

Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha

**ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA
REDEFINIDA:
PRECISÃO E VALIDADE COM PESSOAS IDOSAS**

Campinas
2002

Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha

**ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA
REDEFINIDA:
PRECISÃO E VALIDADE COM PESSOAS IDOSAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de Concentração: Psicologia Clínica
Orientadora: Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

Campinas
2002

*À minha filha Viviane e ao meu marido
Ricardo pelo amor com que sempre me
apoiaram e incentivaram.*

Agradecimentos

À dra. *Elisa Medici Pizão Yoshida* pela orientação segura, tão necessária ao aprendiz, pela generosidade com que compartilha seus conhecimentos e pelas palavras de incentivo, que sempre chegavam em hora certa.

Às *peessoas idosas* que, gentilmente, participaram desta pesquisa. Histórias que contaram, preciosas lições que me ensinaram.

Ao Prof. *Valdir Alves da Silva*, Prof. *Mutsuo Ono*, Profa. *Elza Massae Sato*, *Regiane Souza Leandro* e Profa. *Maria Elizabeth Venturelli* da Universidade São Marcos. Psicóloga *Sílvia Cristina Martins Guardia*, *Cleonice Aparecida Trevitalli Aléo* e *Jacira Pereira*, do Centro de Convivência da Terceira Idade do Ipiranga, por terem permitido e colaborado com a realização desta pesquisa.

Aos psicólogos *Armando Costa e Silva* e *Maria Aparecida Ramos Dantas*, que encaminharam ou atenderam gratuitamente algumas pessoas que participaram da pesquisa. Exemplos de solidariedade e amizade.

À dra. *Tereza Iochico Hatae Mito* pelo incentivo sincero e pela amizade que surgiu nesse caminho.

À dra. *Marilda Emmanuel Novaes Lipp* e à dra. *Geraldina Porto Witter* pelas importantes contribuições teórico-metodológicas, pelas janelas que abriram.

Aos colegas do mestrado, em especial, *Jena Hanay Oliveira*, *Luiz Fernando Galvão*, *Tales Villela Santeiro*, *Paulo Alexandre Fernandes* e *Josilene Cardoso* pelos encontros alegres, pela troca generosa de conhecimento e, principalmente, porque tornaram esse percurso mais agradável.

À Ricardo Luis de Azevedo da Rocha, Viviane Cristina da Rocha, Neide Keiko Nakamura, Marcos Alberto Titoshi Ataka, Lia de Azevedo da Rocha, Luiz Pereira da Rocha, familiares que estiveram ao meu lado e são meu farol e porto seguro.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro, que viabilizou este trabalho.

Nada se faz sozinho. Este trabalho é fruto do especial encontro que tive com todas estas pessoas. E é desses encontros que carregarei lições importantes para a vida profissional e pessoal. A todos, minha imensa gratidão.

Sumário

<i>Lista de Tabelas</i>	<i>i</i>
<i>Resumo</i>	<i>ii</i>
<i>Abstract</i>	<i>iii</i>
<i>Apresentação</i>	<i>iv</i>
<i>Introdução</i>	<i>1</i>
A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)	1
<i>Histórico e Desenvolvimento – da EDAO à EDAO-R</i>	1
<i>Validade e precisão</i>	6
<i>Evidências empíricas</i>	7
<i>Teoria da Adaptação Humana de Ryad Simon</i>	8
<i>Crise e situação-problema</i>	10
Envelhecimento	11
<i>Envelhecimento, velhice, idoso</i>	14
<i>Desenvolvimento, envelhecimento e adaptação</i>	15
<i>Qualidade de vida</i>	18
<i>Depressão</i>	23
<i>Objetivos</i>	28
<i>Método</i>	30
Caracterização do ambiente	30
Participantes	31
Medidas de avaliação	34
<i>Questionário de dados pessoais</i>	34
<i>Critério Brasil</i> (Ibope, 2001)	34
<i>Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida - EDAO-R</i> (Simon, 1997)	35
<i>Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQV)</i> (Kimura, 1999)	37
<i>Escala de Depressão em Geriatria – Geriatric Depression Scale (GDS-15)</i> (Almeida & Almeida, 1999)	39
Procedimento	39
<i>Resultados</i>	42
EDAO-R	42
EDAO-R e dados sócio-demográficos	45
IQV	46
GDS-15	47
Precisão da EDAO-R	49
Validade Convergente	49
<i>EDAO-R e IQV</i>	49
<i>EDAO-R e GDS-15</i>	50
<i>IQV e GDS</i>	51
<i>Discussão dos resultados</i>	53
<i>Considerações finais</i>	69

Referências.....	71
Anexos.....	79
Anexo A - Questionário de dados pessoais	79
Anexo B - Critério Brasil	80
Anexo C - Folha de resumo diagnóstico para pesquisa	81
Anexo D - Índice de Qualidade de Vida.....	82
Anexo E - Escala de Depressão em Geriatria – Geriatric Depression Scale (GDS-15)	86
Anexo F - Carta de apresentação às Instituições	87
Anexo G - Formulário CONEP	89
Anexo H - Formulário CONEP	91
Anexo I -Carta de informação aos participantes	93
Anexo J - Termo de consentimento informado.....	95

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra em função do sexo dos participantes.....	32
Tabela 2. Caracterização da amostra em função do sexo dos participantes.....	33
Tabela 3. Classificação social segundo o Critério Brasil	35
Tabela 4. Ponderação dos setores AR e Pr	36
Tabela 5. Classificação da adaptação em função do total de pontos e respectiva descrição clínica.....	36
Tabela 6. Frequência absoluta e frequência relativa da eficácia adaptativa da amostra segundo a EDAO-R, por sexo	43
Tabela 7. Frequência dos tipos de resposta do setor AR, avaliadas segundo o grau de adequação, por sexo.....	44
Tabela 8. Frequência dos tipos de resposta do setor Pr, avaliadas segundo o grau de adequação, por sexo.....	44
Tabela 9. Frequência dos tipos de resposta do setor Or, avaliadas segundo o grau de adequação, por sexo.....	45
Tabela 10. Frequência dos tipos de resposta do setor SC, avaliadas segundo o grau de adequação, por sexo.....	45
Tabela 11. Média, Moda, Mediana, Desvio-padrão, valores Máximos e Mínimos e Percentis para a avaliação do IQVTotal e domínios, por sexo.....	47
Tabela 12. Frequência da quantidade de sintomas de depressão apresentados pela amostra, segundo a GDS-15, por sexo	48
Tabela 13. Frequência da ausência ou presença de episódio depressivo maior, segundo a GDS-15, por sexo	49
Tabela 14. Correlação por postos de <i>Spearman</i> (r_s) entre os escores globais da EDAO-R e do IQV e entre os setores da EDAO-R e domínios do IQV	50
Tabela 15. Correlação por postos de <i>Spearman</i> (r_s) entre os escores globais da EDAO-R e seus setores e da GDS-15	51
Tabela 16. Correlação por postos de <i>Spearman</i> (r_s) entre os escores globais do IQV e seus domínios e da GDS-15	52

Resumo

Rocha, Glaucia Mitsuko Ataka da (2002). *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Redefinida: precisão e validade com pessoas idosas*. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, (pp. v + 95).

Considerando as evidências de precisão e validade da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Redefinida (EDAO-R) quando aplicada a adultos e a necessidade de se ampliar o leque de instrumentos e procedimentos disponíveis para a avaliação da pessoa idosa, este estudo teve como objetivos estimar a precisão e a validade convergente da EDAO-R, aplicada a pessoas idosas. Foram avaliadas 80 pessoas, com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, predominantemente mulheres (85%), freqüentadoras de grupos da terceira idade, com idades entre 60 e 69 anos (66,25%), casadas (42,5%) ou viúvas (40%), tendo filhos (83,75%), de religião católica (75%), aposentadas (61,25%), com profissões diversificadas, residindo em moradia própria (83,75%), sozinhas (28,75%) ou com o cônjuge (27,5%), e de classe média (61,3%). Por se tratar de avaliação clínica, a precisão foi estimada através de coeficiente de acordo (*kappa* de Cohen) entre dois juízes independentes. A validade convergente foi estimada utilizando-se o Índice de Qualidade de Vida (IQV), de Ferrans e Powers e a *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), como critérios externos. Obteve-se associações estatisticamente significantes, através do teste de correlação de *Spearman*, entre a EDAO-R e idade ($r_s = -0,261$, $p < 0,01$) e, através do teste de Contingência, entre a EDAO-R e a condição ocupacional da pessoa ($C = 0,468$, $p < 0,05$). A amostra tendeu aos melhores níveis adaptativos, quando avaliada pela EDAO-R, assim como aos melhores escores, quando avaliada pelo IQV e pela GDS-15. O coeficiente de precisão obtido para a eficácia adaptativa geral foi $\kappa = 0,503$. Avaliada por setores, o Afetivo-Relacional obteve $\kappa = 0,551$; o da Produtividade, $\kappa = 0,459$; o Orgânico, $\kappa = 0,612$ e o Sócio-Cultural $\kappa = 0,650$, coeficientes considerados de moderados a bons. Foram observadas associações estatisticamente significantes, através do teste de correlação de *Spearman*, entre a EDAO-R e o IQV ($r_s = -0,449$, $p < 0,01$) e entre a EDAO-R e a GDS-15 ($r_s = 0,397$, $p < 0,01$). Os resultados são discutidos em função do perfil sócio-demográfico da amostra e indicam que a EDAO-R é uma medida precisa e válida da eficácia adaptativa quando aplicada a pessoas idosas que freqüentam atividades em grupos da terceira idade. Além, disto, em função da boa operacionalização das categorias de avaliação, é possível obter-se bons índices de acordo entre avaliadores independentes.

Descritores: avaliação da pessoa idosa; precisão; validade convergente; eficácia adaptativa.

Abstract

Rocha, Glaucia Mitsuko Ataka da (2002). *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Redefinida: reliability and validity for elderly people*. Dissertation (Master). Pontificia Universidade Católica de Campinas, (pp. v +100).

Considering the evidence of reliability and validity of the Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Redefinida (EDAO-R) when applied to adults, and the necessity to expand the range of tools and procedures available for the assessment of the elderly people, the main goal of this study is to estimate EDAO-R's reliability and convergent validity applied to the elderly people. Ss were 80 older persons (60 years old or more), of both genders (85% of women), who attend to third age groups. The majority (66,25%) was in the young-old group (60-69 years old), was either married (42,5%) or widowed (40%), having son (83,75%), catholic (75%), retired (61,25%), with many different professions, living in their own home (83,75%), alone (28,75%) or with husband / wife (27,5%), and of middle class (61,3%). EDAO-R is a clinical assessment, and then the reliability was taken from an interrater coefficient (Cohen's *kappa*) between two independent judges. The convergent validity was taken across assessment instruments, Ferrans and Power's Quality of Life Index (IQV) and the Geriatric Depression Scale (GDS-15), as external criterion. The results showed statistically significant interaction, taken through the Spearman's correlation test, between EDAO-R and age ($r_s = -0,261$, $p < 0,01$) and, through the Contingency test between EDAO-R and the person's occupational conditions ($C = 0,468$, $p < 0,05$). The sample tended to the best adaptive levels when assessment through EDAO-R, as to the best scores when assessment through IQV and GDS-15. The reliability for the adaptive efficacy was $\kappa = 0,503$. When analyzed by EDAO-R's sectors, the Affective-Relational had $k = 0,551$; Productivity had $k = 0,459$; Organic had $k = 0,612$ and the Social-Cultural had $k = 0,650$, which are considered from fair to good. Statistically significant interactions were observed through Spearman's correlation test, between EDAO-R and IQV ($r_s = -0,449$, $p < 0,01$) and between EDAO-R and GDS-15 ($r_s = 0,397$, $p < 0,01$). The results are discussed considering the socio-demographic profile of the sample, and indicate that EDAO-R is a reliable and valid measure of the adaptive efficacy when applied to the elderly people who attend to third age groups. Besides that, considering the used operational assessment categories, it's possible to obtain good agreement scores between independent judges.

Key terms: elderly people assessment; reliability; convergent validity; adaptive efficacy.

Apresentação

O Brasil, encontrando-se em plena transição demográfica, ou seja, passando de um país de jovens a um país envelhecido, mobiliza a comunidade científica no sentido de uma maior compreensão dos fenômenos envolvidos no processo de envelhecimento populacional. A atuação dos profissionais de saúde mental junto a uma população envelhecida requer procedimentos específicos às necessidades da mesma. Caso contrário, corre-se o risco da ação ser movida pelo preconceito, desconhecimento, o que pode gerar sofrimento à pessoa atendida e ônus à instituição que a recebe.

O estudo de procedimentos específicos para o atendimento de pessoas idosas no Brasil é um passo necessário na tentativa de acompanhar o fenômeno de envelhecimento populacional e garantir a estas pessoas o direito a um atendimento de qualidade, que não seja discriminatório.

Assim como a velhice requer a adaptação da pessoa à nova posição social, às modificações internas e externas, enfim, a demandas diferentes das já enfrentadas, a atuação do profissional de saúde mental não prescinde da adaptação dos instrumentos e procedimentos utilizados com outros segmentos da população às especificidades da pessoa idosa.

Adaptação parece ser, portanto, um conceito caro ao estudo do envelhecimento e sobre o qual está fundamentada teoricamente a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Redefinida (EDAO-R).

O estudo das qualidades psicométricas da EDAO-R, escala desenvolvida em nosso meio, aplicada a pessoas idosas, pode fornecer subsídios para que se reflita acerca das possibilidades do atendimento às necessidades emocionais dessa etapa de vida, levando em consideração as especificidades do envelhecimento da população brasileira. Desta forma, busca-se ampliar cada vez mais a gama de instrumentos e procedimentos voltados a esse segmento da população.

Por sua ampla aplicação na clínica, e por ter acumulado evidências empíricas de precisão e validade quando aplicada à população mais jovem, a EDAO-R pode vir a contribuir para uma sistematização do atendimento em saúde mental na velhice, agilizando

o processo de diagnóstico, prognóstico, encaminhamento para psicoterapia, assim como avaliação de resultados de processos psicoterapêuticos.

Neste sentido, este trabalho propõe um primeiro passo nesse longo caminho: estudar a precisão e a validade da EDAO-R, aplicada a pessoas idosas. Para tanto, apresenta-se uma breve revisão sobre esta medida de avaliação, desde a idealização por seu autor, Ryad Simon, por volta de 1970. Segue-se o levantamento de algumas questões importantes sobre o envelhecimento populacional, principalmente o brasileiro e suas idiossincrasias. Trata-se em seguida do complexo encontro que se dá entre o envelhecimento e a saúde mental, e aqui, duas questões, em pólos opostos, sobressaem: a desejada melhora da qualidade de vida das pessoas que envelhecem e os transtornos mentais que as acometem com frequência, como por exemplo, a depressão.

Considerando as questões acima, realiza-se o estudo da validade convergente da EDAO-R com pessoas idosas utilizando duas outras medidas de avaliação como critérios externos, uma de qualidade de vida, supondo que as pessoas com melhor adaptação devem ter melhor qualidade de vida e outra de depressão, supondo que quanto melhor a adaptação da pessoa, menos sintomas de depressão ela deverá ter. O estudo da precisão dos julgamentos utiliza o procedimento usual da avaliação de juízes independentes. Os resultados obtidos são discutidos levando-se em conta as características sócio-demográficas da amostra estudada, na tentativa de delimitar as possibilidades e limitações da aplicação da EDAO-R a esse segmento da população.

Introdução

“Eu sinto... Eu tô tão acostumada com o meu problema que prá mim não é problema. Você entendeu? Prá mim não é problema. Porque se eu fico um pouquinho mais nervosa, à noite - que eu fico nervosa com eles - eu vou, tomo um comprimido a mais, à noite, e durmo a noite toda. De manhã eu tô bem. Eu tô tão acostumada, minha filha, que prá mim já não é problema.”

Sra. Julia¹., 71 anos.

A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)

Histórico e Desenvolvimento – da EDAO à EDAO-R

A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) foi idealizada por Ryad Simon, na década de 70, com a finalidade de *“facilitar a triagem da população universitária, tendo em vista a implementação de um programa de prevenção de distúrbios mentais”* (Simon, 1998, p.13). O autor considerou que a maioria da população universitária caberia dentro da concepção de *“normalidade”* e, portanto, as escalas psiquiátricas seriam inadequadas para fins de prevenção. Foi concebida com o objetivo de servir como meio de avaliação e prognóstico da eficácia da adaptação dos alunos da Escola Paulista de Medicina, baseada no modelo clínico de prevenção, sendo que o diagnóstico não era um fim em si, mas um meio para decidir quais medidas preventivas seriam adotadas (Simon, 1998).

A EDAO é uma escala clínica que utiliza a *entrevista semi-estruturada* para coleta de dados. Não se trata de um questionário ou inventário, mas sim de um procedimento de avaliação qualitativa, através do qual, classifica-se as respostas da pessoa quanto à *eficácia adaptativa*. O conceito envolvido, portanto, é o de *adaptação*, o qual foi operacionalizado em termos de *graus de adequação das respostas* da pessoa às situações de vida.

Está estruturada no pressuposto de que o campo da conduta humana é compreendido por 4 setores: *Afetivo-Relacional (AR)*; *Produtividade (Pr)*; *Sócio-Cultural (SC)* e *Orgânico (Or)*. O entrevistador focaliza sua atenção na obtenção de informações sobre as respostas do entrevistado nestes 4 setores (Simon, 1989).

O setor *AR* corresponde ao conjunto de respostas emocionais do sujeito nas relações interpessoais e com relação a si mesmo; o *Pr*, à totalidade das respostas diante do trabalho e dos estudos ou qualquer atividade produtiva, mesmo de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como ocupação principal do sujeito no período avaliado; o *SC*, aos sentimentos, atitudes e ações do sujeito diante das instituições, valores e costumes da cultura em que vive e; o *Or*, ao estado físico e ao conjunto das respostas quanto aos sentimentos, atitudes e cuidados relativos ao próprio corpo (Simon, 1989; 1995; 2000a).

Com a aplicação sistemática e constante da EDAO, o autor elaborou uma listagem de respostas mais freqüentemente encontradas na população estudada, as quais foram classificadas como: *Adequadas*; *Pouco adequadas*; *Pouquíssimo adequadas*; de acordo com o grau de satisfação que proporcionavam ao sujeito; na medida em que solucionavam o problema e se compatibilizavam ou não com suas normas internas e/ou culturais (Simon, 1995). Os dados obtidos na entrevista eram confrontados com essa listagem em que havia as respostas mais freqüentemente encontradas na população de calouros da Escola Paulista de Medicina, a fim de se obter o resultado final sobre a eficácia da adaptação. Por este motivo, a amplitude da EDAO incluía, quando foi idealizada, apenas jovens e adultos (não idosos), pertencentes à classe média inferior para cima, habitantes da zona urbana brasileira e participantes dos valores e costumes da civilização ocidental (Simon, 1989).

Um exemplo, já clássico, da avaliação da adequação das respostas para um problema afetivo-sexual esclarece a operacionalização do conceito de adaptação: “... dentro de nossa sociedade atual, de um indivíduo do sexo masculino, classe média, que

¹ As epígrafes constantes em cada seção são trechos de entrevistas realizadas para este trabalho. Os nomes

tem, por exemplo, 30 anos de idade. O indivíduo proposto pode solucionar o problema afetivo-sexual como segue:” (Simon, 1989, pp.18-19).

Seria considerada uma *resposta adequada* (+++) ² se ele: estivesse casado (ou amasiado) (+), amando a mulher e satisfeito sexualmente (+), aceitando o casamento (ou ligação) e pretendendo preservá-lo (+). Ou seja, a resposta adequada resolve o problema que se apresenta, esta resposta traz satisfação à pessoa e não cria conflitos internos ou externos.

A *resposta pouco adequada* (++) teria duas possibilidades e seriam: casado (ou amasiado) (+), raramente tem relações sexuais porque a mulher esquiva-se frequentemente (), mas preserva o casamento (ou ligação) conforme seus princípios em relação ao sexo e relacionamento humano (+) ou se: casado (ou amasiado) (+), tem relações sexuais com a amante e com ela tem atos sexuais satisfatórios, ama-a (+), embora não consiga separar-se da esposa e, por conseguinte, não pode casar-se com a amante (). Portanto, este tipo de resposta atende a apenas dois dos três critérios de adequação.

Uma *resposta pouquíssimo adequada* (+) seria: casado há tempos (+), não sente atração pela esposa, evita contato sexual, não se permite outra forma de satisfação (), tem desejos de separar-se, mas seus princípios de indissolubilidade do matrimônio não o permitem (). Este tipo de resposta atende a apenas um critério de adequação, que é a presença da resposta, embora sem satisfação e ainda com conflito interno ou externo.

A partir da avaliação do tipo de adequação do conjunto das respostas da pessoa em cada setor, chegava-se à classificação da eficácia adaptativa. Esta subdividia-se em três grandes grupos: *Adaptação Eficaz*, correspondendo a quatro respostas (+++); *Ineficaz Moderada*, a uma ou mais (++) e/ou uma (+) mais três (+++); *Ineficaz Severa*, a uma (+) e uma ou mais (++) e/ou 2 ou mais (+). O sujeito, ainda, podia estar enfrentando sérias dificuldades para as quais ainda não encontrara respostas. Nestes casos, era considerado que a pessoa se encontrava em crise³. Mesmo pertencendo a qualquer um dos três grupos acima, portanto, a pessoa poderia estar em crise. Por conseguinte, à cada classificação principal correspondia uma outra para crise: Adaptação Eficaz em Crise; Adaptação

que aparecem são fictícios para preservar a identidade das pessoas.

² Cada sinal positivo (+) indica que o requisito é atendido pelo sujeito.

³ O conceito de crise está apresentado na p. 10.

Ineficaz Moderada em Crise e Adaptação Ineficaz Severa em Crise, totalizando 6 grupos de classificação possíveis (Simon, 1989).

Por ter sido aplicada em diferentes contextos e populações, os profissionais que utilizavam a EDAO passaram a avaliar os setores com base apenas nos três critérios de adequação das respostas dos sujeitos (grau de satisfação obtido, a possibilidade de resolução da situação e a presença ou não de conflito interno ou externo proporcionado pela resposta em questão), sem dependerem da listagem de respostas mais freqüentes. Esta modificação conferiu-lhe maior versatilidade, podendo, então ser aplicada a qualquer tipo de população (Yoshida, 1999a).

Para efeito de utilização em pesquisa, Tolentino Rosa (Pellegrino Rosa, 1995) fez uma primeira tentativa de quantificação da EDAO. Atribuiu o peso de uma unidade a cada cruz da avaliação a fim de quantificar o diagnóstico. No entanto, pesquisa posterior (Costa Rosa, 1997) verificou contradições neste critério de quantificação proposto e sugeriu outra forma, utilizando pontuação variada, conforme a adequação e a apresentação, ou não, de conflito. Yamamoto (apud Simon, 1997) encontrou, ainda, contradições nesta versão, o que levou Simon a pensar numa maneira de se chegar à quantificação, sem as discrepâncias encontradas anteriormente.

