas décadas as conseqüências comportamentais que a reposição hormonal estrogênica, atualmente considerada indispensável em função da prevenção da osteoporose, das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, e do papel protetor para o desenvolvimento da Doença de Alzheimer (Birge, 1996; Erkkola, 1996), deverá provocar.

Ainda pode-se analisar o papel das manifestações depressivas mais freqüentes nas mulheres. Isto tem sido observado, em relação ao sexo masculino, desde a adolescência até a velhice. O transtorno afetivo está possivelmente associado a mudanças neuro-hormonais acentuadas durante toda a vida, exceto na infância, das mulheres. As manifestações sobre a regulação do afeto provocadas na puberdade pela menarca são muito evidentes, assim como na menopausa, além das variações que mais recentemente têm sido atribuídas aos períodos peri-menstruais. Sabe-se do papel fundamental dos estrógenos na menstruação mensal, e sobre o SNC, na regulação da atividade do sistema serotoninérgico e, tanto diretamente quanto indiretamente através do sistema serotoninérgico, no comportamento sexual (acasalamento e aceitação do macho durante o coito) (Pearlstein, 1995).

5.2. Aspectos gerais da saúde

O Brasil e os países da América Latina encontram-se num período de transição de parâmetros epidemiológicos, no qual a principal carga de

morbimortalidade está passando das doenças infecciosas e materno-infantis para as mais típicas da idade adulta (Duncan, 1991). No Rio Grande do Sul, o conjunto das doenças não transmissíveis representava, em 1988, 74,5% das causas de mortalidade. Se considerarmos, agora, apenas o universo das mortes por causas definidas, 92% delas ocorriam em adultos, e 81% delas por doenças não transmissíveis. A mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório era de 37%; câncer, 16%; doenças respiratórias, 8%; causas externas, 10%; diabete, 2%; cirrose, 1,5% (Duncan, 1991). Considerando apenas as causas de mortalidade em Porto Alegre em 1995, verifica-se que 26,36% (dos 50 aos 69 anos) e 19,34% (acima dos 70 anos) devem-se a neoplasias; 5,11% (dos 50 aos 69 anos) e 4,31% (acima dos 70 anos) a diabete; 19,8% (dos 50 aos 69 anos) e 21,7% (acima dos 70 anos) a cardiopatias e 11,84% (entre 50 e 69 anos) e 15,86% (acima dos 70 anos) a pneumopatias.

Quanto à morbidade, cardiopatias representam 12,6% de hospitalizações previdenciárias no Brasil; neoplasias 2,9%; diabete, 1,6%; doença broncopulmonar obstrutiva crônica, 4% (Duncan, 1991).

Os dados sobre morbidade no Brasil são muito limitados, sendo as informações disponíveis aquelas provenientes de condições que exigem notificações compulsórias, como os acidentes de trabalho, as autorizações para hospitalização e os estudos para levantar diagnósticos ou motivos de consulta em serviços médico-ambulatoriais (Mengue & Duncan, 1996). As investigações epidemiológicas visam contribuir para uma maior aproximação da

identificação das taxas de incidência e prevalência de várias condições clínicas; no caso dos velhos, em especial as doenças crônicas (Fletcher et al., 1991; Schmidt & Duncan, 1996) e os hábitos, necessidades e capacidades, o que permitirá intervenções e planejamentos mais adequados.

Os dados verificados no presente estudo mostram que há uma elevada utilização de medicamentos, 75,3% dos entrevistados usou alguma medicação todos os dias (ou mais do que 3 dias por semana) no último mês, o que correspondeu a 80% dos entrevistados por Silberman et al. (1995) e 63,3% dos que foram examinados por Loureiro Chaves (1996). A metade dos entrevistados havia consultado no último mês, o que coincide com a amostra de Silberman et al. (1995), enquanto Loureiro Chaves (1996) encontrou uma média de 1,6 consultas nos últimos 6 meses.

As capacidades e a independência face às tarefas do dia-a-dia podem ser verificadas comparando esta amostra com as de Silberman et al (1995), de Loureiro Chaves (1996) e a descrita por Bowling & Browne (1991), composta por 662 pessoas com 85 anos ou mais de idade, o que está sumarizado na Tabela 22.

Tabela 22. Freqüência absoluta e percentual de sujeitos em relação à capacidade de lidar com as tarefas do dia-a-dia de forma independente

	Bowling & Browne, 1991	SILBERMAN et al., 1995	LOUREIRO CHAVES, 1996	EIZIRIK, 1997
Locomoção	—	56 (90%)	230 (90,2%)	336 (97,7%)
Cozinhar e lavar	476 (72%)	52 (84%)	218 (86,2%)	330 (95,9%)
Higiene pessoal	609 (92%)	56 (90%)	218 (86,2%)	336 (97,7%)
Sair de casa sozinho	317 (48%)	50 (81%)	—	316 (91,9%)

Verifica-se, pela Tabela 4, que a amostra estudada apresenta índices de capacidades e independência elevados, e levemente superiores às duas outras amostras gaúchas; como as médias etárias não diferem, deve-se levar em conta que a de Silberman et al. (1995) está vinculada a um centro de saúde, e tanto esta quanto a de Loureiro Chaves (1996) apresentam níveis sócio-econômicos inferiores, conforme já descrito. Este poderia ser um fator para explicar as ligeiras diferenças. O grupo inglês estudado por Bowling & Browne (1991) ilustra as diferenças entre faixas de velhos pois como é constituído pelos velhos mais velhos, apresenta maiores limitações. Isto se evidencia ainda mais pelo fato de que 63% destes velhos recebem serviços de saúde (como a visita de enfermeiras comunitárias) e 63% deles necessitam de serviços sociais especiais (ajuda em casa, na alimentação, etc.).

As doenças crônicas foram identificadas em 84% do grupo estudado por Silberman et al. (1995), embora não estejam especificadas por diagnósticos. Loureiro Chaves (1996) encontrou hipertensão referida por 49,4% dos

entrevistados e no presente estudo, 24,6% das mulheres e 21,8% dos homens relatam ser hipertensos. Cardiopatia é mencionada por 31,4% desta amostra, enquanto a de Loureiro Chaves refere apenas 13%, embora esta última seja isquêmica e a anterior é incluída na denominação geral “doenças do coração”. Pneumopatias correspondem a 6,7%, algum tipo de câncer a 4,9% e diabetes a 12,8%, o que se aproxima da percentagem identificada em Cruz Alta por Loureiro Chaves (1996), que foi de 10,8%. Se compararmos estes dados com os referidos por Duncan (1991), verificamos que a amostra estudada não difere da expectativa usual da prevalência de quadros clínicos. Como as perguntas foram formuladas especificando cada condição mórbida não foi possível obter uma percentagem global de doenças crônicas. Apenas somando as quatro investigadas especificamente, teríamos 54,9% de prevalência. Contudo, outros problemas de saúde foram referidos por 56,1% da população estudada, cabendo notar a maior prevalência desta, significativamente, entre as mulheres. No que se refere ao rastreamento de problemas mentais, o SRQ também permitiu constatar que as mulheres têm maior prevalência do que os homens, de forma estatisticamente significativa. A presença de referências às doenças mais frequentes nesta faixa etária, como a osteoporose e os problemas como a hipertensão, fala a favor da fidedignidade dos dados colhidos.

Finalmente, ao contrário do que observaram Silberman et al. (1995) e Loureiro Chaves (1996), há um elevado percentual de consultas particulares (52,5%) e uma reduzida proporção no HCPA (apenas 14,3%). Isto reforça a constatação acerca do nível sócio-econômico da amostra estudada e sugere

junto com os demais dados, os cuidados com a própria saúde proporcionados pelas melhores condições econômicas e culturais destas classes sociais e a inquietude quanto à possível dificuldade de acesso ao HCPA.

5.3. A rede social

As características da rede social desta população foram obtidas mediante a utilização do questionário sobre condições de saúde e da rede social (Stein, 1990), que já havia sido utilizado anteriormente por Siberman et al. (1995) em Porto Alegre. A relação destes achados aos dados disponíveis na literatura recente sobre redes sociais apresenta uma dificuldade básica, porque os diversos estudos utilizam diferentes conceituações e metodologias, conforme já destacado anteriormente (Bowling & Browne, 1991). A consequência disto é o prejuízo na comparação de resultados. Contudo, pelo menos num ponto vários autores parecem estar de acordo, ou seja, que a existência de uma relação íntima e próxima é essencial para que o suporte social seja dado e recebido (Greenblatt, Becerra & Serafetidines, 1982). Tal relação se configura na presença de um confidente, termo empregado em vários estudos, e cujas freqüências podem ser observadas na Tabela 23.

Tabela 23. Frequência absoluta e percentual de confidentes em vários estudos de base comunitária

	Nenhum confidente	1 confidente	Mais de um confidente
Goldberg et al., 1985	140 (12,6%)	351 (31,7%)	613 (55,7%)
Palinkas et al., 1990	98 (6,1%)	1517 (93,9%)	
Bowling & Browne, 1991	33 (5%)	628 (95%)	
Harlow et al., 1991	214 (37,5%)	100 (19,1%)	224 (43,4%)
Silberman et al., 1995	5 (7%)	57 (93%)	
Eizirik, 1997	75 (21,8%)	98 (28,5%)	171 (49,7%)

Embora tratem-se de estudos em diferentes contextos, e com diferentes populações, pode-se evidenciar que a tendência revelada pelos mesmos é no sentido do predomínio de pelo menos uma pessoa reconhecida como confidente. Nos resultados de Palinkas et al. (1990), Bowling & Browne (1991) e Silberman et al. (1995) não há discriminação entre um ou mais de um confidente; apenas indicam se há ou não confidentes. Os resultados de Harlow et al. (1991), os que mostram a maior proporção de ausência de confidente, foram obtidos numa pesquisa que compara mulheres residentes em Maryland quanto a riscos de depressão caso fiquem ou não viúvas. O estudo de Goldberg et al. (1985) também é realizado apenas com mulheres, no mesmo local, mas os demais incluem os dois sexos. Excluindo os dados de Harlow et al. (1991), a amostra estudada no presente trabalho destaca-se pela alta frequência percentual de ausência de confidente (21,8%) se comparada aos demais

estudos. Isto ocorre mais intensamente com os homens, 31,4% dos quais referem não ter confidentes, o que difere significativamente das mulheres entrevistadas, das quais apenas 17,8% informam não ter confidentes.

Três possibilidades poderiam explicar este dado: ① os homens sentem menos necessidade de procurar ou ter alguém em quem possam confiar; ② têm mais dificuldade em reconhecer e procurar satisfazer tal necessidade, em comparação com as mulheres; e ③ como os homens são significativamente mais “casados” (têm companheira) do que as mulheres, isto diminui a necessidade do “confidente” o que neste caso obviamente seria visto como outra pessoa pois o cônjuge mesmo desempenha este papel. Além disto, para explicar o maior número de confidentes, deve-se levar em conta que os grupos estudados por Bowling & Browne (1991) e Palinkas (1990) eram mais velhos do que a do presente estudo, o que poderia aumentar a necessidade dos mesmos.

Considerando que Silberman et al. (1995) utilizaram o mesmo instrumento, a Tabela 24 mostra uma comparação entre os dois estudos acerca das características gerais da rede social.

Tabela 24. Características gerais da rede social em dois estudos realizados em Porto Alegre, em números absolutos e percentuais

	Silberman et al., 1995	Eizirik, 1997
Situação conjugal com companheiro	35 (58%)	158 (45,9%)
Número de filhos vivos (1 ou 2)	34 (55%)	145 (42,2%)
Número de irmãos vivos (2 ou 3)	21 (35%)	145 (42,2%)
Pais vivos	7 (11%)	22 (9,1%)
Com confidente	57 (93%)	269 (78,2%)
Encontra-o 1 ou mais vezes por semana	47 (76%)	209 (61%)
Disponibilidade do confidente	55 (89%)	233 (68%)
Fala com ele (a) quando tem problemas	34 (55%)	160 (46,5%)
Sente-se à vontade para falar	48 (78%)	232 (67,5%)
Ele (a) compreende os problemas	47 (77%)	240 (70%)
É importante	55 (89%)	249 (72%)
Tem ajuda quando está doente	52 (84%)	258 (75%)

Comparando os valores percentuais nas duas amostras, a de Silberman et al. (1995) revela maior proporção de confidentes e sugere maior utilização desse vínculo para obter suporte social. Isto poderia decorrer da diferença do nível sócio-econômico das duas populações, podendo indicar maior dependência e proximidade familiar no grupo de classe média baixa, ou maior

autonomia e independência no grupo com melhores condições sociais, com vínculos menos dependentes do grupo familiar, isto é, mais atividades por parte dos idosos. Cabe lembrar, como mostrou a Tabela 22, que as capacidades de lidar com as tarefas do dia-a-dia de forma independente são maiores na amostra deste estudo, o que reforça a segunda hipótese aventada.

