

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB

**JULIANA BASTOS OHY DANIEL**

**A RELAÇÃO ENTRE OS TIPOS DE LOCUS DE CONTROLE E O PROGNÓSTICO  
DE DEPRESSÃO EM IDOSOS**

RIO DE JANEIRO

2017

**JULIANA BASTOS OHY DANIEL**

**A RELAÇÃO ENTRE OS TIPOS DE LOCUS DE CONTROLE E O PROGNÓSTICO  
DE DEPRESSÃO EM IDOSOS**

Dissertação de Mestrado submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – PROPSAM, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ, como pré-requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Jerson Laks

RIO DE JANEIRO

2017

D184r Daniel, Juliana Bastos Ohy A relação entre os tipos de locus de controle e o prognóstico de depressão em idosos / Juliana Bastos Ohy Daniel. -- Rio de Janeiro, 2017. 94 f.

Orientador: Jerson Laks.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, 2017.

1. Depressão. 2. Prognóstico. 3. Idosos. 4. Locus de controle. 5. Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB. I. Laks, Jerson, orient. II. Título.

CDD: 618.97689

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Juliana Bastos Ohy Daniel

### **A RELAÇÃO ENTRE OS TIPOS DE LOCUS DE CONTROLE E O PROGNÓSTICO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS**

Dissertação de Mestrado submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental - PROPSAM, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB/UFRJ, como pré-requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Aprovada em:

---

(Presidente, Prof. Dr. Jerson Laks - UFRJ)

---

(Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marcia Cristina Nascimento Dourado - UFRJ)

---

(Prof. Dr. Max Luiz de Carvalho - UERJ)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho à minha família, Wladimir Satomi Ohy, Solange de Castilho Bastos Ohy e Carolina Bastos Ohy Lucchini pelo incansável incentivo e estímulo aos meus estudos e por me ensinarem a ter prazer no que aprendo de forma leve e amorosa.

A Marcus Daniel, por seu amor, carinho e por demonstrar em todos os seus gestos que sempre acreditou que essa etapa seria vencida. Obrigada por todas as palavras de apoio, mas principalmente pelo seu silêncio quando precisei me recolher para dedicar-me ao meu trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu querido e admirável professor e orientador Jerson Laks, pela sua generosidade em compartilhar seu vasto conhecimento de forma didática e ao mesmo tempo assertiva. Agradeço, principalmente por ter me aceitado em seu grupo de pesquisa do qual muito me orgulho.

Às minhas coorientadoras Deborah Maia e Anna Beatriz Howat Rodrigues, que se tornaram além de exemplos na vida acadêmica, um apoio essencial em todo o meu processo de pesquisa. Agradeço pela disponibilidade, incentivo, paciência, generosidade e conhecimento que pudemos partilhar.

À professora Marcia Dourado, por me acompanhar desde o início e me sensibilizar no atendimento a idosos, através da sua experiência e sabedoria.

A todos os colegas do IPUB, pela contribuição valiosa para que essa pesquisa se tornasse viável e por todos os momentos de troca de conhecimento que tanto contribuíram para o meu aprendizado.

Aos pacientes e colaboradores do Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice (CDA), onde pude colher dados para a pesquisa, mas principalmente adentrar no universo do idoso de forma intensa e proveitosa.

À CAPES pela provisão da bolsa de mestrado.

## RESUMO

DANIEL, Juliana Bastos Ohy. **A relação entre os tipos de locus de controle e o prognóstico da depressão em idosos.** Rio de Janeiro, 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A população idosa apresenta maior vulnerabilidade para problemas de saúde mental e os transtornos depressivos estão entre os mais frequentes com uma prevalência de 15% na população mundial. Vários fatores de vulnerabilidade para depressão em idosos têm sido relacionados pela literatura, tais como: gênero feminino, a morbidade física e comprometimento cognitivo. O tipo de locus de controle (LoC), definido por Rotter (1966) como uma crença ou expectativa generalizada a respeito de quais seriam as fontes de controle sobre os eventos que nos afetam, tem sido um desses fatores. Alguns estudos mostram resultados de associação entre o tipo de LoC e o prognóstico da depressão em idosos, embora os achados sejam controversos. A relação entre LoC e depressão em idosos brasileiros é ainda desconhecida.

Os objetivos do presente trabalho foram: 1) Traduzir e adaptar para a Língua Portuguesa um instrumento que avaliasse o tipo de LoC especialmente aplicável a população idosa. 2) Conhecer a relação entre o tipo de LoC e o prognóstico da depressão em amostras de idosos da comunidade. Para isso foi realizada uma revisão sistemática da literatura.

A escala Locus of Control of Behaviour (LCB) foi adaptada em cinco etapas: Tradução; retradução; avaliação da equivalência entre a retradução e a escala original, elaboração de uma versão pré-final e aplicação na população-alvo composta por 16 participantes, em sua maioria idosos (56 a 80 anos), com quatro anos mínimos de escolaridade. A Revisão da literatura foi feita a partir das seguintes bases de dados: PubMed (Medline), ISI Web of Science, Scopus e Psycinfo, utilizando a seguinte combinação de termos: (aged OR old\* OR agin\* OR elder\* OR geriatric OR "late life" OR gerontology) AND (depress\*) ("locus of control"). Incluímos inicialmente 1419 estudos entre os quais foram pré-selecionados 153 artigos originais. Finalmente, foi feita uma última seleção observando-se a qualidade dos estudos, resultando em um total de 43 artigos.

A versão adaptada não gerou problemas de compreensão, aceitabilidade ou impacto emocional negativo e torna disponível, no contexto brasileiro, um instrumento específico para a avaliação dos tipos de LoC em idosos. A revisão da literatura demonstrou uma relação positiva entre o predomínio de Loc externo e pior prognóstico da depressão em idosos.

Tornamos disponível para a Língua Portuguesa uma escala adaptada para aplicação em estudos sobre LoC e suas relações com a saúde em idosos. Conhecer o tipo de Loc pode ensejar abordagens individualizadas que melhorem o prognóstico do tratamento da depressão nessa população.

**Palavras-chave:** Depressão, prognóstico, idoso, locus de controle.

## ABSTRACT

DANIEL, Juliana Bastos Ohy. **The relationship between the types of locus of control and the prognosis of depression in the elderly.** Rio de Janeiro, 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The elderly population presents greater vulnerability to mental health problems and depressive disorders are among the most frequent with a prevalence of 15% in the world population. Several vulnerability factors for depression in the elderly have been related in the literature, such as: female gender, physical morbidity and cognitive impairment. The type of locus of control (LoC), defined by Rotter (1966) as a generalized belief or expectation as to what would be the sources of control over the events that affect us, has been one of these factors. Some studies show results of association between the type of LoC and the prognosis of depression in the elderly, although the findings are controversial. The relationship between LoC and depression in Brazilian elderly is still unknown.

The objectives of this study were: 1) To translate and adapt to the Portuguese Language an instrument that evaluates the type of LoC especially applicable to the elderly population. 2) To know the relationship between the type of LoC and the prognosis of depression in samples of the elderly in the community. For this, a systematic review of the literature.

The Locus of Control of Behavior (LCB) scale was adapted in five stages: Translation; Retranslation; Evaluation of the equivalence between the retranslation and the original scale, preparation of a pre-final version and application in the target population composed of 16 participants, mostly elderly (56 to 80 years), with four years of schooling minimum. The review of the literature was done from the following databases: PubMed (Medline), ISI Web of Science, Scopus and Psycinfo, using the following combination of terms: (aged OR old \* OR agin \* OR elder \* OR geriatric OR " Late life "OR gerontology) AND (depress \*) (" locus of control "). We initially included 1419 studies among which 153 original articles were pre-selected. Finally, a final selection was made, observing the quality of the studies, resulting in a total of 43 articles.

The adapted version did not generate problems of comprehension, acceptability or negative emotional impact and makes available, in the Brazilian context, a specific instrument for the evaluation of the types of LoC in the elderly. The literature review showed a positive relationship between the predominance of external Loc and worse prognosis of depression in the elderly.

We have made available a scale suitable for application in studies on LoC and its relation with health in the elderly. Knowing the type of LoC can lead to individualized approaches that improve the prognosis of depression treatment in this population.

**Key words:** Depression, prognosis, elderly, locus of control.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Resumo esquemático do método usado para a adaptação transcultural da escala LCB	73
<b>Figura 2</b> - Fluxograma de busca e seleção dos artigos	74
<b>Quadro 1</b> - Critérios diagnósticos para Transtorno Depressão Maior (DSM-V)	75
<b>Quadro 2</b> - Comparação entre as versões original e final (com adaptação transcultural) da escala LCB	76
<b>Quadro 3</b> - Classificação dos artigos segundo os 11 itens da Escala de PEDro	77

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Estimativa da população brasileira e características demográficas entre os anos de 1920 e 2040.	79
<b>Tabela 2</b> - Características dos artigos quanto autores, país, ano de publicação, gênero e idade dos participantes e tipo de população estudada.	80
<b>Tabela 3</b> - Escalas de mensuração da variável locus de controle.	85
<b>Tabela 4</b> - Escalas de mensuração da variável depressão.	90

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CDA	Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice
CES-D	<i>Epidemiologic Studies Depression scale</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CHLC	Escala de Locus de Controle para Crianças/ Adolescentes
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DUPATPO	<i>Duke University Preventive and Therapeutic Program for Osteoporosis</i>
ELCL	Escala de locus de controle de Levenson
EUA	Estados Unidos da América
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
HLOC	Locus de controle da saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
JBP	Jornal Brasileiro de Psiquiatria
LCB	<i>Locus of Control of Behaviour</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LoC	Locus de Controle
MHLC	Escala de locus de controle da saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEDro	<i>Physiotherapy Evidence Database</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis</i>
PROSPECT	<i>Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial</i>
PROPSAM	Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental
PROSPERO	<i>International Prospective Register Of Systematic Reviews</i>
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	15
1.1 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	20
<b>2 OBJETIVOS</b>	21
<b>3 HIPÓTESES</b>	21
<b>4 JUSTIFICATIVA</b>	22
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b>	23
<b>6 REVISÃO DA LITERATURA</b>	24
6.1 LOCUS DE CONTROLE	24
6.2 ESCALAS PSICOMÉTRICAS DE LOCUS DE CONTROLE	26
<b>7 ARTIGOS CIENTÍFICOS</b>	28
7.1 ESTUDO 1	28
7.1.1 <b>Resumo</b>	28
7.1.2 <b>Introdução</b>	29
7.1.3 <b>Métodos</b>	31
7.1.3.1 população	31
7.1.3.2 o processo de adaptação transcultural	31
7.1.4 <b>Resultados</b>	32
7.1.5 <b>Discussão</b>	34
7.1.6 <b>Conclusão</b>	35
7.1.7 <b>Referências</b>	35
7.2 ESTUDO 2	38
7.2.1 <b>Resumo</b>	38
7.2.2 <b>Introdução</b>	39
7.2.3 <b>Métodos</b>	40
7.2.3.1 tipos de estudo	40
7.2.3.2 critérios de inclusão	40

7.2.3.3 critérios de exclusão	40
7.2.3.4 critérios de busca	40
7.2.3.5 seleção dos estudos	40
7.2.3.6 seleção dos dados	41
<b>7.2.4 Resultados</b>	41
7.2.4.1 quanto a classificação da qualidade metodológica dos estudos	41
7.2.4.2 quanto aos participantes dos estudos	42
7.2.4.3 quanto ao desenho do estudo	42
7.2.4.4 quanto às escalas de LoC utilizadas	43
7.2.4.5 quanto às escalas para avaliar depressão	44
7.2.4.6 LoC como fator prognóstico da depressão	44
<b>7.2.5 Discussão</b>	46
<b>7.2.6 Conclusão</b>	51
<b>7.2.7 Referências.</b>	52
<b>8 DISCUSSÃO</b>	56
<b>9 CONCLUSÃO</b>	58
<b>REFERÊNCIAS</b>	59
<b>ANEXOS</b>	64

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a demografia da população brasileira vem sofrendo modificações consideráveis principalmente no que diz respeito à estrutura etária. Observa-se, nos dias atuais, um contingente crescente de pessoas com 60 anos ou mais de idade (MIRANDA et al, 2016). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2015), a expectativa de vida de 52 anos em 1950 aumentou para mais de 73 anos nos dias atuais. Em 2010, a proporção era de aproximadamente 39 idosos para cada grupo de 100 jovens. Estimam-se para 2040, mais que o dobro de idosos, representando 23,8% da população brasileira geral e uma proporção de quase 153 idosos para cada 100 jovens (tabela 1- ANEXO 6).

O envelhecimento populacional também é associado a uma retração da força de trabalho e maior demanda por cuidados de saúde, assistência e benefícios sociais. Outros tipos de mudanças estão transformando a sociedade e, por sua vez, interagindo com o envelhecimento e influenciando a dinâmica social e intergeracional. Entender a interação entre essas tendências é crucial para que os gestores políticos tomem as melhores decisões para promover a saúde e o bem-estar das pessoas idosas (BEARD; BLOOM, 2015).

A população idosa apresenta maior vulnerabilidade para problemas de saúde os transtornos do humor são predominantes, com destaque para a depressão, cuja prevalência varia de 0,4 a 15,7% nos países, em geral (RAI et al, 2013). Um estudo epidemiológico longitudinal, realizado durante três anos com uma coorte de 2.200 sujeitos da população holandesa, com idades entre 55 e 85 anos, apresentou a taxa de incidência de transtorno depressivo de 2,8% de casos novos por ano (SMIT et al, 2006). No Brasil, cerca de 15% dos idosos apresentam algum sintoma depressivo, sendo mais frequentes em idosos hospitalizados (5 a 13%) e institucionalizados (12 a 16%) (COUTINHO et al, 2003). Uma metanálise estimou em 26% a proporção de idosos brasileiros com sintomas de depressão (BARCELOS-FERREIRA et al, 2010).

Fatores individuais, tais como: menos bens materiais, menor escolaridade, inatividade econômica, divórcio ou viuvez e gênero feminino foram responsáveis por 86,5% da variação da prevalência de depressão, que também variou conforme o nível de desenvolvimento econômico de cada país (RAI et al, 2013).

A gravidade dos sintomas depressivos piora o curso de doenças clínicas associadas, o desempenho cognitivo e as atividades funcionais (JAEGER et al, 2006). O envelhecimento humano leva a uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, que pode ser proporcional ao aumento da idade e a uma piora da qualidade de vida dos idosos, deixando-os mais suscetíveis a sintomas depressivos (SILVA et al, 2012). A depressão em idosos contribui para perdas da produtividade devido a maiores taxas de morbimortalidade. Entende-se como perdas da produtividade não só a aposentadoria, como mais dias fora dos papéis domésticos, diminuição do sucesso financeiro e maior necessidade de cuidados informais não remunerados fornecidos por familiares e amigos (SNOW; ABRAMS, 2016).

Apesar das altas taxas de prevalência acredita-se que a depressão possa ser subestimada, pois idosos comumente apresentam predomínio de queixas clínicas como insônia, perda de apetite e sintomas somáticos, como constipação e dor em detrimento de sintomas emocionais. Além disso, sintomas depressivos como perda de interesse, anedonia e abulia podem ser interpretados erroneamente como característicos da velhice (SÖZERI-VARMA, 2014).

A depressão no idoso não necessariamente ocorre pela primeira vez em idade avançada. Alguns casos apresentam início na fase adulta com episódios recorrentes ao longo do ciclo vital, sendo a síndrome depressiva de início tardio um forte fator de risco para o desenvolvimento dos quadros de demências (GRINBERG, 2006). A depressão geriátrica, por vezes, não apresenta os mesmos sintomas capitais que aparecem comumente em outras faixas etárias. Caracteriza-se principalmente por sintomas somáticos e cognitivos do que caracteristicamente afetivos. Idosos deprimidos exprimem grau de sofrimento, morbimortalidade elevados e pior percepção de saúde (GRINBERG, 2006).

Os critérios diagnósticos para o Transtorno Depressivo Maior (TDM), segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al, 2013) encontram-se no quadro 1 (ANEXO 5).

Fatores psicossociais têm sido associados à adesão e, por conseguinte, ao sucesso do tratamento e ao prognóstico da depressão em idosos, tais como o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente, fatores culturais e características psicológicas individuais (DE LAS CUEVAS et al, 2014). Apesar das diferentes

abordagens terapêuticas disponíveis tanto farmacológicas como psicossociais ainda se encontram dificuldades em diagnosticar e tratar a depressão (GRINBERG, 2006).

Uma revisão sistemática atual sobre depressão em idosos (2016) traz dados sobre a relevância clínica do tema e mostrou a importância do estímulo ao autocuidado, apoio social de familiares, engajamento dos pacientes, treinamento profissional de saúde e ampliação do sistema, como fatores importantes na assistência ao idoso (LIMA et al, 2016). Outra revisão que avaliou os fatores de mau prognóstico para depressão nessa população encontrou forte evidência para as seguintes variáveis: idade avançada, comorbidade somática crônica, maiores limitações funcionais e níveis de sintomas depressivos basais maiores. A adesão individual à terapia também tem sido considerada um fator relacionado ao sucesso ou fracasso da maioria dos planos de tratamento. A mudança na percepção do controle pessoal sobre o comportamento tem se mostrado válida em prever a habilidade do paciente de enfrentar os problemas decorrentes do diagnóstico da depressão (CRAIG et al, 1984).

O grau de controle pessoal ou ambiental que uma pessoa acredita possuir é tema de estudo na teoria da aprendizagem social, sendo nomeado de Locus de Controle (LoC – ROTTER, 1966). A crença de que o indivíduo possui o controle dos eventos da sua vida, caracteriza o que se chama LoC interno. Já o LoC externo está relacionado às explicações em que a fonte de controle dos acontecimentos da vida são responsabilidade do meio externo, ambiente, sorte, acaso e não do próprio indivíduo (WALLSTON et al, 1978). Levenson (1973) questiona a visão unidimensional do constructo de LoC, definido por Rotter (1966). Para a autora, os fatores externos são subdivididos em controle ao acaso (o indivíduo percebe que os eventos da vida são controlados por fatores, como azar, sorte ou destino) ou por “outros poderosos” (o indivíduo percebe que quem controla os eventos são profissionais de saúde, familiares e outras pessoas) (WALLSTON et al, 1978).