Da ampla experiência de utilização da EDAO, aliada ao exercício de ponderação dos 4 setores, o autor concluiu que quando os setores *Or* e *SC* fossem pouquíssimo adequados, os setores *AR* e *Pr* acusariam esse distúrbio, bastando, portanto aferir estes dois últimos (Simon, 1997; 1998). Além disto, reconheceu a posição central do setor *AR* (Simon, 1996). Modificando a operacionalização da escala, e usando apenas os setores *AR* e *Pr* para quantificação, resultaram cinco grupos de diagnóstico adaptativo possíveis: *Adaptação Eficaz* (Grupo 1); *Adaptação Ineficaz Leve* (Grupo 2), *Ineficaz Moderada* (Grupo 3), *Ineficaz Severa* (Grupo 4) e *Ineficaz Grave* (Grupo 5). Não há grupos específicos para a pessoa em crise. Quando há Crise, utiliza-se o “C” após a classificação principal. Conforme a combinação de respostas, em relação à adequação, obtém-se uma pontuação que considera a posição central do setor *AR*, conferindo-lhe maior peso (Simon, 1997; 1998).

No setor *AR*, a *resposta adequada* recebe 3 pontos; *pouco adequada*, 2 pontos e *pouquíssimo adequada*, 1 ponto. No *Pr*, *adequada* recebe 2 pontos; *pouco adequada*, 1

ponto e *pouquíssimo adequada*, 0,5 ponto. Basta, em seguida, somar os pontos obtidos nestes dois setores.

É considerada *adaptação eficaz* quando a adequação das respostas resulta em 5 pontos; *adaptação ineficaz leve*, quando resulta em 4 pontos; *ineficaz moderada*, quando resulta entre 3 e 3,5 pontos; *ineficaz severa*, quando resulta entre 2 e 2,5 pontos e *ineficaz grave* quando resulta em 1,5 ponto. Esta redefinição da EDAO, marcada pela ponderação das respostas e um novo conjunto de classes da eficácia adaptativa, foi denominada por Yoshida (1999a) com a sigla EDAO-R.

A fim de facilitar o entendimento clínico da escala, o autor apresenta uma descrição fenomenológica correspondente a cada grupo diagnóstico. À *adaptação eficaz* (Grupo 1) corresponderia a “*personalidade normal, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos*”; à *ineficaz leve* (Grupo 2), “*sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições*”; à *ineficaz moderada* (Grupo 3), “*alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos*”; à *ineficaz severa* (Grupo 4), “*sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos*”; à *ineficaz grave* (Grupo 5), “*neuroses incapacitantes, borderlines, psicóticos não-agudos, extrema rigidez caracterológica*” (Simon, 1997, p.92).

Yoshida e cols. (1998b) conduziram pesquisa sobre a adaptação e nível de patologia com o objetivo de encontrar uma correspondência entre uma classificação nosológica ampla e a eficácia da adaptação. Avaliaram 36 sujeitos que buscaram atendimento psicoterápico em uma instituição canadense, através do *Global Assessment Scale* (GAS), da *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-I) e da EDAO. Os resultados mostraram que tanto a GAS quanto a EDAO podem ser usadas na determinação da severidade da patologia, sendo que os sujeitos que apresentaram patologia mais severa, de acordo com a MCMI-I, efetivamente apresentaram adaptação não-eficaz severa, apesar da patologia moderada não necessariamente estar associada à adaptação moderada.

Da EDAO à EDAO-R, algumas modificações em relação à escala como foi concebida foram realizadas. Passou-se a não utilizar a lista de respostas mais frequentes de adultos jovens, o que conferiu à EDAO maior versatilidade; a ponderar os setores *AR* e *Pr*, cabendo maior peso ao primeiro, a fim de facilitar seu uso na realização de pesquisas empíricas e a utilizar a sigla EDAO-R.

Validade e precisão

Diversos estudos de validade preditiva e precisão da EDAO foram conduzidos por Yoshida (1984; 1991a; 1991b; 1999a). O primeiro, com amostra envolvendo 133 estudantes universitários, pertencentes à população sobre a qual foi idealizada a escala, indicou que a uma melhor eficácia adaptativa não correspondia um melhor desempenho acadêmico na amostra estudada e que a EDAO apresentava alto grau de fidedignidade quando os julgamentos eram realizados por avaliadores familiarizados (Yoshida, 1984). Posteriormente, estudou a validade preditiva da EDAO relativa ao grau de motivação em processos de psicoterapias breves em amostra de 118 estudantes de psicologia e constatou que o diagnóstico da adaptação da EDAO fornece uma avaliação global dos diversos setores da personalidade, resultando numa avaliação geral da eficácia das respostas adaptativas do sujeito. Entretanto, não demonstrou validade preditiva com respeito ao grau de motivação na amostra estudada (Yoshida, 1991a). Em estudo com 118 sujeitos que passaram por psicoterapias breves, com relação à solução para a situação-problema, constatou a validade preditiva da EDAO quanto ao tipo de solução encontrada em psicoterapias breves realizadas por estudantes e apontou seu potencial de uso em clínicas-escolas como recurso auxiliar que detém alto valor prognóstico (Yoshida, 1991b). Realizou também, estudo sobre a validade e precisão da EDAO-R em 283 pacientes submetidos a psicoterapia breve psicodinâmica e constatou que a escala permite julgamentos precisos sobre a qualidade da eficácia adaptativa quando realizados por juízes experientes (eficácia adaptativa geral $\kappa=.78$), além de fornecer critérios confiáveis à indicação e contra-indicação de pacientes para psicoterapias breves, quando comparada à avaliação pela Escala de Resultados (ER) de Sifneos ($r_s(48)=.50, p<.05$). Concluiu que a EDAO-R constituiu um avanço em relação à versão anterior (Yoshida, 1999a).

Em alguns estudos de precisão realizados, os coeficientes de concordância variaram de $\tau = 0,30$ a $\tau = 0,8516$ e de $\kappa = 0,40$ a $\kappa = 0,84$ para a eficácia adaptativa global. Variaram de $\kappa = 0,73$ a $\kappa = 1$ para o setor *AR* e de $\kappa = 0,48$ a $\kappa = 1$ para o setor *Pr*. Estas variações podem ser dependentes do tipo de juízes que participaram, com maior ou menor treino e experiência na avaliação da EDAO.

Já, alguns dos trabalhos que realizaram estudo de validade convergente, envolveram diferentes medidas de critério externo: Escala de Resultados (Martins, 1998), com 14 adultos que buscaram psicoterapia; Escalas de Mecanismos de Defesa e

Questionário de Saúde Geral de Goldberg (Gatti, 1999), com 52 estudantes universitários; Escala Rutgers de Progresso em Psicoterapia (Enéas, 1999), envolvendo o estudo qualitativo de dois processos de psicoterapia de mulheres adultas; *Global Assesment Scale* e *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (Yoshida e cols. 1998b), com 36 adultos que buscaram atendimento psicoterápico em instituição canadense.

Evidências empíricas

Desde sua idealização até os dias de hoje, tem sido instrumento e objeto de estudo de diversas pesquisas em Psicologia Clínica e da Saúde. Além das já citadas, encontra-se, por exemplo: Ulanin (1986); Yoshida (1989; 1990; 1998; 1999b; 2000; 2001); Enéas (1993); Souza (1995); Yamamoto (1995); Yoshida, Lépine, St-Amand e Bouchard (1998); Pereira (1999); Romaro (1999); Alves (2001); Rossini (2001), entre outros. A seguir, apresenta-se os resultados de algumas destas pesquisas.

Yoshida e cols. (1998a) conduziram pesquisa que objetivou determinar as relações entre a medida da configuração adaptativa, obtida pela EDAO, de sujeitos que buscavam psicoterapia psicanalítica e os níveis de maturidade dos mecanismos de defesa (obtidos pela *Defense Mechanisms Rating Scales – DMRS*). Os participantes foram 20 de 36 previamente avaliados pela EDAO e que apresentaram configuração adaptativa estável, divididos em dois grupos: o primeiro constituído por 10 pessoas com adaptação não-eficaz moderada e o segundo por 10 pessoas com adaptação não-eficaz severa. Concluíram que, quando se consideraram as defesas em função do nível de maturidade, os dois grupos se diferenciaram em função do emprego das defesas dos níveis extremos de maturidade, sendo que os níveis intermediários não se mostraram discriminativos. Encontraram correlações significantes entre os escores globais das duas escalas.

Enéas (1999), em estudo sobre a validade e precisão da Escala Rutgers de Progresso em Psicoterapia (dois casos), utilizando a EDAO como critério externo, observou que os critérios adaptativo e psicodinâmico empregados na avaliação inicial dos pacientes e como medida de resultado, mostraram-se sensíveis a diferentes aspectos da mudança apresentados nos processos estudados.

Gatti (1999), em pesquisa sobre a precisão e validade das Escalas de Avaliação dos Mecanismos de Defesa (DMRSs) aplicadas a amostra de 52 universitários e, utilizando a EDAO-R e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) como critérios externos,

verificou que estes dois últimos instrumentos apresentam evidência de validade concorrente. Quanto à precisão, concluiu que a EDAO-R, no que diz respeito à eficácia adaptativa geral, mostrou-se precisa quando avaliada por juízes experientes ($\kappa=0,84$).

Romaro (1999) estudou os prováveis benefícios advindos do processo de psicoterapia breve psicodinâmica de sete pacientes adultos, com transtorno de personalidade *borderline*, segundo critérios do DSM-IV. Avaliou os níveis de adequação pela EDAO antes e após a psicoterapia e traçou um perfil evolutivo de cada caso, tendo como parâmetro as variações adaptativas. Teve como objetivo discutir a indicação de psicoterapia breve no tratamento deste tipo de transtorno.

Alves (2001) verificou a eficácia do método da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) com 104 adolescentes da rede pública escolar (16 a 18 anos) e utilizou a EDAO com fins diagnósticos a fim de discutir a indicação de psicoterapia breve para esse segmento da população.

Yoshida (2001) discutiu os critérios de indicação em psicoterapia breve psicodinâmica, apoiada sobre o tripé: recursos adaptativos do paciente (EDAO), estágios de mudança (Escala de Estágios de Mudança) e aliança terapêutica, com ênfase nas relações interpessoais e, portanto, com foco num padrão relacional mal-adaptativo.

Martins (1998) desenvolveu pesquisa acerca da avaliação de resultados de psicoterapia breve em amostra de 14 pessoas idosas, tendo a EDAO mostrado utilidade, sobretudo diagnóstica. Sugeriu que se fizesse um estudo mais específico da aplicação da EDAO nessa população, já que, ao utilizar a primeira versão da escala, os resultados indicaram que o setor *Pr* não evidenciou associação significativa entre as mensurações realizadas antes e depois do processo psicoterápico, indicando que este setor, na velhice, poderia ter características bastante diferenciadas em relação às do adulto jovem.

Na maioria dos estudos levantados, a EDAO ou a EDAO-R foi aplicada à população adulta, tendo sido realizado um estudo envolvendo amostra de adolescentes e um de pessoas idosas, o que indica a necessidade de ampliá-los nesses segmentos da população, já que detêm características muito específicas.

Teoria da Adaptação Humana de Ryad Simon

A EDAO-R está fundamentada na teoria da adaptação humana concebida por Simon (1989). O autor considera-a uma metateoria, pois pretende comportar a inclusão de

qualquer teoria que procure classificar e compreender o comportamento humano (Simon, 2000b).

Surgiu da necessidade do autor de organizar um sistema preventivo racional (Simon, 1989; 1995) e da percepção de que seria necessária uma concepção do processo de mudança do indivíduo. Concebeu, então, um esquema da adaptação humana, no qual, o processo de adaptação da pessoa é definido como “*o conjunto de respostas do organismo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida*” (Simon, 1989, p. 14).

A adaptação para o autor é a condição para a sobrevivência. Este conceito foi inspirado no modelo biológico de adaptação, procurando ir além, ao incluir a dimensão evolutiva da relação do indivíduo consigo próprio e com o meio (Costa Rosa, 1997). Guarda, portanto, importante diferença em relação àquele modelo, ao negar que a adaptação seja um retorno à condição homeostática anterior e considerar que este retorno não é nem possível e, muito menos desejável ao organismo, já que, na vida, as situações novas, são necessárias novas respostas (Simon, 1989).

Ao analisar o processo de mudança do indivíduo, Simon (1995) chegou à concepção de que a evolução da adaptação humana é um processo que se desdobra de dois modos distintos e alternativos: gradualmente (período de adaptação estável) ou abruptamente (período crítico). No período de adaptação estável, o conjunto de respostas do sujeito se mantém dentro da configuração adaptativa que lhe é peculiar, pois não há pressão excessiva, interna ou externa, para realizar alterações adaptativas amplas. Neste caso, os elementos do ambiente e intrapsíquicos em jogo são chamados *microfatores internos* se intrapessoais e *microfatores externos*, se ambientais. Podem também agir sinergicamente no sentido de aumentar a eficácia adaptativa, chamando-se *positivos*, ou diminuí-la, chamando-se *negativos*. Tanto uns quanto outros são considerados externos quando, além de ambientais, possuem influência no presente, de forma atual. São considerados internos, se sua ação se originou no passado (Simon, 1995).

Nos períodos críticos, no lugar dos *microfatores*, atuam os *fatores*: internos ou externos, positivos ou negativos, conforme os mesmos critérios para os *microfatores*. Os *microfatores* podem tornar-se *fatores* quando surge uma situação de crise, e assumem uma função importante na origem e evolução da mesma. A discriminação entre *fatores* e

microfatores é importante no planejamento de medidas preventivas, pois os primeiros têm maior peso na evolução de uma crise (Simon, 1995).

Yoshida (1984) organizou uma tabela de *fatores e microfatores* externos positivos e negativos a partir de estudo realizado em amostra de estudantes da Escola Paulista de Medicina após um ano de realização do diagnóstico adaptativo quando cursavam o 1º ano da universidade. Ilustrou assim, clinicamente, a influência destes fatores na evolução da adaptação da amostra. Estes fatores (Simon, 1989), especialmente, podem ser tomados como indicadores de crise, pois na presença desta, alguns deles costumam também estar presentes.

Crise e situação-problema

O período de crise mereceu atenção especial do autor, pois ocorrem alterações qualitativas fundamentais na adaptação pessoal. Há o amadurecimento ou regressão do sujeito, de tal forma que a configuração adaptativa não se mantém a mesma. Como a pessoa em crise necessita ajuda mais urgente, a ação preventiva costuma ser aceita mais prontamente por ela (Simon, 1995). Desta forma, o autor considerou como essencial na geração da crise, o fato do sujeito ver-se diante de uma situação nova e vitalmente transformadora. Classificou as crises em dois grupos: *crises por perda* (ou expectativa de) e *crises por aquisição* (ou expectativa de), considerando que a crise deve-se por redução ou aumento significativo do espaço no universo pessoal, tendo em comum a angústia diante do novo, do desconhecido. *Universo pessoal*, para o autor, é compreendido pelo “conjunto formado pela pessoa (psicossomático), mais a totalidade de objetos externos (outras pessoas, bens materiais ou espirituais e situações sócio-culturais)” (Simon, 1989, p.60).

O conceito de crise foi muito importante nos primórdios da idealização da EDAO em virtude de serem esses momentos, embora curtos, importantes para o trabalho de prevenção, em termos de acessibilidade terapêutica, preservação da adaptação e possibilidade de crescimento, portanto, prioritárias para o atendimento em psicoterapia breve (Simon, 1989). Posteriormente, Simon (1995), refere ter verificado que as crises adaptativas não são tão numerosas para constituírem-se prioridades. Foi desenvolvendo, ao longo desse período, o atendimento em psicoterapia breve para qualquer configuração adaptativa, desde que as pessoas apresentassem dificuldades de adaptação a problemas

atuais, circunscritas a um setor da adaptação, causando sofrimento psíquico ao indivíduo. A tais dificuldades denominou *situações - problema*.

É possível, portanto, a partir do diagnóstico da adaptação, situar o indivíduo dentro de um processo evolutivo típico, formular hipóteses sobre seus antecedentes, planejar estratégias de intervenção terapêutica e fazer hipóteses sobre o prognóstico (Simon, 1989).

A EDAO-R é resultado de mais de 25 anos de trabalho, pesquisas, reflexões acerca de sua aplicação em diferentes contextos e populações, na realidade brasileira. Apresenta evidências empíricas de validade convergente com diferentes instrumentos de avaliação, de precisão entre juízes experientes, ou seja, suas características psicométricas garantem ao profissional de saúde mental a utilização de uma medida de avaliação confiável da eficácia adaptativa da pessoa. Entretanto, são escassos os estudos sobre sua aplicação com pessoas idosas.

Envelhecimento

Por se tratar de um estudo da precisão e da validade da EDAO-R, aplicada a pessoas idosas, é importante caracterizar o processo de envelhecimento, da maneira como ocorre no Brasil, em relação a outras partes do mundo e levantar algumas das características que diferenciam as pessoas idosas de outros segmentos da população.

O impacto do envelhecimento da população mundial é questão importante para os profissionais da área de saúde mental. Nos países desenvolvidos, as pessoas com idade acima de 60 anos constituem a quinta parte ou mais da população total. Esta população envelheceu gradualmente durante um século em países ricos, sem grandes diferenças bio-psico-sociais entre os indivíduos (OPAS, 1998).

Nas Américas, durante as últimas décadas, a taxa de crescimento da população dessa faixa etária foi maior que a taxa de crescimento da população total. O processo de envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento, quando comparado ao ocorrido nos países desenvolvidos é contrastante: rapidez de crescimento, pobreza, heterogeneidade e desigualdades. O impacto do envelhecimento populacional é mais fortemente sentido, em virtude de enfrentarem desafios e pressões decorrentes do processo de desenvolvimento, agravados pela condição de pobreza (OPAS, 1994; 1998).

O crescimento populacional das pessoas idosas impeliu à concepção de um novo paradigma do envelhecimento que, a partir de 1994, considerou-as participantes ativos na sociedade, oferecendo a base para o enfoque em promoção da saúde e culminando com a proposta de 1998 da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Esta proposta tem como pressuposto que o *“envelhecimento bem-sucedido depende muito da prevenção de doenças e deficiências, da manutenção de altas funções físicas e cognitivas e da participação constante em atividades sociais e produtivas”* (OPAS, 1998, p.9).

Quanto ao Brasil, especificamente, é um país que está a meio caminho no processo de transição demográfica, ou seja, está deixando de ser um país de população jovem para tornar-se um país de população envelhecida. Desde meados do século XX, vem ocorrendo a rápida e progressiva diminuição das taxas de mortalidade, o que resulta em aumento da expectativa de vida. Concomitantemente, vem ocorrendo a diminuição das taxas de natalidade. A tendência, portanto, é que a pirâmide etária da população brasileira assuma a forma de um barril, à semelhança do que ocorreu nos países do primeiro mundo (Paschoal, 1996; Berquó, 1999). As estimativas indicam que, por volta do ano 2020, teremos, aproximadamente, 27 milhões de idosos (pessoas com mais de 60 anos) no Brasil.

O corte etário de 60 anos foi adotado pela OPAS e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para delimitar o início da velhice nos países em desenvolvimento, portanto, na América Latina e Caribe, devido à expectativa de vida ser inferior à de países desenvolvidos, nos quais o corte etário é de 65 anos (Neri, 1997; OPAS, 1998). Sabe-se que o envelhecimento ocorre de maneiras diferentes e nem sempre guarda sincronia entre o biológico, o psicológico e o social, o que torna difícil definir o que é ser idoso (Papaléo Netto, 1996). Entretanto, o corte etário é um critério necessário para o estabelecimento de políticas públicas de saúde (Paschoal, 1996) e no que diz respeito à pesquisa, ainda é um critério que torna possível definir amostras, principalmente no caso de pesquisas transversais.

A fim de melhor diferenciar as pessoas dentro dessa extensa faixa etária, dos 60 anos ou mais, Debert (1999a) destaca novos recortes que foram propostos em países desenvolvidos: o subgrupo de jovens idosos, compreendendo pessoas de 65 a 75 anos; de idosos-idosos, com pessoas acima de 75 anos e de idosos mais idosos, englobando pessoas com mais de 85 anos.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD99), desde 1995 até 1999, o número de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil aumentou em 1,8 milhão. O contínuo processo de envelhecimento da população fez com que a participação dos idosos passasse de 7,4% em 1989 para 9,1% em 1999. A região Sudeste deteve o maior grau de envelhecimento, representando 10% da população (IBGE, 2001).

Berquó (1999) fez uma projeção para o século atual das características da população idosa brasileira a partir de coletânea sobre dados demográficos, e discutiu os desafios que a transição demográfica apresenta à nossa sociedade. De acordo com a autora, a população idosa terá 82% de seu contingente vivendo em cidades, sendo 60% de brancos, com analfabetismo elevado e em sua maioria, mulheres – ao que denomina “feminização”⁴ do envelhecimento. Destas, a maioria será de viúvas, morando na casa dos filhos ou filhas, ou chefiando famílias monoparentais ou ainda morando sozinhas. Quanto aos do sexo masculino, a maior parte viverá ao lado da esposa, o que lhes conferirá maior apoio emocional.

Corroborando as previsões de Berquó, o perfil da população idosa obtido em levantamento realizado na cidade de São Paulo com 1159 pessoas com 60 anos ou mais de idade (PMSP, 2000) já revelava um perfil demográfico e social com as seguintes características: a maioria de mulheres (62,5%), com 50,9% na faixa etária entre 60 e 69 anos e decrescendo conforme a idade avançava, de cor branca (75%), morando com o cônjuge (52,8%) ou viúva (34,7%). Quando se avaliou o estado civil, por sexo, o percentual de mulheres viúvas aumentou para 46,6% e o de homens casados para 77%. A maioria das pessoas da amostra estava vivendo em arranjos familiares predominantemente formados pelo casal e filho(s) (41%) e com um expressivo percentual de pessoas morando sós (13,6%), com nenhuma ou pouca escolaridade (apenas 15,1% tinham frequentado o ginásio ou nível maior de escolarização). Os aposentados representavam 47,9% das pessoas mas, no entanto, 30,2% tinham renda *per capita* menor que um salário mínimo e 48,9%, dois salários mínimos. Em relação às doenças referidas, hipertensão arterial (56,2%), diabetes (21,9%), reumatismo (25,1%) e catarata (18,9%) foram as doenças mais importantes e freqüentes. Em relação à saúde mental, especificamente no aspecto afetivo-

⁴ Foi o termo utilizado por Berquó (1999) para denominar o perfil das pessoas que envelhecem no Brasil, que será, na maior parte de mulheres, como já mencionado na introdução. Já, Debert (1999) denomina o mesmo fenômeno de ‘feminilização’.

emocional, 21,4% das pessoas foram consideradas possíveis casos para tratamento da saúde mental. Quanto às dificuldades de relacionamento com familiares, 34,8% responderam existir um pouco e 6,9% bastante ou demasiado conflito na família; 15% responderam que este conflito havia piorado nos últimos três anos. Quanto ao lazer e integração social, as atividades mais citadas foram ver televisão, ler, fazer caminhadas e trabalhos manuais e apenas 13%, em média, realizavam atividades que envolviam integração social como, por exemplo, participar de grupos religiosos ou associativos e dançar.