Há alguns indicadores construídos especificamente para este estudo, visando identificar o tamanho e a eficácia da rede social, através do agrupamento de vários dados, conforme descrito quando foram apresentados os resultados. Assim, verifica-se que 66,7% dos entrevistados conceitua o tamanho de sua rede social como satisfatório e 52% dos mesmos julga-a muito eficaz, ao passo que 48% caracterizá-la-ia como pouco eficaz. Esses indicadores não expressam respostas diretas o que evita uma série de vieses de interpretação, pois pressupõem que o sujeito teria que ser informado do conceito de rede social para poder avaliá-la quanto à intensidade, tamanho e eficácia. Trata-se de combinação de parâmetros referidos pelo sujeito, e aproximando-se de estimativas de satisfação com a rede social encontradas em outros estudos, como os entrevistados de Bowling & Browne (1991), dos quais 76% referem encontrar suficientemente os filhos, ou as de Harlow et al. (1991), 47% das quais referem sentir-se muito próximas dos filhos.

Verifica-se que há diferenças significativas entre homens e mulheres acerca de quem são seus confidentes. Os homens mencionam as esposas (53%), filhos (36,3%) e irmãos (12,7%), enquanto as mulheres referem os filhos

(42,6%), irmãos (16,5%) e o marido (6%). Palinkas et al. (1990) encontraram algo similar: 71,2% dos homens referiam as mulheres como a “pessoa especial”, enquanto apenas 33,6% das mulheres assim consideravam seus maridos. Tanto neste estudo quanto no de Palinkas et al. (1990), tratam-se de diferenças estatisticamente significativas. Harlow et al. (1991) encontraram alta frequência de maridos como os confidentes das mulheres que estudaram (68,8%). Este achado no presente estudo poderia ser atribuído, inicialmente, à maior presença de viúvas entre as mulheres, e maior faixa etária.

Há outras diferenças entre homens e mulheres que merecem atenção: estas mencionam significativamente a presença de mais confidentes fora da família, reconhecem mais que outras pessoas são importantes além dos confidentes, acham mais fácil encontrar os confidentes e falar com os mesmos, sentem-se mais à vontade para fazê-lo, sentem-se mais compreendidas, consideram tais pessoas mais importantes e sentem-se mais importantes ou muito importantes para elas, do que os homens. Além disto, há diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao tamanho da rede e ao indicador denominado “NET”, verificando-se que as mulheres consideram o tamanho de sua rede mais satisfatório e fazem uso de redes de melhores condições que os homens. Diferenças na rede social relacionadas ao sexo não foram identificadas por Bowling & Browne (1991). Poder-se-ia sugerir que as estruturas sócio-culturais de países desenvolvidos, nos quais a distribuição da população em faixas etárias encontra-se em pirâmides invertidas, provocam o que se observa nestes locais, os indivíduos tendem a casar mais tarde, em geral

após os 30 anos de idade, tendo filhos também mais tardiamente. Isto, em relação às mulheres especialmente, é consequência do investimento em suas carreiras profissionais e da maior valorização e exigência do próprio grupo social, demandando tempo, em geral de uma década, até que possam assumir outras responsabilidades. Este processo, ao mesmo tempo, propicia que mulheres tenham adquirido seus grupos de socialização, totalmente independentes dos maridos, o que posteriormente facilitará seguirem suas vidas também de forma independente, reconstituindo-as em função de suas necessidades pessoais e não dos filhos, netos, etc. Palinkas et al. (1990) constataram que os homens tinham maior número de conexões do que as mulheres. Nesse estudo, os homens estavam mais envolvidos em grupos de trabalho e associações profissionais, ao passo que as mulheres participavam mais de grupos políticos, de serviços comunitários, religiosos e de auto-ajuda (Palinkas et al., 1990). No presente estudo, embora sem significância estatística, verifica-se que as mulheres freqüentam mais os grupos religiosos e os homens os recreativos, mas constitui atividade procurada por um grupo muito pequeno em ambos os sexos.

Em relação a sentirem-se sós, no total da amostra, 68% referiram nunca ou raramente, algumas vezes 22,1%, e apenas 9,6% afirmam sentir-se sós sempre ou freqüentemente. Na população estudada por Bowling & Browne (1991), 77% consideraram que a solidão não era um problema grave, enquanto 23% assim a consideravam. Mais da metade destes entrevistados (52%) nunca ou raramente sentiam-se sós; 25% algumas vezes e 23% com freqüência ou

sempre. Esses dados diferem parcialmente dos encontrados no presente estudo, embora caiba lembrar que os entrevistados ingleses tinham 85 anos ou mais. Novamente quanto a esta questão, há diferenças entre mulheres e homens, já que apenas 8,8% destes referem sentir-se sós algumas vezes e 27,7% daquelas deram a mesma resposta. Tal sentimento nunca ou raramente ocorreu em 78,4% dos homens e 63,2% das mulheres. Um estudo de 605 pessoas de 70 anos, residentes em Jerusalém (Stessman et al., 1996), mostrou que 46,3% das mulheres e 21,3% dos homens referiam sentir-se sós. Os oriundos da Europa e da América do Norte sentiam-se menos sós que os procedentes da Ásia e da África, provavelmente devido às redes de apoio maiores e à percepção de que amigos, vizinhos e familiares eram mais disponíveis aos componentes do primeiro grupo. Os principais fatores associados à solidão foram: estar deprimido, ter um estado de saúde considerado insatisfatório, não ir à sinagoga, ser viúvo e não ter casado novamente. O estudo israelense, com uma população de idade semelhante a este, coincide nas diferenças entre homens e mulheres, mas aponta algumas associações que não foram verificadas nos velhos dos três bairros de Porto Alegre.

Assim, no que diz respeito às características gerais da rede social, ficaram evidenciados dados sobre seu tamanho, eficácia, confidentes e suas peculiaridades, tipo de relacionamento com os mesmos, atividades grupais, frequência de contatos e sentimento de solidão. Os dados sugerem que esta população dispõe de uma rede social satisfatória e utiliza-a para obter suporte social. Mesmo com a dificuldade para comparar diferentes estudos, e a

existência de múltiplas definições conflitantes, o que leva à disparidade de resultados (Stein, 1990), foi possível verificar a presença de algumas semelhanças com outros estudos populacionais. Resta a complexa questão acerca das diferenças verificadas na forma como homens e mulheres descrevem e utilizam suas redes sociais, sugerindo que as mulheres as utilizam mais do que os homens. Razões culturais, sócio-econômicas e emocionais podem ser consideradas como possíveis explicações para essas diferenças.

Como já aventado anteriormente, duas hipóteses principais parecem abrir-se quanto a esta questão: ① os homens são mais capazes de enfrentar as situações da velhice e adaptar-se a elas, procurando manter o mesmo padrão comportamental apesar de adaptado, necessitando menos das redes e do suporte social que elas fornecem do que ocorre com as mulheres; talvez por priorizarem a origem de satisfação e bem-estar na presença de uma companheira e da sua independência, ② as mulheres admitem e reconhecem mais explicitamente suas necessidades de suporte social e procuram desenvolver e manter redes mais funcionantes do que os homens para compensar a incapacidade de reestruturação de vida pela busca de um par e da satisfação e bem-estar individual. Resta saber se os outros dados verificados neste estudo poderão contribuir para levar adiante esta discussão.

5.4. O déficit cognitivo e os sintomas

depressivos

A população estudada apresentou prevalências de 24,7% de déficit cognitivo, 21,5% de sintomas de depressão e 4,7% de Depressão Maior, com diferença significativa neste último diagnóstico entre mulheres (5,8%) e homens (2%). A Tabela 25 sumariza prevalências encontradas em vários estudos de comunidade.

Tabela 25. Prevalência de Déficit Cognitivo na comunidade

Local	n	idade	escala	prevalência (%)
Epid. Catch. Area (Robins et al., 1984)				
New Haven	607	65 ou +	MMSE	5 (grave)
Baltimore	923	65 ou +	MMSE	5,1 (grave)
St. Louis	576	65 ou +	MMSE	4,0 (grave)
EPESE				
(Huntley et al., 1986)				
New Haven	2,811	65 ou +	SPMSQ	5,3
Iowa	3,673	65 ou +	SPMSQ	1,3 (grave)
Boston	3,812	65 ou +	SPMSQ	6,0 (grave)
Porto Alegre				
(Silberman et al., 1995)				
Cruz Alta	269	60 ou +	MMSE	21,9
(Loureiro Chaves, 1996)				
Porto Alegre	344	60 ou +	MMSE	24,9
(Eizirik, 1997)				

Embora existam dados conflitantes, a prevalência de algum déficit cognitivo geralmente obtida em estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa situa-se entre 10 e 15% para pessoas acima dos 65 anos (ADI, 1990; Kirshner, 1986). Os dados do ECA demonstraram que 4,9% das pessoas com 65 anos ou mais tinham déficit cognitivo severo (Henderson, 1995).

Examinando a Tabela 25, fica evidente que as frequências encontradas nos 3 últimos estudos foram altas, superando os índices usualmente verificados. Silberman et al. (1995) consideram que a pequena amostra, o fato de serem pessoas registradas num centro comunitário e a possibilidade de que aqueles que ficam em casa e são mais fáceis de encontrar seriam os mais doentes, poderiam explicar esse dado. Tais aspectos não podem ser invocados para a amostra deste estudo, exceto aquele sobre os mais facilmente encontrados em cas serem mais comprometidos, contudo, o uso de escalas ou questionários para detectar sintomas subjetivos pode produzir uma série de problemas.

Embora o Mini-Mental tenha sido validado para uma amostra brasileira (Chaves & Izquierdo, 1992) e estudado em pelo menos outras duas em nosso meio (Ceitlin, 1995; Loureiro Chaves, 1996), bem como para outras comunidades (Jorm, 1991; Tombaugh & McIntyre, 1992), sua sensibilidade para a identificação de transtornos cognitivos severos foi de 81% e revelou um índice de falsos positivos de 32% (Chaves & Izquierdo, 1992), o que poderia ser responsável por falhas na detecção desses quadros, principalmente pelo

excesso de sujeitos identificados “sem” demência. Assim, identificação precisa necessitaria de uma avaliação mais efetiva, para que se pudesse diferenciar casos de demência de falsos positivos (Silberman et al., 1995).

Da mesma forma que nos estudos anteriores, nesta amostra observou-se que o desempenho no Mini-Mental piora à medida que a idade aumenta. Este achado foi também observado nas amostras de Silberman et al. (1995) e Loureiro Chaves (1996), ratificando o que fôra relatado no trabalho original sobre o Mini-Mental (Folstein et. al., 1975) e posteriormente confirmado (Feher et. al., 1992; Folstein & Rabins, 1979; Tombaugh & McIntyre, 1992).

O desempenho cognitivo declina de maneira não linear, com o envelhecimento, afetando de maneira diferente cada pessoa. Por um lado, sabe-se que exerce um profundo efeito na capacidade de reter por mais tempo informações novas e que existe clara relação entre deterioro na saúde física e declínio no desempenho da memória ao longo do tempo (Siegler & Poon, 1989). A atenção parece ser pouco afetada com o envelhecimento, embora a capacidade de exercer inúmeras tarefas seja mais difícil. O impacto da idade é maior no aprendizado e na memória, menor na linguagem e pode afetar em alguma extensão as capacidades visuais e espaciais (La Rue, 1995). As reduções de performance nos testes cognitivos e de memória dos velhos corresponde às modificações neuroanatômicas e funcionais que ocorrem no cérebro com o envelhecimento (Vogel, 1989). Considerando todos esses fatos, pode-se entender o progressivo declínio no desempenho no Mini-Mental. Uma

outra hipótese para entender este achado é sugerida por Folstein et. al. (1985): a maior probabilidade de pessoas mais velhas apresentarem condições psiquiátricas que contribuem para um escore mais baixo no teste. No presente estudo, como mostra a Tabela 12, a presença de problemas mentais aumentou do primeiro para o terceiro nível de idade, embora de forma estatisticamente não significativa.

Foram ainda observadas associações significativas entre não poder sair de casa e desempenho cognitivo mais pobre e entre maior renda e escolaridade com escores mais elevados no Mini-Mental. Quanto a este segundo achado, controlando idade, escolaridade e renda, não foram verificadas diferenças significativas entre homens e mulheres. Na população estudada por Silberman et. al. (1995) também foi verificada associação entre não poder sair de casa e déficit cognitivo, embora tal associação tenha perdido a significância estatística quando controlada para idade.

A primeira associação novamente coloca em pauta o fato de tratar-se de um estudo transversal, que não indica a presença de uma relação de causa e efeito. É possível, assim, que a presença de déficit cognitivo implique em maior restrições à movimentação e maiores cuidados da família, desta forma levando a que a pessoa que refere não poder sair de casa esteja apenas relatando uma das limitações características dos quadros demenciais. A outra hipótese, a de que uma limitação dos movimentos (por problemas ortopédicos, seqüelas de acidentes vasculares cerebrais, fobias ou outros) pudesse causar um

empobrecimento no desempenho cognitivo, é de mais difícil constatação (exceto na redução de capacidades pós-acidente vascular cerebral).

A associação positiva entre renda, escolaridade e melhor desempenho no Mini-Mental já foi constatada em estudos anteriores (Anthony et. al., 1982; O'Connor et. al., 1989; Brayne & Calloway, 1990). Pode-se entender que pessoas com melhores condições sócio-econômicas e cuidados com sua saúde, bem como com maior exigência de si mesmas para vários desempenhos que estimulem as funções cognitivas estejam em melhores condições de responder às várias questões que compõem o teste.