Rotter (1966) defende que a forte internalidade conduz ao desenvolvimento de maior esforço de realização, a estar mais atento aos aspectos do meio ambiente que fornecem informações úteis para futuro comportamento e a atribuir maior valor às competências de realização. Porém, não se pode afirmar que ter comportamento mais internalizante é melhor do que externalizante, afinal a internalidade também pode

conduzir, por exemplo, a acentuados sentimentos de culpa diante do insucesso (PHARES, 1976).

Há indícios de que o tipo de LoC possa ser modificado com o avançar da idade. Um estudo longitudinal demonstrou declínios na noção de controle pessoal relacionados à idade após os 50 anos (WOLINSKY et al, 2009). Já Blanchard-Fields; Irion (1988) apontaram que a crença na força dos outros (LoC externo) contribuiu para a resolução de problemas planejados e o autocontrole em adultos mais velhos, mas não em indivíduos mais jovens. A evidência de que as dimensões do controle variam com a idade é discutível. Estudos realizados com amostras de idosos são também controversos em relação ao tipo de LoC e o prognóstico da depressão ao longo da vida. Beekman et al (2001) encontraram associação entre maior externalidade com maior prevalência de depressão, ou seja, idosos deprimidos sentiam-se mais vítimas do destino do que no controle de suas próprias vidas. Já Harris et al (2006) não encontraram associação entre LoC e depressão. Na literatura, encontramos apenas uma metanálise que avaliou a relação do tipo de LoC e o prognóstico da depressão. Níveis mais elevados de LoC externo foram associados a níveis mais altos de depressão. Os tamanhos dos efeitos variaram em função dos tipos de escalas de LoC e de depressão utilizadas. No entanto, não puderam determinar se esses achados tinham relevância ou se eles simplesmente apontavam problemas de confiabilidade ou validade com essas escalas específicas (BENASSI et al, 1988).

Desde a conceitualização de LoC feita por Rotter, diversas escalas foram elaboradas para aferir graus de internalidade/ externalidade dos sujeitos. Dentre essas, a escala de Craig et al (1984), denominada Locus of Control of Behavior (LCB), é utilizada para aferir em que medida os indivíduos percebem possuir controle sobre sua doença. Essa escala tem sido particularmente aplicada no âmbito da saúde mental para aferir o desfecho clínico de tratamentos para transtornos psiquiátricos (BRIGHT et al, 2013). Apesar de sua ampla utilização em diversos contextos clínicos, essa escala de ainda não havia sido utilizada nem traduzida no Brasil, havendo um predomínio na literatura de estudos sobre LoC e idosos realizados em países de língua inglesa.

Além disso, percebe-se uma controvérsia nos resultados dos estudos entre a relação de LoC e depressão em idosos, principalmente atribuível a diferenças

metodológicas. No Brasil o papel do tipo de LoC e depressão em idosos não foi investigado até o momento a despeito da necessidade de pesquisas que contribuam para o contexto preventivo da saúde dos idosos e sobre papel do LoC nesse cenário. De igual maneira, não encontramos escalas psicométricas para avaliar essa variável na população idosa no contexto brasileiro.

## 1.1 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Essa dissertação está estruturada em 10 seções. Após a Introdução ao tema, apresentamos os objetivos, hipóteses, justificativas e aspectos éticos que embasaram ambos os estudos. A seguir, apresentamos uma revisão da literatura sobre o tema. Segue-se a apresentação dos estudos propriamente ditos sob a forma de artigos científicos: Estudo 1: “Adaptação transcultural da escala Locus of Control of Behaviour para o Português: Versão para idosos” que oferece um instrumento adaptado que avalia os tipos de LoC em idosos brasileiros. Estudo 2: “Tipos de locus de controle e o prognóstico da depressão em idosos: Revisão Sistemática” que investiga a relação existente entre LoC e o prognóstico da depressão a partir de uma revisão sistemática da literatura. O primeiro foi publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria (ANEXO 1) e o segundo será em breve submetido a uma revista internacional. Finalmente, discutimos e apresentamos as conclusões finais concernentes ao trabalho realizado, seguidos pelas referências bibliográficas.

## 2 OBJETIVOS

- Traduzir a escala *Locus of Control of Behaviour (LCB)* para o português.
- Adaptar a escala LCB para a população de idosos.
- Investigar a relação entre o tipo de locus de controle sobre o prognóstico da depressão em idosos a partir da revisão sistemática da literatura.

## 3 HIPÓTESES

- Os sintomas depressivos em idosos estarão positivamente relacionados com locus de controle externo.
- O predomínio de locus de controle interno favorece um melhor prognóstico no tratamento da depressão em idosos.

#### 4 JUSTIFICATIVA

No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma acelerada, diferente do que ocorreu em muitos países desenvolvidos. O crescimento da população idosa produz alterações na sociedade, relacionadas ao setor econômico, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde e às relações familiares. Em particular, com relação a assistência à saúde, verifica-se que o país não está preparado para responder às necessidades geradas por esse cenário (MIRANDA et al, 2016).

A depressão geriátrica apresenta uma alta taxa de prevalência (15%) no país (COUTINHO et al, 2003) exibindo-se clinicamente com particularidades que a distinguem do quadro clínico de pessoas mais jovens, o que dificulta o diagnóstico e consequentemente seu tratamento. Assim, torna-se imprescindível conhecer os fatores de vulnerabilidade relacionados ao prognóstico da depressão em idosos para que se possa implementar uma assistência especializada e eficaz que promova o bem-estar e a qualidade de vida dessa população de forma permanente.

A compreensão de como esses idosos podem controlar os aspectos da sua saúde tem sido considerado relevante nesse contexto. Uma característica humana é a necessidade de obter controle sobre sua vida e seu ambiente, adquirindo segurança, principalmente diante de situações negativas. O controle pessoal proporciona o sentimento de que podemos tomar decisões e alcançar resultados almejados, reduzir o impacto de alguns traumas ou até mesmo evitar situações adversas. Esse tem sido um tema de interesse para profissionais da saúde que buscam compreender os motivos que levam os indivíduos a aderirem ou não a tratamentos propostos, adotarem comportamentos mais saudáveis ou de promoção da saúde (ALMEIDA; PEREIRA, 2006).

Justifica-se a importância de investigar o tipo de LoC em idosos brasileiros e sua relação com a depressão, para ensejar medidas terapêuticas individualizadas e mais eficazes.

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

O presente trabalho faz parte de um projeto de pesquisa intitulado “O IMPACTO DO TRAUMA E DE SINTOMAS DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO SOBRE O PROGNÓSTICO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS: UM ESTUDO PROSPECTIVO” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-IPUB-UFRJ) sob o número CAAE: 09225613.0.0000.5263 (ANEXO 2). Todos os participantes entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 3).

A revisão sistemática foi registrada sob o número CRD42016042459 no International Prospective Register Of Systematic Reviews - PROSPERO.

## 6 REVISÃO DE LITERATURA

### 6.1 LOCUS DE CONTROLE

O termo locus de controle (LoC), inicialmente formulado por Rotter (1966), ao longo dos anos 50, na Teoria da Aprendizagem Social, refere-se à percepção individual sobre qual seria a fonte de controle ou responsabilidade das situações estressantes que acontecem na vida de uma pessoa. A Teoria da Aprendizagem Social de Rotter (1990) tem como objetivo fundamental prever o comportamento humano em situações relativamente específicas. O conceito de LoC tem destaque na Psicologia Social, pois lida com variáveis sociocognitivas importantes da personalidade, tais como expectativas, controle, reforço. Além disso, integra diferentes correntes psicológicas como o behaviorismo e o cognitivismo (PASQUALI et al, 1998).

Rotter (1990), em um de seus últimos trabalhos sobre Locus de controle, afirma que "o extraordinário valor heurístico deste construto" pode ser atribuído a quatro características, a saber:

- à clareza da sua definição;
- à cuidadosa integração de um contexto teórico mais amplo;
- ao fato da escala utilizada para avaliar o construto ter sido originada da própria teoria psicológica;
- à natureza pragmática da investigação original.

Quando um reforço é percebido pelo sujeito como não sendo consequência de suas ações, ele atribui a causa ao que culturalmente chamamos de sorte, destino, acaso, ou a qualquer outro fator externo – denominamos LoC externo. Pessoas com LoC interno acreditam que tudo o que podem alcançar ou realizar seria determinado por seus esforços e competências e sentem-se capazes para mudar situações vivenciadas (ROTTER, 1966).

Já Levenson (1974), a partir dos estudos de Rotter, passou a defender a multidimensionalidade deste constructo, além de introduzir o conceito de "Outros Poderosos" - reforços dependentes da ação de terceiros como a família, professores ou os médicos - às crenças de controle externo. Levenson defendia que as pessoas que acreditavam no controle da vida por "Outros Poderosos" agiam de forma diferente

daquelas que acreditavam que os acontecimentos surgiam de forma imprevisível e ao acaso. A escala multidimensional de locus de controle de Levenson foi traduzida e validada para o contexto brasileiro (DELA COLETA, 1987).

Coleta (1982) apresenta as características de externalidade e internalidade no LoC. As pessoas com predomínio de LoC interno demonstram:

- a) maior fluência verbal;
- b) resistência às influências sociais, à coerção e aos comportamentos perigosos; mais persistência ao solucionar problemas lógicos e no esforço para obter maiores resultados;
- c) maior curiosidade e eficiência para processar informação;
- d) maior atividade;
- e) menor pessimismo e maior habilidade para vencer adversidades;
- f) mais tolerância ao desconforto;
- g) maior força do ego.

Por outro lado, as pessoas com LoC predominantemente externo:

- a) apresentam tendência ao conformismo;
- b) não percebem corretamente as contingências;
- c) são mais passíveis de influência de acordo com o status da fonte e menos hábeis para aceitar as implicações do fracasso;
- d) são mais imediatistas;
- e) apresentam visão do futuro negativa e mais idéias suicidas;
- f) sentem mais insatisfação durante a interação social.

Segundo Craig et al (1984), indivíduos “externos” poderiam estar sob risco por não conseguirem promover mudanças comportamentais necessárias ao bem-estar geral ou a aceitar uma proposta de tratamento de uma determinada doença, tal como: parar de fumar, engajar-se na prática de exercícios, redução de peso, etc. Já indivíduos “internos” conseguiriam atingir essas metas mais facilmente. Para Brownell (1991), o foco sobre o controle cria uma atmosfera na qual os indivíduos são responsáveis por sua saúde: para eles mesmos, sua família, seus empregados e para a nação como um todo. Como resultado da ênfase no controle pessoal sobre o comportamento, há benefícios importantes, tal como o decréscimo das taxas de

algumas doenças. Quando se tem controle sobre sua saúde, há uma melhora na rotina de cuidados médicos e exames especiais, impactando positivamente sobre as doenças (TIMM et al, 2006).

Segundo Timm et al (2006), a qualidade de vida dos idosos relaciona-se com a forma como lidam com os acontecimentos. A dor crônica interfere diretamente na qualidade de vida do idoso e pode ser associada a depressão, incapacidade e mortalidade. De acordo com os fatores relacionados à dor, destaca-se a percepção do controle da dor, ou seja, as pessoas adquirem uma percepção de controle da dor que pode sofrer influência de novas experiências. O LoC da dor tem se tornado fundamental para entender como as percepções, as expectativas e as crenças individuais se relacionam ao enfrentamento, comportamento, atitudes e adesão dos idosos frente às suas condições de saúde e propostas de tratamento (ARAÚJO et al, 2010). LoC interno predominante em idosos relaciona-se diretamente com condições de qualidade de vida. Isso porque o LoC interno facilita esta retroalimentação uma vez que como o idoso acredita que aquela pessoa ou situação depende dele para se modificar, fará o possível para interferir e alcançar o desejado. Já os idosos com LoC externo, mostram-se mais passivas e não buscam melhorar sua saúde, ficando mais suscetíveis a doenças.

## 6.2 ESCALAS PSICOMÉTRICAS DE LOCUS DE CONTROLE

A partir da noção de LoC como expectativa generalizada sobre o comportamento, o próprio Rotter (1966) desenvolveu uma Escala de Locus de Controle Interno e Externo com o objetivo de realizar previsões globais sobre o comportamento de alguém num vasto leque de situações. Entretanto foram desenvolvidos instrumentos de avaliação para populações de várias idades – em particular para crianças e adolescentes (NORWICKI, STRICKLAND, 1973) e sobre expectativas de controle em dimensões específicas (aprendizagem escolar, interação social, ambiente de trabalho, saúde).

Algumas escalas em contexto mundial foram elaboradas com o intuito de investigar o papel dos tipos de LoC e sua relação com o prognóstico de doenças (KIRSCHT, 1972; LEVENSON, 1973; REID; WARE, 1974; WALLSTON et al, 1978 e

CRAIG, 1984). No contexto brasileiro encontramos três escalas de LoC traduzidas para o português: Escala de locus de controle de Levenson (ELCL) (DELA COLETA, 1987), Escala de locus de controle da saúde (MHLC) (WALLSTON et al, 1978) e Escala de Locus de Controle para Crianças/ Adolescentes (CHLC) (PARCEL; MEYER, 1978). Essas escalas foram utilizadas em estudos que avaliaram padrões de comportamento social, no contexto organizacional e também no estudo de dores crônicas. Embasados nesse contexto, Wallston et al (1978) formularam a escala *Multidimensional Health Locus of Control (MHCL)* (formas A e B), desenvolvida para avaliar o LoC da saúde. Essas formas já foram traduzidas e adaptadas para o Brasil e suas propriedades psicométricas já foram testadas (ARAUJO et al, 2010).

A escala de Craig, denominada *Locus of Control of Behavior (LCB)*, foi criada para medir o LoC com o objetivo de avaliar possíveis recaídas em pessoas que tiveram bons resultados após o tratamento terapêutico. Essa escala tem sido amplamente utilizada em diferentes contextos clínicos: Ansiedade (HOFMANN, 2005), doença crônica (ELFSTROM; KREUTER, 2006) transtornos de personalidade (FOSSE; HOLEN, 2007), transtorno de estresse pós-traumático (DYB et al, 2003), suicídio (BEAUTRAIS et al, 1999), álcool e drogas (HAYNES; AYLIFFE, 1991; POIKOLAINENE, 1997). Nesses estudos a escala LCB teve como objetivo aferir em que medida os indivíduos percebem possuir controle sobre o tratamento e o prognóstico de seus problemas clínicos (BRIGHT et al, 2013).

Torna-se um instrumento de grande utilidade já que demonstrou ter confiabilidade interna satisfatória, ser confiável no teste-reteste na ausência de tratamento, independente da idade, sexo e desejabilidade social e distinguir o distúrbio clínico de indivíduos normais não clínicos. Além disso, o predomínio de LoC interno durante a terapia mostrou predizer a manutenção do tratamento e, alternativamente, o predomínio de externalidade (um aumento ou nenhuma alteração na pontuação da LCB) mostrou predizer recidiva 10 meses mais tarde em doenças já tratadas. A escala mostrou estar relacionada com o fator de controle pessoal da escala de Rotter I-E (ROTTER, 1966), mas ser mais poderoso preditor de recaída do que esta subescala de controle pessoal ou a escala completa de Rotter (CRAIG et al, 1984). Entretanto, ainda não havia sido traduzida para o português.

## 7 ARTIGOS CIENTÍFICOS

### 7.1 ESTUDO 1

#### **ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA *LOCUS OF CONTROL OF BEHAVIOUR* PARA O PORTUGUÊS: VERSÃO PARA IDOSOS**

##### 7.1.1 Resumo

**Objetivo:** Apresentar a adaptação transcultural da escala Locus of Control of Behavior (LCB) para a língua portuguesa falada no Brasil.

**Métodos:** O processo de adaptação foi realizado em cinco etapas: tradução, retradução, avaliação da equivalência entre a retradução e a escala original, elaboração de uma versão pré-teste e aplicação na população alvo composta por 16 participantes, em sua maioria idosos (56 a 80 anos), com quatro anos mínimos de escolaridade.

**Resultados:** A versão adaptada não gerou problemas de compreensão, aceitabilidade ou impacto emocional negativo.

**Conclusão:** Este trabalho torna disponível a primeira versão em Português da LCB, uma escala que tem sido particularmente utilizada para avaliar o tipo de locus de controle (LoC) no que concerne ao prognóstico de tratamentos em saúde mental.

**Palavras-chave:** LoC, LCB, adaptação transcultural.

### 7.1.2 Introdução

O constructo locus de controle (LoC) tem como base a teoria de aprendizagem social, sendo objeto de investigação de diversos campos de pesquisa sobre comportamento humano (ROTTER, 1966).

Esse conceito encontra aplicação na psicologia organizacional (NG et al, 2006; ABBAD; MENESES, 2004), em pesquisas comportamentais (BLANCHARD-FIELDS; IRION, 1988) e em pesquisa clínica (OLIVEIRA et al, 2012; BENASSI et al, 1988; BRIGHT et al, 2013; CHUG et al, 2006). Define-se LoC como uma crença ou expectativa generalizada a respeito de quais seriam as fontes de controle sobre os eventos que nos afetam. Para Rotter (1966), o construto LoC representa um continuum ao longo do qual as dimensões internalidade e externalidade encontram-se nos extremos. Pessoas com LoC interno acreditam que tudo o que podem alcançar ou realizar seria determinado por seus esforços e competências, e sentem-se capazes para mudar situações vivenciadas. Por outro lado, pessoas com LoC externo creem que aquilo que podem obter depende ou é controlado por fatores externos como a política, ambiente econômico, sorte, fé, outras pessoas ou mesmo pelo acaso (ROTTER, 1966).

Para avaliar o construto LoC, Rotter (1966) elaborou um instrumento que mede as expectativas de controle dos indivíduos em situações da vida diária – Escala de Controle Interno-Externo. A escala apresenta 29 itens, que são classificados em seis subcategorias: reconhecimento acadêmico; reconhecimento social; amor e afeição; dominância/ ascendência; crenças sociopolíticas e filosofia de vida. Esse instrumento sofreu críticas por sua generalidade. Além disso, o conceito de externalidade proposto por Rotter (1966) foi considerado limitado por Levenson (1973), que propôs a sua divisão em dois componentes: atribuição ao acaso e a “outros poderosos”. Segundo a autora, a atribuição ao acaso refere-se a crenças na sorte, azar ou no destino como forças determinantes. Já a expressão “outros poderosos” relaciona-se à crença de que outras pessoas – profissionais de saúde ou familiares – possuem ascendência sobre o sujeito, controlam sua vida, e por isso lhes atribuem a ocorrência ou não dos eventos (LEVENSON, 1973).