Envelhecimento, velhice, idoso

No senso comum, o envelhecimento costuma ser visto apenas pelo ponto de vista das perdas orgânico-funcionais, de entes queridos, de *status*, o que acarreta em uma tendência a negá-lo e mesmo a evitá-lo. Martins (1997), em pesquisa acerca das representações sociais da velhice entre mulheres na meia-idade, aplicou em quatro mulheres, entre 40 e 45 anos, o procedimento do Desenho-Estória com Tema. O material foi submetido à análise de conteúdo de orientação psicodinâmica, da qual emergiram duas categorias: relativa ao “ser idoso” e relativa à “vida cotidiana do idoso”. Observou que as representações de cada sujeito são, no geral ambivalentes, evidenciando-se, contudo representações de natureza negativa. Concluiu que podem expressar as contradições de nossa sociedade em relação ao idoso, depreciado e enaltecido, sugerindo, no entanto, a prevalência da visão desabonadora.

Essa ambivalência pode ser percebida na grande gama de termos com os quais se designa as pessoas que já viveram mais tempo: velho, adulto maduro, idoso, terceira idade, melhor idade, entre outros tantos com conotação positiva ou negativa. Essa variedade de termos viria atender à necessidade de mascarar o preconceito em relação à velhice e tentar negar a realidade. Neri e Freire (2000) adotam o termo “*velho*” ou “*idoso*” para designar as pessoas idosas; “*velhice*” para a última fase do ciclo vital e “*envelhecimento*” para o processo de mudanças físicas, psicológicas e sociais que se tornam mais perceptíveis a partir dos 45 anos. Este último entendido como um processo que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, aumento da vulnerabilidade, acúmulo de perdas evolutivas e aumento da probabilidade de morte, guardadas as diferenças individuais e de grupos etários e ainda dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sócio-

histórica e psicológica (Neri, 2001a). Ponte (1996) estende a aplicação do termo envelhecimento, afirmando que, desde o nascimento até a morte, este é o processo pelo qual todos passamos, em qualquer idade. Refere ainda, que na língua francesa, por exemplo, a palavra *vieillessement* começa com *vie*, sugerindo que o envelhecer tem início, portanto, com a própria vida. Neste trabalho, adota-se a terminologia utilizada por Neri e Freire (2000) com uma modificação. Por se entender que a palavra ‘velho’ ainda tem conotação muito mais negativa em nossa sociedade, optou-se pela expressão ‘pessoa idosa’.

Apesar das dificuldades que se apresentam na pesquisa sobre o envelhecimento, a começar pela nomeação do objeto de estudo, definiu-se padrões nesse processo, cujos critérios combinam longevidade, presença de patologias e conservação de mecanismos adaptativos do organismo (Neri, 2001a). Blazer (1998) distingue dois padrões fundamentais: o envelhecimento primário ou senescência e o secundário ou senilidade. Birren, Schaie e Schroots (1996, apud Neri, 2001a) descrevem ainda o terciário ou terminal. O envelhecimento primário (senescência) refere-se ao processo biológico enraizado na hereditariedade do organismo. Produz uma alteração inevitável, prejudicial, relacionada ao tempo e independente de causas externas. O secundário (senilidade) refere-se aos defeitos e incapacidades decorrentes, primordialmente, de fatores ambientais. O terciário (terminal) é caracterizado por grande aumento das perdas físicas e cognitivas, num período relativamente curto, ao cabo do qual a pessoa morre.

Desenvolvimento, envelhecimento e adaptação

O conceito de adaptação é especialmente importante quando se trata do estudo de pessoas idosas, principalmente devido às perdas vividas, as quais mobilizam um grande esforço adaptativo por parte do sujeito: o crescimento dos filhos, a aposentadoria, a morte de entes queridos, as doenças mais ou menos incapacitantes, provocam mudanças na configuração adaptativa da pessoa e requerem certa plasticidade comportamental e emocional a fim de que haja um ajustamento ótimo às novas condições de vida.

Entretanto, Neri (2001a) aponta que a metáfora crescimento, culminância e contração que perpassa diversas teorias em psicologia, hoje é considerada insuficiente para explicar a complexidade do processo de desenvolvimento. Estudos psicológicos e sociológicos sobre a vida adulta e velhice a partir de meados dos anos 60 mostraram que o

crescimento e a decadência não são processos mutuamente excludentes e as pessoas não se desenvolvem, atingem um apogeu e depois perdem todas as capacidades e competências num mesmo tempo e de uma mesma maneira.

É uma mudança radical de ponto de vista que traz grandes conseqüências ao estudo do envelhecimento, principalmente no que diz respeito aos determinantes do envelhecimento bem-sucedido.

Paul Baltes (1987, apud Neri, 2001a) desenvolveu a perspectiva *life-span* em psicologia, em que desenvolvimento e envelhecimento passaram a ser vistos como processos adaptativos dependentes da interação de fatores genético-biológicos e sócio-culturais. São tratados como eventos correlatos, presentes ao longo de todo curso de vida e comportando uma tensão constante entre ganhos e perdas. Admite, entretanto, a existência de maior probabilidade de alterações evolutivas comumente identificadas como ganhos, na infância, e como perdas na velhice.

Baltes e Baltes (1990/1993) propuseram, por conseguinte, um modelo psicológico do envelhecimento bem-sucedido, baseado na premissa de que o desenvolvimento individual (incluindo o envelhecimento) é um processo envolvendo três componentes adaptativos: *Seleção, Otimização e Compensação* (SOC). Em resumo, os autores propõem que a pessoa que envelhece bem faz uma *seleção* de metas e domínios funcionais em sua vida, em decorrência da limitação de recursos como tempo e energia; aloca e refina seus recursos internos e externos a fim de obter os mais altos níveis de funcionamento nos domínios selecionados, obtendo com isto uma *otimização*, tanto quantitativa quanto qualitativa e substitui processos (*compensação*) necessários para fazer frente às perdas funcionais decorrentes do envelhecimento e alcançar os objetivos selecionados.

Freund e Baltes (1998) conduziram pesquisa sobre a correlação entre o modelo SOC e alguns indicadores de envelhecimento bem-sucedido – satisfação com seu próprio envelhecimento, emoções positivas e ausência de sentimentos de solidão. Os participantes foram 206 “sobreviventes”⁵ de um estudo longitudinal chamado *Berlin Aging Study (BASE)* conduzido por Baltes e Smith em 1997 que contou, inicialmente, com 516 participantes, no total. Concluíram que há forte correlação positiva entre a utilização dos três componentes de SOC e os três indicadores de envelhecimento bem-sucedido. Afirmam

⁵ Aspas dos autores. São chamados de *sobreviventes* os membros de um grupo que se mantiveram vivos depois de um determinado ponto (Stuart-Hamilton, 2002).

que a otimização seletiva com compensação (SOC) pode ser entendida como um processo integrativo de competência adaptativa.

Estudos sobre estresse e adaptação de pessoas idosas indicam também que, à medida que a natureza dos eventos estressores muda, os idosos mudam as estratégias de enfrentamento, havendo, no entanto, pequenas diferenças entre o repertório de estratégias de um adulto em relação ao do idoso com funções cognitivas intactas (Costa Jr., Zonderman & McCrae, 1991).

Vasconcelos (1992) realizou levantamento de algumas características da readaptação psicossocial dos sobreviventes da bomba atômica em Hiroshima em amostra de 31 sujeitos. Os dados sobre a readaptação psicológica (entendida como redução de ansiedade, desempenho de funções comportamentais e cognitivas a níveis equivalentes aos anteriores ao evento conturbador) foram obtidos através de auto-avaliação. Os resultados mostraram que 65% dos sujeitos consideraram-se readaptados psicologicamente durante um período de quinze anos após a explosão. Os eventos que “forçaram”⁶ a adaptação foram o cuidado com a família (cônjuges, pais, filhos e /ou netos), o retorno ao trabalho e aos estudos e estes eventos terem ocorrido durante o período de reconstrução da cidade (o mais importante). A maioria das pessoas (61%) relatou ter mantido relacionamentos de amizade, assim como ter feito novos amigos e 74% relataram ocorrência de casamento em suas famílias. Os dados demonstraram grande readaptação por parte dos sujeitos. Entretanto, a autora relaciona-os às características culturais japonesas: homogeneidade do povo, disciplina, respeito pela hierarquia e ênfase no grupo ao invés de no indivíduo.

Adrados (1987), em pesquisa sobre o método Rorschach como instrumento de estudo da terceira idade, avaliou, no Brasil, 200 sujeitos, dos quais 100 institucionalizados e 100 não-institucionalizados, sendo que dois itens estudados foram os mecanismos de adaptação e as defesas no processo de envelhecimento psicológico. Em relação aos primeiros, os homens recolhidos em instituições geriátricas mostraram sentirem-se mais cômodos refugiando-se em sua vida interior, pois a gratificação assim obtida pareceu ser-lhes suficiente, já que a dependência afetiva nesse grupo era mínima. Nas mulheres a autora encontrou maior flexibilidade e maior necessidade de estabelecer contato.

⁶ Aspas da própria autora.

Qualidade de vida

O conhecimento do envelhecimento bem-sucedido, ou competente, do ponto de vista adaptativo, está atrelado à busca da identificação e promoção de condições que permitam sua ocorrência e estas questões dizem respeito, no âmbito desta pesquisa, aos determinantes da qualidade de vida na velhice.

A qualidade de vida foi introduzida como objeto de estudo, delineando-se como uma nova dimensão a ser considerada na avaliação de resultados dos tratamentos de saúde, de um modo geral, ao lado dos parâmetros tradicionalmente utilizados como o controle de sintomas, índices de mortalidade e aumento da expectativa de vida (Kimura, 1999). O tratamento e cura deixaram de ser as únicas metas e a qualidade da vida da pessoa que teve anos aumentados tornou-se relevante, principalmente quando se tratam de pessoas idosas.

O grupo de Qualidade de Vida da OMS definiu qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994, apud Fleck e cols., 1999).

Neri (2001b, p.162) define qualidade de vida como um constructo multidimensional e sua avaliação tendo como referência “*critérios biológicos, sociais e psicológicos aplicados às relações atuais, passadas e prospectivas de indivíduos, grupos humanos e sociedades com o ambiente físico e social. São levados em conta, também, os valores individuais e sociais a respeito do que é normal e do que é tido como desejável ou ideal quanto ao bem-estar subjetivo e objetivo*”.

Para Ferrans (apud Kimura, 1999) a essência da qualidade de vida baseia-se na experiência de vida de cada pessoa e só a ela cabe julgá-la, de acordo com seus valores e preferências.

Diener e Suh (1998, apud Neri, 2001b), em revisão de literatura sobre a ocorrência de bem-estar subjetivo em homens e mulheres idosos e não idosos apontam, dentre outros resultados, que: o bem-estar subjetivo não declina com a idade, apesar do declínio de recursos como saúde, *status* conjugal e renda; adultos jovens avaliam mais negativamente sua qualidade de vida que os idosos; pessoas idosas têm um nível de aspiração mais baixo que os mais jovens, porque estão preparados para não esperar tanto da vida; pessoas idosas ajustam mais as metas aos recursos e competências e assim esperam menos realizações e prazer que os jovens; a restrição das experiências emocionais na velhice é um mecanismo

adaptativo, uma vez que os idosos já não são capazes de responder intensamente às situações que os afetam.

A avaliação da qualidade de vida pode estar fundamentada em conceitos mais amplos, sobre os quais se construíram instrumentos genéricos, como o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers, traduzido e adaptado para o português por Kimura (1999), o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-100 (Fleck e cols., 1999), o Inventário de Qualidade de Vida (Lipp, 1996).

Além destes instrumentos que avaliam diferentes domínios da vida da pessoa, há outros que têm aplicação estrita e que avaliam aspectos do estado de saúde da pessoa que são próprios de cada área de interesse, como o *American Rheumatism Association (ARA) functional class* de Steinbrocker, Traeger e Batterman (Falcão, 1999), que avalia a qualidade de vida de pessoas com reumatismo.

Há também os que avaliam qualidade de vida como a qualidade da saúde geral, como, por exemplo, o SF-36 (Savonitti, 2000).

Portanto, dependendo dos objetivos da pesquisa, se uma avaliação mais ampla ou estrita, pode-se optar por diferentes tipos de instrumento.

Savonitti (2000), por exemplo, realizou pesquisa sobre a qualidade de vida de 60 idosos brasileiros institucionalizados, com idade média de 73,1 anos. Teve como um dos objetivos identificar as características sócio-demográficas e clínicas da amostra e correlacioná-las com a qualidade de vida quanto aos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. O instrumento utilizado foi o *Medical Outcomes Study 36-item short-version health survey* (SF-36), um questionário de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. Concluiu que apenas a situação conjugal apresentou influência significativa sobre o estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental e que o grau de dependência dos idosos foi estatisticamente significativo no domínio capacidade funcional.

Como uma medida de critério externo, compatível com a avaliação da eficácia da adaptação, optou-se, nesta pesquisa, pela utilização de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida, e que fosse fundamentado sobre conceito multidimensional e amplo. Apresentou-se como a opção mais próxima aos objetivos deste trabalho, o IQV de Ferrans

e Powers (Kimura, 1999), que foi traduzido e adaptado para o português em amostra que incluía pessoas idosas, sendo, portanto, possível sua aplicação neste estudo.

O IQV de Ferrans e Powers destina-se a medir a qualidade de vida das pessoas, tanto sadias como aquelas com algum tipo de doença. Foi publicado pela primeira vez em 1985 e traduzido para 11 idiomas. A tradução e adaptação para o português e sua validação no Brasil foram realizadas por Kimura (1999) em uma amostra de 52 pacientes egressos da Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital Universitário da USP, com idade média, em anos, de 60,6.

Tem como pressuposto que os próprios sujeitos devem e podem definir o que representa qualidade de vida para eles. A essência da qualidade de vida estaria fundada na experiência de vida de cada pessoa, cabendo a ela julgá-la de acordo com seus valores e preferências. Portanto, resultaria da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para a própria pessoa (Ferrans, 1990).

É composto de duas partes: a primeira avalia o grau de *satisfação* com relação aos itens componentes e a segunda mede a *importância* atribuída aos mesmos. São os mesmos 34 itens em cada parte, aos quais o respondente atribui pontos, variando de 1 a 6. Na primeira parte (satisfação), a escala vai de *muito insatisfeito* a *muito satisfeito* e na segunda (importância), de *sem nenhuma importância* a *muito importante*.

Os itens estão distribuídos em 4 domínios: saúde/funcionamento, sócio-econômico, psicológico/espiritual e família. Estão apresentados a seguir, os aspectos avaliados em cada item, agrupados em relação ao domínio a que pertencem. Cada item da primeira parte do instrumento corresponde ao mesmo na segunda.

Domínios e itens:

Saúde/Funcionamento: 1. Saúde; 2. Assistência à saúde; 3. Dor; 4. Energia; 5. Independência Física; 6. Controle sobre sua própria vida; 7. Vida longa; 12. Vida sexual; 15. Responsabilidades familiares; 16. Ser útil às pessoas; 17. Estresses e preocupações; 25. Atividade de lazer; 26. Disposição para passear; 27. Possibilidade de velhice feliz.

Sócio-econômico: 13. Amigos; 14. Apoio das pessoas; 18. Lar; 19. Vizinhaça; 20. Nível sócio-econômico; 21. Trabalho; 22. Não ter trabalho; 23. Escolaridade; 24. Independência financeira.

Psicológico/Espiritual: 28. Paz de espírito; 29. Fé em Deus; 30. Objetivos pessoais; 31. Felicidade; 32. Satisfação com a vida; 33. Aparência pessoal; 34. Consigo próprio (*self*).

Família: 8. Saúde da família; 9. Filhos; 10. Felicidade da família; 11. Cônjuge.

No estudo de Kimura (1999), o IQV foi aplicado por meio de entrevista, pela própria pesquisadora. O entrevistado fazia uma avaliação inicial, dizendo se estava satisfeito ou insatisfeito com o item em questão e, a seguir, ponderava em cada caso (satisfação ou insatisfação), o grau que melhor correspondia à sua condição: muito, moderadamente ou pouco. Os itens relativos à importância foram respondidos da mesma maneira.

O estudo brasileiro indicou a necessidade de excluir 7 itens que se mostraram inconsistentes, resultando em uma escala de 27 itens em cada parte, com os seguintes valores α : 0,76 = IQVTotal; 0,88 = Saúde/funcionamento; 0,71 = Sócio-econômico; 0,84 = Psicológico/espiritual e 0,65 = Família. Foram observadas correlações estatisticamente significantes entre o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e o IQVTotal ($r = -0,720$, $p=0,00$) e entre o IDB e o domínio Saúde/funcionamento ($r = -0,768$, $p=0,00$). As médias obtidas pelos sujeitos no IQV Total e em cada domínio variaram entre 21 e 27, com a média mais baixa e o desvio-padrão mais alto para o domínio saúde e funcionamento.

Os itens inconsistentes a serem excluídos seriam: o domínio Saúde/Funcionamento perderia a contribuição do item 12: *Sua vida sexual*; o domínio Sócio-econômico perderia os itens 21: *Seu trabalho*; 22: *O fato de não ter trabalho* e 23: *Sua escolaridade*; o domínio Psicológico/espiritual perderia o item 33: *Sua aparência pessoal* e o domínio Família perderia os itens 8: *A Saúde de sua família* e 11: *Seu relacionamento com o esposo/companheiro*. No entanto, a própria autora considera que as inconsistências encontradas podem estar relacionadas a características da amostra estudada (pacientes egressos de Unidade de Terapia Intensiva). Em virtude destas considerações e das características da amostra do presente estudo estarem mais perto do que se consideraria idosos saudáveis, sem grandes afecções que comprometam suas atividades diárias de lazer, estudos, convivência social, utilizou-se a versão completa do IQV.

No Brasil têm sido realizadas pesquisas que envolvem a avaliação de qualidade de vida de pessoas idosas, como por exemplo, as de Kimura (1999); Moreira (2000); Rosa (1999); Gonçalves, Dias e De Liz (1999).

Gonçalves, Dias e De Liz (1999) conduziram pesquisa exploratória-descritiva sobre a qualidade de vida de idosos freqüentadores de uma universidade aberta da terceira idade (N= 75) por meio da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF). Os resultados indicaram que os idosos, à exceção de um, responderam estar satisfeitos em todos os itens das dimensões contempladas: bem-estar físico e material, relações com as pessoas, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal e realização e recreação. A dimensão bem-estar físico e material teve seus itens com respostas que caracterizam a pontuação mais baixa de satisfação, levando à inferência de que poderiam ter refletido as suas preocupações de perda de qualidade de vida e uma perspectiva possível de deterioração da saúde.

Já, Moreira (2000) discutiu algumas relações existentes entre trabalho e qualidade de vida na velhice. Partiu da suposição de um ponto ambivalente: o de que o trabalho tanto pode ser uma fonte de aumento da qualidade de vida (por proporcionar ao idoso atividade, tanto física quanto intelectual), como ser agravante da qualidade de vida (porque quanto piores, mais dilapidadores e degradantes as condições de trabalho, pior a qualidade de vida do trabalhador na terceira idade). Utilizou entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores aposentados do sexo masculino. Os resultados indicaram que o trabalho pode ser um elemento importante para gerar qualidade de vida, desde que esteja associado ao prazer. A autora apontou para outros três elementos propiciadores de qualidade de vida na terceira idade, como alternativas ao trabalho formal: os grupos que visam ao bem-estar dos idosos, os programas preparatórios para a aposentadoria e os projetos futuros de vida.

Rosa (1999) em pesquisa sobre os determinantes da capacidade funcional em 1602 pessoas idosas residentes no Distrito de São Paulo, partiu do pressuposto de que o conceito de capacidade funcional é um importante componente da qualidade de vida, capaz de refletir a condição geral do idoso, podendo ser utilizado como indicador de envelhecimento bem-sucedido. Avaliou a capacidade funcional através de escala combinada de atividades da vida diária pessoais (AVDP) e atividades da vida diária instrumentais (AVDI). Estudou dois tipos de incapacidades: dependência leve e dependência moderada. As variáveis foram hierarquicamente agrupadas em características socioeconômicas, sociodemográficas, relativas à saúde, de relações sociais e de avaliação subjetiva da saúde, aplicando regressão logística múltipla. Obteve os seguintes resultados: as características que se associaram com a dependência leve (dificuldade /incapacidade em

1-3 Atividades da Vida Diária – AVD) e também com a moderada (dificuldade/incapacidade em mais de 4 AVD) foram: analfabetismo, ser aposentado, ser pensionista, ser dona de casa, não ser proprietário da sua moradia, ter mais de 65 anos, ter habitação multigeracional, ter sido internado nos últimos 6 meses, ter problemas de depressão e não visitar amigos. Associaram-se somente com dependência leve: ser mulher, ter problemas de audição, ter hipertensão, não receber visitas e não ter gosto para o trabalho. Somente com dependência moderada: ter problemas de visão, ter história de derrame, não visitar parentes, ter avaliação pessimista da sua saúde ao comparar com seus pares.

A qualidade de vida, tão desejada, ainda não parece ser um conceito sobre o qual a comunidade científica obteve consenso. Os esforços do grupo de estudos em qualidade de vida da OMS -WHOQOL Group – indicam uma direção para a qual as pesquisas mundiais devem convergir no futuro. Espera-se que, em breve, sejam publicados estudos brasileiros envolvendo amostras de pessoas idosas.

Depressão

Se por um lado, o envelhecimento bem-sucedido fornece alguns parâmetros da competência adaptativa da pessoa, a presença de transtorno mental, especificamente da depressão pode fornecê-los quanto à ineficácia do processo adaptativo em termos de resultado.

Segundo Simon (2000b), conforme o sistema diagnóstico da adaptação, a depressão seria o resultado de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas, sendo o aumento de soluções pouco adequadas diretamente proporcional ao aumento da depressão.