No que se refere aos sintomas depressivos, vários estudos comunitários apontam prevalência entre 8 e 15% (Blazer & Williams, 1980; Huntley et al., 1986; NIH, 1992; Blazer, 1994; Aguiar & Dunningham, 1993). No estudo de Silberman et al. (1995) foram encontrados 30% de sujeitos que apresentavam sintomas depressivos, mas não há dados sobre Depressão Maior. Já a Depressão Maior é encontrada numa prevalência de 0,8% (Blazer et al., 1987); 0,9% (Blazer et al., 1994) e diferenças entre 0,5% para homens e 1,6% para mulheres (Myers et al., 1984). Segundo dados do ECA, a prevalência em um mês, de Depressão Maior, foi de 6,3% (Judd, 1997).

Em relação à sintomatologia depressiva também encontrou-se, neste estudo, índices mais elevados (21,5%), bem como de Depressão Maior (4,7%). Já foi referido que houve uma associação significativa entre os achados obtidos pela aplicação do Check-list do DSM III-R para Depressão Maior e a Escala de

Sintomas Depressivos de Montgomery-Asberg, ou seja, em todos os casos em que aquele foi positivo, o mesmo ocorreu com esta. Isto, portanto, evidencia que a escala de Montgomery-Asberg tem uma boa capacidade de rastreamento de suspeição de depressão ao nível comunitário. Os dados deste estudo também confirmam a maior prevalência de Depressão Maior em mulheres.

5.5. A rede social e os sintomas depressivos

As hipóteses de associação entre os diversos parâmetros da rede social com sintomas depressivos e com diagnóstico de Depressão Maior foram testadas sobre múltiplas estratégias, não tendo sido identificada qualquer relação entre eles (por exemplo, tamanho e eficácia da rede, número de confidentes, características do relacionamento com o confidente, etc.). Contudo, quando considerada apenas a variável ter ou não companheiro(a), verificou-se diferenças estatisticamente significativas nos escores da Escala de Montgomery-Asberg. As pessoas que não tinham companheiro(a) apresentavam níveis mais elevados de sintomas depressivos, controlando para idade, escolaridade e renda. Tal dado está de acordo com a constatação de que a existência de uma relação íntima e próxima é essencial para que o suporte seja dado e recebido (Greenblatt, Becerra & Serafetidines, 1982). O achado de que, quando o marido não era o confidente, a mulher tinha três vezes mais chances de ter altos níveis de sintomas depressivos (Goldberg et al., 1985), e a constatação de que a depressão era mais freqüente entre as viúvas que tinham

menos suporte social (Clayton et al., 1972) também são consistentes com os resultados aqui descritos.

Por outro lado, Blazer et al. (1989), examinando pacientes com Depressão Maior, constataram a importância preditiva do tamanho da rede e que estar casado associou-se com níveis mais altos de sintomas depressivos no seguimento de forma mais significativa na meia-idade do que na velhice, o que os levou a destacar que a qualidade das relações interpessoais e o apoio subjetivo que elas provêm é o fator mais importante a ser considerado, e não apenas o fato de ter ou não companheiro. Deve-se levar em conta que o estudo de Blazer et. al. (1989) incluiu apenas pacientes hospitalizados numa única instituição, com diagnóstico de Depressão Maior, e o seguimento baseou-se apenas numa entrevista, realizada por telefone. Os próprios autores destacam a limitada possibilidade de generalizar seus achados.

A associação encontrada neste estudo reforça, portanto, a hipótese de que uma relação afetiva próxima e intensa pode proteger do surgimento e desenvolvimento de sintomas depressivos. Por outro lado, por tratar-se de um estudo transversal, não é capaz de identificar a direção do efeito ou a causalidade das associações entre variáveis sociais e sintomas ou doenças mentais. Fica, assim, também aberta a possibilidade inversa, ou seja, a de que as pessoas com sintomas depressivos tenham menor capacidade de manter companheiros, embora as características demográficas desta população falem contra esta possibilidade: alto índice de viuvez entre as mulheres, e de

casamento entre os homens. Portanto, é mais plausível supor que a presença de companheiro(a) é um fator que protege contra os sintomas depressivos. Uma outra forma de suportar esta última hipótese é considerar que viver sem companheiro aumenta a exposição a estressores ambientais, podendo inclusive ser considerado como um destes estressores, cujas interações tornam-se desencadeantes de episódios depressivos, ou sintomatologia, naqueles indivíduos geneticamente expostos a transtornos do humor. Outro aspecto interessante para explicar “viver com companheiro” como fator de proteção seria pelo auxílio que o companheiro próximo possa oferecer ao identificar mudanças de comportamento precocemente, e como consequência influenciar na intervenção e tratamento do transtorno.

A hipótese inicial, de que a rede social se associaria com melhores condições de saúde mental, não foi comprovada neste estudo; o mesmo ocorreu com o de Silberman et al. (1995). Assim, os dados presentes coincidem com os de Harlow et al. (1991), Baker et al. (1996) e Ljungquist & Sundstrom (1996), não confirmando a existência dessa associação, detectada nos estudos de Pfifer & Murrell (1986), Goldberg et al. (1985), Palinkas et al. (1990), Biegel et al. (1991), Lee et al. (1996) e Newson & Schulz (1996). Em vários desses estudos, embora com diferentes populações e metodologias, o que foi destacado como estando associado efetivamente com menor presença de sintomas depressivos consistia na percepção subjetiva das relações de suporte (Newson & Schulz, 1996), no somatório de rede de suporte fraca com má saúde física (Pfifer & Murrell, 1986); na presença de confidentes, no maior nível de intimidade e na

homogeneidade da rede (Goldberg et al., 1985); no índice da rede social e na participação em associações voluntárias e religiosas (Palinkas et al., 1990) e no número de pessoas próximas e nas maior frequência de contatos com as mesmas (Lee et al., 1996).

Outra associação significativa nesta amostra foi entre não conseguir sair de casa e níveis mais altos de sintomas depressivos e a presença do diagnóstico de Depressão Maior.

As pessoas que não podiam sair de casa também evidenciaram associação significativa com rede social classificada como pequena, conforme o indicador "NET". Além disso verificou-se que havia uma associação significativa entre idade e depressão, ou seja, quanto mais velhos os entrevistados, maiores os escores de sintomas depressivos. O que novamente reforça a observação de Folstein (1985) sobre maior probabilidade de pessoas mais velhas apresentarem mais transtornos psiquiátricos.

Estes dados alinham-se com a constatação de Newson & Schulz (1996), de que a diminuição de capacidades físicas se associa a menos contatos com amigos, menor contato com a família e menor percepção de suporte e ajuda tangível. Segundo o estudo de Palinkas et al. (1990), o preditor mais forte para sintomas depressivos é o número de doenças crônicas, seguido da participação em associações, distância das fontes primárias de apoio e outros.

Também Baker et al. (1996) verificaram a associação significativa entre sintomas depressivos e doenças clínicas específicas, rede social, capacidades físicas e local de residência. Destacaram a associação de depressão com maior frequência de hipertensão, arteriosclerose e problemas circulatórios.

Nesta amostra, tais associações não foram encontradas, ao contrário do verificado por Silberman et al. (1995), ou seja, a associação de níveis mais altos de sintomas depressivos com diabete e/ou cardiopatias, que são fatores de risco para doenças cérebro-vasculares (demência multi-infarto, por ex.), que podem causar mais sintomas depressivos do que demências degenerativas primárias (Alzheimer), especialmente em suas fases iniciais (Chaves & Izquierdo, 1992; Murrell, 1983).

Como explicar a inexistência dessas associações neste estudo? Inicialmente, há, ainda, controvérsias acerca da participação relativa desses vários fatores, como os diversos estudos anteriores ilustram de forma eloqüente. Em relação ao estudo de Silberman et. al. (1995), o achado de associação de sintomas depressivos e fatores de risco para doença cérebro-vascular pode ter ocorrido por tratar-se de amostra de nível sócio-econômico mais baixo, serem mais doentes e pertencerem a um grupo que recebe atendimento de um serviço de saúde comunitário, como os próprios autores discutem naquele artigo.

No caso desta amostra, as características sócio-econômicas e conseqüentemente de condições de saúde, higiene, etc., são muito diferentes, o que por si só poderia explicar as diferenças de resultados.

Em segundo lugar, um dado usualmente considerado central para a avaliação das redes sociais, a presença ou não de companheiro, mostrou associação significativa com sintomas depressivos. Além disto, pode-se discutir a acurácia dos indicadores utilizados neste estudo, na medida em que foram construídos índices de avaliação que podem não ter a sensibilidade necessária para identificar as verdadeiras condições de rede social, e conseqüentemente tais associações. Finalmente, é preciso considerar que a teoria das redes sociais e a associação entre doenças crônicas e sintomas depressivos continuam a necessitar maiores esclarecimentos. Uma hipótese a ser levada em conta é a de que pode tratar-se de fatores complementares, com pesos variáveis em cada caso.

5.6. Contratransferência

Os sentimentos de aproximação predominaram nas entrevistas, em relação aos de afastamento ou indiferença, em relação à população estudada, considerada em seu conjunto. Chama a atenção que os sentimentos de aproximação aumentam progressivamente, ao longo das entrevistas, enquanto os demais diminuem levemente. Isto pode ser explicado pela possível redução da ansiedade inicial dos entrevistadores, e sua maior capacidade de estabelecer um contato emocional e se identificar empaticamente com os velhos entrevistados.

Os sentimentos de proximidade eram significativamente maiores, embora sem significância estatística, no início das entrevistas com as pessoas

mais velhas e com aquelas que apresentavam escores leves de depressão. Isto pode sugerir que ambos os grupos, pela sua maior fragilidade, despertariam mais desejos de ajudar, compreender e sentir solidariedade.

Algumas diferenças significativas quanto ao gênero dos entrevistados foram observadas. Assim, todos os entrevistadores sentiam mais aproximação com as mulheres do que com os homens, tanto no início quanto no meio e final das entrevistas. Como estes escores mantêm-se altos e não são influenciados pelo transcorrer das entrevistas, expressam uma resposta emocional definida pelo menos para este grupo de entrevistadores, o que é confirmado pela presença de mais indiferença em relação aos homens ao longo das entrevistas.

No que diz respeito ao gênero dos entrevistadores, verificou-se que, quando entrevistado e entrevistador são do sexo feminino, estas últimas sentem mais proximidade em relação àquelas ao longo das entrevistas, do que os entrevistadores homens. Estes, por sua vez, apresentam mais indiferença pelas mulheres entrevistadas do que suas colegas.

Já, quando os entrevistados são do sexo masculino, não há qualquer diferença entre entrevistadores homens e mulheres no que se refere à proximidade ou afastamento. Contudo, novamente aqui os entrevistadores homens referem mais indiferença no início e durante as entrevistas.

Considerando o conjunto de entrevistados, as entrevistadoras expressam mais sentimentos de aproximação no início, durante e final das entrevistas. Os

entrevistadores referem mais sentimentos de indiferença ao longo das entrevistas.

Com o progressivo conhecimento e estudo do conceito de contratransferência, seus vários aspectos têm sido objeto de investigação clínica e empírica. Lester (1985, 1991) tem chamado a atenção para as repercussões transferenciais e contratransferenciais que resultam do gênero de analista e paciente, destacando, a partir de estudos de casos, que na díade analista/paciente do sexo feminino predominam questões relativas à proximidade e distância do objeto materno e à erotização da transferência. A presença de maior proximidade e de uma tendência à erotização da relação poderiam contribuir para se tentar entender as razões dos achados deste estudo, na medida em que as entrevistadoras mostravam mais sentimentos de aproximação com as mulheres entrevistadas. Um minucioso estudo das várias formas de transferências eróticas e suas repercussões contratransferenciais, entre paciente mulher e analista homem foi realizado por Bolognini (1994). Face à intensidade das transferências eróticas e o receio do que provocam no inconsciente dos analistas homens, de respostas potencialmente de mesma intensidade, Bolognini destacou ser freqüente o recurso de “rigidificação” defensiva com atitudes aparentemente “técnicas” mas de fato de rechaço e afastamento.

Este temor a entrar em contato com a própria resposta emocional aos pacientes velhos pode explicar a presença de indiferença nos entrevistadores

homens. Com isto, poderiam estar expressando um temor das suas emoções face à realidade da velhice, à proximidade real ou imaginada da morte e/ou ao risco de sentirem alguma atração pelos entrevistados ou entrevistadas.