Levenson (1974) dividiu o constructo de LoC em três dimensões: pessoal, social e impessoal. A primeira estaria relacionada ao LoC interno, enquanto as dimensões social e impessoal estariam ligadas aos outros poderosos e ao acaso, respectivamente. A escala multidimensional de locus de controle de Levenson foi traduzida e validada para o contexto brasileiro por Dela Coleta (1987).

Vários instrumentos foram elaborados com o intuito de investigar o papel dos tipos de LoC e sua relação com a saúde (LEVENSON, 1973; REID; WARE, 1974; WALLSTON et al, 1978; CRAIG et al, 1984). Instrumentos mais específicos foram necessários, uma vez que os graus de internalidade/externalidade podem variar segundo o contexto de cada situação. É possível, por exemplo, que um indivíduo apresente internalidade em um domínio como o trabalho, mas atribua a fatores externos a qualidade de sua saúde (WALLSTON et al, 1978).

Até onde é do nosso conhecimento, existem oito escalas de LoC traduzidas para o português falado no Brasil (DELA COLETA, 1987, 2012; PASQUALI et al, 1998; NOVAES, 2003; CERQUEIRA; NASCIMENTO, 2008; ALBUQUERQUE et al, 2008; ARAÚJO et al, 2010; ABBAD; MENESES, 2004). Essas escalas foram utilizadas em estudos que avaliaram padrões de comportamento social, no contexto organizacional e também no contexto de dores crônicas.

A escala de Craig et al (1984), denominada Locus of Control of Behavior (LCB), tem sido utilizada para aferir em que medida os indivíduos percebem possuir controle sobre sua doença. Essa escala tem sido particularmente aplicada no âmbito da saúde mental para aferir o desfecho clínico de tratamentos para transtornos psiquiátricos (BRIGHT et al, 2013). Ela é composta por 17 itens de autopreenchimento, apresentados em formato Likert, que avaliam a intensidade das crenças e a fonte de controle dos eventos. Os escores para cada uma das 17 afirmações variam de 0 (“strongly disagree”) até 5 (“strongly agree”). Sete perguntas têm sua pontuação revertida antes de proceder-se à contagem final (questões de número 1, 5, 7, 8, 13, 15 e 16). Pontuação baixa indica experiência de controle interno, enquanto pontuação alta indica controle externo (CRAIG et al, 1984). Apesar de sua ampla utilização em diversos contextos clínicos, a escala de Craig ainda não foi utilizada nem traduzida no Brasil. Neste artigo apresentamos a adaptação transcultural dessa escala para o Português do Brasil em um contexto de idosos.

### 7.1.3 Métodos

#### 7.1.3.1 população

A população do estudo foi composta por 16 participantes, em sua maioria idosos, cuidadores de pessoas com demência, sem histórico psiquiátrico ou neurológico prévios. Desses 16 sujeitos, 15 eram do sexo feminino. A idade variou entre 56 e 80 anos, e a escolaridade mínima foi de quatro anos de estudos. Todos os participantes foram submetidos ao teste de rastreio cognitivo – Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para garantir que não houvesse nenhum comprometimento nessa esfera.

#### 7.1.3.2 o processo de adaptação transcultural

A adaptação transcultural foi baseada na metodologia empregada por Reichenheim; Moraes (2007), que consiste em um processo de cinco fases:

- a) Tradução;
- b) Retradução;
- c) Avaliação da equivalência entre a retradução e a escala original sob a perspectiva do significado dos termos ou palavras;
- d) Elaboração de uma versão pré-final;
- e) Pré-teste na população-alvo.

A figura 1 sintetiza o processo de adaptação transcultural da LCB (ANEXO 5).

Inicialmente, a escala foi vertida para o português de forma independente, por duas pessoas bilíngues, familiarizadas com o uso de escalas. Elaborou-se, então, uma primeira versão da escala em português com base em duas versões obtidas. Em seguida, um tradutor oficial americano, fluente em português e que desconhecia a escala em sua versão original, retraduziu a versão em português para o inglês. A comparação entre a retradução da escala e sua versão original em inglês foi realizada por um segundo tradutor, que avaliou a equivalência no que se refere ao aspecto denotativo e conotativo. O aspecto denotativo diz respeito a uma correspondência literal entre os termos originais e aqueles traduzidos, enquanto o conotativo é mais

geral e transcende o sentido literal dos termos, levando em conta aspectos mais sutis como uso do termo na cultura. Finalmente, foi elaborada uma “versão-síntese” em português por um comitê de especialistas (dois psiquiatras e um epidemiologista) familiarizados com a aplicação de escalas psicométricas e fluentes nas duas línguas.

O pré-teste do instrumento na amostra foi realizado por uma psicóloga experiente na aplicação de escalas. Três parâmetros de avaliação foram estabelecidos:

- (1) Compreensão dos enunciados e sentenças;
- (2) O impacto emocional provocado pela leitura dos itens; e
- (3) Aceitabilidade do instrumento no geral.

Esse trabalho teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. O estudo foi completamente descrito a todos os sujeitos que assinaram o consentimento livre e esclarecido antes dos procedimentos e não receberam qualquer compensação monetária pela participação.

#### **7.1.4 Resultados**

Na fase piloto, as versões traduzidas (pré-final e final) foram aplicadas em 16 participantes. Inicialmente, a versão pré-final foi aplicada em seis idosos. Um dos sujeitos optou por não respondê-la e dois deles apresentaram dificuldades de compreensão na instrução da escala. Além disso, algumas expressões (“apoio externo” e “ações externas”) e sentenças (questões 11, 12 e 14) não foram entendidas pela maioria dos sujeitos. Outro problema relevante foi a não compreensão dos níveis de gradação de intensidade das crenças, uma vez que os conceitos “discordo fortemente, discordo no geral, discordo de algum modo, concordo de algum modo, concordo no geral e concordo fortemente” não eram culturalmente familiares aos entrevistados.

Nessa etapa, a escala foi novamente submetida a uma avaliação do comitê de especialistas que sugeriram as alterações descritas a seguir:

- a) Quanto ao sujeito das sentenças: por se tratar de uma amostra de idosos brasileiros que possuem peculiaridades do ponto de vista educacional e que não estão familiarizados com o preenchimento de formulários, optamos por permitir que as escalas fossem aplicadas por um entrevistador. Com isso, houve a troca do sujeito das sentenças da primeira para a terceira pessoa do singular, pois, durante a leitura em voz alta pelo entrevistador, as sentenças que estavam em primeira pessoa eram entendidas pelos idosos como referência ao aplicador, e não a si mesmos.
- b) Modificação na apresentação das opções de respostas: Notou-se que os idosos não conseguiam se posicionar em relação a afirmações do tipo: “discordo de algum modo, concordo de algum modo”. Por isso, optamos por apresentar inicialmente duas opções de respostas: concordo e discordo. Em seguida, para cada uma dessas opções foram acrescentados três níveis de gradação: pouco, mais ou menos e muito. Assim, após a leitura da frase, perguntava-se ao participante se ele concordava ou não com o item. Em seguida, as três opções de gradação de intensidade – pouco, mais ou menos e muito – eram apresentadas.
- c) Modificação de algumas palavras e sentenças: Optou-se por inverter a ordem sintática e destacar a palavra “não” nas duas questões que continham afirmações na forma negativa. Desse modo, procurou-se evitar viés nas respostas, uma vez que fora observado que os participantes tendiam a ignorar a forma negativa da frase, sobretudo quando apresentada ao final da frase.

O quadro 2 (ANEXO 5) demonstra a comparação entre a versão original e a versão final (com adaptação transcultural) da escala LCB.

A versão modificada (versão final) foi aplicada em dez idosos e não gerou problemas de compreensão, aceitabilidade ou impacto emocional negativo. Inclusive, como a escala passou a ser mais bem compreendida pelos idosos, foi possível utilizá-la de forma autoaplicável com supervisão do entrevistador (ANEXO 4).

### 7.1.5 Discussão

Este foi um estudo de tradução e adaptação transcultural da escala de locus de controle do comportamento (LCB) para a língua portuguesa falada no Brasil. A LCB é uma escala que tem sido primordialmente utilizada para avaliar internalidade/externalidade dos sujeitos no que concerne à saúde e ao prognóstico de tratamentos. A percepção do controle pessoal sobre o comportamento tem se mostrado importante na predição da habilidade do paciente em enfrentar doenças crônicas (KURITA; PIMENTA, 2004). Conhecer os tipos de LoC em idosos, uma população vulnerável a diversos tipos de patologias, permite ensejar medidas preventivas e aprimorar a assistência para essa população, melhorando a resposta ao tratamento e modificando o prognóstico delas.

A versão final aplicada em uma amostra de 10 idosos saudáveis demonstrou possuir boa aceitabilidade e fácil compreensão. No entanto, foram necessárias alterações sem que houvesse perda das características centrais da escala.

Durante o processo de tradução e retradução, uma dificuldade encontrada foi a escolha de sinônimos para expressões como: “outside support” (questão 4) e “external actions and events” (questão 9). Diante das particularidades da amostra estudada, foi fundamental uma adequação na aplicação da escala, de modo a permitir a supervisão do entrevistador para esclarecimentos de dúvidas e explicação por meio de exemplos para a escolha das respostas por parte dos idosos. Outra modificação importante ocorreu na apresentação visual das opções de respostas. Essa forma de aplicação e apresentação facilitou a compreensão dos itens para essa população específica.

Entre os idosos que participaram da avaliação da compreensibilidade da escala, somente um pertence ao gênero masculino. Estudos futuros com essa escala, em especial o trabalho de validação, devem contar com uma amostra mais homogênea. Embora o fato aqui mencionado possa ser visto como uma limitação do estudo, o objetivo deste trabalho era avaliar a compreensibilidade, e não as propriedades psicométricas da escala. Portanto, ter havido apenas um sujeito masculino não deve ter afetado em nada a qualidade do estudo em questão.

### 7.1.6 Conclusão

Este trabalho torna disponível a primeira adaptação para o contexto brasileiro de um instrumento específico para a avaliação dos tipos de LoC em idosos. No entanto, ainda será necessário que se proceda à avaliação psicométrica da escala, etapa posterior ao processo de tradução e adaptação transcultural, e que demanda um número bem maior de participantes.

A disponibilidade de uma escala de LoC adaptada para o português falado e escrito no Brasil permitirá que sejam realizados estudos sobre a importância desse constructo sobre a saúde e sua relação com diferentes tipos de transtornos mentais, assim como sobre a resposta ao tratamento e prognóstico.

### 7.1.7 Referências

ABBAD, Gardênia; MENESES, Pedro Paulo Murce. Locus de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 441-450, 2004.

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de et al. Locus de controle e bem-estar subjetivo em estudantes universitários da Paraíba. **Psicologia para América Latina**, n. 13, p. 0-0, 2008.

ARAÚJO, Louise G. et al. Escala de Locus de controle da dor: adaptação e confiabilidade para idosos. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, n. 5, p. 438-445, 2010.

BENASSI, Victor A.; SWEENEY, Paul D.; DUFOUR, Charles L. Is there a relation between locus of control orientation and depression? **Journal of abnormal psychology**, v. 97, n. 3, p. 357, 1988.

BLANCHARD-FIELDS, Fredda; IRION, Jane C. The relation between locus of control and coping in two contexts: Age as a moderator variable. **Psychology and Aging**, v. 3, n. 2, p. 197, 1988.

BRIGHT, Stephen J. et al. Psychometric Properties of the Locus of Control of Behaviour Scale (LCBS) among Australians Seeking Alcohol and Other Drug (AOD) Treatment. **Australian Psychologist**, v. 48, n. 3, p. 172-177, 2013.

CERQUEIRA, Márcia Maria Magrille de; NASCIMENTO, Elizabeth do. Construção e validação da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. **PsicoUSF**, v. 13, n. 2, p. 253-263, 2008.

CHUNG, Man Cheung et al. The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. **Journal of Affective Disorders**, v. 93, n. 1, p. 229-232, 2006.

CRAIG, Ashley R.; FRANKLIN, John A.; ANDREWS, Gavin. A scale to measure locus of control of behaviour. **British Journal of Medical Psychology**, v. 57, n. 2, p. 173-180, 1984.

DELA COLETA, Marília Ferreira. Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 39, n. 2, p. 79-97, 1987.

\_\_\_\_\_. Locus de controle e satisfação conjugal. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 8, n. 02, p. 243-252, 2012.

KURITA, Geana Paula; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. **Rev esc enferm USP**, v. 38, n. 3, p. 254-61, 2004.

LEVENSON, Hanna. Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. **Journal of personality assessment**, v. 38, n. 4, p. 377-383, 1974.

\_\_\_\_\_. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 41, n. 3, p. 397, 1973.

NG, T.W.H; SORENSEN, K.L.; EBY, L.T. Locus of control at work: a meta-analysis. **Journal of organizational Behavior**, v. 27, n. 8, p. 1057-1087, 2006.

NOVAES, J. J. Tradução para o português e validação das escalas: locus de controle para crianças (NSLC) e perfil de autopercepção para crianças (SPPC) [dissertação]. **Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp**, 2003.

OLIVEIRA, Thiago H. et al. Patients in treatment for chronic low back pain have higher externalised beliefs: a cross-sectional study. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2012.

PASQUALI, Luiz; ALVES, Amélia Regina; PEREIRA, Maria A. Scale of Locus of control-ELCO. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 11, n. 2, p. 363-378, 1998.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; MORAES, Claudia Leite. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.

REID, David; WARE, Edward E. Multidimensionality of internal versus external control: Addition of a third dimension and non-distinction of self versus others. **Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement**, v. 6, n. 2, p. 131, 1974.

ROTTER, J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological monographs: General and applied**, v. 80, n. 1, p. 1, 1966.

WALLSTON, Kenneth A.; WALLSTON, Barbara Strudler; DEVELLIS, Robert. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. **Health Education & Behavior**, v. 6, n. 1, p. 160-170, 1978.

## 7.2 ESTUDO 2

### TIPOS DE LOCUS DE CONTROLE E O PROGNÓSTICO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS: REVISÃO SISTEMÁTICA

#### 7.2.1 Resumo

**Objetivo:** Investigar a relação entre os tipos de LoC e o prognóstico da depressão em idosos.

**Métodos:** Revisão sistemática utilizando as seguintes bases de dados: PubMed (Medline), ISI Web of Science, Scopus e Psycinfo e de acordo com o referencial PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*. Foram incluídos artigos originais completos, publicados em inglês, que avaliaram LoC como variável independente e depressão como variável de desfecho, com amostra de idosos (pessoas com idade acima de 60 anos). O período de busca dos estudos durou, aproximadamente um ano (fevereiro de 2015 a março de 2016). Foram excluídos capítulos de livros, revisões sistemáticas e dissertações. A partir desses critérios foram selecionados 1419 estudos. 43 artigos foram selecionados e, após serem analisados pelos critérios da escala PEDro: Physiotherapy Evidence Database, 13 foram considerados como de alta qualidade com pontuação igual ou maior que cinco.

**Resultados:** Os estudos analisados mostraram que, no geral, cerca de 80%, tenderam a apresentar LoC e prognósticos da depressão como variáveis correlacionadas. O LoC externo mostrou-se relacionado a um pior prognóstico da depressão. Observamos que outras variáveis independentes como senso de responsabilidade, recursos sociais e a saúde física estavam associados ao melhor prognóstico da depressão. Apenas dois estudos não encontraram correlação entre LoC e depressão.

**Conclusão:** A maioria dos estudos apoiaram a hipótese de que o predomínio de LoC interno favorece um melhor prognóstico no tratamento da depressão em idosos. Uma análise quantitativa dos dados trará informações mais acuradas que poderão contribuir com a prática clínica.

**Palavras-chave:** Depressão, prognóstico, locus de controle, idosos.

### 7.2.2 Introdução

A presença de sintomas e transtornos depressivos estão entre os problemas de saúde mental mais prevalentes em idosos sendo que fatores individuais e sociais estão associados ao prognóstico do tratamento (WHO, 2012). O transtorno depressivo maior (TDM) na velhice ocorre frequentemente em comorbidade com déficit cognitivo, apresentando taxas de prevalência de até 40% e está relacionado à piora cognitiva, maiores taxas de morbimortalidade e a doença cerebrovascular (LAKS; ENGELHARDT, 2010). Consequentemente, o tratamento da depressão pode reduzir, atrasar ou prevenir desfechos desfavoráveis para essa faixa etária (KIOSSES, et al, 2015). Em uma perspectiva clínica, locus de controle (LoC) tem sido uma das variáveis apontadas como fator de risco e/ou proteção ao prognóstico de tratamentos de saúde de modo geral (KIOSSES, et al, 2015).

O conceito de LoC refere-se à percepção individual sobre a fonte de controle das situações estressantes que acontecem na vida de uma pessoa. Esta fonte de controle pode estar relacionada ao próprio indivíduo (LoC interno) ou a fatores externos (LoC externo), tais como outras pessoas, sorte ou acaso (ROTTER, 1966). A aderência individual à terapia é um fator de sucesso ou fracasso na maioria dos planos de tratamento. Uma mudança na percepção do controle pessoal sobre o comportamento tem se mostrado válida em predizer a habilidade do paciente em enfrentar os problemas que antes eram entendidos como crônicos e incontroláveis (Craig et al, 1984). Hipoteticamente, o predomínio de LoC interno favorece um melhor prognóstico no tratamento da depressão em idosos. No entanto, a literatura sobre LoC e o prognóstico da depressão em idosos tem demonstrado achados controversos.

Assim, este artigo tem o objetivo de investigar a relação LoC e o prognóstico da depressão em idosos.

### 7.2.3 Métodos

#### 7.2.3.1 tipos de Estudo

Foram selecionados estudos que avaliassem a relação entre as variáveis LoC e depressão na população idosa. Artigos originais completos e publicados em inglês.