O relatório sobre a saúde mental da Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 2001) enfatiza a importância do cuidado com a saúde mental para a manutenção da qualidade de vida das pessoas. Em primeiro lugar, por ser essencial para o bem-estar geral e segundo, pela alta prevalência de determinados transtornos mentais que podem tornar-se crônicos e causar incapacidades. A relevância da saúde mental é reconhecida pela OMS e refletida em sua definição de saúde, a qual aspira a um estado de completo bem-estar físico e mental. A OMS estima que existam cerca de 450 milhões de pessoas sofrendo de transtornos mentais ou de comportamento e, que apenas uma pequena minoria receba tratamento, principalmente nos países em desenvolvimento, onde este cenário é mais

grave, sendo deixada à maioria das pessoas a tarefa de lidarem sozinhas com a depressão, a demência, esquizofrenia e dependência de substâncias, por exemplo.

No Brasil, Ramos e cols. (1998) levantaram o perfil de 1667 pessoas idosas residentes em São Paulo e encontraram uma população constituída, em sua maioria de mulheres, viúvas, vivendo em domicílios multigeracionais e com alta prevalência de doenças crônicas, distúrbios psiquiátricos e incapacidades físicas.

Veras, Coutinho e Coeli (1997), em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, mostraram a associação entre variáveis sócio-demográficas e a ocorrência da demência e da depressão em pessoas idosas e realizaram estudo sobre as internações hospitalares por transtornos mentais. Os resultados indicaram que as demências apresentam importância crescente enquanto causa de internação com o avançar da idade. Apesar da depressão não ter se destacado no período estudado, os autores apontaram para a necessidade de não se minimizar sua importância na razão das internações hospitalares, em virtude da possibilidade de estar ‘mascarada’, por exemplo, por problemas de saúde física.

A depressão caracteriza-se pelo humor depressivo, redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades antes consideradas agradáveis, fadiga ou sensação de perda de energia, diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou tomar decisões, além de sintomas fisiológicos relativos ao sono, apetite e interesse sexual e alterações observáveis de comportamento como: retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas, retardo psicomotor e lentificação generalizada ou agitação psicomotora (Del Porto, 2000).

A depressão nas pessoas idosas constitui-se num problema de saúde importante pela frequência com que as acomete. É o segundo maior problema mental mais prevalente no mundo, segundo relatório da OMS (2001), sendo comum entre idosos. Estima-se que entre 8 a 20% das pessoas que recebem atenção na comunidade e 37% dos que recebem atendimento no nível primário sofram depressão. Observação importante contida no relatório é de que a depressão em pessoas idosas deixa de ser detectada mais frequentemente do que entre adultos jovens, por ser, muitas vezes, erroneamente considerada como parte do envelhecimento.

Quando se compara a depressão em diferentes idades, as taxas diminuem com a idade. A meia-idade tem sido descrita como uma fase de crise pessoal para os homens com

relação à carreira profissional e para as mulheres pela saída dos filhos de casa e pela menopausa (Nolen-Hoeksema, 1994).

Estudo longitudinal sobre as diferenças de gênero quanto aos sintomas depressivos dos 50 aos 80 anos de idade revelou mais altos escores de sintomas depressivos em mulheres com idades entre 50 e 60 anos (imediatamente anterior à entrada na velhice), do que em homens, mas não aos 80. Os homens mostraram um aumento de sintomas dos 60 aos 80 anos, mas não as mulheres. A presença de sintomas somáticos aumentou com a idade para homens e mulheres (Barefoot e cols., 2001).

Almeida, Garrido e Tamai (1998) realizaram estudo que descreveu as características clínicas e sócio-demográficas de 124 pessoas idosas atendidas na Unidade para Idosos do Departamento de Saúde da Santa Casa de São Paulo. A idade média foi de 70,44 anos, sendo 75% do sexo feminino e 21% analfabetos, com renda *per capita* média de 5,16 salários mínimos. Depressão foi o diagnóstico mais freqüente (41,9%), seguido de demência (24,2%).

Laks e Marinho (1997) descrevendo os objetivos, casuística e as características do atendimento de 219 pessoas idosas no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, obtiveram como diagnósticos mais freqüentes a Síndrome Demencial (37%), seguida da Síndrome Depressiva (36%).

Para avaliação da depressão, dispõe-se, no Brasil, da Escala de Depressão em Geriatria – *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) (Yesavage & cols., 1983), a qual foi traduzida para o português por Almeida e Almeida (1999). Foi desenvolvida para detectar depressão em pessoas idosas, a partir da constatação de seus autores de que as escalas existentes até então (*Hamilton Rating Scale for Depression* (HRS-D); *Zung Self-Rating Depression Scale* (SDS); *Beck Depression Inventory* (BDI); *Phenomena of Depression Scale*; *Grading Scale for Depressive Reactions*; *Psychiatric Judgement of Depression Scale*, *NIMH Collaborative Depression GDS*; *SAD-GLAD*; *Verdum Depression Rating Scale*; *CES-D*; *SCL-90 Profile of Mood States*; *MMPI Depression Scale*) haviam sido desenvolvidas e validadas para populações mais jovens e sua aplicação a pessoas idosas não havia sido demonstrada (Yesavage & cols., 1983). É um dos instrumentos mais freqüentemente utilizados para detectar a depressão no idoso, oferecendo medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos (Almeida & Almeida, 1999).

Além disto, os autores constataram que a depressão em pessoas idosas tem especificidades, que representaram, por um lado, problemas a serem enfrentados e por outro, a possibilidade de se delinear uma escala mais apropriada a essa população. Algumas destas especificidades apontadas pelos autores foram: a existência de alguns sintomas comuns à demência e depressão, como retardo psicomotor, dificuldades de memória; a valorização dos sintomas somáticos no diagnóstico da depressão, os quais são muito comuns em pessoas mais jovens e pouco úteis no diagnóstico de pessoas mais velhas. Apesar das queixas somáticas serem preponderantes na depressão maior, não são nos casos intermediários e, portanto, os autores optaram por levar em consideração, além dos sintomas somáticos, principalmente, os sintomas psicológicos. Consideraram também a maior resistência por parte das pessoas idosas à avaliação psiquiátrica em relação aos jovens, colocando o examinando, frequentemente, em posição defensiva.

A GDS foi delineada para evitar a maioria dos problemas acima mencionados, tendo em vista a população-alvo e o desempenho dos itens nesta população. As questões abrangem tópicos relevantes como: queixas somáticas, queixas cognitivas, motivação, orientação passado/futuro, auto-imagem, perdas, agitação, traços obsessivos e o humor, propriamente dito.

O formato utilizado foi o de SIM/NÃO, com o objetivo de tornar a escala simples para ser auto-aplicada e bem aceita tanto pelo paciente quanto pelo médico. Além disto, as questões foram elaboradas para não assustar os pacientes ou colocá-los em posição defensiva.

O objetivo primário da escala não é fazer um diagnóstico formal ou descritivo, mas poder fazer uma triagem, avaliando a presença ou ausência de depressão em seus diferentes graus, em pessoas idosas (Yesavage & cols., 1983).

A versão original contém 30 questões e as versões reduzidas da GDS têm 1 (GDS-1), 4 (GDS-4), 10 (GDS-10), 15 (GDS-15) e 20 (GDS-20) questões. As versões reduzidas vêm sendo utilizadas de forma cada vez mais freqüente na prática clínica, já que o tempo gasto com sua aplicação é bastante reduzido em relação à forma completa (Almeida & Almeida, 1999).

A GDS-15 foi validada por Almeida e Almeida (1999), que também realizaram um estudo de confiabilidade de teste-reteste. Na versão em português da GDS-15, as questões

foram lidas em voz alta, durante entrevista, para que pessoas não-alfabetizadas pudessem ser incluídas no estudo (Almeida & Almeida, 1999).

O ponto de corte é de 5 pontos para não-caso e de 6 pontos para caso de episódio depressivo maior, de acordo com os critérios da CID-10, tendo produzido índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% (Almeida & Almeida, 1999).

No episódio depressivo maior, segundo a Classificação Internacional das Doenças CID-10 (OMS, 1993), o paciente apresenta três sintomas típicos: humor deprimido, perda de interesse e prazer, e energia reduzida levando à fadiga aumentada e atividade diminuída, além de quatro destes outros sintomas mais comuns: cansaço marcante após esforços leves, concentração e atenção reduzidos, auto-estima e auto-confiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado, apetite diminuído, sendo alguns deles, de intensidade grave. O episódio dura, aproximadamente, duas semanas e é improvável que a pessoa seja capaz de continuar com suas atividades sociais, produtivas ou domésticas, exceto em extensão limitada. Este diagnóstico cabe para episódio único de depressão grave sem sintomas psicóticos.

O estudo de tradução, adaptação, confiabilidade e validade da GDS-15 foi realizado com 51 pessoas, de 60 anos ou mais de idade, atendidas no ambulatório da Unidade de Idosos do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo. Todas preenchem critérios para diagnóstico de transtorno depressivo (em remissão ou atual) de acordo com a CID-10 e apresentavam escores maiores que 10 no Mini-Exame de Estado Mental (MMPI). Foram avaliadas 2 vezes com a GDS-15, com intervalo variando entre 48 a 72 horas. Os escores totais da GDS-15 mantiveram-se estáveis durante o reteste, conforme indicado pelos testes de *Wilcoxon* ($z=1,60$; $p=0,109$), correlação de *Spearman* ($r_s=0,86$; $p<0,001$) e *kappa* ponderado ($\kappa=0,64$). A validade concorrente com a *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) foi significativa ($r_s=0,82$) para ambas. A avaliação de consistência interna da escala revelou índice α de Cronbach de 0,81. Os resultados indicaram que a GDS-15 oferece medidas válidas e confiáveis para detecção da depressão em idosos (Almeida & Almeida, 1999).

Kimura (1999) observou correlações negativas e estatisticamente significantes entre o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o IQVTotal ($r=-0,720, p=0,00$) e o domínio Saúde e Funcionamento ($r=-0,768, p=0,000$). Fleck e cols. (1999) obtiveram

associação entre o BDI e o WHOQOL-100, indicando que a uma melhor qualidade de vida corresponde um menor escore na medida de depressão, sendo o domínio psicológico da qualidade de vida o que apresentou coeficiente mais alto em relação ao BDI ($r=0,70$).

Por ser muito rápida a transição demográfica, é necessário que se amplie o conhecimento sobre o envelhecimento, ao mesmo tempo em que medidas de avaliação são testadas, para verificação de sua validade e confiabilidade, e programas de promoção da saúde e prevenção implementados, na busca de um atendimento que faça frente às novas demandas decorrentes do aumento do tempo de vida do indivíduo (Paschoal,1996), dando-lhe condições para desfrutá-lo com dignidade (Berquó, 1999).

Considera-se oportuno investigar as qualidades psicométricas da EDAO-R para a população idosa, uma vez que esta escala já se mostrou válida e precisa quando aplicada a populações mais jovens e pela vitalidade que tem demonstrado ao ser aplicada em diferentes contextos.

Neste sentido foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivos

O objetivo geral da pesquisa foi o estudo da precisão e da validade convergente da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada- Redefinida (EDAO-R), de Ryad Simon (1997; 1998), para pessoas idosas.

Os objetivos específicos foram:

1. Verificar a distribuição da amostra segundo a EDAO-R e setores, do IQV e domínios e da GDS-15;
2. Estimar a associação entre eficácia adaptativa em idosos e os seguintes dados sócio-demográficos: a. idade; b. sexo; c. nível sócio-econômico; d. estado civil; e. religião; f. condição ocupacional: empregado, desempregado, aposentado; g. moradia: própria, alugada, de terceiros (filhos ou outros parentes); h. arranjo familiar.
3. Estimar a precisão entre juízes.
4. Estimar a validade convergente da EDAO-R, utilizando o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers, traduzido e validado no Brasil (Kimura, 1999) como critério externo;

5. Estimar a validade discriminante da EDAO-R, utilizando a Escala de Depressão em Geriatria – *Geriatric Depression Scale* - (GDS-15), traduzida e validada no Brasil (Almeida & Almeida, 1999) como critério externo;
6. Estimar a validade convergente entre o Índice de Qualidade de Vida, medido pelo IQV e o Índice de Depressão, medido pela GDS-15.

Método

“De manhã eu levanto cedo. Acordo cinco e meia da manhã... limpo minha casa. Então, às sete estou pronta para ir prá yoga. Tô começando a te contar da segunda-feira, a te contar minha vida.”

Sra. Heloísa, 75 anos

Caracterização do ambiente

A coleta de dados foi realizada em um Centro de Convivência da Terceira Idade e em uma Universidade Aberta à Terceira Idade situados na cidade de São Paulo.

O Centro de Convivência está aberto ao público, de segunda à sexta-feira, das 9:00h às 17:00h. Oferece atividades dirigidas, como trabalhos manuais (bordado, tapeçaria, flores de meia de seda, pintura em tecido), atividades de recreação (jogos recreativos, bingo, jogo de cartas) e atividades físicas (*yoga*, alongamento, ginástica, dança de salão). Todas voltadas às pessoas inscritas no Centro de Convivência. Há, ainda, um baile mensal, aberto ao público da terceira idade, em geral. Os bailes são os encontros mais concorridos, realizados sempre em uma sexta-feira, no período vespertino. Seus funcionários são municipais, é dirigido por uma psicóloga e as atividades são ministradas tanto por voluntários como por funcionários municipais.

Para freqüentar o espaço do Centro de Convivência não há obrigatoriedade de participação nas atividades oferecidas. As pessoas podem ir ao local para encontrar amigos e conversarem após a caminhada pelo bosque que o circunda, ou ainda, ler um livro na biblioteca. A única exigência para inscrição é ter, no mínimo, 50 anos de idade e todas as atividades são gratuitas.

Já, a Universidade oferece cursos livres, dirigidos ao público da terceira idade. Esta Instituição de Ensino Superior, privada, teve o primeiro curso voltado à terceira idade criado em 1998. Era um curso de informática, que surgiu em convênio com o Centro de Convivência e atendia, prioritariamente, seus frequentadores. Com o tempo, as inscrições foram abertas à comunidade em geral e o leque de cursos, ampliado. Semestralmente, oferece cursos livres de informática, inglês, espanhol, desenho e pintura em tela, no período vespertino, das 13:00h às 17:00h, de segunda à quinta-feira.

Os professores são, preferencialmente, alunos da própria Universidade que cumprem estágio obrigatório de seus respectivos cursos e recebem bolsa de estudos. Os cursos são independentes e é cobrada uma taxa mensal simbólica, a qual permite que o aluno da terceira idade faça quantos cursos quiser, de acordo com sua disponibilidade de tempo e dinheiro.

Tanto o Centro de Convivência quanto a Universidade tornaram-se pontos de referência para a comunidade local pelos serviços prestados. E, nos últimos anos, também ao público da terceira idade.

Participantes

Foram entrevistadas 80 pessoas, 32 (40%) frequentadores do Centro de Convivência e 48 (60%) alunos da Universidade e o perfil da amostra está apresentado nas Tabelas 1 e 2. A amostra é composta por 68 mulheres (85%) e 12 homens (15%), sendo o sexo uma variável que influencia a distribuição dos resultados na amostra e será considerada na discussão dos resultados. Em face disto, os resultados são apresentados em função do sexo dos participantes.

Tabela 1. Caracterização da amostra em função do sexo dos participantes

	Mulheres	χ^2	Homens	χ^2	Total	χ^2
Instituição						
Centro de Convivência	29 (42,65%)	n.s.	3 (25%)	n.s.	32 (40%)	n.s.

Universidade	39 (57,35%)		9 (75%)		48 (60%)	
N	68 (100%)		12 (100%)			
Idade						
média (DP)	67,7 (5,48)		70,67 (7,16)		68,17 (5,77)	
Moda	68		62		68	
Mediana	67		71		68	
Variação	60 – 88		61-84		60 - 88	
60-64	23 (33,82%)	49,176***	3 (25%)	n.s.	26 (32,5%)	48,70***
65-69	24 (35,30%)		3 (25%)		27 (33,75%)	
70-74	14 (20,59%)		1 (8,33%)		15 (18,75%)	
75-79	5 (7,35%)		4 (33,33%)		9 (11,25%)	
80-84	1 (1,47%)		1 (8,33%)		2 (1,25%)	
85-89	1 (1,47%)		-		1 (1,25%)	
N	68 (100%)		12 (100%)		80 (100%)	
Estado Civil						
Casado ^a	25 (36,76%)	29,647***	9 (75%)	11,333*	34 (42,5%)	58,250***
Viúvo	31 (45,59%)		1 (8,3%)		32 (40%)	
Separado ^b	5 (7,35%)		2 (16,7%)		7 (8,75%)	
Solteiro	7 (10,3%)		-		7 (8,75%)	
N	68 (100%)					
Filhos						
com filhos	59 (86,76%)	67,00***	12 (100%)	n.s.	71 (88,75%)	78,625***
sem filhos	9 (11,25%)		-		9 (11,25%)	
Quantidade filhos						
Média (DP)	2,26 (1,61)		2 (1,08)		2,24 (1,53)	
Moda	2		2		2	
Mediana	2		2,08		2	
Variação	0 a 8		1 a 4		1 a 8	
Religião						
Católica	51 (62,2%)	58,088***	9 (75%)	9,500**	60 (75%)	67,300***
Outras ^c	16 (19,5%)		2 (16,7%)		18 (22,5%)	
não tem	1 (1,2%)		1 (8,3%)		2 (2,5%)	
N	68 (100%)					

*p<0,01

**p<0,001

***p<0,0001

^acasados e amasiados.^bseparados, divorciados e desquitados.^cecumênicos, espíritas kardecistas, cristãos, budistas e espiritualistas, todas com frequência menor que 5.^daposentado refere-se àquela pessoa que teve emprego formal e aposentou-se.^epensionista refere-se àquela pessoa recebe a aposentadoria do ex-marido, por ter sido dependente dele financeiramente.

Tabela 2. Caracterização da amostra em função do sexo dos participantes

	Mulheres	χ^2	Homens	χ^2	Total	χ^2
Condição ocupacional						
Aposentado ^d	37 (54,41%)	39,529***	12 (100%)	n.s.	49 (61,25%)	63,000***
Pensionista ^e	17 (25%)				17 (21,25%)	
Do lar	13 (19,12%)				13 (16,25%)	
Autônomo	1 (1,47%)				1 (1,25%)	
N	68 (100%)		12 (100%)		80 (100%)	
Profissão						
Do Lar	29 (42,65%)		-		29 (36,25%)	
Secretária	7 (10,29%)		-		7 (8,75%)	
Empregada doméstica	5 (7,35%)		-		5 (6,25%)	
Professora	5 (32,35%)		-		5 (6,25%)	
Contador ^f	-		2 (16,67%)		3 (3,75%)	
Outras	22 (32,35%)		10 (83,33%)		31 (38,75%)	
N	68 (100%)		12 (100%)		80 (100%)	
Moradia						
Própria	56 (82,35%)	73,618***	11 (91,7%)	8,333**	67 (83,75%)	91,675***
Alugada	7 (10,29%)		1 (8,3%)		8 (10%)	
Terceiros	5 (7,35%)		-		5 (6,25%)	
N	68 (100%)		12 (100%)		80 (100%)	
Arranjo familiar						
Sozinho	21 (30,88%)	42,118***	2 (16,67%)	9,500*	23 (28,75%)	56,000***
Cônjuge/companheiro	13 (19,12%)		9 (75%)		22 (27,5%)	
Filhos	11 (16,14%)		-		11 (13,75%)	
Cônjuge e filhos	9 (13,24%)		1 (8,33%)		10 (12,75%)	
Cônjuge, filhos e netos	4 (5,88%)		-		4 (5%)	
Filhos e netos	4 (5,88%)		-		4 (2,5%)	
Netos	4 (5,88%)		-		4 (5%)	
Irmãos	2 (2,94%)		-		2 (2,5%)	
N	68 (100%)		12 (100%)		80 (100%)	
Classe social						
A1	-	15,382**	-	n.s.	-	16,375**
A2	6 (8,82%)		2 (16,67%)		8 (10%)	
B1	12 (17,65%)		2 (16,67%)		14 (17,5%)	
B2	19 (27,94%)		6 (50%)		25 (31,3%)	
C	23 (33,82%)		1 (8,3%)		24 (30%)	
D	8 (11,76%)		1 (8,3%)		9 (11,25%)	
E	-		-		-	
N	68 (100%)		12 (100%)		80 (100%)	

* p<0,01

** p<0,005

*** p<0,0001

^fContador obteve a maior frequência entre as profissões dos homens. As demais tiveram frequência igual a 1.

O objetivo de se utilizar este tipo de amostra, foi o de buscar uma população não-clínica e o fato de estar freqüentando instituições facilita o acesso a estas pessoas.

Este critério naturalmente restringe o grau de generalidade dos resultados, já que esta amostra detém características específicas, possivelmente com importantes implicações sobre a qualidade da adaptação, qualidade de vida e depressão. No entanto, é sabido que nenhuma pesquisa detém um poder total de generalidade e que o processo de validação de qualquer instrumento passa, necessariamente, pela sua comprovação junto a diferentes estratos da população estudada. Estas limitações foram consideradas na interpretação dos resultados.

Medidas de avaliação

Questionário de dados pessoais

Este questionário (Anexo A) teve o objetivo de coletar informações pessoais, através das quais foi possível delinear o perfil sócio-demográfico da amostra.

Critério Brasil (Ibope, 2001)

Para classificação social da amostra, adotou-se o critério Brasil estabelecido pela Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEP) com a participação da Associação Brasileira de Mercado (Abipeme) e com base nos levantamentos sócio-econômicos de 1993 e 1997 (Ibope, 2001).

Este questionário (Anexo B) reflete o potencial de consumo do respondente e classifica-o em classes sociais. É composto por 9 itens e a pessoa deve assinalar a quantidade de cada um que possui em sua casa. Os itens são: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, geladeira e freezer. É solicitado, também, que a pessoa assinale qual o grau de instrução do chefe da família. Cada item assinalado, assim como o grau de instrução corresponde a uma determinada pontuação. Os pontos são somados e o total, por sua vez, corresponde a uma classe social (Tabela 3):

Tabela 3. Classificação social segundo o Critério Brasil

Classe	Total de Pontos
A1	30-34
A2	25-29
B1	21-24
B2	17-20
C	11-16
D	6-10
E	0-5

Fonte: Ibope, 2001

Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida - EDAO-R (Simon, 1997)

A partir do material coletado na entrevista clínica é realizada uma avaliação qualitativa da adaptação da pessoa em cada um dos 4 setores: Afetivo-Relacional (AR), Produtivo (Pr), Orgânico (Or) e Sócio-Cultural (SC). A adaptação é dada pelo grau de adequação do conjunto de respostas da pessoa em cada setor. Três são os tipos de adequação: adequado, pouco adequado e pouquíssimo adequado. O conjunto de respostas em cada setor é avaliado segundo três critérios: se solucionam o problema; se a solução proporciona satisfação; se a solução produz conflito intrapsíquico ou ambiental (Simon, 1997). Como resultado dessa operacionalização do conceito de adaptação, considera-se *respostas adequadas* (+++), aquelas que resolvem o problema (+), são satisfatórias (+) e não criam conflito intrapsíquico nem ambiental (+); *pouco adequadas* (++) aquelas que resolvem o problemas (+), mas apenas são satisfatórias (+) e criam conflito ou não são satisfatórias, embora não criem conflito (+); *pouquíssimo adequadas* (+) se resolvem ou problema (+), mas sem satisfação e com conflito. Cada sinal positivo (+) significa que a resposta atende ao requisito proposto.