Há, portanto, uma crescente consciência acerca da relevância de se considerar dois aspectos que qualificam e diferenciam as diferentes díades que podem se formar nas relações terapêuticas: o gênero dos participantes e o momento em que se encontram em seu ciclo vital (Eizirik, 1995), isto é, terapeuta e paciente homem/mulher, velho/jovem, em todas as suas combinações possíveis e suas influências recíprocas sobre o processo terapêutico. Através de questionários preenchidos por duas amostras diferentes de terapeutas, uma referindo-se a um caso clínico de uma paciente mulher e outra de um paciente homem, foi possível evidenciar diferenças estatisticamente significativas nos sentimentos referidos por terapeutas homens e mulheres face aos dois casos (Eizirik et al., 1996). Os primeiros referiam sentir mais atração sexual pela paciente mulher, chegando a imaginar relações sexuais com ela, e admitiram mais vontade de agredir fisicamente a ou o paciente. As terapeutas mulheres identificaram maior disposição a fazer concessões quanto ao pagamento, e maior desejo de que a paciente mulher não viesse à sessão. É necessário salientar que ler um caso pode não gerar as mesmas respostas comportamentais que ver um caso. O número de informações não replicáveis é muito grande quando se transcreve uma situação em relação ao experimentá-la, já que existem estímulos que produzem respostas comportamentais entre indivíduos que não são ainda conhecidos e, portanto,

não podem ser relatados, como por exemplo o de atração sexual (Greenspan, Kandel, Yessell, 1995). Um estudo retrospectivo de psicoterapias breves realizadas num ambulatório comunitário (Cordioli, 1984) revelou que os melhores resultados terapêuticos foram obtidos nos casos em que pacientes e terapeutas não eram do mesmo sexo, e em que havia, por parte de ambos, a percepção de algum tipo de atração pelo outro componente da dupla.

Todos esses elementos contribuem para dissipar a pouca relevância que esta questão vinha recebendo na literatura até recentemente, o que levou Kernberg (1995) a comentar que uma certa atitude fóbica relacionada à contratransferência, em especial a erótica, ainda perdura dificultando o reconhecimento, a compreensão e o adequado manejo das manifestações de atração sexual dos pacientes pelos terapeutas, e as respostas emocionais destes.

O que podem significar, portanto, as diferenças observadas neste estudo? A maior proximidade sentida por todos os entrevistadores em relação às mulheres pode ser associada aos achados acerca da rede social, nos quais se verificou que, entre estas, há elevada frequência de viúvas, maior número de confidentes e maior utilização dos recursos da rede social. Isto nos permitiria supor que estas mulheres possam ter sido mais receptivas, ou disponíveis ou necessitadas de um contato emocional, desta forma acionando respostas contratransferenciais de maior aproximação, eventualmente criando, na mente dos entrevistadores, a fantasia inconsciente de estarem face a uma avó, ou mãe. As diferenças generacionais contribuem evidentemente para estimular tais

fantasias. Isto pode caracterizar a situação de uma transferência reversa, descrita por Lewis & Johansen (1982). Já os homens, cujas características sugerem menos necessidade, ou mais defesas para aceitar e demonstrar essas necessidades e a inevitável dependência trazida com a idade, poderiam ter mantido mais distância, e provocado respostas emocionais mais indiferentes nos entrevistadores.

Os entrevistadores homens e mulheres mostram marcadas diferenças entre si. As entrevistadoras sentem mais proximidade com as mulheres entrevistadas. É possível que a identificação com as mesmas seja maior; mesmo tratando-se de jovens de outra geração, as histórias de vida de avós e mães ainda estão muito presentes, e os papéis familiares e sociais destas mulheres velhas perduram em várias sub-culturas. Assim, talvez as entrevistadoras tenham revivido, nesse breve contato, as trajetórias de suas avós ou mães, ou um certo conceito cultural de mulher, e tenham se solidarizado com o mesmo e com suas peculiaridades e dificuldades.

Quanto aos entrevistadores homens, que parecem manter mais distância, pois referem maior indiferença aos entrevistados de ambos os sexos, pode-se supor que, mesmo duas gerações depois, guardem algumas semelhanças com as características masculinas que predominaram na amostra estudada: maior autonomia referida, menos necessidade de confidentes, maior economia de sentimentos e manifestações afetivas. Sentir ou expressar sentimentos parece

ser ainda, ao menos neste grupo de entrevistados e entrevistadores, algo que as mulheres exercitam com mais facilidade.

A consequência destes achados tem relação com os trabalhos de Gallo (1990), Collins et al. (1996) e Banazak (1996), acerca das dificuldades encontradas em médicos e cuidadores em sua ligação com os velhos. Um reconhecimento adequado, por treinamento correto, cujos resultados são comparáveis dos diferentes sentimentos despertados, e de seus significados inconscientes, pode contribuir para um contato emocional mais efetivo, que leve em conta as aproximações, afastamentos e indiferenças que inevitavelmente os pacientes velhos costumam provocar nos médicos e nas equipes de saúde.

5.7. Considerações finais

O presente estudo insere-se num conjunto de pesquisas que procura contribuir para uma melhor compreensão do comportamento, das reações emocionais e das manifestações clínicas, psiquiátricas e neurológicas que caracterizam a velhice como etapa específica do ciclo vital. A partir de seus objetivos gerais e específicos, pretende ter aportado dados que revelam algumas das características que distinguem a amostra estudada. A utilização desses conhecimentos pode ser útil aos médicos e equipes de saúde que trabalham com velhos, em vários níveis: na atenção à detecção precoce de manifestações

depressivas e de déficit cognitivo e seu conseqüente tratamento, numa observação mais detida da rede social em que os velhos estão incluídos e na possível relevância desta para o seu bem-estar físico e emocional e nas reações emocionais, ora ostensivas, ora sutis, que o contato terapêutico com os velhos costuma provocar. O retorno destes dados à comunidade pode ocorrer, assim, de duas formas. Indiretamente, por um lado, através da melhor capacitação dos profissionais de saúde que a atende. Diretamente, por outro, através da divulgação das informações aqui obtidas, como noções de saúde e de comportamento que podem, eventualmente, ter repercussões preventivas na meia-idade e na velhice, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Por tratar-se de um estudo transversal, os dados aqui colhidos de forma fragmentária refletem um momento particular das 344 vidas observadas. Embora algumas hipóteses tenham sido aventadas, não se pode afirmar categoricamente a direção das associações de causalidade entre as variáveis examinadas. Além disto, alguns elementos não pesquisados poderiam trazer um quadro mais completo desta amostra: cor, religião, sexualidade, perdas, experiências emocionais significativas passadas e presentes, entre outros.

Não há uma correspondência linear entre as características demográficas da amostra e a população de Porto Alegre. Os dados sócio-econômicos revelam índices superiores aos da população geral da cidade e do Estado, o que não permite generalizar os resultados obtidos. Por outro lado, considerando que dizem respeito a um setor delimitado da região metropolitana, é possível que

áreas com mesmo perfil, tanto nesta como em outras cidades, apresentem características semelhantes quanto aos vários aspectos investigados.

À medida que os resultados iam sendo analisados, foram evidenciando-se diferenças significativas entre homens e mulheres, algumas confirmando dados já conhecidos, outras sugerindo que os mundos em que vivem os velhos e as velhas são bem mais distantes entre si do que usualmente se supõe ou percebe. Uma nova área de pesquisa pode decorrer desta constatação, através de estudos longitudinais que permitam acompanhar e documentar essas diferentes trajetórias, ou seja, estudar o envelhecimento e suas manifestações, em homens e mulheres, no contexto de uma sociedade em processo de mudança. Os papéis sociais, a função da rede social, a prevalência de depressão, déficit cognitivo e condições clínicas gerais, o relacionamento com os filhos e consigo próprio são alguns aspectos que poderiam ser aprofundados, acompanhando uma coorte de pessoas de meia-idade que ingressará na velhice no próximo século. Três áreas também poderiam ser aprofundadas, entre outras: estudos comparativos sobre o papel e o impacto da rede social em amostras populacionais de diferentes níveis sócio-econômicos e em regiões diferentes do Estado, do país ou do Cone Sul; estudos comparativos, das variáveis aqui estudadas, nas três etapas da velhice, descritas conforme a idade (velhos-jovens; velhos-velhos e velhos mais velhos) e estudo das manifestações contratransferenciais despertadas pelos velhos em diferentes contextos de intervenção médica ou psicoterápica.

Estas são algumas das possíveis formas de acompanhar o desenvolvimento dos recursos e habilidades das sociedades humanas, que levam ao surgimento de uma nova camada da população, com necessidades próprias e características específicas.

6. Conclusões

6.1. A rede social da população estudada tem um tamanho satisfatório e é considerada eficaz; 78,2% dos entrevistados referem a existência de pelo menos um confidente com quem pode encontrar-se, numa frequência de uma ou mais vezes por semana, sentem-se à vontade para falar de seus problemas, sentem-se compreendidos; consideram tal pessoa importante e sentem-se importantes para a mesma, a maior parte do tempo.

6.2. Os homens têm maior escolaridade e renda, são predominantemente casados. e indicam as esposas com as principais confidentes. Entre as mulheres, predominam as que vivem sós, têm maior número de confidentes, têm redes de tamanho mais satisfatório, fazem mais uso das redes sociais, têm nos filhos seus mais frequentes confidentes, reconhecem mais a existência de outras pessoas importantes e sentem-se mais sós do que os homens.

6.3. As capacidades para as tarefas do dia-a-dia são elevadas em toda a população; 75% dos entrevistados utilizam alguma medicação

diariamente; há uma prevalência referida de 31,4% de cardiopatias; 11,9% de diabetes; 6,7% de pneumopatias 4,9% de algum tipo de câncer. Dentre os vários quadros clínicos, a hipertensão arterial foi mencionada por 23% dos entrevistados.

6.4. A frequência de déficit cognitivo foi de 24,7%, de sintomas depressivos 21,5%, e de Depressão Maior 4,7%. Não foram observadas diferenças entre homens e mulheres.

6.5 Não foram observadas associações significativas entre vários componentes da rede social e os aspectos de saúde física, sintomas depressivos e déficit cognitivo. Contudo, foi verificada associação entre não ter companheiro(a) e níveis mais elevados de sintomas depressivos.

6.6. As pessoas que não podiam sair de casa apresentavam mais sintomas depressivos, Depressão Maior e déficit cognitivo.

6.7. O déficit cognitivo e os sintomas depressivos aumentavam com a idade dos entrevistados. Quanto maior a renda e a escolaridade, menor o déficit cognitivo.

6.8. Os sentimentos de aproximação predominaram sobre os de afastamento ou indiferença, e foram crescendo do início para o final das entrevistas. As mulheres despertavam maior proximidade nos entrevistadores. As entrevistadoras sentiam-se mais próximas das entrevistadas mulheres. Os

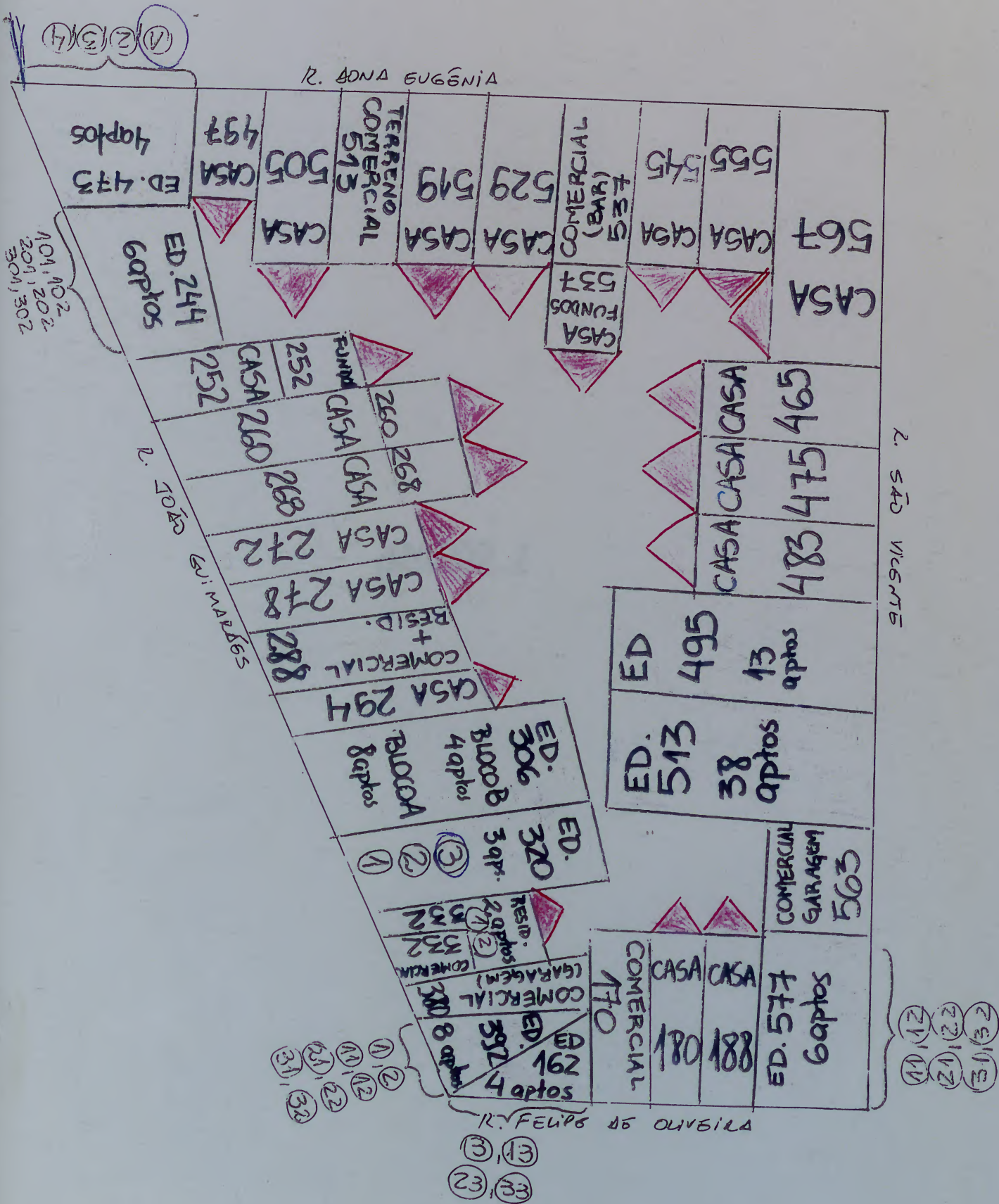
entrevistadores referiram mais indiferença, tanto em relação às entrevistadas como aos entrevistados. Em relação a toda a amostra, as entrevistadoras expressavam mais aproximação, e os homens mais indiferença.