#### 7.2.3.2 critérios de inclusão

Artigos que tivessem como população amostra idosos de ambos os sexos, com depressão e sem restrição para diagnóstico de outras doenças psiquiátricas em comorbidade ou grupo controle.

#### 7.2.3.3 critérios de exclusão

Foram excluídos capítulos de livros, estudos de revisão e dissertações.

#### 7.2.3.4 critérios de busca

A pesquisa foi conduzida de acordo com o referencial PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (LIBERATI et al, 2009). Utilizou as bases de dados PubMed (Medline), ISI Web of Science, Scopus e Psycinfo. Também foram incluídos estudos identificados a partir da análise das referências bibliográficas, que preenchessem os critérios de inclusão. Foram incluídos todos os estudos publicados até março de 2016. A pesquisa foi realizada utilizando a seguinte combinação de termos: (aged OR old\* OR agin\* OR elder\* OR geriatric OR “late life” OR gerontology) AND (depress\*) (“locus of control”).

#### 7.2.3.5 seleção dos estudos

Os estudos identificados foram analisados através das seguintes etapas: identificação de *duplicatas* – estudos encontrados em mais de uma base de dados foram excluídos; *resumos* – estudos que não apresentavam as variáveis LoC e

depressão ou não investigavam amostras de idosos foram excluídos; *textos completos* – estudos que não relacionavam as variáveis em amostras de idosos foram excluídos. Um total de 1419 estudos foi encontrado a partir da busca realizada nas bases de dados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 43 estudos foram selecionados para análise final. A figura 2 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos estudos (ANEXO 5).

#### 7.2.3.6 seleção dos dados

Os dados extraídos de cada estudo selecionado foram: autores, ano de publicação, país, características da amostra, desenho dos estudos, escalas de depressão, escalas de locus de controle, relação entre locus de controle e depressão.

### 7.2.4 Resultados

#### 7.2.4.1 quanto a classificação da qualidade metodológica dos estudos

No Quadro 3 (ANEXO 5) foram descritas as pontuações dos artigos em cada item da escala PEDro (SHIWA et al., 2011), bem como a classificação final (somatório de pontos) dos estudos segundo essa escala. Dentre os 43 artigos incluídos na revisão, 13 foram considerados como de alta qualidade, pois apresentaram pontuação igual ou maior que cinco na escala PEDro. Os critérios menos pontuados foram o 3, 5, 6, 7 e 9 (três ou menos artigos pontuaram). Os critérios 3, 5, 6 e 7 não foram pontuados em sua maioria, pois a maioria dos estudos fora desenhado como aberto e não cego. Com relação ao critério 9, apenas dois artigos pontuaram, pois, a maioria dos estudos eram apenas observacionais e os sujeitos não sofreram intervenção de tratamento. Os artigos de alta qualidade estão destacados no quadro. 0 = não; 1 = sim.

#### 7.2.4.2 quanto aos participantes dos estudos

O tamanho da amostra dos 43 estudos variou entre 18 a 7449 participantes, divididos entre grupo controle e tratamento. A maioria foi realizada somente com pessoas idosas (93%), apenas quatro estudos tiveram variação de idade que compreendeu entre 18 a 94 anos (Idade média: 53.8) (AUSLANDER, 2012); 30 a 82 anos (Idade média: 56.1) (DE LAS CUEVAS, et al., 2014); 18 a 84 anos (Idade média: Sem dados) (KLEINBERG CD et al, 2013) e 21 a 86 anos (Idade média: 60) (HOGENIUS et al, 1992). Os artigos foram compostos por voluntários de ambos os sexos, com predominância do sexo feminino. Dezesete artigos seccionais (54%) tiveram como amostra a população geral, 12 estudos (38%) apresentaram como amostra a população clínica, dois (6%) analisaram amostra de idosos residentes em casas de repouso e outros dois (6%) analisaram população de imigrantes e de um programa amigável de visitantes. Aqui esclarecemos que em dois artigos (BOGAT; JASON, 1983; REKER, 1997), a amostra conteve dois tipos de população. Outros dois estudos (7%) apresentaram grupo controle para comparação dos resultados (BOGAT; JASON, 1983; ROSENDAHL; KIRSCHENBAUM, 1994).

Características dos participantes encontram-se na tabela 2 (ANEXO 6).

#### 7.2.4.3 quanto ao desenho dos estudos

Dos 43 estudos analisados 28% (n=12) foram longitudinais e 72% (n=31) eram seccionais. Dentre os estudos longitudinais, sete artigos (60%) tiveram como amostra a população em geral e cinco (40%) avaliaram população clínica apenas 4 estudos (33%) tiveram grupo controle para comparação dos resultados. Apenas um artigo (GOLD et al, 1991) testou novo tratamento - DUPATPO (Duke University Preventive and Therapeutic Program for Osteoporosis) - um programa ambulatorial de 4 dias que se concentra nos múltiplos aspectos da gestão da doença para pessoas com osteoporose. A média de follow up, dentre os estudos longitudinais, foi de um ano e seis meses, aproximadamente. A tabela 2 apresenta o perfil das variáveis selecionadas considerando-se o tipo de desenho dos estudos (seccionais e longitudinais).

#### 7.2.4.4 quanto às escalas de LoC utilizadas

Para medir a variável LoC foram encontradas diversas escalas nos estudos selecionados. As mais utilizadas foram: *Locus of control scale* (ROTTER, 1966), encontrada em 12 artigos, *Health locus of control* (HLOC), encontrada em cinco artigos e a *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLCS), encontrada em quatro artigos. Em quatro estudos, não foi especificada a escala utilizada para medir LoC (Tabela 3 – ANEXO 6). Das escalas utilizadas, uma delas (SHEWCHUK et al, 1992) foi apontada como limitada psicometricamente para estudos com idosos (FERREIRA; SHERMAN, 2006). Além desta, a escala *Health-Related Locus of Control* (WALLSTON et al, 1978) apresentava uma confiabilidade relativamente baixa. No entanto, mesmo com essas limitações, os resultados retratam um quadro claro da extensão e da natureza da população e suas características (AUSLANDER, 2012). Algumas escalas de LoC foram utilizadas especificamente para analisar a amostra de idosos. Em estudo realizado nos EUA (NEMEROFF; MIDLARSKY, 2000), o controle percebido foi medido por uma escala desenvolvida por Midlarsky e Kahana (1994), que tem sido usada em várias investigações de orientações de controle pessoal entre idosos residentes na comunidade.

Tanto nos estudos longitudinais como nos seccionais foram encontrados artigos que analisaram as variáveis LoC e depressão e a variação dessa relação no que diz respeito a etnia, gênero e idade da amostra. Os estudos que analisaram diferenças de gênero apontaram que as mulheres idosas eram mais propensas a sentir que tinham pouco controle sobre sua saúde, enquanto que os homens eram propensos a perceber maior senso de controle (BLACK et al, 1998). Entretanto, no que diz respeito ao controle percebido sobre as soluções, as mulheres manifestaram um maior grau de controle pessoal do que os homens (NEMEROFF; MIDLARSKY, 2000).

Já nos estudos que analisaram diferenças de etnia, dois deles (ABU-BADER et al, 2011; BLACK et al, 1998) apontaram que os imigrantes apresentaram maior LoC externo da saúde. Segundo Abu-Bader et al (2011), imigrantes muçulmanos mais velhos atribuem mudanças em sua saúde igualmente a causas internas e externas e menos a causas devido ao acaso. Por outro lado, a cultura americana só foi correlacionada com a confiança em outros poderosos e no LoC interno da saúde. Ou seja, os participantes que relataram maior assimilação à cultura americana tendem a

ter menos confiança nos outros e são mais propensos a atribuir mudanças em sua saúde às causas internas. Para Nemeroff; Midlarsky (2000), os afro-descendentes, em geral, apresentam maior LoC interno sobre as causas dos problemas, o que os diferencia da população branca, que mostrou diferenças entre as causas e soluções dos problemas entre homens e mulheres. As mulheres brancas viam-se como tendo o menor controle sobre as causas de seus problemas e os homens apresentaram menor controle sobre as soluções, como citado anteriormente (NEMEROFF; MIDLARSKY, 2000). Em estudo sobre cuidadores de idosos, o senso de controle operou de forma semelhante para os afro-americanos e cuidadores brancos (MILLER et al, 1995).

#### 7.2.4.5 quanto às escalas para avaliar depressão

Na investigação da depressão, os estudos incluídos utilizaram uma ampla variedade de instrumentos de diagnóstico. As escalas mais utilizadas foram: *Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale*, encontrada em 16 estudos, a *Geriatric Depression Scale (GDS)*, encontrada em seis estudos e a *Beck Depression Inventory (BDI)*, encontrada em quatro artigos. O acompanhamento nos estudos variou entre 2 semanas e 4 anos. As demais escalas encontram-se discriminadas na Tabela 4 (Anexo 6).

#### 7.2.4.6 LoC como fator prognóstico da depressão

Os estudos analisados sugerem que o maior grau de depressão em idosos pode estar associado a quatro principais fatores: LoC externo (74%), pouco apoio social e familiar (30%) saúde física (16%) e satisfação com a vida (14%). Os demais fatores apareceram em menor proporção: LoC interno (11%), auto-estima (9%) e comprometimento cognitivo (7%). A maioria dos artigos, cerca de 80%, apresentou relação positiva entre LoC externo e altos níveis de depressão em idosos. Apenas um estudo apresentou resultados em que LoC interno estava associado a sintomas depressivos. Para Abu-Bader et al (2011), imigrantes tendem a apresentar mais

sintomas de depressão quando se sentem responsáveis e no controle de sua saúde, o que não ocorre com aqueles que estão mais inseridos na cultura local.

O LoC interno, a partir dos resultados encontrados, foi relacionado positivamente com a saúde física da amostra de idosos. As crenças extremas de LoC interno não são inteiramente prejudiciais e podem levar a evitar certos estressores (KRAUSE, 1986). Há uma relação direta entre LoC interno em idosos com a vida positiva (HALAMA, 2003), e este pode ser associado a auto-estima elevada (BUSCHMANN; HOLLINGER, 1994), maior satisfação com a vida, alto nível de instrução e melhor saúde física (HAWKINS et al, 1988; BERG et al, 2009). Segundo Hyer et al (1982), os idosos controlados internamente se ajustam e se sentem melhor no ambiente. O controle percebido sobre a própria doença e vida pode ajudar no processo de recuperação, bem-estar pessoal e sucesso. Os pacientes que acreditavam que tinham controle sobre suas vidas e que percebiam que influenciavam os resultados da doença através do seu comportamento, se aproximavam mais de um resultado positivo durante o processo de reabilitação (OMODEO et al, 2013).

Apesar de todos os estudos analisarem as variáveis LoC e depressão, nem todos encontraram resultados significativos para essa relação. Gold et al (1991) avaliaram o locus de controle da saúde (HLOC), que pode ser usado para identificar os pacientes que são mais suscetíveis a se beneficiarem de uma intervenção orientada para a saúde, porém depressão e HLOC não foram correlacionados nesse estudo, assim como no estudo de Anderson-Hanley et al (2003).

### 7.2.5 Discussão

Esta revisão teve o objetivo de investigar a relação entre o tipo de LoC sobre o prognóstico de depressão em idosos, partindo da hipótese que o predomínio de LoC interno favoreceria um melhor prognóstico no tratamento da depressão em idosos. Os resultados dos estudos em depressão corroboraram nossa hipótese, apresentando evidências positivas sobre a importância do LoC interno no melhor prognóstico da depressão.

O estudo longitudinal de García-Pena et al (2013) cujo objetivo foi determinar os fatores associados aos preditores de mudança nos sintomas depressivos, tanto em indivíduos com e sem sintomas depressivos basais. Os autores utilizaram perguntas dicotômicas para avaliar o potencial individual de influenciar eventos importantes da vida e encontraram que maiores escores de sintomas depressivos basais apresentaram maior necessidade de suporte social, maior prevalência de dor crônica e maiores índices de externalidade comparação com pessoas sem sintomas depressivos.

Um estudo americano avaliou se a intervenção para melhorar o tratamento da depressão em idosos na atenção primária modificou o aumento do risco de morte associado à depressão (n=1226). A intervenção PROSPECT - Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial teve duração de dois anos, na qual um gerente de cuidados de depressão trabalhou com médicos de cuidados primários em práticas de intervenção, oferecendo psicoterapia, aumentando a dose de antidepressivos se indicado e monitorando sintomas, efeitos adversos de drogas e adesão ao tratamento. Concluiu que adultos mais velhos com TDM expostos às intervenções para depressão, apresentaram um risco de mortalidade menor do que o observado naqueles idosos com cuidados habituais e semelhantes aos idosos sem depressão. A explicação para o resultado é o fato da intervenção PROSPECT reduzir a desesperança e a depressão, que são conhecidos por aumentar o risco de mortalidade (GALLO, et al, 2013).

Com o objetivo de investigar o curso e fatores prognósticos de depressão em pessoas idosas, Licht-Strunk et al (2007) analisaram 40 estudos clínicos e 17 realizados na população geral. O pior prognóstico da depressão foi relacionado com

maior idade comorbidades somáticas, limitações funcionais, maior nível de depressão basal e LoC externo (LINCHT-STRUNK et al, 2007).

No geral, pesquisas apontam resultado entre LoC externo com pior prognóstico de depressão em idosos. Entretanto, alguns estudos não encontram correlações entre de LoC e o prognóstico da depressão. Gold et al (1991) examinou a associação entre LoC e a sintomatologia psiquiátrica, depressão, autoestima, sintomas de estresse, conhecimento da doença e atividade física, demonstrando que os pacientes que são mais suscetíveis podem se beneficiar de uma intervenção orientada para a saúde, porém depressão e LoC não foram correlacionados. Anderson-Hanley et al (2003), com objetivo de esclarecer quais idosos se beneficiaram de uma intervenção de reforço de controle em seus ambientes, verificaram que a função cognitiva e o LoC moderaram significativamente os efeitos da intervenção sobre a percepção de saúde dos idosos em casas de repouso, mas não sobre os escores de depressão ou sobre o grau de satisfação com a vida.

Em contrapartida, alguns outros estudos apresentaram o LoC externo relacionado a pior prognóstico da depressão. Beekman et al (2001) num estudo populacional com 52200 idosos holandeses, com idade entre 55 e 85 anos encontraram relação entre depressão e LoC externo. Na análise multivariada do estudo, apenas dois fatores permanecem como preditores independentes de persistência: o número de doenças físicas crônicas e um locus de controle externo. Nenhum dos outros fatores, incluindo o nível basal de sintomatologia, previu a persistência na análise multivariada. Como há muita variação na duração dos episódios depressivos, é mais provável que os estudos disponíveis, incluindo este estudo de Beekman et al (2001), não tenham incluído os fatores mais relevantes para o prognóstico. O que inclui correlatos biológicos da depressão e eventos positivos, como a restituição da saúde física e uma diminuição do estresse devido a mudanças no estilo de vida e papéis, os quais raramente foram avaliados em estudos epidemiológicos (BEEKMAN et al, 2001)

Nosso trabalho de revisão sistemática encontrou apenas uma metanálise sobre LoC e prognóstico da depressão. Neste trabalho, Benassi et al (1988) concluíram que maior externalidade estava significativamente relacionada com maiores escores de depressão e que essa relação era moderadamente forte. Houve variação na

correlação entre as duas variáveis em função do locus específico de controle e das escalas de depressão utilizadas nos estudos (Benassi et al, 1988).

Para Kleinberg et al (2013), o LoC externo foi associado a busca de ajuda na amostra com depressão, assim como a solidão emocional e a frequência de contatos com pais. Segundo Bunce et al (2014), o senso de controle de um indivíduo sobre sua saúde desempenha um importante papel na depressão. Aqueles que acreditam na importância do papel exercido pelo médico (LoC externo – Outros poderosos), tiveram maior adesão ao tratamento medicamentoso (DE LAS CUEVAS et al, 2014). Já aqueles com alta internalidade e baixa crença em “outros poderosos”, apresentaram poucos sintomas depressivos, sendo essas características mais frequentes nos idosos do que nos jovens (MOLINARI; NIEDEREHE, 1985).

Corroborando essa ideia, os dados apontam ainda a presença de um estudo (ABU-BADER et al, 2011) que correlacionou LoC interno a sintomas depressivos, apontando que os participantes tendiam a apresentar mais sintomas de depressão quando se sentiam responsáveis e no controle de sua saúde. No que diz respeito ao HLOC e sua influência na adesão ao tratamento de depressão, embora os pacientes internamente orientados relatassem maior adesão ao tratamento prescrito do que os pacientes com orientação externa, as diferenças não foram estatisticamente significativas (DE LAS CUEVAS et al, 2014). Os pacientes que acreditam em suas próprias habilidades e forças – LoC interno, dependem menos do controle externo profissional e são capazes de melhor manter sua estabilidade emocional (AUSLANDER, 2012).

Sobre as metodologias utilizadas para o estudo do fenômeno da depressão e LoC, foram utilizadas 11 escalas diferentes para mensurar a variável LoC e 16 escalas para diagnóstico da depressão; das escalas utilizadas para avaliar LoC, encontrou-se limitação psicométrica e na confiabilidade de duas delas (SHEWCHUCK et al, 1992; WALLSTON et al, 1978). Esses dados apontam para uma variação instrumental, o que dificulta a generalização dos achados. Além disso, poucos estudos informam a adequação da utilização do instrumento com população idosa. À medida que os indivíduos envelhecem, um fardo mais elevado de sintomas depressivos tem sido demonstrado; entretanto, os resultados em populações idosas têm sido conflitantes, demonstrando que atribuir problemas de influência à idade pode ser enganador por

causa de outros fatores (biológicos, psicológicos e sociais) que estão mais freqüentemente presentes em idosos (GARCIA-PENA et al, 2013).

A percepção do controle pessoal varia tanto por etnia quanto por gênero em pacientes idosos. Em ambos os sexos a relação LoC e o prognóstico da depressão ocorreu, porém idosos do gênero masculino perceberam que tinham mais controle sobre as causas da doença enquanto que as mulheres sobre as soluções. O controle externo percebido sobre a solução de problemas de saúde mental tem um impacto positivo no bem-estar psicológico para a maioria dos grupos demográficos. No entanto, as atribuições internas de capacidade para a causa de problemas de saúde mental podem ter uma resposta de impacto negativo sobre o bem-estar psicológico, como foi evidenciado entre as mulheres brancas idosas. Curiosamente, a tendência para as mulheres brancas idosas se responsabilizarem pela causa de seu sofrimento pessoal pode apontar para uma influência importante no desenvolvimento da depressão, que parece ser um problema frequentemente experimentado neste grupo (NEMEROFF; MIDLARSKY, 2000).