Classificadas as respostas por setores, passa-se à ponderação apenas dos setores AR e Pr, sendo o AR mais fortemente avaliado (Simon, 1996a; 1996b; 1997; 1998). A pontuação correspondente aos graus de adequação segue na Tabela 4.

A soma dos pontos resulta em 5 grupos diagnósticos da adaptação possíveis (Tabela 5).

Quando há crise, essa designação segue a classificação principal. Por exemplo: Adaptação Ineficaz Leve, em crise. Como a ausência ou presença de crise não muda a classificação diagnóstica e, levando-se em consideração a baixa ocorrência da mesma (Simon, 1995), esta classificação torna-se dispensável para atender aos objetivos deste trabalho.

Tabela 4. Ponderação dos setores AR e Pr

Tipo de resposta	Pontos (Setor AR)	Pontos (Setor Pr)
Adequado	3	2
Pouco adequado	2	1
Pouquíssimo adequado	1	0,5

Fonte: Simon, 1997.

Tabela 5 – Classificação da adaptação em função do total de pontos e respectiva descrição clínica

Total de pontos	Classificação	Grupo	Descrição clínica
5	Adaptação eficaz	1	Personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos
4	Adaptação Ineficaz Leve	2	Sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições
3,5 ou 3	Adaptação Ineficaz Moderada	3	Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos
2,5 ou 2	Adaptação Ineficaz Severa	4	Sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos
1,5	Adaptação Ineficaz Grave	5	Neuroses incapacitantes, borderlines, psicóticos não-agudos. Extrema rigidez caracterológica

Fonte: Simon, 1997.

Para uma compreensão da eficácia adaptativa geral, leva-se em consideração também a qualidade da adaptação nos setores Sócio-Cultural (SC) e Orgânico (Or), mas sem ponderá-los.

Há uma folha de resumo diagnóstico (Anexo C), na qual podem ser transcritos os dados relevantes, a qualidade da adaptação (por setor), o diagnóstico simples (grupo a que pertence o sujeito) e o diagnóstico completo (especificação do grupo e adequação em cada setor).

Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQV) (Kimura, 1999)

É composto de duas partes: a primeira parte avalia o grau de *satisfação* com relação aos itens componentes e a segunda mede a *importância* atribuída aos mesmos. São os mesmos 34 itens em cada parte, aos quais o respondente atribui pontos, variando de 1 a 6. Na primeira parte (Satisfação), a escala vai de *muito insatisfeito* a *muito satisfeito* e na segunda (Importância), de *sem nenhuma importância* a *muito importante* (Anexo D).

Os itens estão distribuídos em 4 domínios: saúde/funcionamento, sócio-econômico, psicológico/espiritual e família.

Na aplicação, o respondente faz uma avaliação inicial, dizendo se está satisfeito ou insatisfeito com o item em questão e, a seguir, pondera em cada caso (satisfação ou insatisfação), o grau que melhor corresponde à sua condição: muito, moderadamente ou pouco. Os itens relativos à importância são respondidos da mesma maneira.

Para o cálculo dos resultados, a pontuação dos itens deve ser recodificada com a finalidade de centralizar o zero da escala. Isto é obtido subtraindo-se 3,5 das respostas a cada item de *satisfação*, resultando em pontuações de -2,5; -1,5; -0,5; +0,5; +1,5 e +2,5 para pontuações iniciais de 1, 2, 3, 4, 5, e 6, respectivamente. A seguir, estes escores são ponderados pelos seus correspondentes de *importância*, multiplicando-se o valor recodificado de cada item de *satisfação* pelo valor da resposta à *importância*. O escore total é calculado, somando-se os valores ponderados de todos os itens respondidos e dividindo-se pelo total de itens respondidos. Até este momento, a variação possível é de -15 a +15. Para eliminar pontuações negativas no escore final, soma-se 15 aos valores obtidos, resultando no escore total do IQV (IQV Total), que pode variar de 0 a 30. Os maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

Os passos para o cálculo dos escores de cada sub-escala (4 domínios) são exatamente os mesmos acima descritos, devendo-se apenas considerar o total de itens que compõem o domínio em questão. A variação possível do escore total de cada sub-escala é também de 0 a 30.

A fórmula adotada, seguindo as orientações acima é a seguinte:

$$\text{IQV} = (\text{SAT} \times \text{IMP}) \text{ de cada item} \div \text{n}^\circ \text{ de itens respondidos} + 15,$$

Onde SAT = valor recodificado de cada item de satisfação e

IMP = valor de cada item de importância (sem recodificar)

A escala não tem itens invertidos e nem pontos de corte. Os escores dos 4 domínios podem ser considerados de forma independente ou em conjunto.

O estudo de Kimura (1999) indicou a necessidade de excluir 7 itens, que se mostraram inconsistentes, resultando em uma escala de 27 itens em cada parte. Os itens inconsistentes a serem excluídos seriam: o domínio Saúde/Funcionamento perderia a contribuição do item 12: *Sua vida sexual*; o domínio Sócio-econômico perderia os itens 21: *Seu trabalho*; 22: *O fato de não ter trabalho* e 23: *Sua escolaridade*; o domínio Psicológico/espiritual perderia o item 33: *Sua aparência pessoal* e o domínio Família perderia os itens 8: *A Saúde de sua família* e 11: *Seu relacionamento com o esposo/companheiro*. Todavia, a própria autora considera que as inconsistências encontradas podem estar relacionadas a características da amostra estudada (pacientes egressos de Unidade de Terapia Intensiva).

A escolha do IQV atende à necessidade de se utilizar como critérios externos, medidas de avaliação que já contassem com estudos de precisão e validade com pessoas idosas.

Em virtude destas considerações e das características da amostra do presente estudo estarem mais perto do que se consideraria idosos saudáveis, sem grandes afecções que comprometam suas atividades diárias de lazer, estudos, convivência social, utilizou-se a versão completa do IQV. A análise dos resultados, entretanto, leva em consideração a influência da inclusão ou exclusão dos itens referidos.

Escala de Depressão em Geriatria – Geriatric Depression Scale (GDS-15)

(Almeida & Almeida, 1999)

A GDS-15 é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso, oferecendo medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos (Almeida & Almeida, 1999). Foi desenvolvida para detectar depressão em pessoas idosas, a partir da constatação de seus autores de que as escalas existentes até então haviam sido desenvolvidas e validadas para populações mais jovens e sua aplicação a pessoas idosas não havia sido demonstrada (Yesavage e cols., 1983).

O formato utilizado foi o de SIM/NÃO, com o objetivo de tornar a escala simples para ser auto-aplicada e bem aceita tanto pelo paciente quanto pelo médico.

O objetivo primário da escala não é fazer um diagnóstico formal ou descritivo, mas poder fazer uma triagem, avaliando a presença ou ausência de depressão em seus diferentes graus, em pessoas idosas (Yesavage e cols., 1983).

A GDS-15 (Anexo E) foi validada por Almeida e Almeida (1999) que também realizaram um estudo de confiabilidade de teste-reteste. A escolha deveu-se pelas suas características psicométricas aliadas à rapidez na aplicação, uma vez que não é o objetivo principal desta pesquisa fazer um estudo sobre a depressão em pessoas idosas.

Na aplicação, as questões são lidas em voz alta, durante entrevista, para que pessoas não-alfabetizadas possam ser incluídas no estudo (Almeida & Almeida, 1999).

Para a determinação dos escores, as respostas ao teste têm valor 0 (zero) ou 1 (um). As questões 1, 5, 7, 11 e 13 valem 1 ponto, se assinaladas como “NÃO” e as demais, 1 ponto, se assinaladas como “SIM”.

O ponto de corte é de 5 pontos para não-caso e de 6 pontos para caso de episódio depressivo maior, de acordo com os critérios da CID-10 (Almeida & Almeida, 1999).

Procedimento

Contato com as instituições e participantes

Fez-se contato com os responsáveis pelos programas voltados à terceira idade em cada instituição, tendo sido apresentados os seguintes documentos: a. carta de apresentação, solicitando autorização para realizar o projeto (Anexo F); b. projeto de qualificação; c. resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a pesquisa

envolvendo seres humanos; d. formulário do Ministério da Saúde, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Anexos G e H).

Após a aprovação para a realização da pesquisa nas instituições, obteve-se o consentimento para convidar os alunos / frequentadores à participação.

Nas salas em que desenvolviam atividades, as pessoas foram convidadas a participar do projeto. Foram explicadas, resumidamente, a natureza do projeto e o procedimento, solicitando a participação das pessoas com 60 anos ou mais de idade e salientando o caráter voluntário, sem qualquer vínculo com o curso ou atividade da qual estivessem participando.

Aqueles que aceitavam participar escreviam seus nomes e respectivos números de telefone em uma lista.

Entrevistas e aplicação dos instrumentos

Posteriormente, as entrevistas foram agendadas, por telefone, e realizadas em salas cedidas pelas instituições. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora.

No dia e horários marcados, a carta de apresentação do projeto (Anexo I) foi lida para o participante pela entrevistadora, que explicou com mais detalhes os objetivos e o procedimento da pesquisa. As entrevistas foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Informado (Anexo J).

A aplicação dos instrumentos foi realizada no mesmo dia e horário em que se realizou a entrevista clínica. Em metade da amostra, a entrevista foi realizada antes da aplicação dos instrumentos e, em outra metade, após, com o objetivo de se controlar a possível interferência provocada pela ordem de aplicação dos instrumentos sobre os dados da mesma. As entrevistas foram gravadas em fita cassete, quando obtido o consentimento do participante. Houve a recusa de 15 participantes (18,75%) em fazer a gravação. Nestes casos, o relato da entrevista foi redigido logo após o término das mesmas.

Tanto o IQV quanto a GDS-15 foram aplicados pela entrevistadora. As questões foram lidas em voz alta, seguindo a forma de aplicação descrita nas respectivas versões para o português.

Todo o processo de coleta de dados foi realizado em entrevista única.

Um breve relatório dos resultados do grupo, foi encaminhado a cada participante, reafirmando o compromisso da pesquisadora em esclarecer qualquer dúvida que pudesse surgir.

Avaliação da EDAO-R

Para estimar a precisão, foram avaliadas, de acordo com a EDAO-R, as transcrições de 22 entrevistas (27,5%) por 2 juízes, independentemente. Um dos juízes foi a própria entrevistadora, a qual tem 2 anos de experiência clínica e com a EDAO e o outro, a orientadora, que conta com cerca de 20 anos de experiência com este instrumento.

Avaliação do IQV e da GDS-15

Os resultados foram computados, seguindo instrução das respectivas versões para o português.

Os resultados da GDS-15 foram considerados quanto ao número de sintomas de depressão apresentados (cada questão corresponde a um sintoma de depressão) e quanto à ausência ou presença de episódio depressivo maior, assumindo os pontos de corte de 5 para ausência e 6 para presença.

Resultados

“Olhe, eu acho que pro idoso é... porque pro idoso, ele já aposentou, já tem... o que ele teve que fazer já fez, né? Você não acha? Ele não vai mais pegar no trabalho e enfrentar mais trabalho. O que ele plantou, ele vai colher, ele colhe agora, né? Por exemplo, se plantou alguma coisa, na velhice já tem a colheita. Então, aí já dá prá você passear e ficar mais ou menos, né? Se divertindo, né?”

Sra. Mônica, 65 anos

EDAO-R

Avaliadas as 80 entrevistas segundo o critério de adequação das respostas, obteve-se os resultados mostrados na Tabela 6.

Novamente, vale ressaltar a predominância feminina na amostra, que implica em considerar a distribuição dos resultados da EDAO-R, do IQV e da GDS-15 perpassados pela diferenciação de sexo. Assim, sendo, os resultados destas distribuições são apresentados segundo esta diferenciação.

Foi calculado o χ^2 para verificar se as diferenças entre as frequências encontradas eram significantes (Harris, 1995).

Tabela 6. Frequência absoluta e frequência relativa da eficácia adaptativa da amostra segundo a EDAO-R, por sexo.

Eficácia Adaptativa	Mulheres			Homens			Total		
	F	f%	Σ	f	F%	Σ	f	F%	Σ
Adaptação Eficaz	27	39,71	39,71	2	16,67	16,67	29	36,25	36,3
Adaptação Ineficaz Leve	14	20,59	60,3	1	8,33	25	15	18,75	55,0
Adaptação Ineficaz Moderada	7	10,29	70,59	3	25	25	10	12,5	67,5
Adaptação Ineficaz Severa	15	22,06	92,65	4	33,33	83	19	23,75	91,3
Adaptação Ineficaz Grave	5	7,35	100	2	16,67	100,0	7	8,75	100,0
Total	68	100,0		12	100,0		80	100,0	

Observa-se na Tabela 6, que, para a amostra total, há maior frequência da adaptação eficaz, seguida de ineficaz severa, $\chi^2 (4, N=80)= 18,500, p<0,001$. Se somadas as duas classificações superiores, tem-se que 55% da amostra está nos níveis mais altos. As mulheres da amostra distribuem-se, predominantemente, pelos níveis adaptativos mais altos, sendo que as com adaptação eficaz tiveram maior frequência, $\chi^2 (4, N=68)= 22,000, p<0,0001$. Juntas, adaptação eficaz e ineficaz leve correspondem a 60,3%. Quanto às demais, há um decréscimo na adaptação ineficaz moderada e um considerável aumento na ineficaz severa, com novo decréscimo na ineficaz grave. Quando se calculou o χ^2 para o grupo masculino, as diferenças entre as frequências não se mostraram significantes, provavelmente, em virtude do tamanho da amostra masculina $\chi^2 (4, N=12)= 2,167, p<0,705$.

As distribuições dos tipos de adequação das respostas, por setores (AR, Pr, Or e SC) e por sexo, estão mostradas nas Tabelas 7,8,9 e 10.

Na Tabela 7 constam os resultados do setor AR quanto ao tipo de adequação das respostas. Na amostra total $\chi^2 (2, N=80)= 1,225, p<0,542$, no grupo de mulheres $\chi^2 (2, N=68)= 1,971, p<0,373$, e no dos homens $\chi^2 (2, N=12)= 0,500, p<0,779$, as diferenças não foram significantes.

Tabela 7. Frequência dos tipos de resposta no setor AR, avaliadas segundo o grau de adequação, por sexo.

Tipo de Adequação	Mulheres			Homens			Total		
	f	f%	Σ	f	f%	Σ	f	f%	Σ
Adequado	28	41,18	41,18	3	25	25	31	38,8	38,8
Pouco adequado	19	27,94	69,12	4	33,33	58,33	23	28,8	67,5
Pouquíssimo adequado	21	30,88	100,0	5	41,66	100,0	26	32,5	100,0
N	68	100,0		12	100,0		80	100,0	

Em relação ao setor Pr, na Tabela 8 pode-se observar que as respostas da amostra total concentram-se em torno das respostas adequadas, $\chi^2 (2, N=80)= 24,775$, $p<0,0001$, assim como no grupo das mulheres $\chi^2 (2, N=68)= 33,559$, $p<0,0001$. No grupo masculino, as diferenças não se mostraram significantes $\chi^2 (4, N=12)= 18,500$, $p<0,001$.

Tabela 8. Frequência dos tipos de resposta no setor Pr, avaliadas segundo o grau de adequação, por sexo.

Tipo de Adequação	Mulheres			Homens			Total		
	f	f%	Σ	f	f%	Σ	f	f%	Σ
Adequado	45	66,18	66,18	2	16,7	25	47	58,8	58,8
Pouco adequado	14	20,59	86,77	7	58,3	75	21	26,3	85
Pouquíssimo adequado	9	13,23	100,0	3	25	100,0	12	15	100,0
N	68	100,0		12	100,0		80	100,0	

Quanto ao setor Or, na Tabela 9, as respostas adequadas correspondem à maioria na amostra total, $\chi^2 (2, N=80) = 11,091$, $p<0,005$, assim como no grupo feminino, $\chi^2 (2, N=68)= 12,636$, $p<0,005$. Novamente, no grupo masculino, as diferenças não foram significantes $\chi^2 (2, N=12)= 0,182$, $p<0,913$.

Tabela 9. Frequência dos tipos de resposta no setor Or, avaliadas segundo o grau de adequação, por sexo

Tipo de Adequação	Mulheres			Homens			Total		
	f	f%	Σ	f	f%	Σ	f	f%	Σ

Adequado	35	53,03	53,03	4	36,36	36,36	39	50,6	50,6
Pouco adequado	19	28,79	81,82	3	27,27	63,63	22	28,6	79,2
Pouquíssimo adequado	12	18,18	100,0	4	36,36	100,0	16	20,6	100,0
N	66	100,0		11	100,0		80	100,0	

Na Tabela 10, observa-se que, na amostra total há o predomínio de respostas adequadas no setor SC, χ^2 (2, N=80)= 23,725, $p<0,0001$, assim como no grupo feminino, χ^2 (2, N=68)= 22,088, $p<0,0001$. No grupo masculino, as diferenças não foram significantes χ^2 (2, N=12)= 2,000, $p<0,368$.

Tabela 10. Frequência dos tipos de resposta no setor SC, avaliadas segundo o grau de adequação, por sexo.

Tipo de Adequação	Mulheres			Homens			Total		
	f	f%	Σ	f	f%	Σ	f	f%	Σ
Adequado	40	58,82	58,82	6	50,0	50,0	46	57,5	57,5
Pouco adequado	19	27,94	86,76	4	33,33	83,3	23	28,8	86,3
Pouquíssimo adequado	9	13,23	100,0	2	16,7	100,0	11	13,8	100,0
N	68	100,0		12	100,0		80	100,0	

EDAO-R e dados sócio-demográficos

A fim de verificar se havia associação entre os dados sócio-demográficos e a eficácia adaptativa geral (EDAO-R), foi realizado o teste de correlação de *Spearman* (r_s) (Harris, 1995) entre a EDAO-R e os dados sócio-demográficos que fossem ao menos, de nível ordinal, como idade, quantidade de filhos e classe social. Não foi encontrada associação significativa entre a EDAO-R com a quantidade de filhos (0,05) e com a classe social (0,0020). Foi obtida correlação significativa, para $p<0,01$ com a variável idade (-0,261).

Para verificar a associação entre os resultados da EDAO-R e as demais variáveis sócio-demográficas, utilizou-se o coeficiente de Contingência (C) (Siegel,1975/1981), por se tratarem de variáveis de nível nominal: sexo, estado civil, religião, condição ocupacional e moradia. Não foi encontrada associação entre a EDAO-R e as variáveis sexo (0,256, $p < 0,228$); estado civil (0,490, $p < 0,064$); religião (0,342, $p < 0,225$), moradia (0,386, $p < 0,81$) e arranjo familiar (0,487, $p < 0,636$). Houve associação entre a EDAO-R e a condição ocupacional da pessoa (0,468, $p < 0,05$).

Apesar de alguns resultados parecerem inesperados, na discussão dos mesmos poder-se-á compreendê-los à luz dos resultados de outras pesquisas já realizadas.

IQV

A avaliação da qualidade de vida total (IQV Total) e de cada um dos domínios - IQV Saúde-funcionamento; IQV Sócio-econômico; IQV Psicológico-espiritual; IQV Família – resultou nos valores apresentados na Tabela 11.

Os resultados do IQV podem variar de 0 a 30 pontos e o instrumento não tem pontos de corte, portanto, os resultados devem ser interpretados de acordo com o desempenho da amostra estudada. Os escores mais altos indicam melhor qualidade de vida e os mais baixos, pior.

Nesta amostra, os participantes distribuem-se dentro dos 2/3 superiores dos resultados possíveis. Os resultados podendo variar entre 0 (zero) e 30, tem o escore mínimo no domínio Sócio-Econômico (10,19), tendo sido atingidos os escores máximos (30) em todos os demais domínios.

Tanto no IQVTotal quanto nos seus domínios, os escores das mulheres foram mais altos que os dos homens, exceto no domínio Família, em que houve uma pequena diferença a favor dos homens.

Tabela 11. Média, Moda, Mediana, Desvio-padrão, valores Máximos e Mínimos e Percentis para a avaliação do IQV Total e Domínios, por sexo

	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	N
IQV Total	25,34	25,94	27,72*	3,34	14,25	30,00	80
Mulheres	25,75	26,12	27,72	2,80	16,78	30,00	68

Homens	23,01	22,83	14,25*	5,02	14,25	30,00	12
IQV Saúde- Funcionamento	25,26	25,87	30,00	3,72	12,07	30,00	80
Mulheres	25,74	26,23	30,00	3,16	14,77	30,00	68
Homens	22,54	22,83	12,07*	5,40	12,07	30,00	12
IQV Sócio-econômico	24,19	25,16	30,00	4,52	10,19	30,00	80
Mulheres	24,59	25,31	30,00	4,15	13,50	30,00	68
Homens	21,97	22,78	10,19*	5,95	10,19	30,00	12
IQV Psicológico- Espiritual	26,18	27,43	30,00	3,79	15,71	30,00	79
Mulheres	26,78	27,43	30	3,19	15,71	30,00	67
Homens	22,79	23,40	27,21*	5,09	16,07	30,00	12
IQV Família	26,13	27,00	30,00	3,87	12,00	30,00	79
Mulheres	26,03	27,00	30,00	3,78	12,00	30,00	67
Homens	26,71	28,50	30,00	4,48	17,50	30,00	12

*Existem Mo múltiplas. O menor valor está apresentado.

Verificando a amplitude das respostas, as das mulheres tiveram uma menor variação que as dos homens no IQV Total e seus domínios, exceto, também no domínio Família. Os desvios-padrão foram superiores para os homens no IQV Total e em todos os domínios.

GDS-15

A avaliação da GDS-15 está apresentada de duas maneiras. Na primeira, os sujeitos foram classificados segundo a quantidade de sintomas de depressão apresentados e resultou nos valores apresentados na Tabela 12. Na segunda, que avalia a ausência ou presença de episódio depressivo maior, os resultados estão apresentados na Tabela 13. A variação possível para o primeiro tipo de avaliação, em quantidade de sintomas, é de 0 (nenhum sintoma) a 15 (15 sintomas). Para o segundo tipo, os pontos de corte são 5 (ausência de episódio depressivo maior) e 6 (presença de episódio depressivo maior).

Tabela 12. Frequência da quantidade de sintomas de depressão apresentados pela amostra, segundo a GDS-15, por sexo.