6.9. Foram constatadas várias diferenças relacionadas com o gênero - nos dados demográficos, na saúde física, na depressão, na rede social e na contratransferência - que podem ser relacionadas com fatores culturais, econômicos, sociais e emocionais que caracterizam a geração a que pertencem os velhos da população estudada.

ANEXO 1

ANEXO 2

STA CECÍLIA
QUADRA 8



ANEXO 3

8. Tomou algum remédio todos os dias (ou mais que três dias por semana) no último mês?

1 sim

2 não

9. Fez alguma consulta com médico no último mês?

1 sim

2 não

10. Se consultou onde foi?

1 HCPA

2 particular

3 outro hospital da rede pública

4 não consultou

9 NS/NQR

11. Número de consultas:

--	--

12. Algum médico já disse que o Sr.(a) tem:

a) Açúcar no sangue ou urina?

1 sim

2 não

b) Algum tipo de doença no pulmão?

1 sim

2 não

c) Doença de coração?

1 sim

2 não

d) Algum tipo de câncer?

1 sim

2 não

e) Algum outro problema importante de saúde?

1 sim

2 não

Especifique se a resposta for "sim":

13. O(a) Sr.(a) tem capacidade de:

a) Locomover-se sozinho:

1 sim

2 não

b) Cozinhar e lavar louça:

1 sim

2 não

c) Realizar higiene pessoal:

1 sim

2 não

d) Sair de casa sozinho:

1 sim

2 não

14. O(a) Sr.(a) tem aposentadoria?

1 sim

2 não

15. Se trabalha, qual o tipo de trabalho? (VER TABELA)

1	proprietário
2	administração
3	nível superior
4	escritório

5	técnicos
6	semi-especializados
7	não qualificados
8	fora da PEA

16. Das pessoas com 15 anos ou mais, quantas estão trabalhando ou aposentadas (com remuneração?)

--	--

17. Qual a renda mensal destas pessoas? (em ordem DECRESCENTE)

- Anote o número de salários-mínimos para todos os que trabalham:

- SM vigente: Cr\$ _____

1ª pessoa:

6ª pessoa:

2ª pessoa:

7ª pessoa:

3ª pessoa:

8ª pessoa:

4ª pessoa:

9ª pessoa:

5ª pessoa:

10ª pessoa:

AS PRÓXIMAS TRÊS QUESTÕES (Nº 18 A Nº 20) REFEREM-SE A PESSOA DE MAIOR RENDA. CONFORME A QUESTÃO Nº 17.

18. Qual o tipo de firma onde trabalha?

19. Que tipo de trabalho faz? - USE O CÓDIGO DA QUESTÃO 15 -

20. Qual a sua posição no serviço?

Empregado

Empregador

Conta própria, estabelecimento próprio

Conta própria, sem estabelecimento

Biscateiro

Parceiro ou meeiro

não trabalha

21. O(a) Sr.(a) é: (LER TODAS AS OPÇÕES)

Casado(a), amigado(a)

Viúvo(a)

Separado(a)

Divorciado(a)

Solteiro(a)

NS/NQR

22. Quantos filhos vivos o(a) Sr.(a) tem:

23. Quantos irmãos vivos o(a) Sr.(a) tem:

24. Seus pais estão vivos?

Só o pai

Só a mãe

Ambos

Nenhum

NS/NRQ

25. Com quantas pessoas o(a) Sr.(a) tem confiança de falar sobre si mesmo ou desabafar seus problemas?

(se a resposta foi '0' passe para a questão 39)

--	--

SE QUEM RESPONDE MENCIONA UMA PESSOA EM QUEM CONFIA, AS QUESTÕES SEGUINTE DEVE SER FEITAS EM RELAÇÃO A ESSA PESSOA, SE QUEM RESPONDE TEM MAIS DE UMA PESSOA CONFIDENTE AS QUESTÕES DEVE SER FEITAS SOBRE OS CONFIDENTES COMO GRUPO.

26.O(a) Sr.(a) pode encontrar esta(s) pessoa(s) para discutir seus problemas ou tristezas? (LER TODAS AS OPÇÕES)

1	Muito fácil
2	Fácil

3	Mais ou menos fácil
4	Não muito fácil

5	Difícil
9	NS/NRQ

27. Quando tem algum problema o(a) Sr.(a) fala com esta(s) pessoa(s): (LER TODAS AS OPÇÕES)

1	Quase sempre
2	Muitas vezes

3	Às vezes
4	Raramente

5	Nunca
9	NS/NRQ

28.O(a) Sr.(a) se sente a vontade para falar de qualquer coisa que desejar com essa(s) pessoa(s)? (LER TODAS AS OPÇÕES)

1	Muito a vontade
2	A vontade

3	Mais ou menos a vontade
4	Pouco a vontade

9	NS/NRQ
---	--------

29. Esta(s) pessoa(s) pode(m) compreender seus sentimentos ou problemas: (LER TODAS AS OPÇÕES)

1	Quase sempre
2	Muitas vezes

3	Às vezes
4	Raramente

5	Nunca
9	NS/NRQ

30. E esta(s) pessoa(s) fala(m) com o(a) Sr.(a) sobre seus problemas? (LER TODAS AS OPÇÕES)

1	Quase sempre
2	Muitas vezes

3	Às vezes
4	Raramente

5	Nunca
9	NS/NRQ

31. O(a) Sr.(a) se encontra com a(s) pessoa(s) com quem fala de seus problemas ou tristezas? (LER TODAS AS OPÇÕES)

1	Uma vez por semana ou mais	5	Menos de cinco vezes por ano
2	Duas ou três vezes por mês	6	Quase nunca
3	Uma vez por mês	9	NS/NRQ
4	Cinco ou seis vezes por ano		

32. Também usa o telefone para entrar em contato com seu confidente?

1	diariamente	5	outra frequência
2	semanalmente	6	não
3	quinzenalmente	9	NS/NRQ
4	mensalmente		

33. Essa(s) pessoa(s) é (são) para o(a) Sr.(a): (LER TODAS AS OPÇÕES)

1	Muito importante	4	Não muito importante
2	Importante	5	Nada importante
3	Mais ou menos importante	9	NS/NRQ

34. Como o(a) Sr.(a) se sente com essa(s) pessoa(s) a maior parte do tempo? (LER TODAS AS OPÇÕES)

1	Muito importante	4	Não muito importante
2	Importante	5	Nada importante
3	Mais ou menos importante	9	NS/NRQ

35. Alguém o(a) ajuda quando o(a) Sr.(a) está doente? (LER TODAS AS OPÇÕES)

1	Sempre
2	Às vezes
3	Nunca
9	NS/NRQ

36. Comparando com o número de pessoas em quem confia atualmente, acha que tinha aos:

- a) 20 anos
- | | |
|---|--------------|
| 1 | mais |
| 2 | mesmo número |
| 3 | menos |
| 9 | NS/NRQ |

- b) 40 anos
- | | |
|---|--------------|
| 1 | mais |
| 2 | mesmo número |
| 3 | menos |
| 9 | NS/NRQ |

37. Esta(s) pessoa(s) que considera confidente(s) é(são):

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 | cônjuge ou companheiro(a) |
| 2 | irmão(ã) |
| 3 | filho(a) |
| 4 | sobrinho(a) |

- | | |
|---|--------------|
| 5 | outro(a) |
| 6 | não familiar |
| 9 | NS/NRQ |

38. Além do confidente tem outras pessoas que julga importantes?

- | | |
|---|---------|
| 1 | amigo |
| 2 | parente |
| 3 | não tem |

- | | |
|---|--------------|
| 4 | outros _____ |
| 9 | NS/NRQ |

39. Que tipo de grupo de pessoas idosas costuma freqüentar?

- | | |
|---|-------------|
| 1 | comunitário |
| 2 | político |
| 3 | hospitalar |
| 4 | cultural |
| 5 | religioso |

- | | |
|---|---------------|
| 6 | recreativo |
| 7 | outros |
| 8 | não freqüenta |
| 9 | NS/NRQ |

40. A freqüência a essas reuniões costuma ser:

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | 2 a 5 x por semana |
| 2 | uma vez por semana |
| 3 | quinzenal |
| 4 | semanal |

- | | |
|---|---------------|
| 5 | outra |
| 6 | não freqüenta |
| 9 | NS/NRQ |

AVALIAÇÃO DE NÍVEL DE DEPRESSÃO (ESCALA MONTGOMERY ASBERG)

1	Tristeza aparente
2	Tristeza relatada
3	Tensão interior
4	Alteração de sono
5	Diminuição do apetite
6	Dificuldade de concentração
7	Inibição motora
8	Incapacidade de sentir
9	Pensamentos pessimistas
10	Pensamentos suicidas

TOTAL:

--	--

MINI-MENTAL STATE

ORIENTAÇÃO

* Qual é o (ano) (estação) (dia semana) (dia mês) e (mês).

5
5

* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua) (nº).

REGISTRO

* Nomear três 'coisas'. Eu ajudo a dizer cada um.

--

3

Pergunte todos os três após tê-los nomeado. Um ponto para cada correto. Repita até que aprenda os três

ATENÇÃO E CÁLCULO

* (Subtrair: 100-7) (5 tentativas)

--

5

Série de 7 dígitos (5 2 9 4 3 1 7).

Um ponto para cada correto.

EVOCAÇÃO

* Perguntar pelas três 'coisas'.

--

3

LINGUAGEM

* Identificar um lápis e um relógio

* Repetir: 'Nem aqui, nem ali, nem lá'.

* Seguir um comando de três estágios: 'Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão'.

* Ler e executar:

'Feche os olhos'

'Escreva uma frase'

'Copie o desenho'

2
1
3
1
1
1

TOTAL:

--	--

--	--	--

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA CONTRATRANSFERÊNCIA

Instruções: Avalie se, durante a realização da entrevista, percebeu em si algum(ns) dos sentimentos abaixo descritos em relação ao(a) entrevistado(a). Faça um círculo ao redor do número que melhor expressa o que sentiu.

NADA	0
POUCO	1
MODERADAMENTE	2
MUITO	3

** ASSINALE OS SUBTOTAIS **

	no início	durante	no final
Curiosidade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Interesse	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Simpatia	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Solidariedade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Afeição	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Desejo de ajudar	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Alegria	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Tristeza	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Pena	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Atração	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
SUBTOTAIS -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Desconforto	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Desconfiança	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Tédio	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Rejeição	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Desesperança	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Reprovação	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Acusação	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Irritação	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Medo	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Hostilidade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
SUBTOTAIS -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Desinteresse	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Distância	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Imobilidade	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
SUBTOTAIS -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

S R Q

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Você tem dores de cabeça com frequência? | SIM | NÃO |
| 2. Tem falta de apetite? | SIM | NÃO |
| 3. Dorme mal? | SIM | NÃO |
| 4. Fica com medo com facilidade? | SIM | NÃO |
| 5. Suas mãos tremem? | SIM | NÃO |
| 6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? | SIM | NÃO |
| 7. Tem problemas digestivos? | SIM | NÃO |
| 8. NÃO consegue pensar com clareza? | SIM | NÃO |
| 9. Sente-se infeliz? | SIM | NÃO |
| 10. Chora mais que o comum? | SIM | NÃO |
| 11. Acha difícil gostar de suas atividades diárias? | SIM | NÃO |
| 12. Acha difícil tomar decisões? | SIM | NÃO |
| 13. Seu trabalho diário é um sofrimento (tormento)? | SIM | NÃO |
| 14. NÃO é capaz de ter um papel útil na vida? | SIM | NÃO |
| 15. Perdeu interesse pelas coisas? | SIM | NÃO |
| 16. Acha que é uma pessoa que não vale nada? | SIM | NÃO |
| 17. O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça? | SIM | NÃO |
| 18. Sente-se cansado o tempo todo? | SIM | NÃO |
| 19. Tem sensações desagradáveis no estômago? | SIM | NÃO |
| 20. Fica cansado com facilidade? | SIM | NÃO |

ESCORE

CHECK-LIST DSM III-R - EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO PARA ESCALA DE MONTGOMERY-ASBERG

1. TRISTEZA APARENTE

- 0 - Ele não aparenta tristeza.
- 2 - Parece abatido, mas se anima.
- 4 - Parece triste e infeliz o tempo todo.
- 6 - Parece triste e desanimado de forma persistente e extrema.

2. TRISTEZA RELATIVA

- 0 - É ocasional?
- 2 - É predominante? Em alguma ocasião se anima?
- 4 - É persistente? Algo de fora interfere com sua tristeza?
- 6 - É persistente? É um desânimo extremo?