Segundo Hanes e Wild (1977), entretanto, há uma tendência no sentido de maiores correlações entre externalidade e depressão para homens do que para mulheres, o que sugere a possibilidade de que a percepção de falta de controle pode ser mais deletéria quando encontra-se em conflito com as expectativas relativas à auto-suficiência associada aos papéis sexuais masculinos tradicionais (HANES; WILD, 1977). Quando considerada somente a etnia, os negros se consideraram mais responsáveis tanto pelas causas como pelas soluções do que os brancos (NEMEROFF; MIDLARSKY, 2000).

Por fim, é importante pontuar que, atualmente há a tendência em substituir o constructo LoC pelo termo *mastery*, que é definido pela medida em que se acredita que as experiências de uma vida estão sob o controle pessoal (PEARLIN et al, 1981; PEARLIN; SCHOOLER, 1978). Escores mais altos de neuroticismo em conjunto com escores mais baixos de *mastery* nos cuidadores previam maior dificuldade nas atividades de vida diária (AVDs) do idoso e relatos de maior tensão emocional e física, além de sintomas depressivos mais intensos nos idosos cuidados. Tais resultados sugerem que as avaliações dos cuidadores sobre o comprometimento do idoso são de natureza subjetiva, suscetíveis à influência de atributos de personalidade (BOOKWALA; SCHULZ, 1998).

O estudo apresenta limitações, tais como: Número pequeno da amostra para a adaptação transcultural da escala LCB, adiando o processo de validação da escala e variabilidade considerável nos dados sociodemográficos, com relação a gênero e etnia, principalmente, que influenciam diretamente nos resultados, necessitando de estudos mais específicos que abordem cada tipo de LoC separadamente para que se possa obter maiores detalhes sobre essa relação. Uma análise quantitativa de nossos dados se faz necessária para conclusões mais acuradas.

No entanto, a maioria dos estudos apoiaram a hipótese de que o predomínio de LoC interno favorece um melhor prognóstico no tratamento da depressão em idosos. A partir dessa assertiva, medidas que favoreçam o fortalecimento e manutenção da autonomia seriam possivelmente relacionadas a melhor resposta ao tratamento, menor morbimortalidade e melhor qualidade de vida.

### 7.2.6 Conclusão

Os dados apresentados sugerem que LoC interno pode ser considerado como variável de influência para o bom prognóstico da depressão, principalmente quando a capacidade dos idosos de provocarem mudanças na própria saúde e autonomia na solução de seus problemas é estimulada. Aquele que acredita na sua capacidade interna de controle, pode alcançar níveis mais elevados de progresso na psicoterapia. No entanto, quando estratégias de controle interno falharem ou se encontrarem diminuídas, o estímulo de comportamentos de busca de auxílio pode ser benéfico e igualmente terapêutico. Os suportes social e familiar estão relacionados positivamente com menores taxas de reincidência e maior adesão ao tratamento.

Lemos e Medeiros (2002) defendem que a autonomia e a independência, entre os idosos, são ótimos indicadores de saúde e que a sensação de incapacidade de alterar o meio físico e social (LoC externo) poderia ocasionar sensação de impotência e fracasso. Partindo desse pressuposto, técnicas que visem a manutenção da autonomia física e financeira, além de estímulos ao apoio social e familiar através de psicoeducação poderão certamente contribuir para a adesão ao tratamento e menores custos sociais na atenção a pessoa idosa com depressão.

### 7.2.7 Referências

- ABU-BADER, Soleman H.; TIRMAZI, M. Taqi; ROSS-SHERIFF, Fariyal. The impact of acculturation on depression among older Muslim immigrants in the United States. **Journal of Gerontological social work**, v. 54, n. 4, p. 425-448, 2011.
- ANDERSON-HANLEY, C. A. Y.; MESHBERG, SARAH R.; MARSH, MELISSA A. The effects of a control-enhancing intervention for nursing home residents: Cognition and locus of control as moderators. **Palliative & supportive care**, v. 1, n. 02, p. 111-120, 2003.
- AUSLANDER, Gail K. Depressive symptoms among hospitalized patients in Israel. **Social work in health care**, v. 51, n. 2, p. 107-124, 2012.
- BEEKMAN, A. T. F. et al. Emergence and persistence of late life depression: a 3-year follow-up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **Journal of affective disorders**, v. 65, n. 2, p. 131-138, 2001.
- BENASSI, Victor A.; SWEENEY, Paul D.; DUFOUR, Charles L. Is there a relation between locus of control orientation and depression? **Journal of abnormal psychology**, v. 97, n. 3, p. 357, 1988.
- BERG, Anne Ingeborg et al. What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. **Aging and Mental Health**, v. 13, n. 2, p. 191-201, 2009.
- BLACK, Sandra A.; MARKIDES, Kyriakos S.; MILLER, Todd Q. Correlates of depressive symptomatology among older community-dwelling Mexican Americans: the Hispanic EPESE. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 53, n. 4, p. S198-S208, 1998.
- BOGAT, G. Anne; JASON, Leonard A. An evaluation of two visiting programs for elderly community residents. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 17, n. 4, p. 267-280, 1983.
- BOOKWALA, Jamila; SCHULZ, Richard. The role of neuroticism and mastery in spouse caregivers' assessment of and response to a contextual stressor. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 53, n. 3, p. P155-P164, 1998.
- BUNCE, David et al. Causal associations between depression symptoms and cognition in a community-based cohort of older adults. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 22, n. 12, p. 1583-1591, 2014.

BUSCHMANN, Mary Beth; HOLLINGER, Linda. Influence of social support and control on depression in the elderly. **Clinical Gerontologist**, v. 14, n. 4, p. 13-28, 1994.

DE LAS CUEVAS, Carlos et al. Psychological reactance in psychiatric patients: Examining the dimensionality and correlates of the Hong Psychological Reactance Scale in a large clinical sample. **Personality and Individual Differences**, v. 70, p. 85-91, 2014.

FERREIRA, Vanessa M.; SHERMAN, Aurora M. Understanding associations of control beliefs, social relations, and well-being in older adults with osteoarthritis. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 62, n. 3, p. 255-274, 2006.

GALLO, Joseph J. et al. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. 2013.

GARCÍA-PEÑA, Carmen et al. Late-life depressive symptoms: prediction models of change. **Journal of affective disorders**, v. 150, n. 3, p. 886-894, 2013.

GOLD, Deborah T. et al. Osteoporosis in late life: does health locus of control affect psychosocial adaptation? **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 39, n. 7, p. 670-675, 1991.

GRAY-STANLEY, J. et al. Work stress and depression among direct support professionals serving adults aging with intellectual/developmental disabilities: The role of work support and locus of control. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 54, n. 8, p. 749-761, 2010.

HALAMA, Peter. Meaning and hope-two factors of positive psychological functioning in late adulthood. **Studia psychologica**, v. 2, n. 45, p. 103-110, 2003.

HANES, Carolyn R.; WILD, Bradford S. Locus of control and depression among noninstitutionalized elderly persons. **Psychological reports**, v. 41, n. 2, p. 581-582, 1977.

HAWKINS, Wesley E.; DUNCAN, David F.; MCDERMOTT, Robert J. A health assessment of older Americans: some multidimensional measures. **Preventive medicine**, v. 17, n. 3, p. 344-356, 1988.

HOGENIUS, Sylvia et al. Demographical, odontological, and psychological variables in individuals referred for osseointegrated dental implants. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 20, n. 4, p. 224-228, 1992.

HYER, Lee; MATTESON, Mary Ann; SIEGLER, Ilene C. Locus of control and long-term care. **Journal of Applied Gerontology**, v. 1, n. 1, p. 147-160, 1982.

KIOSSES, Dimitris N. et al. Problem adaptation therapy for older adults with major depression and cognitive impairment: a randomized clinical trial. **JAMA psychiatry**, v. 72, n. 1, p. 22-30, 2015.

KLEINBERG, A.; ALUOJA, A.; VASAR, V. Social support in depression: structural and functional factors, perceived control and help-seeking. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 22, n. 04, p. 345-353, 2013.

KRAUSE, Neal. Stress and coping: Reconceptualizing the role of locus of control beliefs. **Journal of Gerontology**, v. 41, n. 5, p. 617-622, 1986.

LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Elias. Peculiarities of geriatric psychiatry: a focus on aging and depression. **CNS Neuroscience & Therapeutics**, v. 16, n. 6, p. 374-379, 2010.

LEMOS, Naira; MEDEIROS, Sônia Lima. Suporte social ao idoso dependente. **Tratado de geriatria e gerontologia**, v. 2, 2002.

LEVENSON, Hanna. Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. **Journal of personality assessment**, v. 38, n. 4, p. 377-383, 1974.

LIBERATI, Alessandro et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **Annals of internal medicine**, v. 151, n. 4, p. W-65-W-94, 2009.

LICHT-STRUNK, Els et al. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. **Family practice**, v. 24, n. 2, p. 168-180, 2007.

MIDLARSKY, Elizabeth; KAHANA, Eva. **Altruism in later life**. Sage Publications, Inc, 1994.

MILLER, Baila et al. Race, control, mastery, and caregiver distress. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 50, n. 6, p. S374-S382, 1995.

MOLINARI, Victor; NIEDEREHE, George. Locus of control, depression, and anxiety in young and old adults: a comparison study. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 20, n. 1, p. 41-52, 1985.

NEMEROFF, Robin; MIDLARSKY, Elizabeth. Gender and racial correlates of personal control among emotionally disturbed older adults. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 50, n. 1, p. 1-15, 2000.

OMODEO, Ombretta et al. Psychological needs and mental health in women aged  $\geq$  65 years after cardiac surgery: an exploratory study. **Monaldi Archives for Chest Disease**, v. 80, n. 1, 2013.

PEARLIN, L. I.; LIEBERNMAN, M. A.; MENAGHAN, E. G.; MULLAN, J. T. The stress process. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 22, p.337-356, 1981.  
PEARLIN, L. I.; SCHOOLER, C. The structure of coping. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 19, p. 2-22, 1978.

REKER, Gary T. Personal meaning, optimism, and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly. **The Gerontologist**, v. 37, n. 6, p. 709-716, 1997.

ROSENDAHL, Eileen H.; KIRSCHENBAUM, Daniel S. Factors associated with weight control in older adults. **Obesity research**, v. 2, n. 3, p. 220-229, 1994.

ROTTER, Julian B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological monographs: General and applied**, v. 80, n. 1, p. 1, 1966.

SHEWCHUK, Richard M. et al. Factorial invariance issues in the study of adult personality: An example using Levenson's locus of control scale. **Experimental aging research**, v. 18, n. 1, p. 15-24, 1992.

SHIWA, Sílvia Regina et al. PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia. **Fisioter mov**, v. 24, n. 3, p. 523-33, 2011.

WALLSTON, Kenneth A.; WALLSTON, Barbara Strudler; DEVELLIS, Robert. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. **Health Education & Behaviour**, v. 6, n. 1, p. 160-170, 1978.

WHO. World Health Organization. **Depression: A Global Crisis** World Mental. Health Day. Occoquan: USA, 2012.

## 8 DISCUSSÃO

A população idosa é vulnerável a diversos tipos de patologias, principalmente a doenças crônicas e a depressão. Como medida de prevenção e aprimoramento da assistência para essa população, faz-se necessário conhecer os tipos de LoC em idosos, uma vez que a percepção do controle pessoal sobre o comportamento tem se mostrado importante na predição da habilidade do paciente em enfrentar o estresse relacionado ao tratamento continuado de doenças crônicas, melhorando a adesão ao tratamento, facilitando mudanças de comportamentais e , portanto, melhorando o prognóstico das doenças e a qualidade de vida (KURITA; PIMENTA, 2004).

Segundo García-Pena et al (2013), Licht-Strunk et al (2007) e Benassi et al (1988), pouco suporte social, a presença de dor crônica, maior LoC externo e idade avançada foram fatores associados a um mau prognóstico da depressão. Em contrapartida, Reker (1997) apresentou em seu estudo relação direta entre LoC interno em idosos com fatores que podem ser considerados protetores a um quadro de depressão (visão positiva da vida, auto-estima elevada, satisfação com a vida, alto nível de instrução e percepção de saúde física) (REKER, 1997). Medidas terapêuticas específicas considerando o tipo de percepção de controle pessoal podem ser de especial valia.

A revisão sistemática da literatura que realizamos demonstrou que apesar do maior número de estudos correlacionarem maior externalidade a pior evolução do quadro depressivo, ainda é necessário analisar estatisticamente o conjunto de estudos para uma conclusão mais acurada. Não encontramos no contexto brasileiro estudos pertinentes ao tema por isso, a importância da tradução da LCB, escala que tem sido utilizada principalmente para avaliar internalidade/externalidade dos sujeitos no que concerne à saúde e ao prognóstico de tratamentos. A versão final adaptada ao Português demonstrou possuir boa aceitabilidade, fácil compreensão e torna disponível a primeira versão da LCB para o contexto brasileiro, um instrumento específico para a avaliação dos tipos de LoC em idosos.

A percepção de controle pode variar tanto por etnia quanto por gênero nos idosos (NEMEROFF; MIDLARSKY, 2000); porém homens apresentam maior correlação entre externalidade e depressão, associando a falta de controle à perda do papel de auto-suficiência (HANES; WILD, 1977). Já com relação à etnia, encontramos

resultados relativos à responsabilidade sobre a causa dos problemas. Negros tendem a se considerar mais responsáveis tanto pelas causas quanto pelas soluções das situações em comparação com os brancos (NEMEROFF; MIDLARSKY, 2000). O que se percebe é o constructo LoC torna-se fundamental para entender como as percepções, as expectativas e as crenças individuais se relacionam ao comportamento de enfrentamento do adoecimento e o contexto sociocultural é fator fundamental nessa equação. Conhecer as especificidades dos idosos brasileiros frente às suas condições de saúde e propostas de tratamento é, portanto, de suma importância.

Como limitações do estudo, podemos apontar a dificuldade de generalização dos achados devido a diversidade dos instrumentos de mensuração das variáveis mensuradas nos estudos. Há uma diversidade de instrumentos para avaliar LoC e depressão, além de poucos estudos que informem a adequação da utilização do instrumento com população idosa (GARCIA-PENA et al, 2013). Em termos futuros pretendemos fazer a validação da escala LCB já aplicada em 115 idosos brasileiros.

## 9 CONCLUSÃO

A presente dissertação teve como objetivo investigar a relação entre os tipos LoC e o prognóstico da depressão em idosos. No estudo 1, buscou-se traduzir a escala *Locus of Control of Behaviour* para o Português; adaptar transculturalmente o instrumento para a população de idosos. A adaptação transcultural da escala LCB, tornou esse instrumento disponível na língua portuguesa falada no Brasil e adaptado a população idosa, permitindo que LoC seja avaliado nessa faixa etária e em nosso contexto cultural.

No estudo 2, a partir de uma revisão sistemática, o objetivo foi investigar a relação entre os tipos de LoC e o prognóstico da depressão em idosos. A hipótese de que os sintomas depressivos em idosos estarão positivamente relacionados com LoC externo e o predomínio de LoC interno favorece um melhor prognóstico no tratamento da depressão em idoso foi confirmada, porém apresenta algumas particularidades.

Na revisão sistemática, concluiu-se que a variável LoC interno está diretamente relacionada com o bom prognóstico da depressão. Mulheres idosas com predominância de LoC interno, apresentam capacidade para fazerem mudanças em sua saúde o que contribui para um bom prognóstico. Em contrapartida, a predominância de LoC externo foi relacionada a fatores importantes como a adesão ao tratamento e a baixa sintomatologia depressiva, na maioria dos casos, com exceção apenas de idosos do sexo masculino, que correlacionaram a falta de controle de sua saúde a piora dos sintomas depressivos. Dados sociodemográficos influenciam diretamente nos resultados, necessitando de estudos mais específicos que abordem cada tipo de LoC separadamente para que se possa obter maiores detalhes sobre essa relação.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. Paulo; PEREIRA, M. G. Locus de controlo na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo 1. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 7, n. 2, p. 221-238, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V®)**. American Psychiatric Pub, 2013.

ARAÚJO, Louise G. et al. Escala de Locus de controle da dor: adaptação e confiabilidade para idosos. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, n. 5, p. 438-445, 2010.

BARCELOS-FERREIRA, Ricardo et al. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics**, v. 22, n. 05, p. 712-726, 2010.

BEARD, John R.; BLOOM, David E. Towards a comprehensive public health response to population ageing. **Lancet (London, England)**, v. 385, n. 9968, p. 658-661, 2015.

BEAUTRAIS, Annette L.; JOYCE, Peter R.; MULDER, Roger T. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 29, n. 1, p. 37-47, 1999.

BEEKMAN, A. T. F. et al. Emergence and persistence of late life depression: a 3-year follow-up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **Journal of affective disorders**, v. 65, n. 2, p. 131-138, 2001.

BENASSI, Victor A.; SWEENEY, Paul D.; DUFOUR, Charles L. Is there a relation between locus of control orientation and depression? **Journal of Abnormal Psychology**, v. 97, n. 3, p. 357, 1988.

BLANCHARD-FIELDS, Fredda; IRION, Jane C. The relation between locus of control and coping in two contexts: Age as a moderator variable. **Psychology and Aging**, v. 3, n. 2, p. 197, 1988.

BRIGHT, Stephen J. et al. Psychometric Properties of the Locus of Control of Behaviour Scale (LCBS) among Australians Seeking Alcohol and Other Drug (AOD) Treatment. **Australian Psychologist**, v. 48, n. 3, p. 172-177, 2013.

BROWNELL, Kelly D. Personal responsibility and control over our bodies: when expectation exceeds reality. **Health Psychology**, v. 10, n. 5, p. 303, 1991.

COLETA, José Augusto Dela. **Atribuição de causalidade: teoria e pesquisa**. FGV-Instituto de Documentação. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1982.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Revista Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 183-192, 2003.