Quantidade de sintomas	Mulheres			Homens			Total		
	f	f%	Σ	f	f%	Σ	f	f%	Σ
0	19	27,94	27,94	2	16,7	17,7	21	26,3	26,3
1	17	25,00	52,94	1	8,3	25	18	22,5	48,8
2	12	17,65	70,59	1	8,3	33,3	13	16,3	65,0
3	10	14,70	85,20	5	41,7	75	15	18,8	83,8
4	4	5,88	91,17	1	8,3	83,3	5	6,3	90,0
5	1	1,47	92,64	0	0	83,3	1	1,3	91,3
6	1	1,47	94,11	0	0	83,3	1	1,3	92,5
7	1	1,47	95,58	0	0	83,3	1	1,3	93,8
8	1	1,47	97,05	0	0	83,3	1	1,3	95,0
9	0	0	97,05	1	8,3	91,7	1	1,3	96,3
10	0	0	97,05	1	8,3	100,0	1	1,3	97,5
11	2	2,94	100,0	0	0	100,0	2	2,5	100,0
N	68	100,0		12	100,0		80	100,0	

Em relação à quantidade de sintomas, a maioria das mulheres referiu nenhum ou até 1 sintoma (52,94%). Já os homens concentraram-se em torno de até 4 sintomas (83,3%), havendo, em seguida, um salto para 9 e 10 sintomas (16,6%).

Quando se avaliou a presença ou ausência de episódio depressivo maior, o grupo de mulheres apresentou 7,35% de casos e o de homens, 16,7% (Tabela 13).

Tabela 13. Frequência da ausência ou presença de episódio depressivo maior apresentado pela amostra, segundo a GDS-15, por sexo.

Episódio depressivo maior	Mulheres		Homens		Total	
	f	f%	f	f%	f	f%
Ausência	63	92,65	10	83,3	73	91,25

Presença	5	7,35	2	16,7	07	8,75
N	68	100,0	12	100,0	80	100,00

Precisão da EDAO-R

Considerando tratar-se de medida de avaliação baseada em julgamento clínico, a precisão é aferida através do grau de acordo entre avaliadores independentes. Neste sentido, foram avaliadas pela pesquisadora e a orientadora 22 entrevistas.

O coeficiente de acordo entre os juízes foi calculado pelo *kappa* (Bordens & Abbott, 1998), considerado um índice conservador, pois admite a possibilidade do acordo ocorrer por acaso. De acordo com a literatura, para medidas dependentes de avaliação clínica, a precisão é considerada pobre se o *kappa* estiver abaixo de 0,40; moderada para valores entre 0,40 e 0,59; boa entre 0,60 e 0,74 e excelente se os valores forem de 0,75 ou maiores (Fleiss, 1981, p. 218, apud, Garb, 1998).

Para a eficácia adaptativa geral, o coeficiente de acordo entre juízes foi $\kappa = 0,503$, considerado, portanto, moderado. O coeficiente de acordo por setores da EDAO-R foi $\kappa = 0,551$ para o setor AR; $\kappa = 0,459$ para o setor Pr, ambos também considerados moderados. Para o setor Or, $\kappa = 0,612$ e para o setor SC, $\kappa = 0,650$, os acordos são considerados bons.

Validade Convergente

EDAO-R e IQV

A validade convergente foi estimada tomando-se como critérios externos o IQV e a GDS-15. Os resultados da correlação entre a eficácia adaptativa e o índice de qualidade de vida na amostra estudada, em escores globais e por setores na EDAO-R e por domínios no IQV, estão apresentados na Tabela 14. Para fins do cálculo do teste de correlação de *Spearman* (r_s) (Harris, 1995), adotou-se como valores para EDAO-R a classificação em grupos, ordinal, segundo a qual, quanto maior o número indicativo do grupo a que pertence o participante, pior é sua eficácia adaptativa. Quanto ao IQV, resultados maiores (em

escore) indicam melhor qualidade de vida. Portanto a correlação esperada entre os dois resultados era negativa.

Tabela 14. Correlação por postos de *Spearman* (r_s) entre os escores globais da EDAO-R e do IQV e entre os setores da EDAO-R e domínios do IQV.

	IQV Total	IQV Saúde	IQV Sócio-econômico	IQV Psicológico-Espiritual	IQV Família
EDAO-R	-0,449**	-0,388**	-0,420**	-0,343**	-0,239*
Setor AR	-0,359**	-0,274**	-0,368**	-0,237*	-0,293**
Setor Pr	-0,467**	-0,479**	-0,400**	-0,373**	-0,84
Setor Or	-0,424**	-0,378**	-0,343**	-0,312**	-0,247*
Setor SC	-0,438**	-0,467**	-0,379**	-0,247*	-0,190*
N	80	80	80	79	79

*Correlação significativa para $p < 0,05$.

**Correlação significativa para $p < 0,01$.

As correlações foram em sua maioria significantes para $p < 0,01$, seguidas de associações significantes para $p < 0,05$. Apenas para o setor Pr e IQV Família, a associação, embora negativa, não se mostrou significativa.

EDAO-R e GDS-15

A validade discriminante foi obtida através da utilização da GDS-15 como critério externo.

Quanto ao grau de associação obtido entre a EDAO-R e a GDS-15 (quantidade de sintomas e presença ou ausência de episódio depressivo maior), obteve-se os resultados apresentados na Tabela 15. Como já descrito anteriormente, a EDAO-R foi classificada em Grupos (de 1 a 5), segundo os quais, a números maiores correspondem adaptações menos eficazes. Quanto à GDS-15, a pontuação vai de 0 a 15 para a quantidade de sintomas e 0 (zero) ou 1 (um) para ausência ou presença de depressão respectivamente. Ambos indicam

piores resultados à medida que aumentam os escores. Portanto, sendo esperada uma correlação positiva entre as medidas de eficácia adaptativa e depressão.

Tabela 15. Correlação por postos de *Spearman* (r_s) entre os escores globais da EDAO-R e seus os setores e da GDS-15 (N=80).

	GDS-15 Quantidade de sintomas	GDS-15 Presença ou ausência de depressão
EDAO-R	0,397**	0,378**
Setor AR	0,347**	0,235*
Setor Pr	0,363**	0,446**
Setor Or	0,478**	0,364**
Setor SC	0,376**	0,375**

*Correlação significativa para $p < 0,05$.

**Correlação significativa para $p < 0,01$.

Houve associação significativa, no sentido esperado, para $p < 0,01$ entre a EDAO-R e a maioria de seus setores e a GDS-15, ficando apenas o setor AR com $p < 0,05$. Sendo as correlações mais fortes entre o setor Or e a quantidade de sintomas de depressão e entre o setor Pr e ausência ou presença de depressão.

IQV e GDS

Testou-se, também, o grau de associação entre os dois instrumentos utilizados como critérios externos para a validação da EDAO-R e obteve-se os resultados mostrados na Tabela 16.

Tabela 16. Correlação por postos de *Spearman* (r_s) entre os escores globais do IQV e seus domínios com a GDS-15.

IQV Total	IQV Saúde	IQV Sócio- econômico	IQV Psicológico- Espiritual	IQV Família
-----------	--------------	-------------------------	-----------------------------------	----------------

GDS-15 Quantidade de sintomas	-0,475**	-0,432**	-0,400**	-0,392**	-0,202*
GDS-15 Presença ou ausência de depressão	-0,378**	-0,398**	-0,284**	-0,307**	-0,166
N	80	80	80	79	79

*Correlação significativa para $p < 0,05$.

**Correlação significativa para $p < 0,01$.

Conforme se observa na Tabela 16, não se obteve associação significativa apenas entre o GDS-15/presença de depressão e o IQV/Família, ainda que, conforme o esperado, ela seja negativa. Observa-se, também que o resultado da associação entre a GDS-15 e o IQVTotal é o mesmo que entre a GDS-15 e a EDAO-R.

Discussão dos resultados

“... eu não acho que devemos ter uma fé cega, né? Eu não concordo com isso. Eu acredito que os próprios padres também erram, né? Eles estão sempre mudando, a direção... Então eu não concordo em seguir assim, cegamente. Eu concordo com apenas o que eu acho mais lógico, né, que está dentro da minha crença.”

Sra. Flora, 71 anos

Por se tratar de um estudo da precisão e validade da EDAO-R em um segmento específico da população e ainda pouco explorado, é importante fazer, inicialmente, algumas considerações acerca do perfil sócio-demográfico da amostra estudada.

A primeira observação diz respeito ao sexo, pois 85% da amostra foi composta por mulheres. Este resultado é compatível com outros estudos com amostras de frequentadores de centros de convivência e/ou universidades da terceira idade. Por exemplo, Sant’Anna (1997), em universidade da terceira idade na cidade do Rio de Janeiro, encontrou 83,8% de mulheres. Pellegrino Rosa (1997) em centros de convivência das cidades de São Paulo e São Caetano do Sul e no setor de Amparo à Terceira Idade da cidade de Mauá, estado de São Paulo, encontrou 86% de frequentadores do sexo feminino. Gonçalves, Dias e De Liz (1999), em universidade da terceira idade no estado de Santa Catarina, encontraram 81,3% de pessoas do sexo feminino.

A predominância do sexo feminino em grupos da terceira idade já havia sido observada também por Debert (1994), que apontou a baixa participação masculina (em torno de 10%) e lembrou que o entusiasmo das mulheres para a participação nas atividades

contrastava com a atitude de reserva e indiferença dos homens. Segundo Sant'Anna (1997) as mulheres buscam com mais freqüência novas estratégias de preenchimento do tempo liberado pelo trabalho profissional e/ou doméstico. Já, os homens parecem ter mais dificuldade de se engajarem no exercício de novos papéis e, por permanecerem presos aos papéis tradicionais de patriarca e provedor, ficam mais afastados da sociedade (Goldstein & Siqueira, 2000).

Outra razão para a baixa freqüência masculina pode ser a pouca oferta de atividades voltadas aos interesses masculinos. Grande parte das atividades concentra-se em torno de cursos de artesanato, línguas, ginástica. São poucas as atividades em que os homens se engajam. Quando se oferece uma atividade em que eles possam participar sem se sentirem constrangidos, a freqüência aumenta, como por exemplo, no curso de informática.

Ao se verificar a participação feminina na população idosa de São Paulo, levantamento realizado pelo Grande Conselho Municipal do Idoso (PMSP, 2000)⁷ registrou 62,5% de mulheres.

A despeito da freqüência de mulheres, nas pesquisas em centros de convivência e universidades da terceira idade (em torno de 80%), ser diferente da freqüência na população idosa em geral da cidade de São Paulo (62,5%), as mulheres são a maioria em ambos os casos. Esta predominância pode ser explicada por terem maior expectativa de vida ao nascer (Peixoto, 1997) e ainda por três fatores, segundo Veras (1994): a) diferença de exposição às causas de risco de trabalho; b) diferenças no consumo de álcool e tabaco e c) diferenças de atitude em relação às doenças (as mulheres cuidam-se mais). Segundo Goldstein e Siqueira (2000), a velhice é um fato social eminentemente feminino, devido à atuação de eventos associados ao estilo de vida e à genética.

Quanto à idade, a amostra caracterizou-se pela presença de jovens idosos (Debert, 1999a), entre 60 e 69 anos (66,25%) tanto para a amostra total, quanto para as mulheres (69,12%). As diferenças não foram significantes para os homens. Sant'Anna encontrou 68,5% de freqüentadores de universidade da terceira idade dentro desta mesma faixa etária e a população idosa da cidade de São Paulo (PMSP, 2000) também tem predomínio

⁷ Este levantamento foi realizado a pedido do Grande Conselho Municipal do Idoso e desenvolvido em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Hospital Ipiranga, Centro de Estudos de Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo, Centro de Diabetes da Universidade Federal de São Paulo, Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e Fundação IBGE.

(50,9%) de pessoas dentro desta faixa etária. Portanto, no que diz respeito à idade, a amostra estudada pode ser considerada representativa da população idosa da cidade de São Paulo.

Em se tratando do estado civil, houve a predominância de casados (42,5%) na amostra total. Resultado também encontrado por Sant'Anna (1997), com 35,4% de casados, Gonçalves, Dias e De Liz (1999) que encontraram 42,7% de casados. Na população idosa em geral (PMSP, 2000) encontrou-se 52,8% de casados, um percentual maior que em grupos da terceira idade. Um dos resultados que se pode apontar é o percentual de pessoas sem cônjuge (67,5%) entre aquelas da amostra estudada contra 47,2% na população idosa em geral. Uma das hipóteses possíveis, levando em conta esse dado é a de que as pessoas da amostra estudada teriam mais disponibilidade e motivação para buscar esses grupos, justamente por não terem um cônjuge/companheiro.

Quando se observa a distribuição do estado civil, por sexo, o grupo de mulheres foi composto por mais viúvas (45,59%) que o dos homens (8,3%). Quanto a estes, 75% eram casados. Estes resultados corroboram a previsão de Berquó (1999), segundo a qual, na virada do século as mulheres idosas seriam a maioria e viúvas, enquanto a maior parte dos homens idosos viveria ao lado da esposa, o que lhes conferiria possibilidade de obterem maior apoio emocional.

A religião católica teve frequência, na amostra total, de 75%; na de homens, de 75% e na de mulheres, de 62,2%. Foi a mais referida, embora isto não queira dizer que seja a mais praticada. É sabido que, no Brasil, a religião assumida oficialmente, nem sempre é praticada, e isto talvez se deva ao sincretismo religioso, que se estabeleceu em virtude das diferentes correntes imigratórias que para cá se dirigiram. A prática da religião, contudo, pode fazer diferença na qualidade de vida da pessoa idosa. Nacarato (1996) em estudo sobre o stress no idoso e efeitos diferenciais da ocupação profissional observou que o grupo de pessoas que se mantinham participando de atividade de cunho religioso tinha o menor índice de stress (25%), quando comparado a um grupo de pessoas que se mantinham trabalhando e a outro que não trabalhavam ou faziam-no esporadicamente. A autora conclui que a prática religiosa seria um eficiente elemento de controle do stress. Goldstein e Neri (1993/2000) em pesquisa sobre religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice verificaram que a prece era importante como maneira de lidar com o stress e como fonte de realização pessoal.

Quanto à condição ocupacional, os aposentados foram 61,25%, maioria na amostra total; 54,41% das mulheres e 100% entre os homens. Sant'Anna (1997) encontrou 57,7% de mulheres aposentadas e 97% de homens, dados semelhantes ao do presente estudo. Tem como hipótese para a disparidade entre homens e mulheres aposentados que, para os homens a aposentadoria seria um marco muito nítido em suas vidas, delimitando a terceira idade. Só então, eles começariam a freqüentar grupos da terceira idade. Na população idosa em geral da cidade de São Paulo (PMSP, 2000), 47,9% de idosos estavam aposentados, uma freqüência bem menor que na amostra estudada.

As profissões ficaram pulverizadas, sendo que a de maior freqüência foi 'do lar' (36,25%) na amostra total; seguida de secretária, empregada doméstica e professora. Entre os homens a profissão de contador foi a que teve maior freqüência (16,67%). Estes dados indicam que a maioria 63,75% das mulheres exerceu alguma profissão.

A maioria residia em casa própria (83,75%) e essa freqüência repetiu-se no grupo de mulheres (82,35%) e de homens (91,70%). Peixoto (1997) que também estudou pessoas vindas de bairros de classe média encontrou resultado semelhante e considerou que essas pessoas tiveram a chance histórica de serem proprietários em bairros considerados de classe média e se beneficiaram dos antigos sistemas governamentais de financiamento habitacional, com taxas de juros reguladas de acordo com os reajustes salariais.

Observando-se os resultados quanto ao arranjo familiar, percebe-se que há um percentual significativo de arranjos formados por um casal ou por pessoas da mesma geração (30%), seguidos de pessoas que vivem sozinhas (28,7%), de casal com filhos (12,5%) e de idoso com filhos e netos (5%). Ao se analisar a distribuição por sexo, constata-se que os homens vivem, em sua maioria, com a esposa/companheira (75%) e apenas 16,67% vivem sós. Grande parte das mulheres vive só (30,78%) e 19,12% moram com o cônjuge/companheiro.

Sant'Anna encontrou resultados semelhantes: 33% das mulheres viviam sós, enquanto apenas 14 % dos homens se enquadravam nesta situação. Contudo, 40% dos homens viviam com a esposa/companheira. Na população de idosos da cidade de São Paulo (PMSP, 2000) a composição encontrada não se altera muito, quando comparada à amostra estudada, a não ser com relação à habitação de idosos com filhos e netos que aumenta (17,4%) e, neste sentido, o nível sócio-econômico, principalmente a posse de moradia, pode ter pesado a favor da amostra estudada. Quando se compara as freqüências

de pessoas que moram sós, a amostra estudada contou com 28,7% contra 13,6% na população geral. Estes dados ajudam a fortalecer o argumento de que pessoas sem cônjuge teriam mais disponibilidade e motivação para buscar grupos da terceira idade.

Peixoto (1997) ressalta que, em consequência das transformações ocorridas no interior das relações familiares e da nova possibilidade que se apresenta às pessoas idosas de, com os filhos criados e aposentadas, buscar autonomia e independência, viver só, não é, necessariamente, sinônimo de segregação ou abandono familiar. Viver só pode ter sido uma opção, levando em conta a relativa independência financeira destas pessoas. Podem procurar novos contatos e relacionamentos que lhes sejam agradáveis e significativos fora da família. Nas entrevistas realizadas pela pesquisadora junto a esta amostra, efetivamente, muitos participantes relataram viverem sozinhos e estarem muito bem, desfrutando, em alguns casos, de liberdade que não tinham quando estavam casados e/ou ainda moravam com os filhos.

Os aposentados nesta amostra totalizaram 61% e os pensionistas 21,3%. Na população geral (PMSP, 2000), os aposentados são 47,9% e os pensionistas 16,7%, sendo o aspecto econômico o principal problema referido pelas pessoas idosas nesse levantamento. Muitas pessoas (48,4%) afirmaram satisfazer mal ou muito mal suas necessidades econômicas e 63,2% necessitariam trabalhar por razões econômicas, o que não é o caso desta amostra. Deve-se lembrar que 60% da amostra estudada frequenta cursos livres pagos em universidade particular.

Em relação à classe social, a amostra estudada caracterizou-se por pertencer à classe média, (B2 e C correspondendo a 31,3% e 30%, respectivamente), quando avaliado seu potencial de consumo. O grupo de mulheres concentrou-se nas esferas mais baixas (classes C e D) e os homens na mais alta das encontradas na amostra (B2). E aqui vale uma ressalva. Segundo Bourdieu (apud, Peixoto, 1997) o conceito “camadas médias” provoca certo desconforto em face da grande heterogeneidade social das camadas médias brasileiras, ou seja, numa sociedade onde a pobreza é enorme e o leque das categorias profissionais bastante amplo, estas tendem, muitas vezes a gravitar em torno de uma mesma camada social, embora pertençam a frações diferenciadas.

Utilizando o mesmo critério de avaliação desta pesquisa, Pellegrino Rosa (1997) concluiu que 80% dos participantes de seu estudo pertenciam à classe média. Já, na

população geral da cidade de São Paulo (PMSP, 2000), 69,1% recebiam até 2 salários-mínimos e 20,9% recebiam mais que três salários mínimos.

Pode-se supor, portanto, que a amostra estudada tem uma situação sócio-econômica melhor, que lhe dá condições de buscar atividades que preencham o tempo, tragam prazer e possibilidade de realização pessoal, mesmo que estas atividades sejam pagas.

Com relação às diferenças encontradas entre homens e mulheres, Goldstein e Siqueira (2000) apontam que existe uma tendência ao empobrecimento e à dependência econômica entre as mulheres idosas, por terem sido discriminadas quanto a empregos e salários e devido aos valores correntes que as condicionavam a ficar em casa cuidando dos filhos. Visto que a maioria das mulheres exerceu alguma profissão, acredita-se que a discriminação quanto a empregos e salários possa ter contribuído para o empobrecimento das mulheres estudadas.

Resumindo, a amostra corresponde a um grupo diferenciado da população geral, por, entre outras razões, fazer parte de uma pequena parcela da população idosa (13,6%) que participa de alguma atividade de integração social (PMSP, 2000) mas com características semelhantes às de outras amostras de freqüentadores de centros de convivência e universidades da terceira idade, mesmo que situados em outros estados do Brasil, em todas as características avaliadas.

Depreende-se destas colocações que os resultados da pesquisa com esta amostra em particular não podem ser amplamente generalizados para a população idosa da cidade de São Paulo, embora possa ser considerada representativa de freqüentadores de centros de convivência e universidades da terceira idade, mesmo de outras cidades do Brasil, além de São Paulo.

Uma questão pertinente, no que diz respeito ao estudo com pessoas idosas, refere-se à possibilidade de generalização para além de um determinado grupo ou coorte. Compreende-se uma coorte como um agregado de indivíduos ancorados no tempo histórico (Neri, 2001c). É importante considerar que o envelhecimento não é uma experiência que ocorre da mesma maneira em diferentes coortes. Pessoas de coortes sucessivas, isto é, que nasceram em anos ou décadas sucessivas, vivenciam tempos históricos distintos, com distintas repercussões sobre suas trajetórias individuais e sobre as instituições sociais (Neri, 2001c).

Um próximo passo importante refere-se à discussão sobre a distribuição da amostra segundo as medidas de avaliação empregadas neste estudo, buscando compreendê-la a partir da comparação com resultados anteriormente obtidos, mesmo que em estudos com população com perfil algo diferente da presente.

Observa-se que, na amostra total, houve uma concentração em torno dos melhores níveis adaptativos, segundo a classificação da EDAO-R. Um percentual de 55% da amostra foi avaliado como adaptado eficaz ou ineficaz leve, indicando que a maioria vem conseguindo fazer face às vicissitudes da vida, obtendo prazer e/ou evitando conflitos intra e interpessoais.

Nesta mesma linha, Goldstein e Neri (1993/2000), em pesquisa sobre a religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice, obtiveram resultados que indicam que freqüentadores de grupos da terceira idade, centros de convivência e universidades abertas à terceira idade são pessoas que têm consciência de seus problemas e dificuldades, mas não permitem que eles se tornem um impedimento à satisfação com a vida. Aceitam os próprios limites, adaptam-se bem aos desafios do envelhecimento, têm opiniões positivas sobre a velhice e não são depressivos, sendo a capacidade de adaptação aos desafios do envelhecimento fundamental à experiência de satisfação. Ou ainda, Butt e Beiser (1987), que observaram que os grupos de pessoas mais velhas, comparados a grupos de pessoas jovens, eram os melhores adaptados e consideraram que os que não conseguiram boa adaptação ou morreram jovens, ou estavam institucionalizados ou ainda, não estavam aptos a responder à pesquisa.

Quando destacada a variável sexo, as mulheres mantiveram o mesmo comportamento que a amostra total. Os homens distribuíram-se sem diferenças significantes pelos cinco grupos, indicando que, apesar de não terem a adaptação muito comprometida, também não estão concentrados no melhores níveis como as mulheres.