3. TENSÃO INTERIOR (distinguir da tristeza, preocupação e tensão muscular)

- 0 - O(a) Sr.(a) se sente tranqüilo?
- 2 - É uma irritação, um desconforto?
- 4 - É uma tensão por dentro ou chega a ser uma sensação de pânico?
- 6 - É uma angústia insuperável ou um pânico incontrollável?

4. ALTERAÇÃO DE SONO

- 0 - O(a) Sr.(a) dorme como sempre fez?
- 2 - O(a) Sr.(a) concilia com dificuldade leve ou seu sono está um pouco reduzido ou interrompido?
- 4 - O(a) Sr.(a) está com seu sono reduzido ou interrompido por pelo menos duas horas?
- 6 - O(a) Sr.(a) tem tido menos de 2 ou 3 horas de sono?

5. DIMINUIÇÃO DO APETITE

- 0 - O seu apetite está normal ou aumentado?
- 2 - O seu apetite está um pouco reduzido?
- 4 - O(a) Sr.(a) está sem apetite? A comida tem sabor? Precisa esforçar-se para comer?
- 6 - O(a) Sr.(a) precisa ser forçado a comer? Recusa comer?

6. DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO (distinguir de falhas de memória e dist. formais de pensam.)

- 0 - Não
- 2 - As suas dificuldades de organizar o próprio pensamento são eventuais?
- 4 - As suas dificuldades de concentração e articulação do pensamento interfere com a leitura ou conversação?
- 6 - O(a) Sr.(a) considera sua falta de concentração incapacitante.

7. INIBIÇÃO MOTORA (distinguir de indecisão e fatigabilidade)

- 0 - Daria para dizer que raramente tem dificuldade para iniciar e não tem lentificação?
- 2 - Há dificuldade para iniciar as atividades?
- 4 - Há dificuldade para iniciar as atividades e tarefas rotineiras exigem muito esforço?
- 6 - Sente uma inércia completa? É incapaz de iniciar qualquer atividade sem auxílio?

8. INCAPACIDADE DE SENTIR (distinguir de inibição motora)

0 - O seu interesse é normal pelo ambiente e pelas pessoas?

2 - O(a) Sr.(a) tem apreciado menos seus interesses habituais? A sua capacidade de sentir raiva diminuiu?

4 - O seu interesse pelo ambiente diminuiu? Houve perda dos seus sentimentos pelos amigos ou conhecidos?

6 - Sente-se emocionalmente paralisado? Sente incapacidade de sentir raiva ou pesar e uma falta de sentimentos por parentes próximos e amigos?

9. PENSAMENTOS PESSIMISTAS (Ler para o paciente todos os itens culpa, inferioridade, pecado, auto-reprovação, remorso, ruína)

0 - Não

2 - O(a) Sr.(a) tem tido idéias de que falhou? Tem se auto-reprovado ou auto-depreciado?

4 - O(a) Sr.(a) tem se auto-acusado de forma persistente? Tem idéias de culpa ou pecado ainda racionais (para o entrevistador)?

6 - O(a) Sr.(a) tem idéias que tudo está acabado, que está falido (delírio de ruína)? Sente remorso e pecado irredimível? Fica se auto-acusando de forma absurda (para o entrevistador)?

10. PENSAMENTOS SUICIDAS

0 - O(a) Sr.(a) tem apreciado a vida como ela é e aceitado ela?

2 - O(a) Sr.(a) se sente cansado da vida? Lhe ocorre eventualmente a idéia de se matar?

4 - O(a) Sr.(a) acha que seria melhor que o Sr. morresse? O Sr. Tem freqüentemente pensado em se matar? O Sr. Acha que o suicídio seria uma solução? (sem planos específicos)?

6 - O(a) Sr.(a) fez um plano para se matar para quando houver oportunidade? O(a) Sr.(a) prepara ativamente seu suicídio?

AVALIAÇÃO

1. TRISTEZA APARENTE

Representa desânimo, tristeza e desespero, (mais que um simples abatimento transitório) refletidos na fala, expressão facial e postura. Avaliar pela profundidade e incapacidade de se animar.

- 0 - nenhuma tristeza
- 2 - aparentemente abatido mas anima-se ocasionalmente
- 4 - parece triste e infeliz o tempo todo
- 6 - tristeza e desânimo extremos e persistentes

2. TRISTEZA RELATADA

Representa o humor vivenciado, subjetivamente, sem considerar que o mesmo se reflete na aparência ou não. Inclui humor deprimido, desânimo, tristeza e o sentimento de desamparo e desesperança.

- 0 - tristeza ocasional pode ocorrer em determinadas circunstâncias
- 2 - sentimento predominante de tristeza, mas anima-se em certas ocasiões
- 4 - sentimentos persistentes de tristeza e desesperança. O humor é ainda influenciado por circunstâncias externas.
- 6 - experiência persistente de miséria e desânimo extremo

3. TENSÃO INTERIOR

Representa sentimentos de desconforto indefinido, irritabilidade, confusão interna, tensão mental próxima ao pânico, apreensão e angústia. Avaliar de acordo com a intensidade, frequência, duração e com a extensão da necessidade de apoio pelo entrevistador.

Distinguir da tristeza (1, 2), preocupação (a) e tensão muscular (b).

- 0 - tranqüilo; tensão interior somente fugaz
- 2 - sentimentos ocasionais de irritação e desconforto indefinidos
- 4 - sentimentos persistentes de tensão interior, ou pânico intermitente, o qual o paciente somente consegue controlar com alguma dificuldade
- 6 - apreensão ou angústia insuperáveis; pânico incontrolável

4. ALTERAÇÃO DE SONO

Representa a experiência subjetiva de redução da duração ou profundidade do sono em comparação com o padrão pessoal do próprio paciente em condições sadias.

- 0 - dorme como sempre o fez
- 2 - dificuldade leve em conciliar seu sono ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido
- 4 - sono reduzido ou interrompido, pelo menos, por duas horas
- 6 - menos que duas ou três horas de sono

5. DIMINUIÇÃO DO APETITE

Representa o sentimento de perda do apetite em comparação com o período em que estava bem.

- 0 - apetite normal ou aumentado
- 2 - apetite discretamente reduzido
- 4 - nenhum apetite; a comida não tem sabor; precisa esforçar-se para comer
- 6 - precisa ser forçado a comer; Recusa alimentação

6. DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO

Representa dificuldade em organizar o próprio pensamento, chegando a uma falta de concentração incapacitante.

- 0 - Nenhuma dificuldade para se concentrar
- 2 - dificuldades eventuais para organizar o próprio pensamento
- 4 - dificuldades de concentração e articulação dos pensamentos que interferem com leitura ou conversação
- 6 - falta de concentração incapacitante

7. INIBIÇÃO MOTORA

Representa dificuldade para iniciar, ou lentidão para iniciar ou desempenhar atividades cotidianas.

Distinguir de indecisão (e) e fadigabilidade (f).

- 0 - raramente alguma dificuldade para iniciar atividades; nenhuma lentificação
- 2 - dificuldade para iniciar as atividades
- 4 - dificuldade para iniciar as atividades rotineiras simples que são somente desempenhadas com muito esforço
- 6 - inércia completa; incapaz de iniciar qualquer atividade sem auxílio

8. INCAPACIDADE DE SENTIR

Representa a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente, ou pelas atividades que normalmente dão prazer. A capacidade de reagir com emoção adequada às circunstâncias ou pessoas está reduzida.

Distinguir de inibição motora (7)

- 0 - interesse normal pelo ambiente ou pelas pessoas
- 2 - capacidade reduzida em apreciar seus interesses habituais; capacidade reduzida para sentir raiva
- 4 - perda do interesse pelo ambiente; perda dos sentimentos pelos amigos ou conhecidos
- 6 - a experiência de estar emocionalmente paralisado, incapacidade de sentir raiva ou pesar e uma completa ou dolorosa falta de sentimentos por parentes próximos e amigos

9. PENSAMENTOS PESSIMISTAS

Representa pensamentos de culpa, inferioridade, pecado, auto-reprovação, remorso e ruína.

0 - Nenhum pensamento pessimista

2 - idéias flutuantes de falha, auto-reprovação ou auto-depreciação

4 - auto-acusações persistentes, ou idéias definidas, porém ainda racionais, de culpa ou pecado

6 - delírio de ruína, remorso e pecado irredimível; auto-acusações absurdas

10. PENSAMENTOS SUICIDAS

Representa o sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida, que uma morte natural seria bem vinda, pensamentos suicidas e preparativos para o suicídio.

Tentativas de suicídio não deverão por si mesmas influenciar a avaliação.

0 - aprecia a vida ou a aceita como ela é

2 - cansado da vida; pensamentos suicidas transitórios

4 - muito melhor seria se morresse; pensamentos suicidas são freqüentes e o suicídio é considerado uma possível solução, mas sem planos específicos ou intenções

6 - planos explícitos de suicídio quando houver uma oportunidade; prepara-se ativamente para o suicídio

ANEXO 5

CHECK-LIST DSM III-R**EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR****CÓDIGOS PARA DIAGNÓSTICO:**

1. ausente,
3. presente,
5. presente mas pode ser devido a outro diagnóstico ou condição,
7. Luto ou "provisional diagnosis",
9. incerto.

CÓDIGOS PARA SINTOMAS:

1. ausente,
5. presente,
9. incerto.

CÓDIGOS PARA INÍCIO E ÚLTIMA VEZ:

1. nas últimas duas semanas,
2. de 2 semanas a menos de 1 mês,
3. de 1 mês a 6 meses,
4. de 6 meses a menos de 1 ano,
5. menos de 1 ano, não sabe quando,
6. mais de 1 ano atrás (pergunte a idade de inic./últ. vez: Qual era sua idade quando você teve pela primeira/última vez?)

CÓDIGOS PARA SEVERIDADE:

Perguntar severidade somente no caso de última vez = 1 ou 2, ou seja, se o distúrbio esteve presente no último mês.

Perguntar: No último mês, você foi incomodado por (sintomas x) a maior parte do tempo?

NÃO - codifique 1

SIM - codifique 2

CHECK-LIST DSM III-R PARA DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO MAIOR

SINTOMAS

A. Pelo menos CINCO dos sintomas (A1 - A9) estão presentes, quase todos os dias, durante o mesmo período de DUAS SEMANAS e representam uma mudança do funcionamento prévio (tanto por um relato subjetivo ou observado por outros); pelo menos UM dos CINCO sintomas e tanto A1 ou A2. Não codifique com 5 (presente) os sintomas que são clara e exclusivamente relacionados a uma condição física, a delírios ou alucinações, humor incongruentes, incoerência ou acentuado afrouxamento das associações.

	Au	Pr	In
A1. humor deprimido (ou humor irritável em crianças e adolescentes) na maior parte do dia	1	5	9
A2. interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia	1	5	9
A3. significativa perda ou ganho de peso quando sem dieta (por exemplo mais do que 5% do peso corporal em um mês) ou diminuição ou aumento do apetite	1	5	9
A4. insônia ou hipersonia quase todos os dias	1	5	9
A5. agitação ou lentificação psicomotora (observável pelos outros, não simplesmente sentimentos subjetivos de inquietação ou de estar ficando lento)	1	5	9
A6. fadiga ou perda de energia	1	5	9
A7. sentimentos de desvalia ou de culpa excessiva ou inadequada (não simplesmente auto-reprovação ou culpa por estar doente, pode ser delirante)	1	5	9
A8. diminuição da habilidade de pensar ou de concentrar, ou indecisão	1	5	9
A9. pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio	1	5	9

SE A1 E A2 AMBOS = 1, OU CINCO OU MAIS SINTOMAS (A1 - A9) = 1, CODIFIQUE 1 PARA DEPRESSÃO E ENCERRE (COLOQUE 1 NO ITEM E). OUTROS VÁ PARA B.

B. 1. um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação?	1	5	9
2. a perturbação é uma reação normal a morte de uma pessoa amada (luto sem complicação)	1	5	9
C. durante a perturbação houve delírios ou alucinações por um período de pelo menos duas semanas na ausência de sintomas provenientes de humor (isto é, antes do desenvolvimento dos sintomas de humor ou após eles terem remitido)	1	5	9

SE C = 5 CODIFIQUE 1 PARA DEPRESSÃO E ENCERRE (COLOQUE 1 NO ITEM E).

SE C = 1 OU 9 VÁ PARA D.

D. o distúrbio foi superposto a esquizofrenia, distúrbio esquizofreniforme, distúrbio delirante ou distúrbio psicótico ou perturbação psicótica não especificada em outro local 1 5 9

E. o sujeito preencheu os critérios para depressão? 1 5 9

DIAGNÓSTICO

CRITÉRIOS PARA 5

A1 ou A2 = 5

CINCO ITENS OU MAIS CODIFICADOS COM 5 EM A1 - A9

B2 = 1

C = 1

COMPLETOU CRITÉRIOS PARA 5? (SIM) (NÃO)

(OBS.: Se sim, então passar critérios para 3)

Se não, encerra questionário

CRITÉRIOS PARA 3

TODOS OS ACIMA MAIS B1 = 1 E D = 1

COMPLETOU CRITÉRIOS PARA 3? (SIM) (NÃO)

OBS.: Se sim, então passar critérios para 7)

Se não, encerra questionário

CRITÉRIOS PARA 7

TODOS COMO O 3 EXCETO POR B2 = 5

* Os itens seguintes são preenchidos em caso de critérios para 5 e/ou 3.