CRAIG, Ashley R.; FRANKLIN, John A.; ANDREWS, Gavin. A scale to measure locus of control of behaviour. **British Journal of Medical Psychology**, v. 57, n. 2, p. 173-180, 1984.

DELA COLETA, Marília Ferreira. Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 39, n. 2, p. 79-97, 1987.

\_\_\_\_\_. Locus de controle e saúde. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos, instrumentos**. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. p. 199-238.

DE LAS CUEVAS, Carlos; PEÑATE, Wenceslao; SANZ, Emilio J. The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric outpatients with depression. **BMC Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 1, 2014.

DYB, Grete et al. Alleged sexual abuse at a day care center: impact on parents. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, n. 8, p. 939-950, 2003.

ELFSTRÖM, Magnus L.; KREUTER, Margareta. Relationships between locus of control, coping strategies and emotional well-being in persons with spinal cord lesion. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 13, n. 1, p. 89-100, 2006.

FOSSE, Gunilla Klensmeden; HOLEN, Are. Reported maltreatment in childhood in relation to the personality features of Norwegian adult psychiatric outpatients. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 195, n. 1, p. 79-82, 2007.

GARCÍA-PEÑA, Carmen et al. Late-life depressive symptoms: prediction models of change. **Journal of Affective Disorders**, v. 150, n. 3, p. 886-894, 2013.

GRINBERG, Luiz Paulo. Depressão em idosos: desafios no diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 63, n. 7, p. 317-30, 2006.

HANES, Carolyn R.; WILD, Bradford S. Locus of control and depression among noninstitutionalized elderly persons. **Psychological Reports**, v. 41, n. 2, p. 581-582, 1977.

HARRIS, Tess et al. Onset and persistence of depression in older people—results from a 2-year community follow-up study. **Age and Ageing**, v. 35, n. 1, p. 25-32, 2006.

HAYNES, Philip; AYLIFFE, Glenda. Locus of control of behaviour: is high externality associated with substance misuse? **British Journal of Addiction**, v. 86, n. 9, p. 1111-1117, 1991.

HOFMANN, Stefan G. Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. **Behaviour Research and Therapy**, v. 43, n. 7, p. 885-895, 2005.

JAEGER, Judith et al. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. **Psychiatry Research**, v. 145, n. 1, p. 39-48, 2006.

KIRSCHT, John P. Perceptions of control and health beliefs. **Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement**, v. 4, n. 3, p. 225, 1972.

KURITA, Geana Paula; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 38, n. 3, p. 254-61, 2004.

LEVENSON, Hanna. Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. **Journal of Personality Assessment**, v. 38, n. 4, p. 377-383, 1974.

\_\_\_\_\_. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 41, n. 3, p. 397, 1973.

LICHT-STRUNK, Els et al. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. **Family Practice**, v. 24, n. 2, p. 168-180, 2007.

LIMA, Ana Maraysa Peixoto et al. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 2, 2016.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; DA SILVA, Ana Lucia Andrade. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

NEMEROFF, Robin; MIDLARSKY, Elizabeth. Gender and racial correlates of personal control among emotionally disturbed older adults. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 50, n. 1, p. 1-15, 2000.

NOWICKI, Stephen; STRICKLAND, Bonnie R. A locus of control scale for children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 40, n. 1, p. 148, 1973.

PARCEL, Guy S.; MEYER, Michael P. Development of an instrument to measure children's health locus of control. **Health Education & Behavior**, v. 6, n. 1, p. 149-159, 1978.

PASQUALI, Luiz; ALVES, Amélia Regina; PEREIRA, Maria A. Scale of Locus of control-ELCO. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 2, p. 363-378, 1998.

PHARES, E. Jerry. **Locus of control in personality**. Morristown, New Jersey: General Learning Press, 1976. 217 p.

POIKOLAINEN, Kari. Risk factors for alcohol dependence: a questionnaire survey. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 21, n. 6, p. 957-961, 1997.

RAI, Dheeraj et al. Country-and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. **The British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 3, p. 195-203, 2013.

REID, David; WARE, Edward E. Multidimensionality of internal versus external control: Addition of a third dimension and non-distinction of self versus others. **Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement**, v. 6, n. 2, p. 131, 1974.

REKER, Gary T. Personal meaning, optimism, and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly. **The Gerontologist**, v. 37, n. 6, p. 709-716, 1997.

ROTTER, Julian B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological Monographs: General and Applied**, v. 80, n. 1, p. 1, 1966.

\_\_\_\_\_. Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. **American Psychologist**, v. 45, n. 4, p. 489, 1990.

SILVA, Elisa Roesler et al. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, p. 1387-1393, 2012.

SMIT, Filip et al. Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n. 3, p. 290-296, 2006.

SNOW, Caitlin E.; ABRAMS, Robert C. The indirect costs of late-life depression in the United States: A literature review and perspective. **Geriatrics**, v. 1, n. 4, p. 30, 2016.

SÖZERI-VARMA, Gülfizar. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. **Aging and Disease**, v. 3, n. 6, p. 465-471, 2014.

TIMM, Luciana de Almeida. A qualidade de vida no idoso e sua relação com o locus de controle. Porto Alegre, 2006. 58 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento, Qualidade de Vida e Locus de Controle. **Perspectiva**, Erechim. v.35, n.129, p. 131-141, 2011.

WALLSTON, Kenneth A.; WALLSTON, Barbara Strudler; DEVELLIS, Robert. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. **Health Education & Behavior**, v. 6, n. 1, p. 160-170, 1978.

World Health Organization (WHO). **Depression: A Global Crisis** World Mental Health Day. Occoquan: USA, 2012.

WOLINSKY, Fredric D. et al. The effect of speed-of-processing training on depressive symptoms in ACTIVE. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, p. gln044, 2009.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

## PUBLICAÇÃO DO ESTUDO 1

COMUNICAÇÃO BREVE

**Adaptação transcultural da escala *Locus of Control of Behaviour* para o português: versão para idosos***Cross-cultural adaptation of the Locus of control of behavior scale into Brazilian Portuguese: version for elderly*Juliana Bastos Ohy<sup>1</sup>, Deborah Maia<sup>2</sup>, Evandro Silva Freire Coutinho<sup>2</sup>,  
Jerson Laks<sup>1</sup>**RESUMO**

**Objetivo:** Apresentar a adaptação transcultural da escala *Locus of Control of Behavior* (LCB) para a língua portuguesa falada no Brasil. **Métodos:** O processo de adaptação foi realizado em cinco etapas: tradução, retradução, avaliação da equivalência entre a retradução e a escala original, elaboração de uma versão pré-teste e aplicação na população-alvo composta por 16 idosos (56 a 80 anos), com quatro anos mínimos de escolaridade. **Resultados:** A versão adaptada não gerou problemas de compreensão, aceitabilidade ou impacto emocional negativo. **Conclusão:** Este trabalho torna disponível a primeira versão em Português da LCB, uma escala que tem sido particularmente utilizada para avaliar o tipo de *locus* de controle (LoC) no que concerne ao prognóstico de tratamentos em saúde mental.

**Palavras-chave**

LoC, LCB, adaptação transcultural.

**ABSTRACT**

**Objective:** To present the cross-cultural adaptation of the LCB scale into Brazilian Portuguese. **Methods:** The adaptation included translation, back translation, assessment of equivalence between the original and the backtranslation scale, preparation of a pre-test version and application on the targeted population of 16 elderly (56-80 years old), with a minimum of 4 years of formal education. **Results:** The adjusted version provided a good understanding and acceptance, and no negative emotional impact in the subjects. **Conclusion:** This paper provides the first version of LCB scale in Brazilian Portuguese. Such scale has been particularly used to assess LoC with regard to the prognosis of mental health treatment.

**Keywords**

LoC, LCB, cross-cultural adaptation.

Recbido em  
22/5/2014  
Aprovado em  
3/10/2014

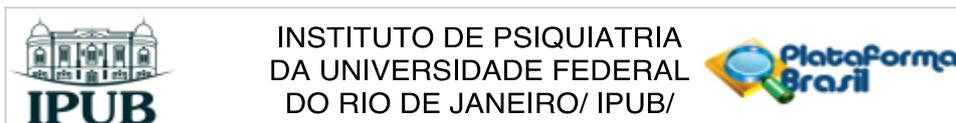
1 Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria, Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice.

2 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública.

Endereço para correspondência: Juliana Bastos Ohy  
Av. Augusto Severo, 202/1202, Glória  
20021-040 — Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
Telefones: (21) 2613-3346/98488-1241  
E-mail: julianaohy@gmail.com

## ANEXO 2

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O impacto do trauma e de transtorno de estresse pós-traumático sobre o prognóstico da depressão em idosos: um estudo prospectivo

**Pesquisador:** Deborah de Cássia Bezerra Maia

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 09225613.0.0000.5263

**Instituição Proponente:** Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

**Patrocinador Principal:** Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/ UFRJ

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 358,327

**Data da Relatoria:** 19/06/2013

**Apresentação do Projeto:**

O projeto em questão foi colocado sob pendência, que gerou esclarecimentos da pesquisadora responsável e modificações no projeto de pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Não se aplica. Análise de resposta a pendências levantadas pelo CEP.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Incluída menção a riscos eventuais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esclarecida a questão sobre a instituição parceira externa, que, segundo informa a pesquisadora principal, não mais participa da pesquisa. Esclarecida também a questão da ajuda de custo aos pacientes participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Modificação do TCLE realizada conforme recomendação do CEP.

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Atendidas pelo pesquisador as recomendações do CEP.

**Endereço:** Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS  
**Bairro:** Botafogo **CEP:** 22.290-140  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3873-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br

## ANEXO 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O IMPACTO DO TRAUMA E DE SINTOMAS DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO SOBRE O PROGNÓSTICO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS”

#### **Descrição e propósito do estudo**

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de um estudo que avaliará o impacto da exposição a situações traumáticas e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático sobre a resposta ao tratamento da depressão em idosos. Esse estudo será realizado no Centro para Pessoas com Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice (CDA) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O objetivo do estudo é examinar a relação da exposição a situações que envolvam risco de vida como acidentes, doenças graves, violência urbana e a resposta ao tratamento para depressão em pessoas idosas. Caso você aceite participar do estudo, você será entrevistado por um profissional da área de saúde e responderá a perguntas sobre seu estado emocional, presença de sintomas neuropsiquiátricos e sobre seu modo de ser e de reagir frente a situações de risco. Os questionários a serem respondidos já foram amplamente utilizados em pesquisas no Brasil e também em outros países.

#### **Participação e término**

Sua participação neste estudo é voluntária. O senhor (a) pode recusar-se a participar do estudo. Se decidir participar, pode mudar de ideia a qualquer momento e retirar-se, o que não implicará em prejuízo na sua relação com a instituição ou com os profissionais da mesma.

#### **Riscos e benefícios**

Este estudo não envolve a administração de qualquer substância, apenas respostas verbais e escritas. O possível desconforto desse estudo são as perguntas e avaliações, bem como, o tempo dispensado na entrevista que pode durar até duas horas. É possível que a entrevista o faça lembrar de fatos desagradáveis que tenham ocorrido durante a sua vida. A você será fornecido todo e qualquer esclarecimento que se fizer necessário, antes, durante e após a realização do estudo.

#### **Confidencialidade**

##### **Sua identidade será tratada de forma estritamente confidencial.**

Os resultados dos testes só serão utilizados para fins científicos, com divulgação em revistas especializadas, respeitando completamente a privacidade e o anonimato dos participantes.

#### **Custos**

Não haverá despesas pessoais para você e seu familiar em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Eu afirmo que li (ou que me foram lidas) as informações do estudo acima citado e acredito ter sido suficientemente informado a respeito do mesmo.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura da testemunha

---

Deborah Maia  
Pesquisadora responsável

## ANEXO 4

### ESCALA LCB ADAPTADA – VERSÃO FINAL

#### ESCALA DE LOCUS DE CONTROLE DO COMPORTAMENTO\*

Instruções: Agora apresentaremos algumas afirmações sobre você para saber o quanto você concorda ou não com elas. Não há respostas certas ou erradas. Para cada item, há um grande número de pessoas que concordam ou discordam em diferentes graus. Você poderia, por favor, dizer o que melhor se aplica a você?

1. Você é uma pessoa que consegue prever as dificuldades e tomar atitudes para evitá-las.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

2. Grande parte do que acontece com você deve-se ao acaso.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

3. Todos sabem que a sorte e o acaso determinam o futuro das pessoas.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

4. Você é uma pessoa que **SÓ** consegue controlar os seus problemas quando tem apoio dos outros.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

5. Quando você faz planos, está quase certo que pode realizá-los.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

6. Seus problemas vão te dominar por toda vida.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

7. É de sua responsabilidade lidar com seus problemas e seus erros.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

8. Tornar-se um sucesso é uma questão de trabalho duro. Sorte tem pouco ou nada a ver com isso.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

9. Sua vida é controlada por ações dos outros e por acontecimentos externos.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

10. As pessoas são vítimas de circunstâncias que estão além do seu controle.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

11. Você sempre precisa de ajuda profissional para lidar com seus problemas.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

12. Quando você está sob estresse, você NÃO consegue controlar a tensão dos seus músculos.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

13. Uma pessoa pode realmente ser dona do seu destino.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

14. Quando você está enfrentando dificuldades, você NÃO consegue controlar sua respiração ofegante.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

15. Você sabe por que seus problemas variam tanto de uma ocasião para outra.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

16. Você acredita ser capaz de lidar bem com problemas futuros.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

17. Você conta principalmente com a sorte para manter seus problemas sob controle.

<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo
0. Muito	3. Pouco
1. Mais ou menos	4. Mais ou menos
2. Pouco	5. Muito

## ANEXO 5

## ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Resumo esquemático do método usado para a adaptação transcultural da escala LCB.

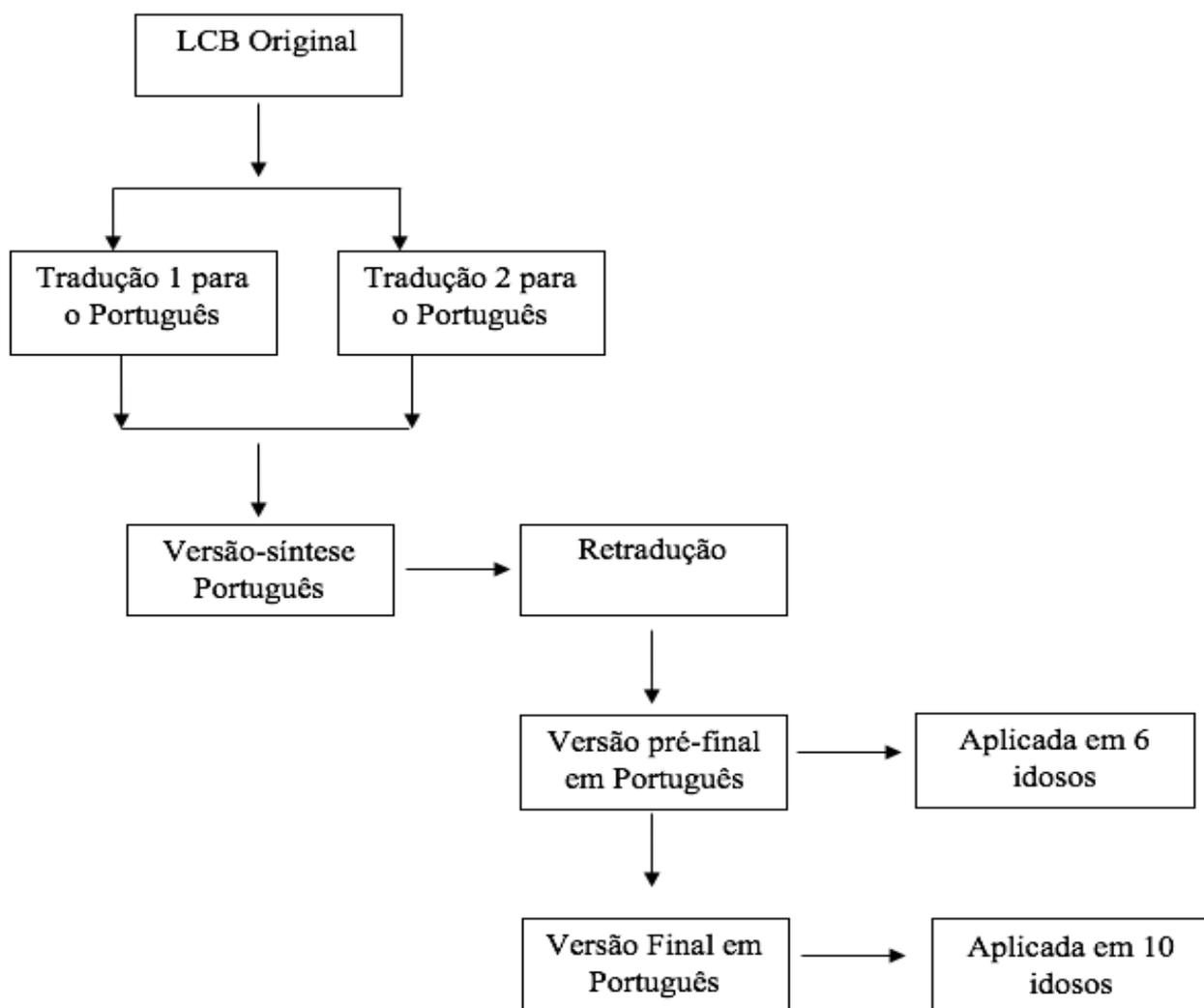
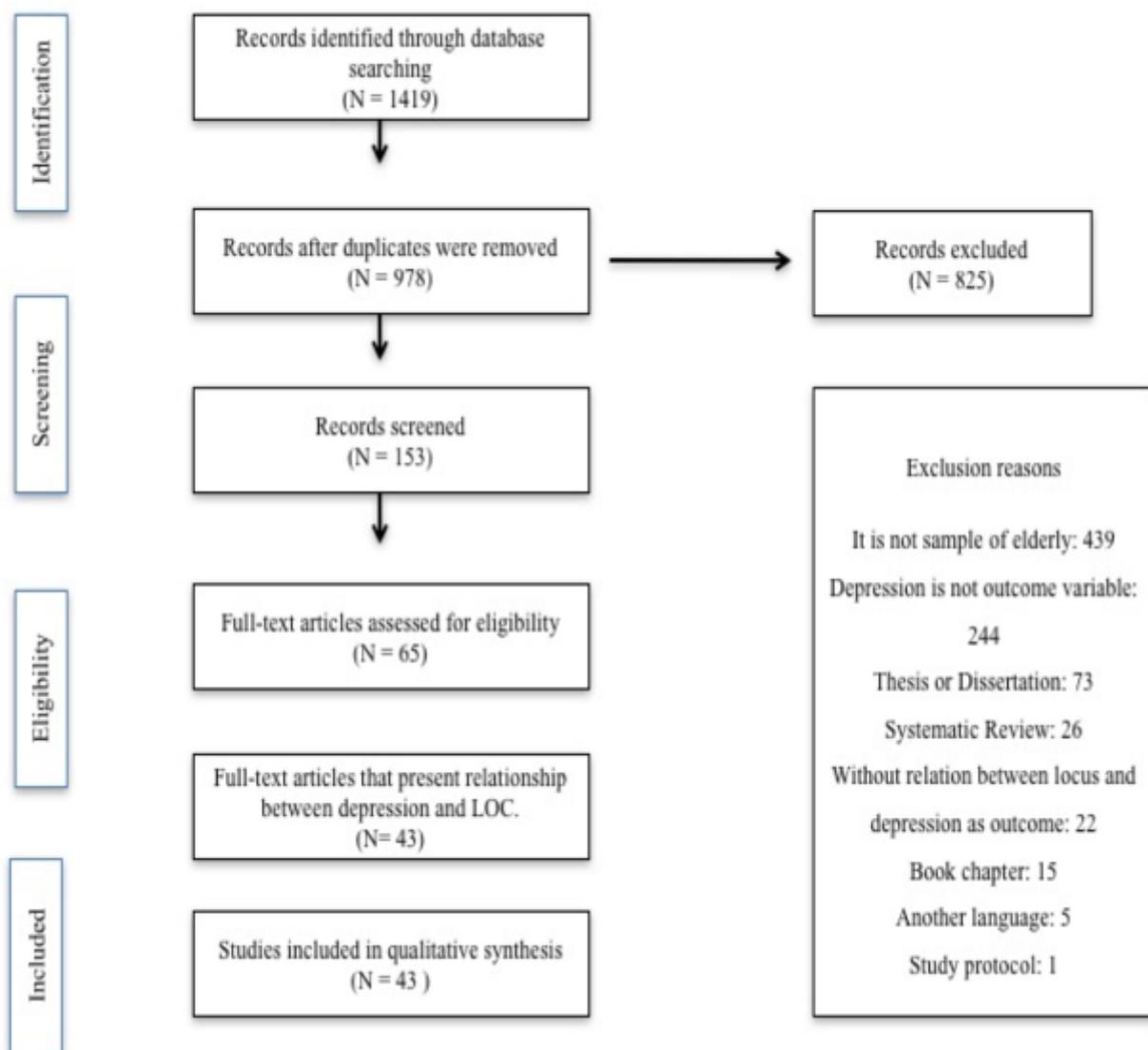