Partindo do pressuposto de que os homens procuram os centros de convivência e universidades da terceira idade após a aposentadoria e que é muito difícil para eles o afastamento do trabalho (Moreira, 2000), pode-se considerar que seria esperado que eles não tivessem o predomínio de melhores níveis adaptativos. Por outro lado, não se esperava o predomínio dos piores níveis pois, provavelmente, estes são representantes dos melhores adaptados dentre os homens em geral. Estão buscando alternativas para preenchimento do tempo, buscando conhecimento, sociabilização. Moreira (2000) destaca a centralidade do

trabalho na vida dos homens idosos e que muitos não se prepararam ou sequer se permitiram usufruir outros prazeres da vida. Aponta o vazio, a falta de referência em relação às expectativas, projetos e possibilidades após o afastamento do trabalho.

Goldstein e Siqueira (2000) sugerem que o engajamento dos homens na esfera pública e a identificação com o mundo do trabalho contribuem para desligá-los de seu auto-desenvolvimento e de sua família, o que pode ter como resultado o seu isolamento após a aposentadoria.

No que concerne a pesquisas utilizando a EDAO ou EDAO-R e corroborando os resultados obtidos, Gatti (1999), trabalhando com amostra não-clínica, de 52 estudantes universitários, constatou que os sujeitos distribuíam-se predominantemente, pelos três níveis adaptativos superiores, não havendo nenhum sujeito com adaptação ineficaz grave. A amostra estudada, não-clínica, teve maior concentração em torno dos dois níveis adaptativos superiores, apesar de haver um leve pico em torno da adaptação ineficaz severa e ainda alguns poucos ineficazes graves.

Quanto aos setores avaliados segundo a EDAO-R, no AR as respostas não indicaram diferenças significantes entre os três tipos de adequação. Apesar de concentrarem-se nos melhores níveis quanto à adaptação global, no setor AR apresentaram uma distribuição mais homogênea pelos três tipos de respostas.

Com relação ao desempenho da amostra total, das mulheres e dos homens, pode-se recorrer ao estudo de Santos e Santos Sá (2000) sobre a educação na terceira idade, no qual apontam que grande parte das pessoas que procuram os programas educacionais para a terceira idade é de indivíduos com competência comportamental. Entretanto, apresentam, muitas vezes, insegurança, resistência às mudanças e tendência ao isolamento.

Pode-se supor que, ao freqüentarem grupos da terceira idade, a adequação das respostas no setor AR melhorariam e, nesse sentido, Peixoto (1997) aponta as novas estratégias de relacionamento, principalmente mais solidárias, que são proporcionadas pela convivência nas universidades da terceira idade. Considera estas estratégias como a ‘reinvenção’ da velhice, fundada em uma nova distribuição dos papéis, já que, nesses cursos os professores são, comumente, mais jovens. Por terem perdido o lugar privilegiado que lhes era reservado nas grandes famílias, como ponto de referência, tudo parece indicar que as pessoas mais velhas criaram estratégias, ou melhor, recuperaram estratégias próprias de sociabilidade e solidariedade fora da rede familiar.

Debert (1999b) ainda denomina ‘reinvenção da velhice’ à recodificação da experiência da velhice, que para as mulheres estaria expressa pela passagem de um mundo regrado para outro em que se vêem impelidas a criar suas próprias regras. As perdas indesejadas tornam possíveis a independência e a liberdade. Já, para os homens, a ilusão da liberdade pós-aposentadoria dá lugar à luta pela conquista e manutenção de direitos na esfera política.

Viu-se as pessoas idosas conquistando novos espaços: primeiro nas praças públicas, jogando cartas, dominó ou conversando; depois nas universidades e centros de convivência. Atualmente, novos espaços lhes são destinados nas empresas, como por exemplo, em rede de supermercados que contrata pessoas mais velhas para atuarem como uma espécie de consultores no auxílio a clientes em compras. Neste sentido, a velhice está sendo reinventada, pois estes espaços físicos e sociais conquistados proporcionam novo posicionamento dessas pessoas na sociedade, possibilitando a mudança do olhar para esse segmento da população e para essa fase da vida, possibilitando novos contatos intergeracionais, que por sua vez, impulsionam a busca de estratégias mais eficazes de relacionamento interpessoal.

No setor Pr, a maioria das respostas foi adequada tanto na amostra total, quanto na de mulheres. Quanto aos homens, houve uma distribuição homogênea entre os três tipos de resposta, indicando que a adequação de suas respostas neste setor não é melhor que a das mulheres. Neste setor, o desempenho da amostra total, provavelmente deve-se ao fato de serem pessoas com boa produtividade, no sentido preconizado por Simon (1989, p.20), segundo o qual, a produtividade estaria “*relacionada ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva, mesmo de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como ocupação principal do sujeito no período avaliado*”. Em geral, as pessoas entrevistadas são aposentadas ou pensionistas, desobrigadas do trabalho formal e com nível sócio-econômico que lhes permite pagar cursos livres, dedicar-se a trabalhos voluntários ou dedicar-se ao lar e à família como principal ocupação. Podem, sobretudo, realizar atividades produtivas que lhes tragam prazer, sensação de serem úteis, de realização pessoal. Vale destacar que o percentual maior de mulheres elevou o índice geral para uma adaptação mais adequada, a despeito de não ser este o comportamento do grupo masculino.

No sentido acima, Moreira (2000) aponta que o trabalho formal, como contraponto à aposentadoria, não deve ser encarado como uma única resposta possível para o aumento da qualidade de vida na terceira idade e apresenta os programas da terceira idade, os programas de preparação para aposentadoria e os projetos futuros de vida como alternativas para a associação entre trabalho e qualidade de vida.

Os homens teriam, portanto, mais dificuldades que as mulheres de se desvincularem do trabalho formal e maior dificuldade, portanto de adaptação à aposentadoria, ou de buscarem respostas mais adequadas aos problemas que vivenciam neste setor. Já, as mulheres, mesmo desvinculadas do trabalho formal encontram no lar atividades que podem preencher seu dia, como por exemplo, o cuidado com netos, o trabalho voluntário, mantendo-se produtivas.

No setor Or, as respostas adequadas foram a maioria, tanto na amostra total como na de mulheres. Os homens não mostraram predomínio de qualquer delas. Evidencia-se, de qualquer maneira um padrão diferente de tipos de resposta entre mulheres e homens. Estas diferenças podem ser explicadas, em parte, pelo terceiro fator de influência sobre a ‘feminização’ da velhice, apontado por Veras (1994): a de que as mulheres cuidam mais da saúde que os homens.

De toda forma, deve-se salientar que, de maneira geral, as pessoas que compõem a amostra não têm problemas de saúde tão graves que as impeçam de sair de casa e freqüentar cursos, realizar atividades físicas, passear. Além disto, muitas mulheres da amostra buscam atividades físicas como coadjuvante no tratamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, tendo reduzido com isso os níveis dos indicadores destas doenças à normalidade. Segundo Rudinger e Thoma (1990, apud Neri, 1993), além de outras tendências, a saúde biológica é um dos mais poderosos preditores do bem-estar na velhice, ou seja, em se tratando de pessoas com bons níveis adaptativos era esperado que tivessem respostas mais adequadas neste setor. Caso contrário, não teriam condições de se manterem ativas, independentes o suficiente para participarem desses grupos e realizarem as atividades propostas pelos mesmos.

Em relação ao setor SC, houve também o predomínio de respostas adequadas na amostra geral e no grupo de mulheres e ficando os homens, novamente, sem mostrarem o predomínio de algum tipo de resposta. Sem dúvida, estes resultados eram esperados devido à origem da amostra. Estas pessoas têm vida social ativa, procuram atividades que lhes

tragam prazer, realização pessoal. Nesta mesma direção, Peixoto (1997) aponta que alguns dos motivos que levam as pessoas à universidade da terceira idade são a expectativa de trocar experiências com pessoas da mesma idade, distrair-se, preencher o tempo e fazer novas amizades. Constatou que a sociabilidade é a razão principal da volta à escola.

Não houve associação entre os resultados da EDAO-R e a maioria dos dados sócio-demográficos (quantidade de filhos, sexo, estado civil, religião e moradia), o que sugere que a adaptação, assim como avaliada pela EDAO-R, estaria mais relacionada à vivência pessoal dos impactos de microfatores e fatores em sua vida. Ou seja, não seria dependente exclusivamente das condições objetivas, mas sobretudo, da percepção que a pessoa tem dos desafios que se apresentam.

Associações significantes foram obtidas com a variável idade ($r_s = -0,261; p < 0,001$) e condição ocupacional ($C = 0,468, p < 0,05$).

A associação entre a EDAO-R e a idade, negativa, indica que há uma tendência a que as pessoas mais novas tenham a adaptação menos eficaz que as mais velhas. É perfeitamente compreensível este dado, entendendo que as pessoas mais velhas, autônomas e independentes que freqüentam grupos da terceira idade devem ser aquelas com boa adaptação, qualidade de vida e menos depressão. Se assim não fosse, estariam em casa ou institucionalizadas (Butt & Beiser, 1987). Outras pesquisas corroboram este resultado.

Por exemplo, Costa Jr., Zonderman e McCrae (1991) discutindo o processo de adaptação ao envelhecimento, asseveram não ter encontrado evidências de que a resiliência, ou seja, a habilidade de adaptação aos eventos mais estressores no decorrer do tempo, diminuía com a idade. Concluem que a visão de que as pessoas idosas são rígidas e incapazes de se adaptarem às mudanças da vida não encontra suporte nas pesquisas empíricas.

Veras, Coutinho e Coeli (1997) constataram que o aumento da faixa etária não se mostrou associado a uma maior ocorrência da depressão e acrescentaram que pesquisas internacionais já teriam identificado o pico da depressão em idade imediatamente anterior ao início da terceira idade.

Pode-se supor que as pessoas mais jovens da amostra ainda estariam tentando encontrar respostas mais adequadas aos desafios do envelhecimento o que, aquelas mais velhas, já teriam conseguido. Por outro lado, a amostra contém apenas 3 pessoas (3,9%) nas faixas etárias mais altas, com idades entre 80 e 89 anos. Pessoas de 80 anos de idade,

que estudam, freqüentam grupos da terceira idade, são os representantes do que se convencionou chamar de envelhecimento bem-sucedido. Segundo Neri e Freire (2001), envelhecimento bem-sucedido pode ser visto como competência adaptativa do indivíduo, que se traduz em capacidade de responder com flexibilidade aos desafios resultantes do corpo, da mente e do ambiente, sendo que estes últimos podem ser biológicos, mentais, autoconceituais, interpessoais ou socioeconômicos.

De qualquer maneira, os resultados obtidos e os estudos citados indicam que o envelhecimento não está, necessariamente, associado à depressão, isolamento e disfuncionalidade.

Quanto à associação entre a condição ocupacional e a EDAO-R, o que se verificou foi que as pessoas aposentadas tendem a ter melhor adaptação que as pensionistas. Talvez este resultado possa ser interpretado pela conjunção de três fatores: condição ocupacional, aliada ao sexo da pessoa e ao estado conjugal. Pessoas aposentadas exerceram uma profissão, e muitas vezes acumulam seus rendimentos aos do cônjuge. As pensionistas são aquelas que recebem proventos de ex-maridos que faleceram, portanto são mulheres, viúvas e que nunca exerceram uma profissão.

Quanto ao desempenho da amostra, segundo o IQVTotal e seus domínios, observou-se que os participantes estão concentrados nas pontuações mais altas. Um IQV Total elevado (Md=25,75; Mo=27,72) indica concordância entre a percepção que as pessoas têm de sua qualidade de vida e os resultados da EDAO-R, com concentração em torno dos melhores níveis adaptativos.

Kimura (1999) em amostra de pessoas egressas de UTI, apesar de estudar pessoas com alguma patologia, encontrou resultados muito próximos aos da amostra desta pesquisa, exceto no domínio saúde-funcionamento. Estes resultados indicam que o IQV mostrou-se sensível ao detectar uma diferença fundamental entre as amostras – problemas no domínio saúde-funcionamento no estudo de Kimura.

Gonçalves, Dias e De Liz (1999), em estudo sobre qualidade de vida de pessoas idosas freqüentadoras de universidade da terceira idade, concluíram que a satisfação dessas pessoas com a qualidade de vida variou de pouco a muito satisfeito, tendo se concentrado nos escores mais altos.

Neri (2001) cita alguns resultados de revisão feita por Diener e Such em 1998 sobre qualidade de vida em pessoas idosas e, entre estes alguns concordam com o desempenho

da amostra total estudada: o bem-estar subjetivo não declina necessariamente com a idade, pois as pessoas idosas tendem a avaliar a qualidade de vida mais positivamente que os jovens, ajustando melhor desejos, possibilidades e regras sociais.

Quando comparados por sexo, os resultados dos homens foram ligeiramente mais baixos no IQV Total e domínios, inclusive no sócio-econômico. É importante lembrar que os homens pertencem às camadas mais altas da classe média, enquanto as mulheres às mais baixas. Os resultados no IQV sócio-econômico talvez se deva à queda de poder aquisitivo, quando comparado ao do tempo em que ainda não eram aposentados, fazendo com que se percebam com qualidade de vida inferior nesse domínio. Moreira (2000), nesse sentido, registrou a queixa de homens idosos quanto à queda do poder aquisitivo com a aposentadoria.

Já, a GDS-15 detectou 8,75% de presença de episódio depressivo maior, resultado que está de acordo com outros estudos realizados na comunidade, ou seja, estudos epidemiológicos, que envolvem amostras comumente aleatórias, não exclusivamente clínicas. Por exemplo, no Rio de Janeiro, Veras, Coutinho e Coeli (1997) detectaram a prevalência de depressão com taxas entre 4,5% a 11,6%, dependendo do bairro em que a pessoa morava. Segundo Almeida, Garrido e Tamai (1998) estas taxas podem variar entre 5% a 35% na comunidade, de acordo com o nível de gravidade, sendo maior a prevalência dos casos mais leves. Como a GDS-15 detecta a presença de episódio depressivo maior, era esperada uma prevalência próxima das taxas mais baixas.

Pellegrino Rosa (1997), avaliando 153 idosos através do Inventário de Depressão de Beck concluiu que, na média, não havia depressivos em sua amostra. Goldstein e Neri (1993/2000), avaliando a associação entre depressão e religiosidade em 173 adultos, freqüentadores de universidade da terceira idade, não encontraram associação significativa e consideraram ter sido porque a população não era depressiva, constituída de um grupo ativo e saudável, capaz de buscar e envolver-se em interações sociais.

Nolen-Hoeksema (1994) em estudo sobre a depressão no curso da vida, aponta que o estereótipo da velhice como um período caracterizado pela pobreza, isolamento e doença não é uma verdade para a maioria das pessoas e constata que, como as pesquisas empíricas indicam, as pessoas idosas têm baixos níveis de depressão.

Quando se avaliou a prevalência, por sexo, as mulheres apresentaram menos depressão que os homens. Forlenza (1999) aponta para estudos internacionais, os quais

indicam que a diferença entre os sexos na prevalência de depressão, de aproximadamente 2 mulheres para 1 homem, praticamente desaparece na pessoa idosa, principalmente se considerados os casos mais graves.

Barefoot, Helms, Mortensen e Avlund (2001), em estudo envolvendo 739 participantes entre 50 e 80 anos de idade, encontraram escores mais altos em mulheres que em homens, nas idades entre 50 e 60 anos, mas não aos 80. Os homens apresentaram escores muito mais altos que as mulheres após os 60 anos. Os autores relacionam estes resultados às diferenças nas mudanças biológicas e nos papéis sociais na velhice. Quanto aos homens, particularmente em decorrência da aposentadoria, pois eles se envolveriam muito mais ativamente que as mulheres no mundo do trabalho, principalmente pela rede social que eles formam, a qual lhes é muito mais importante que para elas.

Quanto ao acordo entre juízes independentes, calculado pelo *kappa*, foi considerado de moderado a bom ($\kappa=0,459$ a $\kappa=0,65$). Os resultados indicam que a EDAO-R, quando aplicada a pessoas idosas é uma medida confiável para avaliação da eficácia adaptativa.

Por outro lado, resultados de pesquisas anteriores com população mais jovem mostraram alguns índices mais altos, para a eficácia adaptativa geral, tais como: $\kappa=0,84$ (Gatti, 1999) em amostra de jovens universitários; $\tau=0,8465$; $\tau=0,8516$; $\tau=0,300$ (Yoshida, 1984) em amostra de adultos-jovens, universitários; $\kappa=0,78$ (Yoshida, 1999a); $\kappa=0,51$ (Yoshida, 2000); $\kappa=0,57$ (Yoshida, St-Amand, Lépine & Bouchard, 1998); $\kappa=0,40$ (Yoshida, Wiethaeuper, Lecours, Dymetryzyn & Bouchard, 1998), estes últimos em amostra de adultos, coeficientes que variaram entre 0,40 a 0,84, quando calculados pelo *kappa*.

As pesquisas que apresentaram coeficientes mais altos envolveram juízes experientes no manejo da EDAO. Os resultados mais baixos envolveram juízes cujo período de treino foi considerado curto pelos autores e ainda que trabalhavam em instituições diferentes, localizadas em países distintos (Yoshida, St-Amand, Lépine & Bouchard, 1998; Yoshida, Wiethaeuper, Lecours, Dymetryzyn & Bouchard, 1998).

Garb (1998) assinala que variações nos resultados são comumente encontradas em pesquisas que envolvem a avaliação clínica. Neste sentido, Crocker e Algina (1986, apud Hanson e cols., 2002) apontam que a confiabilidade é uma propriedade dos escores de um teste para um grupo particular de examinandos e, portanto, a variabilidade entre os

coeficientes de precisão é esperada. Vacha-Haase e cols. (2002) e Hanson e cols. (2002) sugerem que em todos os estudos envolvendo medidas de avaliação sejam calculados o(s) coeficiente(s) de precisão.

Quando se considerou a relação entre a eficácia adaptativa e qualidade de vida, verificou-se que existe associação significativa, na direção esperada, entre os resultados da EDAO-R e seus setores e do IQV e seus domínios. Em sua maioria, significantes para $p < 0,01$. Estes resultados sugerem que, quanto melhor a eficácia adaptativa, melhor deve ser a qualidade de vida da pessoa, indicando a convergência entre os constructos avaliados pelas duas medidas. Uma exceção refere-se à ausência de associação entre o setor Pr e o IQV Família. O IQV Família foi o que obteve as mais baixas associações com a EDAO-R e os outros setores, indicando que a satisfação com a saúde da família, com os filhos, a felicidade da família e o cônjuge não estão relacionados à adequação das respostas no setor Pr. Efetivamente, do ponto de vista conceitual, não se esperava associação entre estes dois constructos. Do ponto de vista dos setores da personalidade, o AR estaria mais relacionado ao domínio Família avaliado pelo IQV.

Quando se correlacionou o conjunto de resultados da EDAO-R com os da GDS-15, obteve-se associações significantes, na direção esperada, para $p < 0,01$ para a EDAO-R e setores com a quantidade de sintomas de depressão apresentados pelas pessoas ou a ausência/presença de episódio depressivo maior. Obteve-se, também, correlação significativa, na direção esperada, para $p < 0,05$ para o setor AR e ausência ou presença de depressão. Estes resultados indicam que quanto melhor a eficácia adaptativa da pessoa idosa, menos sintomas de depressão ela deve apresentar e menor deve ser a prevalência de episódio depressivo maior, de acordo com a CID-10. Estes resultados corroboram a asserção de Simon (2000b, p.16) de que a “*depressão é o resultado de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas*” e ainda que, considerando os diferentes tipos de depressão, quanto mais grave fosse o quadro apresentado pela pessoa, menos eficaz seria a adaptação.

Ao se relacionar os resultados do IQV com a GDS-15, obteve-se resultados significantes para $p < 0,01$, na direção esperada, entre os resultados da GDS-15 e o IQV Total e seus domínios e para $p < 0,05$ para a quantidade de sintomas apresentados e o IQV Família. A ausência ou presença de episódio depressivo maior não obteve associação com

o domínio IQV Família. Estes resultados corroboram os obtidos entre a EDAO-R e o IQV e entre a EDAO-R e a GDS-15.

Concluindo, pode-se afirmar que a EDAO-R é uma medida válida para pessoas idosas que freqüentam atividades em centros de convivência e universidades da terceira idade e que a eficácia adaptativa, nesta faixa etária, guarda alta associação com a qualidade de vida e com índices de depressão. Além disto, em função da operacionalização das categorias de avaliação, é possível obter-se bons índices de acordo entre avaliadores independentes, mesmo quando há grande diferença no tempo de experiência com a escala.

Considerações finais

“Procuro sempre aprender. O homem nasce sem saber e aprende milhões e milhões. Acaba aprendendo muita coisa. Eu tenho bastante coisa prá aprender. Muita coisa prá aprender (...) Um pouquinho de vivência. Com 84 anos dá prá saber alguma coisa. Muita coisa eu não sei.”

Sr. Flávio, 84 anos

A EDAO-R mostrou-se uma medida precisa e válida da eficácia adaptativa de pessoas idosas. Assim sendo, novos estudos podem ser conduzidos no sentido de se utilizar esta medida como critério de indicação em psicoterapias e medida de avaliação de processo de mudança, a exemplo de vários estudos já conduzidos em amostras de adultos e adultos jovens (Ulanin, 1986; Yoshida, 1989; 1990; 1991a; 1991b; 1999a; 2000; Enéas, 1993; Pellegrino-Rosa, 1995; Yoshida, St-Amand, Lépine & Bouchard, 1998; Yoshida, Wiethaeuper, Lecours, Dymetryzyn & Bouchard, 1998; Pereira, 1999; Romaro, 1999, entre outros).

Ao se discutir as características da amostra, o que se tentou evidenciar é que ela apresenta especificidades, relacionadas ao segmento da população no qual está inserida, e também, relacionadas ao subgrupo a que esta amostra pertence, caracterizando-a como um grupo privilegiado em alguns aspectos, quando comparado à população idosa da cidade de São Paulo. Tenderam, portanto, aos melhores resultados tanto em relação à eficácia adaptativa, quanto à qualidade de vida e à depressão.

Se por um lado deve-se ter cautela em generalizar os resultados da amostra estudada, por outro, a concordância com outros estudos, inclusive internacionais, indica que a EDAO-R talvez possa ser utilizada em outros grupos de pessoas idosas e que, provavelmente, os resultados tenderão a ser manter semelhantes.

Ademais, é sabido que nenhum estudo, por si só garante a tão almejada generalização dos dados. Estudos sucessivos com pessoas idosas serão necessários a fim de confirmar estes resultados e aumentar a confiabilidade dos mesmos.