INÍCIO: 1 2 3 4 5 6

IDADE DE INÍCIO:

ÚLTIMA VEZ: 1 2 3 4 5 6

IDADE DA ÚLTIMA VEZ:

SEVERIDADE: 1 2

**** MARCAR NA FOLHA DE CÓDIGOS DO CHECK-LIST O CÓDIGO PARA DIAGNÓSTICO !!!**

ANEXO 6

Porto Alegre, 18 de setembro de 1993.

Carta de Apresentação e Esclarecimento

O Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul está promovendo um estudo sobre a qualidade de vida das pessoas com mais de 60 anos nos Bairros Santana, Rio Branco e Santa Cecília. Os responsáveis são os Doutores Cláudio Eizirik e Márcia L. F. Chaves, que através de seu intermédio e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre recrutou um grupo de entrevistadores para a aplicação do questionário sobre estas pessoas. Estes entrevistadores são todos estudantes da Faculdade de Medicina / UFRGS, e serão portadores de um crachá de identificação.

Se sua residência foi selecionada e possuir um residente com 60 anos ou mais, gostaríamos de contar com sua compreensão colaborando com o estudo ao permitir a entrevista.

Atenciosamente,

Dr. Cláudio L. Eizirik

Dra. Márcia L. F. Chaves

Referências Bibliográficas

ADI: Alzheimer's Disease International. Global Perspect 1990;1:3.

Aguiar W, Dunningham W. Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. Arq Bras Med 1993;67:291-310.

Almeida Filho N, Santana VS, Pinho AR. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos: área urbana de Salvador-BA. J Bras Psiquiatr 1984;33:114-20.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3th. ed. revised. Washington: American Psychiatric Press; 1987.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th. ed. Washington: American Psychiatric Press; 1994.

Anthony JC, LeResche LR, VonKorff MR, Folstein MF. Limits of the mini-mental state as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. Psychol Med 1982;12:397-408.

Baker FM, Okwumabua J, Philipose V, Wong S. Screening african-american elderly for the presence of depressive symptoms: a preliminary investigation. J Geriatr Psychiatry Neurol 1996;9:127-32.

Banazak D. Late-life depression in primary care. J Gen Intern Med 1996;11:163-7.

Bayne C, Calloway P. The association of education and socioeconomic status with the mini-mental state examination and the clinical diagnosis of dementia in elderly people. Age Ageing 1990;19:91-6.

Beck AT, Rush J. Cognitive therapy. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989. v.2

Berezin MA. Psychoanalytic considerations of aging and the aged: an overview Am J Psychiatry 1972;128:33-41.

Berkman L, Syme S. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol 1979;9:186-204.

Bíblia. Versão de João Ferreira de Almeida. Gênesis 2:18.

- Biegel D, Magaziner J, Baum, M. Social support networks of white and black elderly people at risk for institutionalization. *Health Soc Work* 1991;16:245-57.
- Billig N. *Growing Older and Wiser*. New York: Maxwell Mac Millan; 1993.
- Birge SJ. Is there a role for estrogen replacement therapy in the prevention and treatment of dementia? *J Am Geriatr Soc* 1996;44:865-70.
- Blay SL, Mari JJ, Ramos LR. The use of the face-hand test to screen for organic brain syndromes: a pilot study. *Rev Saude Publica* 1989;23:395-400.
- Blazer DG. Impact of late-life depression on the social network. *Am J Psychiatry* 1983;140:162-6.
- Blazer DG. The OARS Durham surveys: description and application, in multidimensional functional assessment. In: *The OARS Methodology*. 2nd. ed. Durham: Center for the Study of Aging and Human Development - Duke University, 1978.
- Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol* 1982;115:684-94.
- Blazer DG, Hughes D, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist* 1987;27:281-7.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1994;151:979-86.
- Blazer DG, Williams C. Epidemiology of disphoric and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry* 1980;137:439-44.
- Blumberg G, Kaplan B, Rabinerson D, Goldman GA, Kitai E, Neri A. Women's attitudes towards menopause and hormone replacement therapy. *Int J Gynaecol Obstet* 1996;54:271-7.
- *Bobbio N. *O Tempo da Memória*. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
- Bolognini, S. Transference: erotised, erotic, loving, affectionate. *Int J Psychoanal* 1994;75:73-86.
- Bowling A, Browne P. Social Networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *J Gerontol Soc Sci* 1991;46:520-32.
- Bowling A, Charlton J. Risk Factors for mortality after bereavement: a logistic regression analysis. *J R Coll Gen Pract* 1987;37:551-4.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Normas de Pesquisa em Saúde. Resolução 01/88, publicada originalmente com incorreções no Diário Oficial da União de 14/06/1988, republicada, na versão corrigida em 05/01/1989, e retificada a redação do artigo 47 em 17/01/1992.

Brasil pode se tornar um país de idosos. Zero Hora 1997 Jul 18; Geral:48.

Broadhead WE; Kaplan BH; James SA; Wagner EH; Schoenbach VJ; Grimson R, et al. The epidemiological evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983;117:521-37.

Busse EW, Blazer DG. *Geriatric Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1989.

Byrne GJA, Raphael B. A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychol Med* 1994;24:411-21.

Ceitlin LHF, Santos BJ, Parissoto L, Zanatta M, Chaves MLF. The elaboration of word lists in portuguese with emotional content and their influence on memory function in normal subjects. *Int J Meth Psychiatr Res* 1995;5:195-203.

Chaves MLF. Tratamento pós-treino e pré-teste e suas influências sobre processamento de informação em humanos e algumas implicações clínicas. Importância de uma bateria para funções corticais superiores no diagnóstico diferencial entre depressão e demência [tese]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina em Medicina: Clínica Médica; 1989.

Chaves MLF, Izquierdo I. Differential Diagnosis between dementia and depression: a study of efficiency increment. *Acta Neurol Scand* 1992;85:379-82.

Cheah KC, Beard OW. Psychiatric findings in the population of a geriatric evaluation unit: implications. *J Am Geriatr Soc* 1980;28:153-6.

Cicero (44 a.C.) *On old age*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1971.

Clayton P. Bipolar illness. In: Winocur G, Clayton P, editors. *The Medical Basis of Psychiatry*. Philadelphia: Saunders; 1986.

Collins E, Katona C, Orrell M. Management of depression in the elderly by general practitioners: attitudes to ageing and factors affecting practice. *Fam Pract* 1995;12:12-7.

- Cordioli AV. A relação paciente-terapeuta e os resultados em psicoterapia breve [dissertação]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação Psiquiatria; 1984.
- Cornelis CM, Ameling EH, Jonghe F. Life events and social network in relation to the onset of depression. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:174-9.
- Dalgard OS, Bjork S, Tambs K. Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry* 1995;166:29-34.
- Debert G. Família, Classe Social e Etnicidade: Um balanço da Bibliografia sobre a Experiência do Envelhecimento. BIB, Rio de Janeiro 1992;33:33-49.
- Dratcu L, Costa Ribeiro L, Calil HM. Depression assessment in Brazil. *Br J Psychiatry* 1987;150:797-800.
- Duncan BB. As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não transmissíveis [tese]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica; 1991.
- Durkheim E. (1893) Da divisão do trabalho social. In: Seleção de Textos de José Arthur Giannotti. São Paulo: Abril Cultural; 1978. p. 1-70.
- Durkheim E. (1897) O suicídio. In: Seleção de Textos de José Arthur Giannotti. São Paulo: Abril Cultural; 1978. p. 163-202.
- Eizirik CL. A aposentadoria, a institucionalização e as perdas na velhice [trabalho de conclusão]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Especialização em Psiquiatria; 1972.
- Eizirik CL. A aposentadoria, a institucionalização e as perdas na velhice. *Rev Psiquiatr RS*, 1980;2:6-15.
- Eizirik CL. Masculinity, femininity and analytic relationship: countertransference issues. In: Alcorta A, editor. *Psychoanalysis in Latin America*. Monterrey: FEPAL; 1995.
- Eizirik CL. Psychoanalysis and culture: some contemporary challenges. *Int J Psychoanal* 1997;78:789-800.
- Eizirik CL, Chaves MLF, Schmitz M, Kipper L, Wilhelms F, Padilha R, et al. Rede social, saúde mental e construtividade. Comunicação de pesquisa. 17ª Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica; 1994 Out 10-12; Gramado, RS, Brasil.

- Eizirik CL, Costa F, Kapczinski F, Piltcher R, Gauer R, Libermann Z. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom* 1991;56:174-81.
- Eizirik CL, Costa F, Michels AM, Campos MT. Contratransferência e gênero: estudo de uma amostra de terapeutas. 18ª Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica; 1996 Out 11-13; Gramado, RS, Brasil.
- Eizirik CL, Kapczinski F, Knijnik J, Vasconcellos MC. Psicoterapia na velhice. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. 2nd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 485-93.
- Eizirik CL, Vasconcellos MC, Knijnik J, Padilha RT. A função psicológica do ser avô/avó: a propósito de Rapsódia em Agosto de Kurosawa. *Rev Psiquiatr RS* 1993;15:133-7.
- Emde R, Fonagy P. An emerging culture for psychoanalytic research? *Int J Psychoanal* 1997;78:643-51.
- Erikson EH. *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton; 1963.
- Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. London: Faber; 1968.
- Erikson EH. On the generational cycle. *Int J Psychoanal* 1980;61:213-23.
- Erikson EH, Erikson JM. *The Life Cycle Completed*. New York: W.W. Norton; 1997.
- Erkkola R. Female menopause, hormone replacement therapy and cognitive processes. *Maturitas*, 1996;23:S27-30.
- Essen-Möller E, Larsson H, Uddenberg CE, et al. Individual traits and morbidity in a swedish rural population. *Acta Psychiatr Neurol Scand Suppl* 1956;100.
- Fagundes SM. Estudo de um instrumento de triagem de doenças mentais em adultos elaborado pela OMS, em vila da periferia da capital. *Arq Clin Pintel* 1981;7:18-24.
- Feher EP, Mahurin RK, Doody RS. Establishing the limits of the mini-mental state: examination of subtests. *Arch Neurol* 1992;49:87-92.
- Feijó RB. Repercussão da presença de doença orgânica e da suspeita de transtorno mental em adolescentes de 13 a 20 anos [dissertação]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica; 1994.

Feijó RB, Saueressig M, Salazar C, Chaves MLF. Mental health screening by the self report questionnaire among community adolescents in southern Brazil. *J Adolesc Health* 1997;20:232-7.

Feinberg T, Goodman B. Affective illness, dementia, and pseudodementia. *J Clin Psychiatry* 1984;45:99-103.

Fleck, MPA. Estudo transcultural de avaliação da sintomatologia depressiva em pacientes hospitalizados [tese]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica; 1997.

Fleiss JL. The design and analysis of clinical experiments. New York: Willey; 1986.

Fletcher R, Fletcher S, Wagner E. *Epidemiologia Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

Folks DG, Ford CV. Psychiatric disorders in geriatric medical/surgical patients. *South Med J* 1985;78:239-241.

Folstein MF, Anthony JC, Parhad I, Duffy B, Gruenberg EM. The meaning of cognitive impairment in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:228-35.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental state: a practical method for measuring the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.

Folstein MF, Rabins P. Psychiatric evaluation of the elderly patient. *Prim Care* 1979;6:609-20.

Freud S. (1910) As perspectivas futuras da terapêutica analítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago; 1970. v. 11.

Freud S. (1917) Luto e melancolia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v. 14.

Gabbard G. Countertransference: the emerging common ground. *Int J Psychoanal* 1995;76:475-85.

Gallo J. The effect of social support on depression in caregivers of the elderly. *J Fam Pract* 1990;30:430-40.

Geenspan R, Kandel E, Jessel T. Genes and behavior In: Kandel E, Schwartz J, Jessel T, editors. *Essentials of Neural Science and Behavior*. New York: Prentice Hall Int; 1955. p. 558-64.

Goldberg EL, Van Natta P, Comstock GW. Depressive symptoms, social networks and social support of elderly women. *Am J Epidemiol* 1985;121:448-56.

Goldfarb AI. Prevalence of psychiatric disorders in metropolitan old age and nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1962;10:77-84.

Greenblatt M, Becerra RM, Serafetinides EA. Social networks and mental health: an overview. *Am J Psychiatry* 1982;138:977-84.

Harding TW, Climent CE, Diop M, Giel R, Ibrahim HH, Murthy RS, et al. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: the development of new research methods. *Am J Psychiatry* 1983;140:1474-80.

Harlow SD, Goldberg EL, Comstock GW. A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *Am J Epidemiol* 1991;134:526-38.

Heimann P. On countertransference. *Int J Psychoanal* 1950;31:81-4.

Helmann C. *Culture, Health and Illness*. London: Wright P S G; 1984.

Henderson AC. Epidemiology of psychiatry disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.

Hildebrand P. Object loss and development in the second half of life. In: Nemiroff RA, Colarusso CA, editors. *The Race Against Time: Psychotherapy and Psychoanalysis in the Second Half of Life*. New York: Plenum; 1985.

Hirsch B. Natural support systems and coping with major life changes. *Am J Community Psychol* 1980;8:159-72.