Figura 2: Fluxograma de busca e seleção dos artigos.



**Quadro 1: Critérios diagnósticos para Transtorno Depressão Maior (DSM-V).**

<b>Transtorno Depressivo Maior (DSM-V)</b>
<p><b>Critérios Diagnósticos</b></p> <p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p> <p><b>Nota:</b> Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)</li> <li>2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).</li> <li>3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)</li> <li>4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.</li> <li>5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).</li> <li>6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.</li> <li>7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).</li> <li>8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).</li> <li>9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</li> </ol> <p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.</p> <p><b>Nota:</b> Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.</p> <p><b>Nota:</b> Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.*</p> <p>D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.</p> <p>E. Nunca houve um episódio maniaco ou um episódio hipomaniaco.</p> <p><b>Nota:</b> Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maniaco ou do tipo hipomaniaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.</p> <p>* Ao diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como "dores do luto". Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das rumações autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM os sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideação autodepreciativa costuma envolver a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em "se unir" a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida por causa dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão.</p>

**Quadro 2: Comparação entre as versões original e final (com adaptação transcultural) da escala LCB.**

Versão original em inglês LOCUS OF CONTROL OF BEHAVIOUR SCALE	Versão final ESCALA DE LOCUS DE CONTROLE DO COMPORTAMENTO
<p>"Directions: Below are a number of statements about how various topics affect your personal beliefs. There are no right or wrong answers. For every item there are a large number of people who agree or disagree. Could you please put in the appropriate space the choice you believe to be true? Answer all the questions".</p>	<p>"Instruções: Agora apresentaremos algumas afirmações sobre você para saber o quanto você concorda ou não com elas. Não há respostas certas ou erradas. Para cada item, há um grande número de pessoas que concordam ou discordam em diferentes graus. Você poderia, por favor, dizer o que melhor se aplica a você?"</p>
<p>1. ____ I can anticipate difficulties and take action to avoid them.</p> <p>2. ____ A great deal of what happens to me is probably just a matter of chance.</p> <p>3. ____ Everyone knows that luck or chance determine one's future.</p> <p>4. ____ I can control my problem (s) only if I have outside support.</p> <p>5. ____ When I make plans, I am almost certain that I can make them work.</p> <p>6. ____ My problem (s) will dominate me all my life.</p> <p>7. ____ My mistakes and problems are my responsibility to deal with.</p> <p>8. ____ Becoming a success is a matter of hard work, luck has little or nothing to do with it.</p> <p>9. ____ My life is controlled by outside actions and events.</p> <p>10. ____ People are victims of circumstance beyond their control.</p> <p>11. ____ To continually manage my problems I need professional help.</p> <p>12. ____ When I am under stress, the tightness in my muscles is due to things outside my control.</p> <p>13. ____ I believe a person can really be a master of his fate.</p> <p>14. ____ It is impossible to control my irregular and fast breathing when I am having difficulties.</p> <p>15. ____ I understand why my problem (s) varies so much from one occasion to the next.</p> <p>16. ____ I am confident of being able to deal successfully with future problems.</p> <p>17. ____ In my case maintaining control over my problem (s) is due mostly to luck.</p>	<p>1. Você é uma pessoa que consegue prever as dificuldades e tomar atitudes para evitá-las.</p> <p>2. Grande parte do que acontece com você deve-se ao acaso.</p> <p>3. Todos sabem que a sorte e o acaso determinam o futuro das pessoas.</p> <p>4. Você é uma pessoa que SÓ consegue controlar os seus problemas quando tem apoio dos outros.</p> <p>5. Quando você faz planos, está quase certo que pode realizá-los.</p> <p>6. Seus problemas vão te dominar por toda a vida.</p> <p>7. É de sua responsabilidade lidar com seus problemas e seus erros.</p> <p>8. Tornar-se um sucesso é uma questão de trabalho duro. Sorte tem pouco ou nada a ver com isso.</p> <p>9. Sua vida é controlada por ações dos outros e por acontecimentos externos.</p> <p>10. As pessoas são vítimas de circunstâncias que estão além do seu controle.</p> <p>11. Você sempre precisa de ajuda profissional para lidar com seus problemas.</p> <p>12. Quando você está sob estresse, você NÃO consegue controlar a tensão dos seus músculos.</p> <p>13. Uma pessoa pode realmente ser dona do seu destino.</p> <p>14. Quando você está enfrentando dificuldades, você NÃO consegue controlar sua respiração ofegante.</p> <p>15. Você sabe por que seus problemas variam tanto de uma ocasião para outra.</p> <p>16. Você acredita ser capaz de lidar bem com problemas futuros.</p> <p>17. Você conta principalmente com a sorte para manter seus problemas sob controle.</p>

**Quadro 3: Classificação dos artigos segundo os 11 itens da Escala de PEDro.**

Artigos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
Abu-Bader, S.H. et.al 2011	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
Auslander, G.K. 2012	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Beekman, A.T.F. et.al 2001	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Berg, A. I. et. al. 2009	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	5
Black, S.A. et.al 1998	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5
Bogat, G.A.; Jason, L.A. 1983	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5
Bookwala, J.; Schulz, R. 1998	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Brunce, D. et.al. 2014	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Buschmann, M.B.T. et.al 1999	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4
Buschmann, M.B.T.; Hollinger, L.M. 1994	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Chou, K.L.; Chi. I 2001	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Cohen-Mansfield, J. 1990	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	8
De las Cuevas, C. et al. 2014	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Ferreira, V.M; Sherman, A.M 2006	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Garcia-Peña, C. et.al 2013	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5
Gariti, K.O. et.al 2009	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5
Gold, D.T. et.al 1991	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	5
Gray-Stanley et al. 2010	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Halama, P. 2003	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Hanes, C.R.; Wild, B.S. 1977	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Hanley, C.A. et.al 2003	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	7

<b>Artigos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>Total</b>
Harris, T. et.al 2003	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Harris, T. et.al 2005	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Hawkins, W.E. et.al 1988	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Hogenius, S. et.al 1992	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	4
Hunter, K.I. et.al 1981	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5
Hyer, L. e.al 1982	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Johansson, B. et.al 2001	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	6
Kellogg, F.R. et.al 1992	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	6
Kleftaras, G. 1997	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Kleinberg, A. et.al 2013	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Koplas, P.A. et.al 1999	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	5
Krause, N. 2010	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	5
Mc Naughton, M.E. et.al 1995	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Miller, B. et.al 1995	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Molinari, V.; Niederehe, G. 1984	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Nemeroff, R.; Midlarsky, E., 2000	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Omodeo, O. et.al 2013	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Pouwer, A. et.al 2003	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Reker, G.T. 1997	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Rosendahl, E.H.; Kirschenbaum, D.S. 1994	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Ryff, C.D. et. Al 1989	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
Schonfeld, L. et.al 1985	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4

## ANEXO 6

## TABELAS

**Tabela 1: Estimativa da população brasileira e características demográficas entre os anos de 1920 e 2040.**

Faixa etária	1920	1950	1980	2010	2040
0 a 4 anos	4.593.163	8.370.880	16.423.700	13.796.159	11.267.417
5 a 9 anos	4.575.530	7.015.527	14.773.741	14.969.375	11.813.256
10 a 14 anos	3.909.630	6.308.567	14.263.322	17.166.761	12.360.437
15 a 19 anos	4.217.917	5.502.315	13.575.971	16.990.870	13.019.512
20 a 24 anos	2.139.364	4.991.139	11.513.220	17.245.190	13.717.223
25 a 29 anos	2.487.431	4.132.271	9.442.217	17.104.413	14.514.616
30 a 39 anos	3.560.225	6.286.052	14.039.109	29.633.093	31.914.624
40 a 49 anos	2.401.200	4.365.359	10.377.274	24.842.718	32.893.266
50 a 59 anos	1.451.319	2.650.314	7.250.094	18.416.621	32.447.959
60 a 69 anos	800.866	1.451.468	4.474.511	11.349.929	25.811.887
70 anos ou mais	433.310	753.873	2.741.506	9.240.670	28.393.007
Esperança de vida ao nascer	35,2	52,3	64,7	73,9	79,9
Razão de dependência	89,0	85,6	79,6	55,2	64,7
Índice de envelhecimento	10,6	10,2	15,9	39,3	152,9

Fonte: IBGE (2015).

Tabela 2: Características dos artigos quanto autores, país, ano de publicação, gênero e idade dos participantes e tipo de população estudada.

Autor	Ano	País	Gênero		Idade Variação; média (DP)	Follow up	População
			Masculino (N)	Feminino (N)			
<b>Estudos seccionais</b>							
Abu-Bader, S.H. et.al	2011	EUA	44	26	50-92; 63.0 (10.20)	---	Imigrantes
Auslander, G.K.	2012	Israel	85	63	18-94; 53.8 (19.4)	---	População clínica Hospital
Black, S.A. et.al	1998	EUA	1176	1647	65-74; 72.6 (Sem dados)	---	População geral
Bogat, G.A.; Jason, L.A.	1983	EUA	Sem dados Condição E1 = 12 Condição E2 = 11 Grupo controle (CG) = 12		≥75; (Sem dados) ≥ 62; (Sem dados)	---	Participantes do <i>Friendly Visitor Programme</i> e população geral
Bookwala, J.; Schulz, R.	1998	EUA	184	196	≥ 65; 72.4 (Sem dados)	---	População geral de cuidadores
Buschmann, M.B.T. et al	1999	EUA	9	15	77.67	---	População clínica - Nursing home
Buschmann, M.B.T.; Hollinger-Smith, L.M.	1994	EUA	20	30	60-95; 76.6 (6.81)	---	População clínica - Casa de repouso
Chou, K.L.; Chi. I	2001	China	188	223	≥ 62; 71.1 (7.3)	---	População geral
Cohen-Mansfield, J.	1990	Israel	63	74	60-87; 68.4 (Sem dados)	---	População geral
De las Cuevas, C. et al.	2014	Espanha	28	91	30-82; 56.1 (± 12.0) 60-75 anos (N=31) > 75 anos (N=9)	---	População clínica
Ferreira, V.M; Sherman, A.M	2006	EUA	27	68	60-85; 72.8 (Sem dados)	---	População geral
Gariti, K.O. et.al	2009	EUA	330	21	Sem dados; 52.5 (7.5)	---	População clínica
Gray-Stanley et al.	2010	EUA	80	243	≥ 35	---	População geral

**Tabela 2: Características dos artigos quanto autores, país, ano de publicação, gênero e idade dos participantes e tipo de população estudada.**  
**Continuação**

Autor	Ano	País	Gênero		Idade Variação; média (DP)	Follow up	População
			Masculino (N)	Feminino (N)			
<b>Estudos seccionais</b>							
Halama, P.	2003	Eslováquia	11	83	50-79; 63.8 (7,63)	---	População geral
Hanes, C.R.; Wild, B.S.	1977	EUA	Sem dados N=48		60-80; Sem dados.	---	População geral
Harris, T. et.al	2003	Reino Unido	600	1002	65-69 (N) = 369 70-74 (N) = 391 75-79 (N) = 349 80-84 (N) = 246 85 ou mais (N) = 247	---	População geral
Hawkins, W.E. et.al	1988	EUA	30	96	65-98; 78 (Sem dados)	---	População clínica - Centro para idosos
Hunter, K.I. et.al	1981	EUA	Sem dados N = 250		Elevada auto-estima = $\geq 65$ ; 72.48 (6.62); Baixa auto-estima = $\geq 65$ ; 72.32 (6.38).	---	População geral
Hyer, L. e.al	1982	EUA	16	54	Sem dados; 78 (Sem dados)	---	População clínica - Casa de repouso
Johansson, B. et.al	2001	Suécia	139	281	$\geq 80$ ; 83.6 (3.2)	---	População geral - Gêmeos
Kleftaras, G.	1997	França	6	111	61-98; 77.97 (Sem dados)	---	População institucionalizada - Lar de idosos
Kleinberg, A. et.al	2013	Estônia	2928	3177	18-84, Sem dados.	---	População geral
Koplas, P.A. et.al	1999	EUA	59	27	51-87; 70.8 (7.9)	---	População clínica
Miller, B. et.al	1995	EUA	77	137	Sem dados; 74.7 (Sem dados)	---	População clínica - cuidadores

**Tabela 2: Características dos artigos quanto autores, país, ano de publicação, gênero e idade dos participantes e tipo de população estudada.**  
**Continuação**

Autor	Ano	País	Gênero		Idade Variação; média (DP)	Follow up	População
			Masculino (N)	Feminino (N)			
<b>Estudos seccionais</b>							
Molinari, V.; Niederehe, G.	1984	EUA	Sem dados; Adultos jovens = 305; Amostra de idosos = 117.	Amostra de idosos 58-88; 72.1(7.1).	---	População geral	
Nemeroff, R.; Midlarsky, E. Omodeo, O. et.al	2000 2013	EUA Italia	109	212 74	65-94; 74 (7.0) 75-88; 75.26 (+/-5.42)	--- ---	População clínica População clínica (reabilitação cardíaca)
Reker, G.T.	1997	Canada	Comunidade = 34 (34%) Instituição = 28 (32%)	Comunidade = 65 (66%) Instituição = 59 (68%)	Comunidade 90-94 = 0 (0%); 85-89 = 5 (5%); 80-84 = 13 (13%); 75-79 = 26 (26%); 70-74 = 24 (24%); 65-69 = 31 (31%) Instituição 90-94 = 13 (15%); 85-89 = 16 (18%); 80-84 = 23 (26%); 75-79 = 22 (25%) 70-74 = 10 (11%); 65-69 = 3 (4%)	---	População geral + População institucionalizada
Rosendahl, E.H.; Kirschenbaum, D.S.	1994	EUA	38	145	60-75; Sem dados.	---	População clínica
Ryff, C.D. et al	1989	EUA	N = 80		Sem dados; 74.96 (7.11)	---	População geral
Schonfeld, L. et.al	1985	EUA	Grupo 1= 14; Grupo 2 = 21;	Grupo 1 = 28; Grupo 2 = 26	Variação: 55-91 Grupo 1 = 67.7(8.4); Grupo 2 = 76.9(6.6)	---	População clínica

**Tabela 2: Características dos artigos quanto autores, país, ano de publicação, gênero e idade dos participantes e tipo de população estudada. Continuação**