Referências

- Adrados, I. (1987). O Método Rorschach como instrumento no estudo da terceira idade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39 (2), 57-66.
- Aldwin, C.M., Spiro, A., Levenson, M.R., & Bossé, R. (1989). Longitudinal findings from the normative aging study: 1. does mental health change with age? *Psychology and aging*, 4(3), 295-306).
- Almeida, O.P., & Almeida, S.A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57 (2-B), 421-426.
- Almeida, O.P., Garrido, R., & Tamai, S. (1998). Unidade para idosos (UNID) do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo: características clínicas de pacientes atendidos em nível ambulatorial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (6), 291-296.
- Alves, H. (2001). *Psicoterapia breve operacionalizada – PBO com adolescentes da rede pública escolar da cidade de Santos – SP: uma contribuição à psicologia clínica preventiva*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia. USP.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990/1993). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.). *Successful aging – perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Barefoot, J.C., Helms, M.J., Mortensen, E.L., & Avlund, K. (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychology and aging*, 16(2), 342,3435.
- Berquó, E. (1999). Considerações sobre o envelhecimento populacional no Brasil. In A.L.Neri, & G.G. Debert (orgs.). *Velhice e sociedade* (pp.11-40). Campinas: Papyrus.
- Blazer, D. (1998). *Problemas emocionais da Terceira Idade – estratégias de intervenção*. São Paulo: Andrei.
- Bordens, K.S., & Abbott, B.B. (1998). *Research design and methods. A process approach*. 4ª ed. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- But, D.S., & Beiser, M. (1987). Successful aging: a theme for international psychology. *Psychology and aging*, 2(1), 87-94.

- Costa Jr., P.T., Zonderman, A.B., & McCrae, R.R. (1991). Personality, defense, coping and adaptation in older adulthood. In E. M. Cumming, A. L. Greene & K.H. Karraker (Eds.). *Life-span developmental psychology p perspectives on stress and coping*. (pp. 277-296). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa Rosa, A. (1997). Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO): uma proposta de quantificação. *Mudanças*, 5 (7), 11-30.
- Debert, G.G. (1994). Gênero e envelhecimento: os programas para terceira idade e o movimento dos aposentados. *Estudos Feministas*, 2(3), 33-51.
- Debert, G.G. (1999a). A construção e reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In A.L. Neri, & Debert, G.G. *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus.
- Debert, G.G. (1999b). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP.
- Del Porto, J. A. (2000). Conceito de depressão e seus limites. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr., & E. C. Miguel (orgs.). *Depressão no ciclo da vida* (pp.20-28). Porto Alegre: Artmed.
- Enéas, M.L.E. (1993). *Critério motivacional na indicação de Psicoterapia Breve de adultos*. Dissertação (Mestrado). PUC-Campinas.
- Enéas, M.L.E. (1999). *Precisão e validade concorrente da Escala Rutgers de Progresso em Psicoterapia*. Tese (Doutorado). PUC-Campinas.
- Falcão, D. M. (1999). *Processo de tradução e adaptação cultural de questionários de qualidade de vida: avaliação de sua metodologia*. Dissertação (Mestrado).UNIFESP.
- Fleck, M.P.A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 1-4.
- Ferrans, C.E. (1990). Quality of life: conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6 (4), 248-54.
- Freund, A. M., & Baltes, P.B. (1998). Selection, Optimization, and Compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and aging*, 13 (4), 531-543.
- Forlenza, O. (1997). Fatores de risco associados à morbidade psiquiátrica do idoso. In O. Forlenza, & O.P. Almeida (Eds.). *Depressão e demência no idoso – tratamento psicológico e farmacológico* (pp. 25-46). São Paulo: Lemos Editorial.
- Garb, H.N. (1998). *Studying the clinician. Judgment research and psychological assessment*. Washington, D.D. American Psychological Association.

- Gatti, A.L. (1999). *Escalas de avaliação dos mecanismos de defesa: precisão e validade concorrente*. Tese (Doutorado). PUC-Campinas.
- Goldstein, L.L., & Neri, A.L. (1993/2000). Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In A. L. Neri (org.). *Qualidade de vida e idade madura*. (pp. 109-136). Campinas: Papirus.
- Goldstein, L.L., & Siqueira, M.E.C. (2000). Heterogeneidade e diversidade nas experiências de velhice. In A.L.Neri & S.A.Freire (orgs.). *E por falar em boa velhice*.(pp.113-124). Campinas: Papirus.
- Gonçalves, L.H.T., Dias, M.M., & De Liz, T.G. (1999). Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. *Mundo Saúde*, 23 (4), 214-220.
- Hanson, W.E., Curry, K.T., & Bandalos, D.L. (2002). Reliability generalization or Working Alliance Inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement*, 6(4),659-673.
- Harris, M.B. (1995). *Basic statistics for behavioral science research*. Toronto: Allin and Bacon.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2001) – *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Brasil – PNAD99* (Março, 2001). Banco de Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no World Wide Web: www.ibge.gov.br
- Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa. (2001). *Crítério Brasil* (Maio, 2001). Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa no World Wide Web: www.ibope.com.br
- Kimura, M. (1999). *Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”*, de Ferrans e Powers. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem – USP.
- Laks, J., & Marinho, V. (1997). O ambulatório de psiquiatria geriátrica no Instituto de Psiquiatria da UFRJ: objetivos, casuística e características do atendimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46 (10), 543-546.
- Lipp, M. & Rocha, J.C. (1996). *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida*. 2ª ed. Papirus: Campinas.
- Martins, R.C. (1997). O idoso e seu cotidiano no imaginário feminino de meia-idade: um estudo em representações sociais. *Estudos de Psicologia*, 14 (3), 39-47.
- Martins, R.C. (1998). *Psicoterapia breve de idosos: avaliação de resultados*. Dissertação (Mestrado). PUC-Campinas.
- Moreira, M.M.S. (2000). *Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento*. Dissertação (Mestrado) Escola de Saúde Pública – Rio de Janeiro.

- Nacarato, A.E.C.B. (1996). Stress no idoso: efeitos diferenciais da ocupação profissional. In M. Lipp (org.) *Pesquisas sobre stress no Brasil. Saúde, ocupações e grupos de risco* (pp.275-296). Campinas: Papirus.
- Neri, A.L. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A.L.Neri (org.). *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9-56). Campinas: Papirus.
- Neri, A.L. (1997). Um percurso acadêmico-científico: entrevista com a dra. Anita Liberalesso Neri. *Psicólogo InFormação*, I(1),69-79.
- Neri, A.L. (2001a). O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In A.L. Neri (org.) *Maturidade e velhice. Trajetórias individuais e socioculturais* (pp.11-52). Campinas: Papirus.
- Neri, A.L. (2001b). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A.L. Neri (org.) *Desenvolvimento e envelhecimento. Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161-200). Campinas: Papirus.
- Neri, A.L. (2001c). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Neri, A.L., & Freire, S.A. (2000). Qual é a idade da velhice. In A.L. Neri & S.A. Freire (orgs.). *E por falar em boa velhice* (pp. 7-20). Campinas: Papirus.
- Nolen-Hoeksema, S. (1994). Life-span views on depression. In P.Baltes, D.L. Featherman, & R. Lerner (Eds.). *Life-span development and behavior*, v.9. Lawrence Erlbaum Associates.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação internacional de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo – 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organización Panamericana de la Salud (1994). Restrepo, H.E., & Pérez, E.A. La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa. *Publicación científica n° 546*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Plan de acción em salud y envejecimiento: los adultos mayores en las Américas. 1999-2002. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Papaléo Netto, M. (1996). Metodologia científica em gerontologia. In M. Papaléo Netto. *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento, uma visão globalizada* (pp. 501-516). São Paulo: Atheneu.

- Paschoal, S.M.P. (1996). Epidemiologia do envelhecimento. In M. Papaléo Netto. *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento, uma visão globalizada* (pp. 26-43). São Paulo: Atheneu.
- Pellegrino Rosa, I. (1995). Estudo do grau de adaptação em um grupo de pacientes anorgásmicas. *Mudanças*, 3 (3/4), 11-29.
- Pellegrino Rosa, I. (1997). Variáveis cognitivas e afetivas no envelhecimento. *Mudanças*, 5 (8), 159-210.
- Peixoto, C. (1997) De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In R. Veras (org). *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio* (pp. 42-74). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI.
- Pereira, A.A.M. (1999). *Configurações vinculares em candidatos a transplante cardíaco*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia - USP.
- Prefeitura do Município de São Paulo (2000). *Perfil da população idosa residente em onze regiões do município de São Paulo no ano 2000*. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo e Grande Conselho Municipal do Idoso.
- Ponte, J. R. (1996). Aspectos psicanalíticos do envelhecimento normal. In M. Papaléo Netto. *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento, uma visão globalizada* (pp. 114-123). São Paulo: Atheneu.
- Ramos L.R., Toniolo N., J., Cendoroglo, M.S., Garcia, J.T., Najas, M.S., Perracini, M., Paola, C.R., Santos, F.C., Bilton, T., Ebel, S.J., Macedo, M.B., Almada F., C.M., Nasri, F., Miranda, R.D., Gonçalves, M., Santos, A.L.P., Fraietta, R., Vivacqua N., I., Alves, M.L., & Tudisco, E.S. (1998). Two year follow-up study of elderly residents in S.Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Revista de Saúde Pública* [periódico on line] 32(5). Disponível <http://www.scielo.br>
- Romaro, R.A.V. (1999). *Variações da eficácia adaptativa de pacientes borderline em psicoterapia breve dinâmica*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia – USP.
- Rosa, T.E.C. (1999). *Determinantes da capacidade funcional de idosos residentes no Distrito de São Paulo*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública – USP.
- Rossini, S.R.G. (2001). *Estudo da relação entre insônia, equilíbrio adaptativo e função alfa*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia. USP.
- Sant'Anna, M.J.G. (1997). UnATI, a velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários. In R. Veras (org). *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio* (pp. 75-102). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI.
- Santos, A.T., & Santos Sá M.A.A. (2000) De volta às aulas: ensino e aprendizagem na terceira idade. In A.L. Neri & S.A. Freire (orgs.). *E por falar em boa velhice* (pp.91-100). Campinas: Papirus.

- Savonitti, B.H.R.A. (2000). *Qualidade de vida de idosos institucionalizados*. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem – USP.
- Siegel, S. (1975/1981). *Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva. Novos fundamentos*. São Paulo: E.P.U.
- Simon, R. (1995). Teoria da evolução da adaptação humana – prevenção da ineficácia adaptativa. *Mudanças*, 3 (3,4), 25-50.
- Simon, R. (1996). Do diagnóstico à psicoterapia breve. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(7), 403-408.
- Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, 47(107), 85-93.
- Simon, R. (1998). Proposta de redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). *Mudanças: psicoterapia e estudos psicossociais*, 6(10), 13-24.
- Simon, R. (2000a) Psicoterapia psicanalítica ou psicoterapia breve? (manuscrito) Trabalho apresentado no 4º Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia psicanalítica em 07/10/2000 na USP, São Paulo.
- Simon, R. (2000b). Variedades de depressão e a teoria da adaptação – considerações psicoterápicas. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 10(1), 15-24.
- Souza, M.A. (1995). *Compreensão psicológica do drogadicto através do Rorschach e entrevista (EDAO)*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia. USP
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Ulanin, C. (1986). *Saúde mental em unidades básicas: valor da psicoterapia breve e da escala diagnóstica operacionalizada como recursos auxiliares no tratamento e prognóstico da tuberculose pulmonar*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia – USP.
- Vacha-Haase, T., Henson, R.K., & Caruso, J.C. (2002). Reliability generalization: moving toward improved understanding and use of score reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), 562-569.
- Vasconcelos, L.A. (1992). Algumas características da readaptação de sobreviventes da bomba atômica em Hiroshima. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8 (1), 113-122.

- Veras, R. (1994). Envelhecimento populacional no mundo e no Brasil. *Revista Advir*, 3, 37-44.
- Veras, R., Coutinho, E., & Coeli, C.M. (1997). Transtornos mentais em idosos: a contribuição da epidemiologia. In R. Veras (org). *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio* (pp. 15-40). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI.
- Yamamoto, K. (1995). Validade do Questionário EPM e seu uso para triagem e seleção de população universitária. *Mudanças*, 3 (3/4), 65-81.
- Yesavage, J.A., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Yoshida, E.M.P. (1984). *Estudo da precisão e da validade de predição da Escala Diagnóstica da Adaptação de R. Simon*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, USP.
- Yoshida, E.M.P. (1989). *Estudo de critérios psicodiagnósticos para indicação de psicoterapia breve*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia. USP.
- Yoshida, E.M.P. (1990). *Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos*. São Paulo: E.P.U.
- Yoshida, E.M.P. (1991a) Validade preditiva da EDAO em psicoterapias breves: grau de motivação. *Estudos de Psicologia*, 8 (2), 124-137.
- Yoshida, E.M.P. (1991b) Validade preditiva da EDAO em psicoterapias breves: solução para a situação problema. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 28-36.
- Yoshida, E.M.P. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(2), 115-127.
- Yoshida, E.M.P. (1999a). EDAO-R: precisão e validade. *Mudanças*, 7(11), 189-213.
- Yoshida, E.M.P. (1999b). Psicoterapia breve e prevenção: eficácia adaptativa e dimensões da mudança. *Temas em Psicologia*, 7(2), 119-129.
- Yoshida, E.M.P. (2000). Mudança em psicoterapia psicodinâmica breve: eficácia adaptativa e funcionamento defensivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2(3), 261-276.
- Yoshida, E.M.P. (2001). Psicoterapia breve psicodinâmica: critérios de indicação. *Anais do I Congresso de Psicologia Clínica* (pp. 135-135). Ed. e Gráfica Vida e Consciência: São Paulo.
- Yoshida, E.M.P., Lépine, V., St-Amand, P., & Bouchard, M.A. (1998). Configuração adaptativa e o nível de maturidade dos mecanismos de defesa. *Estudos de Psicologia*, 15(3), 3-16.

Yoshida, E.M.P., Wiethaeuper, D., Lecours, S., Dymetryzyn H., & Bouchard, M. (1998). Adaptação e nível de patologia. *Boletim de Psicologia*, 48 (108), 67-85.

Anexos

Anexo A - Questionário de dados pessoais

Número

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____ CEP _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M () F ()

Estado civil:

Solteiro(a) () casado(a) () viúvo(a) () separado(a) () divorciado(a) ()

Número de filhos: ()

Religião: _____

Condição ocupacional: empregado(a) () desempregado(a) () aposentado(a) ()

Profissão: _____

Moradia: própria () alugada () terceiros: filhos/parentes ()**Convivência:** vive com outros () Quem: _____
vive sozinho ()

Anexo B - Critério Brasil

Posse de Itens	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou mais
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de instrução do chefe de família	Pontos
Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Total de Pontos: _____

Classificação

Classe	Total de Pontos
A1	30-34
A2	25-29
B1	21-24
B2	17-20
C	11-16
D	6-10
E	0-5

Anexo C - Folha de resumo diagnóstico para pesquisa
(Simon, 1998)

Número

Entrevistado: _____

Dados Relevantes por setor

Afetivo-relacional: _____

Produtividade: _____

Sócio-Cultural: _____

Orgânico: _____

GRUPO	ADEQUAÇÃO AR	PR	SOMA	
1	+++ 3	+++ 2	5	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO EFICAZ <input type="checkbox"/> EM CRISE
2	++ 2	+++ 2	4	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE <input type="checkbox"/> EM CRISE
2	+++ 3	++ 1	4	
3	++ 2	++ 1	3	
3	+ 1	+++ 2	3	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA <input type="checkbox"/> EM CRISE
3	+++ 3	+ 0,5	3,5	
4	++ 2	+ 0,5	2,5	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA <input type="checkbox"/> EM CRISE
4	+ 1	++ 1	2	
5	+ 1	+ 0,5	1,5	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE <input type="checkbox"/> EM CRISE

Entrevistador: _____ Data _____

Anexo D - Índice de Qualidade de Vida

Ferrans & Powers (1985)/adaptação para o português, Kimura (1999)

Parte 1. Para cada uma das perguntas a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeito você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda, marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

1. muito insatisfeito
2. moderadamente insatisfeito
3. pouco insatisfeito
4. pouco satisfeito
5. moderadamente satisfeito
6. muito satisfeito

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:

1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. A assistência à saúde que você está recebendo?	1	2	3	4	5	6
3. A intensidade de dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
4. A energia que tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
6. Sua capacidade para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Sua possibilidade de viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Seu relacionamento com o(a) esposo(a)/companheiro(a)?	1	2	3	4	5	6
12. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:

15. Sua capacidade física para cumprir com responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
16. Sua capacidade física para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
17. O nível de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
18. Seu lar?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Suas condições sócio-econômicas?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
22. O fato de não ter trabalho	1	2	3	4	5	6
23. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
25. Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
26. Sua disposição para passear?	1	2	3	4	5	6
27. A possibilidade de ter uma velhice feliz?	1	2	3	4	5	6
28. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
29. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
30. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
31. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
32. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
33. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
34. Com você mesmo, de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte II. Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto importante é para você aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

1. Sem nenhuma importância
2. Moderadamente sem importância
3. Um pouco sem importância
4. Um pouco importante
5. Moderadamente importante
6. Muito importante

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:

1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado com a saúde?	1	2	3	4	5	6
3. Estar completamente livre de dor?	1	2	3	4	5	6
4. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
6. Ter condições físicas para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Seu relacionamento com o(a) esposo(a)/companheiro(a)?	1	2	3	4	5	6
12. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:

15. Cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
16. Ter capacidade física para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
17. Ter um nível aceitável de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
18. Seu lar?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Ter boas condições sócio-econômicas?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
22. Ter um trabalho	1	2	3	4	5	6
23. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
25. Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
26. Ter disposição para passear?	1	2	3	4	5	6
27. Ter uma velhice feliz?	1	2	3	4	5	6
28. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
29. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
30. Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
31. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
32. Estar satisfeito com a vida?	1	2	3	4	5	6
33. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
34. Ser você mesmo?	1	2	3	4	5	6

Anexo E - Escala de Depressão em Geriatria – Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Yesavage e cols. (1983); versão para o português de Almeida e Almeida (1999)

	Não	Sim
1. Você está basicamente satisfeito com a vida?	1	0
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3. Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4. Você se aborrece com frequência?	0	1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8. Você sente que a sua situação não tem saída?	0	1
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13. Você se sente cheio de energia?	1	0
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1

Anexo F - Carta de apresentação às Instituições

Ao

(nome da Instituição)

Att.: (nome da pessoa responsável)

(cargo que ocupa na Instituição)

Ref: Projeto de Pesquisa sobre a Validade e Precisão da Escala Adaptativa Operacionalizada – redefinida, de idosos.

Esta carta tem o objetivo de solicitar a colaboração desta Instituição, pioneira no oferecimento de atividades voltadas para pessoas idosas, e estabelecer os procedimentos envolvidos neste projeto de pesquisa que visa estudar a validade simultânea e a precisão da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Redefinida (EDAO-R). Será realizado pela psicóloga Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha, do Programa de Mestrado em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

O estudo da EDAO-R de pessoas idosas pode fornecer subsídios para que se reflita acerca das possibilidades do atendimento às necessidades emocionais específicas dessa etapa de vida e fundamentalmente sobre a eficácia adaptativa dessas pessoas diante das vicissitudes da vida.

Pretende-se adotar o seguinte procedimento:

- Apresentação do projeto para os frequentadores e convite à participação (carta de Informação);
- Entrevista individual, de coleta de dados, de aproximadamente uma hora (aplicação da EDAO-R – entrevista clínica, do Índice de Qualidade de Vida e da Escala de Depressão Geriátrica). A entrevista clínica será gravada em fita cassete, com o consentimento dos participantes.
- Envio, aos participantes, de um breve relato dos resultados, reafirmando a disponibilidade da pesquisadora em esclarecer qualquer dúvida que possa surgir.

Sendo que:

- Os participantes não serão submetidos a qualquer procedimento doloroso ou de risco;

- Com a avaliação, os participantes terão como benefício uma devolutiva sobre os resultados e a possibilidade de um encaminhamento para atendimento especializado, se necessário;
- É garantido aos participantes e à Instituição o esclarecimento a qualquer dúvida sobre o projeto ou a outro assunto relacionado com a pesquisa;
- Os participantes podem desistir da pesquisa a qualquer tempo;
- Tanto a Instituição quanto os participantes ficam isentos de qualquer gasto;
- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa e é garantido o sigilo profissional.

Atenciosamente,

Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha
Psicóloga – CRP 06/61774-0
Tel. 279-8789
Mestranda – PUC Campinas

Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida
Orientadora – PUC Campinas

Anexo G - Formulário CONEP

Anexo H - Formulário CONEP

Anexo I - Carta de informação aos participantes

PREZADOS SENHORES (as)

Esta carta tem como objetivo apresentar e solicitar sua colaboração para o Projeto de Pesquisa que visa estudar a validade e a precisão da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Revisada (EDAO-R) de idosos.

Você colaborará como participante da pesquisa, que envolverá uma entrevista e a resposta a dois questionários.

O estudo da EDAO-R em idosos pode fornecer elementos para que se reflita acerca das possibilidades do atendimento às necessidades emocionais dessa etapa de vida e fundamentalmente sobre a qualidade da adaptação de pessoas idosas.

Os procedimentos adotados serão os seguintes:

- Apresentação do projeto para os possíveis participantes e convite à participação (carta de Informação);
- Se você concordar em participar a pesquisa envolverá os seguintes passos:
 1. Entrevista individual, de coleta de dados, de aproximadamente uma hora (avaliação da adaptação através de entrevista clínica/EDAO-R, do Índice de Qualidade de Vida e da Escala de Depressão Geriátrica). A entrevista clínica será gravada em fita cassete com o seu consentimento;
 2. Envio, a você, de um breve relato dos resultados, reafirmando minha disponibilidade em esclarecer qualquer dúvida que possa surgir.

Sendo que:

- Você não será submetido a qualquer procedimento doloroso ou de risco;
- Com a avaliação, você terá como benefício uma resposta sobre os resultados e a possibilidade de um encaminhamento para atendimento especializado, se necessário;
- É garantido a você o esclarecimento a qualquer dúvida sobre o projeto ou a outro assunto relacionado com a pesquisa;
- Você pode desistir da pesquisa a qualquer tempo;
- Você não terá qualquer gasto.

- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa e é garantido o sigilo profissional.

Sendo assim, conto com sua participação.

Atenciosamente,

Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha
Psicóloga – CRP 06/61774-0
PUC Campinas
Tel. 279-8789

Anexo J - Termo de consentimento informado

Eu, _____ ,
abaixo-assinado, declaro que estou participando do projeto de pesquisa sobre a Validade Simultânea e Precisão da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Revisada (EDAO-R) com Pessoas Idosas, realizada pela psicóloga Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha. Estou ciente da natureza dos procedimentos a que serei submetido(a) e autorizo a utilização dos dados obtidos com a finalidade específica de pesquisa científica, resguardado meu direito ao sigilo profissional. Também tenho ciência de que poderei desistir de minha participação na pesquisa a qualquer tempo.

De acordo,

R.G. nº

São Paulo, de de 200