Huntley J, Brock DB, Ostfeld AM, et al. *Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly: Resource Data Book*. Washington: National Institute on Aging; 1986. (NIH Publication, 86 - 2443)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuário Estatístico do Brasil - 1996*.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Http://www.ibge.gov.br/indicador/indica.htm](http://www.ibge.gov.br/indicador/indica.htm). Jun 1997.

Jacques E. Death and midlife crisis. *Int J Psychoanal* 1965;46:502-14.

Jarvik L, Small G. Geriatric psychiatry. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.

Jorm AF, Scott R, Cullen JS, McKinnon AJ. Performance of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE) as a screening test for dementia. *Psychol Med* 1991;21:785-90.

Judd L. *Unipolar Depression in the Elderly. Clinical Course and Outcome. Depression in the Elderly: U.S. and European Perspective*. American Congress of Psychiatry, San Diego; 1997.

Kapczinski F. *Memória e padrões cognitivos em velhos: a influência da depressão [dissertação]*. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica; 1991.

Kapczinski F, Mintegui MA, Brondani R, Chaves MLF. Mild depression levels alter self-perceptions of future but not the recall of verbal information in elderly patients. *Braz J Med Biol Res* 1996;29:259-65.

Kay DW, Bergmann K, Foster EM, McKechnie AA, Roth M. Mental illness and hospital usage in the elderly: a random sample followed up. *Compr Psychiatry* 1970;11:26-35.

Kernberg O. O amor no setting analítico In: *Psicopatologia da Relações Amorosas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Kiloh LG. Pseudo-dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1961;37:336-64.

King P. The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of middle-aged and elderly. *Int J Psychoanal* 1980;61:153-60.

Kipper L, Reolon AP, Rocha N, Wilhelms F, Padilha R, Wilhelms A, et al. *Saúde e rede social: estudo de uma população de velhos da região urbana de Porto Alegre*. 8º Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996 Set 9-13; Porto Alegre, RS, Brasil.

Kipper L, Taroncher C, Reolon AP, Padilha R, Aquino AP, Schmitz M, et al. *Rede psicossocial e estado mental: estudo de uma população de velhos da região urbana de Porto Alegre*. 7º Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995 Out 16-20; Porto Alegre, RS, Brasil.

Kirshner H. *Behavioral Neurology: a practical approach*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1986.

Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Arch Intern Med* 1988;148:1929-36.

Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Screening for depression in hospitalized elderly medical patients: taking a closer look. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:1013-7.

La Rue A. Normal aging: psychological aspects. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.

Lazarus LW. Psychotherapy with geriatric patients in the ambulatory care setting. In: Busse E, Blazer D. *Geriatrics Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1989.

Lee MS, Crittenden KS, Yu E. Social support and depression among elderly korean immigrants in the United States. *Int J Aging Hum Dev* 1996;42:313-27.

Lester EP. The female analyst and the erotized transference. *Int J Psychoanal* 1985;66:283-93.

Lester EP. Problemas de género y identidad en el proceso analítico. *Libro Anual Psicoanal* 1990;203-13.

Lewis JM, Johansen K. Resistances to psychotherapy with the elderly. *Am J Psychother* 1982;24:497-504.

Limentam A. Creativity and the third age. *Int J Psychoanal* 1995;76:825-33.

Ljundquist B, Sundstrom G. Health and social networks as predictors of survival in old age. *Scan J Soc Med* 1996;24:90-101.

Loftus E, Palmer J. Reconstruction of automobile destruction: an example of the interaction between language and memory. *J Verbal Learn Behav* 1974;13:585-9.

Loureiro Chaves D. Perfil cognitivo de uma população de idosos de uma cidade de médio porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul [dissertação]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica; 1996.

Maentel N, Hanszel W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *J Natl Cancer Inst* 1959;22:719-48.

McAllister TW, Price TR. Severe depressive pseudodementia with and without dementia. *Am J Psychiatry* 1982;139:626-9.

Melo MF. Envelhecimento do país ameaça previdência. *Jornal do Brasil* 1997 Aug 10;Brasil:14.

Mengue S, Duncan B. Aspectos das condições de saúde da população brasileira. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani E. *Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Minois G. *Historia de la Vejez*. Madrid: Nerea; 1987.

Mitchell J. The concept and use of social networks. In: Mitchell J, editor. *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: University Press; 1969.

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.

Morgan DL. Age differences in social network participation. *J Gerontol Soc Sci*, 1988;43:S129-37.

Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol* 1983;117:173-85.

Myers JK; Weissman MM; Tischler GL; Holzer CE 3d; Leaf PJ; Orvaschel H, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:959-69.

Newson J, Schulz R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychol Aging* 1996;11:34-44.

Norman H. The gradual transition to a full and active retirement. In: Pollock G, editor. *How Psychiatrists Look at Aging*. Madison: International Universities Press; 1992-1994.

Norusis M. *SPSS-X: Advanced Statistics Guide*. Chicago: McGraw Hill; 1985.

O'Connor DW, Pollitt PA, Treasure FP, Brook CP, Reiss BB. The influence of education, social class and sex on mini mental state scores. *Psychol Med* 1989;19:771-6.

O'Riordan TG, Hayes JP, Shelley R. The prevalence of depression in an acute geriatric medical assessment unit. *Int J Geriatr Psychiatry* 1989;4:17-21.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Organización Mundial de la Salud. Programa de Promoción de la Salud de los Ancianos, para Latinoamérica y el Caribe, Basados en la Investigación. Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 1990.

Organización Mundial de la Salud. La Salud de los Ancianos: una preocupación de todos. Washington: OPS; 1992.

Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. The biocultural context of social networks and depression among the elderly. *Soc Sci Med* 1990;30:441-7.

Parkes C. *Bereavement Studies of Grief in Adult Life*. London: Penguin Books; 1988.

Parmelee PA, Katz, IR, Lawton MP. Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *J Gerontol* 1989;44:22-9.

Payne G, Graham J. Measurement and methodological issues in social support. In: Kessler V, Cooper C. *Stress and Health Issues in Research Methodology*. Chichester: Wiley and Sons; 1987.

Pearlstein T. Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause and hormone replacement therapy? *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:645-53.

Pfifer JF, Murrell SA. Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *J Abnorm Psychol* 1986;95:282-91.

Pollock GH. *How Psychiatrists Look at Aging*. Madison: International Universities Press; 1992-1994.

Pollock GH. The mourning-liberation process and creativity. *Ann Psychoanal* 1982;10:333-53.

Porter M, Penney GC, Russell D, Russell E, Templeton A. A population based survey of women's experience of the menopause. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:1025-8.

Quignard P. *Tous les Matins du Monde*. Paris: Gallimard; 1991.

Racker H. *Estudios Sobre Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós; 1973.

Ramos IR, Rosa TE, Oliveira ZM, Medina MC, Santos FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica* 1993;27:87-94.

Reolon AP, Wilhelms F, Diogo C, Taroncher C, Szobot C, Aquino AP, et al. Avaliação da rede social das condições de saúde física e mental em velhos

residentes nos bairros Bom Fim, Rio Branco e Santa Cecília – Porto Alegre/RS. 6º Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1994 Out 17-21; Porto Alegre, RS, Brasil.

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Núcleo de Informação e Saúde. Porto Alegre: NIS, 1996.

Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al. The national institute of mental health diagnostic interview schedule: its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:949-58.

Rovner BW, Kafonek S, Fillipp L, Lucas MJ, Folstein MF. Prevalence of mental illness in a community nursing home. *Am J Psychiatry* 1986;143:1446-9.

Sandler J. Countertransference and role-responsiveness. *Int J Psychoanal* 1976;3:43-7.

Saranson SB, Carroll C, Maton K, Cohen S, Lorentz E. *Human Services and Resource Networks*. San Francisco: Jossey Bass; 1977.

Schlesselman JJ. *Case-Control Studies*. New York: Oxford Universities Press; 1982.

Schmidt MI, Duncan B. A importância das atividades preventivas. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani E. *Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Schoenbach VJ, Kaplan BH, Fredman L, Kleinbaum DG. Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *Am J Epidemiol* 1986;123:577-91.

Seeman TE, Berkman L. Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support. *Soc Sci Med* 1988;26:737-49.

Seeman TE, Kaplan GA, Knudsen L, Cohen R, Guralnik J. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 1987;126:714-23.

Segal H. Fear of death. Notes on the analysis of an old man. *Int J Psychoanal* 1958;39:178-81.

Settlage C. Transcending old age. *Int J Psychoanal* 1996;77:549-64.

Siegler I, Poon L. Aging psychology. In: Busse E, Blazer DG. *Geriatric Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1989.

Silbermann CS, Souza C, Wilhems F, Kipper L, Wu V, Diogo C, et al. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Rev Saude Publica* 1995;29:444-50.

Small G. Alzheimer's disease and other dementing disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.

Steffens DC, Hays JC, George LK, Krishnan KR, Blazer DG. Sociodemographic and clinical correlates of number of previous depressive episodes in the depressed elderly. *J Affect Disord* 1996;39:99-106.

Stein A. A Cross-Sectional Study of Social Support and Hypertension in Porto Alegre. London; 1990. [Msc. London School of Hygiene and Tropical Medicine].

Steinbach U. Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *J Gerontol* 1992;47:S183-90.

Stessman J, Ginsberg G, Klein M, Hammerman-Rozenberg R, Friedman R, Cohen A. Determinants of loneliness in Jerusalem's 70-year-old population. *Isr J Med Sci* 1996;32:639-48.

Stokes J. Predicting satisfaction with social support from social network structure. *Am J Community Psychol* 1983;11:141-52.

Stone R, Cafferata GL, Sangl J. Caregivers of the frail elderly: a national profile. *Gerontologist* 1987;27:616-26.

* Stoppe Jr A, Louzã Neto MR. *Depressão na Terceira Idade*. São Paulo: Lemos; 1996.

Teeter RB, Garetz FK, Miller WR, Heiland WF. Psychiatric disturbances of aged patients in skilled nursing homes. *Am J Psychiatry* 1976;133:1430-4.

Thomä H, Kächelle H. *Psychoanalytic Practice*. Berlin: Springer-Verlag; 1985.

Toledo JR. População idosa cresce 137% em 24 anos. *Folha de São Paulo* 1996 Jun 9;Cotidiano:2.

Tombaugh T, McIntyre NJ. The mini mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:922-35.

→ Vasconcelos, MCG. *A velhice na sociedade moderna: imagens e práticas ideológicas [dissertação]*. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Antropologia Social; 1996.

Veras RP, Coutinho E. Prevalência da síndrome cerebral orgânica em população de idosos de área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica*, 1994;28:26-37.

Veras RP, Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int J Ger Psychiatry* 1994;9:285-95.

Vieira M. O país que mais envelhece. *Jornal do Brasil* 1996 Jun 9;Cidade:31.

Vogel S. Neuroanatomy and neuropathology of aging. In: Busse EW, Blazer DG. *Geriatric Psychiatric*. Washington: American Psychiatric Press; 1989. p. 79-96.

Walker K, Macbride A, Vachon M. Social support networks and the crisis of bereavement. *Soc Sci Med* 1977;11:35-41.

Weingartner H, Cohen R, Murphy D. Cognitive processes in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:42-7.

Wells C. Pseudodementia. *Am J Psychiatry* 1979;136:895-900.

Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorders in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988;145:976-81.

Abstract

Since the number and proportion of old people increases worldwide, medical, psychiatric and neurological knowledge is facing new challenges in order to identify the prevalence of clinical diagnosis, to establish their etiology and social and economical features and evolution and to suggest appropriate preventive and therapeutic actions.

This study aims at evaluating the social network of a sample of old people living in the urban area of Porto Alegre, and to correlate it with depressive symptoms, cognitive deficit and general health status. Other objectives are: to identify the prevalence of cognitive deficit, depressive symptoms, mental disease and Major Depression; to evaluate the association of age and gender with the features of the social network, the present mental status and general health; to identify the emotional reactions aroused in the interviewers in their contact with the subjects.

The sample was comprised 344 people 60 years or over. 70.3% were women and 29.7% men, selected by systematic sampling. They were evaluated by means of the Mini-Mental State Form, the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, a Questionnaire on health conditions, living arrangements and social network, the Self-Report Questionnaire (SRQ) and a Countertransference Evaluation Scale.

The social network was considered as having a satisfactory size and being efficient. 78.2% of the subjects reported at least one confidant(e). Men had higher income and schooling, were predominantly married and mentioned their wives as main confidant. Women lived predominantly alone, had more confidants, reported higher employment of social network, mentioned their children as main confidants and felt more lonely than men.

The prevalence of cognitive deficit was 24.7%, depressive symptoms 21.5% and Major Depression 4.7%. Cognitive deficit increased with age and decreased with income and schooling. People who were unable to leave home by themselves showed higher scores of cognitive deficit, depressive symptoms and Major Depression. A significant association was observed between having someone (a spouse or companion) and lower levels of depressive symptoms.

Feelings of approximation towards the subjects prevailed over those of distance and indifference, and they increased throughout the interviews. Women interviewers felt closer to women subjects. Men interviewers reported more indifference towards both men and women subjects.

Several gender-bound differences were observed in the demographic data, in general health, in the social network and in countertransference. They are possibly related to cultural, social, economical and emotional features of this generation of old people.