Autor	Ano	País	Gênero		Idade Variação; média (DP)	Follow up	População
			Masculino (N)	Feminino (N)			
<b>Estudos longitudinais</b>							
Anderson-Hanley, C.A. et.al	2003	EUA	6	14	Sem dados; 81 (9.29)	2 semanas	População clínica - Casa de repouso
Beekman, A.T.F. et.al	2001	Holanda	1034	1166	55-85; no data	3 anos	População geral
Berg, A. I. et. al.	2009	EUA		wave 1: 1=153; wave 2: 1=161; wave 3: 1=153; wave 4: 1=129	wave 1 = $\geq 80$ ; 83.0 (2.9); wave 2 = $\geq 80$ ; 84.6(2.2); wave 3 = $\geq 80$ ; 86.5(2.2); wave 4 = $\geq 80$ ; 88.3(2.0)	2 anos	População geral - gêmeos
Brunce, D. et.al.	2014	Austrália	456	440	70-97; Depressão leve = 76.43 (4.82) Depressão grave = 76.79 (5.17)	4 anos	População geral
Garcia-Peña, C. et.al	2013	Mexico	Estágio 1 = 1144 Estágio 2 = 1004 Estágio 3 = 873	Estágio 1 = 1804 Estágio 2 = 1576 Estágio 3 = 1479	Estágio 1 = $\geq 60$ ; 70.96 (95% CI 70.31–71.61) Estágio 2 = $\geq 60$ ; 72.53 (95% CI 71.75–73.32) Estágio 3 = $\geq 60$ ; 73.54 (95% CI 72.92–74.15)	12 meses	População geral
Gold, D.T. et.al	1991	EUA	12	91	Sem dados; 66.73 (9.44)	9 meses	População clínica
Harris, T. et.al	2005	Reino Unido	Início da depressão = 391; Persistência da depressão = 60	Início da depressão = 554; Persistência da depressão = 159	Início da depressão (N): 65–69 = 161 70–74 = 287 75–79 = 231 80–84 = 162 85 ou mais = 104 Persistência da depressão (N): 65–69 = 19 70–74 = 51 75–79 = 54 80–84 = 47 85 ou mais = 48	2 anos	População geral

**Tabela 2: Características dos artigos quanto autores, país, ano de publicação, gênero e idade dos participantes e tipo de população estudada.**  
**Continuação**

Autor	Ano	País	Gênero		Idade Variação; média (DP)	Follow up	População
			Masculino (N)	Feminino (N)			
<b>Estudos longitudinais</b>							
Hogenius, S. et.al	1992	EUA	182	291	21-86; 60 (Sem dados)	2 anos	População clínica
Kellogg, F.R. et.al	1992	EUA	3	15	60-93; 81 (Sem dados)	18 meses	População clínica - Hospital
Krause, N.	1988	EUA	119	232	≥ 65; 73.4 (6.2)	18.7 meses (DP = 1.9 meses)	População geral
Mc Naughton, M.E. et.al	1995	EUA	Sem dados 89 cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer e 31 sujeitos controles		Cuidadores = +/-7.55; 71.12 (Sem dados); Controle = +/- 8.24; 70.41 (Sem dados).	6 meses	População clínica (cuidadores)
Pouwer, A. et.al	2003	Holand a	1529	1578	Sem doença crônica = 55-85; 68 (+/-9); Diabetes = 55-85; 72 (+/-8); Diabetes+comorbidade = 55-85; 76 (+/-7)	10 meses	População geral

Tabela 3: Escalas de mensuração da variável locus de controle

Autor	Ano	País	Escalas de Locus de controle	Escore Alcance ou 95% CI; média (DP)
Abu-Bader, S.H. et.al	2011	EUA	Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS)	<i>Powerful others</i> = 6-24; 14.0 (3.8); <i>Internal health</i> = 6-20; 14.0 (2.7); <i>Chance health</i> = 4-16; 10.5 (2.4).
Auslander, G.K.	2012	Israel	Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS)	<i>Powerful others</i> = 10-36; 17.6 (6.1); <i>Internal health</i> = 5-30; 26.0 (6.4); <i>Chance health</i> = 10-36; 17.3 (5.8)
Beekman, A.T.F. et.al	2001	Holanda	Pearlin Coping Scale	Sem dados
Black, S.A. et.al	1998	EUA	1 item dicotômico de locus de controle da saúde	Nenhum/algum: = 1614 (56%) Grande controle = 1209 (44%)
Bogat, G.A.; Jason, L.A.	1983	EUA	Locus of control scale (Rotter, 1966)	E1=8.82 (Sem dados); E2=10.98 (Sem dados); CG=10.85 (Sem dados).
Bookwala, J.; Schulz, R.	1998	EUA	Mastery scale - Pearlin and Schooler's (1978)	<i>Fatalism</i> = 1-5; 3.24 (0.67) <i>Control</i> = 1-5; 3.74 (0.69)
Brunce, D. et.al.	2014	Australia	Locus of Control of Behaviour scale	Depressão leve = 0-6; 4.32 (0.59) Depressão elevada = 0-6; 4.10 (0.61)
Buschmann, M.B.T. et.al	1999	EUA	Reid's Locus of Desired Control Scale (Reid et al., 1977)	Sem dados.
Buschmann, M.B.T.; Hollinger, L.M.	1994	EUA	Reid's Locus of Desired Control Scale (Reid et al., 1977)	Sem dados.
Chou, K.L.; Chi. I	2001	China	4 itens para avaliar o controle percebido	0-10; sem dados.

Tabela 3: Escalas de mensuração da variável locus de controle (Continuação).

Autor	Ano	País	Escalas de Locus de controle	Escore Alcance ou 95% CI; média (DP)
De las Cuevas, C. et al.	2014	Espanha	Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS)	<i>Internal Adherent / Non Adherent</i> = Sem dados; 3.56 (1.11) / Sem dados; 3.40 (1.22); <i>Change Adh / Non</i> = sem dados; 3.17 (1.12) / sem dados; 3.33 (1.00); <i>Doctors Adh / Non</i> = sem dados; 5.05 (0.98) / sem dados; 4.68 (0.96); <i>Others Adh / Non</i> = sem dados; 3.60 (1.28); sem dados; 3.69 (1.25).
Ferreira, V.M; Sherman, A.M	2006	EUA	Levenson I-E Control scale (Levenson, 1974)	<i>Powerful others</i> = 0-48; 32.85 (7.22); <i>Chance</i> = 0-46; 31.83 (6.75); <i>Internality</i> = 0-41; 20.57 (4.59)
Gariti, K.O. et.al	2009	EUA	Locus of control scale (Rotter, 1966)	Sim (N (%)) = 224 (72) Não (N (%)) = 89 (28)
Gold, D.T. et.al	1991	EUA	Health locus of control (HLOC)	Grupos de intervenção – <i>Internal HLOC</i> (n) = 31; <i>External HLOC</i> (n) = 29 Grupos controle - <i>Internal HLOC</i> (n) = 24; <i>External HLOC</i> (n) = 19
Gray-Stanley et al.	2010	EUA	Ross' locus of control scale	M= 7.03 DP= 4.53
Halama, P.	2003	Slovakia	Locus of control scale (Rotter, 1966)	Sem dados
Hanes, C.R.; Wild, B.S.	1977	EUA	Locus of control scale (Rotter, 1966)	Grupo sem depressão = Sem dados; 9.28(4.95); Grupo com depressão = Sem dados; 11.23(3.22).
Anderson-Hanley, C.A. et.al	2003	EUA	Locus of control scale (Rotter, 1966)	Grupo controle baixa função cognitiva Pre-teste = 0-11; 3.38 (1.19); Grupo controle alta função cognitiva Pre-test = 0-11; 6.33 (1.12); Grupo de intervenção baixa função cognitiva Pre-test = 0-11; 2.75 (1.50); Grupo de Intervenção função cognitiva elevada Pre-test= 0-11; 6.33 (1.03)
Harris, T. et.al	2003	Reino Unido	Health Locus of Control (HLOC)	<i>Internality</i> = 2-6; 5.0 (1.1); <i>Powerful others</i> = 2-6; 3.9 (1.0); <i>Chance</i> 2-6 = 5.0 (1.0)

Tabela 3: Escalas de mensuração da variável locus de controle (Continuação).

Autor	Ano	País	Escalas de Locus de controle	Escore Alcance ou 95% CI; média (DP)
Harris, T. et.al	2005	Reino Unido	Health Locus of Control (HLOC)	Início da depressão: Baixa (2-3) = 247 Média (4) = 407 Alta (5-6) = 263 Persistência da depressão: Baixa (2-3) = 74 Média (4) = 88 Alta (5-6) = 37
Hawkins, W.E. et.al	1988	EUA	Self-Evaluation of Life Function (SELF) Scale	Sem dados
Hogenius, S. et.al	1992	EUA	Health Locus of Control (HLOS)	Sem dados; 43.2 (8.9)
Hunter, K.I. et.al	1981	EUA	Locus of control scale (Rotter, 1966)	Alta Auto-estima = Sem dados; 14.87 (2.15) Baixa Auto-estima = Sem dados; 16.18 (2.24) Expectativa = Sem dados; 19.8 (Sem dados); Desejo = Sem dados; 22.4 (Sem dados); Expectativa x Desejo = Sem dados; 63.9 (Sem dados);
Hyer, L. e.al	1982	EUA	Reid's Locus of Desired Control Scale (Reid et al., 1977)	<i>Chance</i> = 7.2-36; 23.53 (Sem dados); <i>Internal</i> = 8.4-36; 24.39 (Sem dados); <i>Powerful others</i> = 7.2-36; 26.59 (Sem dados).
Johansson, B. et.al	2001	Suécia	Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS)	Pre-teste = +/-1.31; 45.11 (Sem dados) Pos-teste = +/-1.50; 45.33 (Sem dados).
Kellogg, F.R. et.al	1992	EUA	Locus of Desired Control	
Klefaras, G.	1997	França	Levenson Locus of Control Scale (IPC)	Sem dados
Kleinberg, A. et.al	2013	Estônia	Locus of control scale (Rotter, 1966)	Sem dados
Koplas, P.A. et.al	1999	EUA	Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS)	<i>Internal</i> = 8-34; 19.3 (5.3); <i>External</i> = 8-35; 18.7 (5.0); <i>Chance</i> = 6-32; 18.7 (5.0)
Krause, N.	1988	EUA	Locus of control scale (Rotter, 1966)	Sem dados

Tabela 3: Escalas de mensuração da variável locus de controle (Continuação).

Autor	Ano	País	Escalas de Locus de controle	Escore Alcance ou 95% CI; média (DP)
Mc Naughton, M.E. et.al	1995	EUA	Levenson I-E Control scale (Levenson, 1974)	<p>Cuidadores</p> <p><i>Powerful others</i> = +/- 6.5; 20.14 (Sem dados);  <i>Internal health</i> +/- 5.45; 38.9 (Sem dados);  <i>Chance health</i> +/-7.21; 21.78 (Sem dados).</p> <p>Controle</p> <p><i>Powerful others</i> +/-5.56; 19.87 (Sem dados);  <i>Internal health</i> +/-5.41; 39.73 (Sem dados);  <i>Chance health</i> +/-5.50; 19.97 (Sem dados).</p>
Miller, B. et.al	1995	EUA	Medida de senso de controle baseada na conceituação de Mirowsky and Ross (1990, 1991); E o domínio do cuidador expressa um sentimento geral de competência na prestação de cuidados (Lawton et al., 1989)	<p>Senso de controle = Sem dados; 0.89 (0.99)  <i>Mastery</i> = Sem dados; 14.3 (DP = 1.9)</p>
Molinari, V.; Niederehe, G.	1984	EUA	Levenson's Locus of Control Measure	<p>Amostra idosa</p> <p><i>Internality</i> (I) = no data; 33.4 (8.3);  <i>Powerful Others</i> (P) = Sem dados; 20.3 (10.3)  <i>Chance</i> (C) = Sem dados; 21.1 (10.0);</p>
Nemeroff, R.; Midlarsky, E.	2000	EUA	Locus of control scale (Rotter, 1966)	Sem dados; 3.70 (0.59)
Omodeo, O. et.al	2013	Italia	Locus of Control of Behaviour scale	Sem dados; 34.40 (11.11)
Pouwer, A. et.al	2003	Holanda	Mastery scale - Pearlin and Schooler's (1978)	Sem dados.
Reker, G.T.	1997	Canadá	Life Control Subscale – LAP	Comunidade = Sem dados; 5.3 (1.1); Instituição = 4.7 (1.1)
Rosendahl, E.H.; Kirschenbaum, D.S.	1994	EUA	Krantz Health Opinion Survey - Information Subscale (K-I)	Sem dados; 4.20 (2.30)

Tabela 3: Escalas de mensuração da variável locus de controle (Continuação).

Autor	Ano	País	Escalas de Locus de controle	Escore Alcance ou 95% CI; média (DP)
Ryff, C.D. et al	1989	EUA	Levenson Locus of Control Scale (IPC)	<p>Mulher / idosa</p> <p>Internal control = Sem dados; 36.13 (5.95);            Powerful others = Sem dados; 20.39 (7.70);            Chance control = Sem dados; 21.07 (6.73).</p> <p>Homem / idoso</p> <p>Internal control = Sem dados; 38.16 (4.24)            Powerful others = Sem dados; 21.94 (6.82)            Chance control = Sem dados; 20.97 (6.30)</p>
Schonfeld, L. et.al	1985	EUA	Locus of control scale (Rotter, 1966)	<p>Grupo 1 = Sem dados; 8.7 (Sem dados);            Grupo 2 = Sem dados; 8.9 (Sem dados).</p>
Berg, A. I. et. al.	2009	EUA	Locus of control scale (Rotter, 1966)	<p>wave 1= Sem dados; 37.0 (4.1);            wave 2 = Sem dados; 36.8 (4.0);            wave 3 = Sem dados; 36.9 (4.6);            wave 4 = Sem dados; 36.6 (3.7)</p>
Garcia-Peña, C. et.al	2013	México	Foram feitas 7 perguntas dicotômicas	<p>Stage 1 = Sem dados; 4.4 (95% CI 4.25–4.64)            Stage 2 = Sem dados; 4.56 (95% CI 4.4–4.73)            Stage 3 = Sem dados; 4.82 (95% CI 4.55–5.1)</p>

**Tabela 4: Escalas de mensuração da variável depressão.**

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Escalas de Depressão</b>	<b>Escore Alcance ou 95%CI; média (DP)</b>
Abu-Bader, S.H. et.al	2011	EUA	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	0-52; 18.1 (10.6)
Auslander, G.K.	2012	Israel	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	0-59; 23.2 (13.4)
Beekman, A.T.F. et.al	2001	Holanda	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	<i>Baseline:</i> 0-54; 7.49 (7.48) <i>Follow up:</i> 0-53 7.97 (7.84)
Black, S.A. et.al	1998	EUA	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	Sem dados; 10.5 (95% CI 0.1,11.0)
Bogat, G.A.; Jason, L.A.	1983	EUA	The Depression Adjective Check List	Sem dados
Bookwala, J.; Schulz, R.	1998	EUA	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	Sem dados; 5.85 (5.19)
Brunce, D. et.al.	2014	Australia	Goldberg Depression Scale (9 sintomas - Sim / Não respostas)	0-9 Sintomas; Baixa depressão = < 2 Sintomas Elevada depressão = ≥2 Sintomas
Buschmann, M.B.T. et.al	1999	EUA	Geriatric Depression Scale (GDS) - Sim / Não respostas	Grupo controle pre-teste / Pós-teste = 0-30; 13.00 (4.28) / 0-30; 13.47 (5.74); Verbal group Pre / Pos = 0-30; 13.28 (4.57) / 0-30; 13.24 (5.21); Grupo toque Pre / Post = 0-30; 15.70 (3.32) / 0-30; 14.38 (4.89); Verbal + Toque Pre / Post = 0-30; 14.83 (4.93); 0-30 = 12.44 (5.21).
Buschmann, M.B.T.; Hollinger, L.M.	1994	EUA	Geriatric Depression Scale (GDS)	0-30; sem dados
Chou, K.L.; Chi. I	2001	China	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale (Radloff, 1977)	0-60; sem dados
Cohen-Mansfield, J.	1990	Israel	Beck depression inventory (BDI)	38% Manifestou nenhuma ou depressão mínima (scores 0-4); 21.1% Níveis leves de depressão (scores 5-7); 35.8% Níveis moderados de depressão (scores 8-15); E apenas 5,1% da amostra manifestou depressão grave (escores de 16 e mais).

Tabela 4: Escalas de mensuração da variável depressão (Continuação).

Autor	Ano	País	Escalas de Depressão	Escores Alcance ou 95% CI; média (DP)
De las Cuevas, C. et al.	2014	Espanha	Beck depression inventory (BDI)	<i>Adherent</i> = 0-63; 18.23 (11.09); <i>Non Adherent</i> = 0-63;19.15(10.39)
Ferreira, V.M; Sherman, A.M	2006	EUA	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	0-56; 33.38 (9.34)
Gariti,K.O. et.al	2009	EUA	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	Sim (N(%)) = 264 (75) Não (N(%)) = 86 (25)
Gold, D.T. et.al	1991	EUA	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	Sem dados
Gray-Stanley et al.	2010	EUA	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	M= 8.67 DP= 4.99
Halama, P.	2003	Eslováquia	Spielberger's State-Trait Personality Inventory (STPI)	NAO FORNECE
Hanes, C.R.; Wild, B.S.	1977	EUA	Self-rating Depression Scale (SDS)	Depressão n = 23 Sem depressão n = 25
Anderson-Hanley, C.A. et.al	2003	EUA	Geriatric Depression Scale (GDS)	Grupo controle baixa função cognitiva Pre-teste / Pos-teste= 0-15; 5.56 (4.56) / 0-15; 4.67 (4.44); Grupo Controle de alta função cognitiva Pre-teste / Pos-test = 0-15; 5.63 (3.93) / 0-15; 5.50 (3.66); Grupo de Intervenção função cognitiva baixa Pre / Pos = 0-15; 3.67 (1.15) / 0-15; 3.67 (1.53); Função cognitiva do grupo de intervenção Pre / Pos = 0-15; 8.00 (4.20) / 0-15; 7.57 (4.31). Sem dados; 3.8 (3.1)
Harris, T. et.al	2003	Reino Unido	Geriatric Depression Scale (GDS-15)	
Harris, T. et.al	2005	Reino Unido	Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Início da depressão (GDS-15 score $\leq 5$ na linha de base, $>5$ at follow-up) $n = 945$ ; Persistência da depressão (GDS-15 score $>5$ na linha de base e no <i>follow-up</i> ) $n = 219$
Hawkins, W.E. et.al	1988	EUA	Self-Evaluation of Life Function (SELF) Scale	Sem dados
Hogenius, S. et.al	1992	EUA	Self-rating Depression Scale (SDS)	Sem dados; 0.48 (0.12)
Hunter, K.I. et.al	1981	EUA	Hopkin's Symptom Checklist	Alta auto-estima = Sem dados; 13.0 (2.32); Baixa auto-estima = Sem dados; 16.83 (5.22)

Tabela 4: Escalas de mensuração da variável depressão (Continuação).

Autor	Ano	País	Escalas de Depressão	Escores Alcance ou 95% CI; média (DP)
Hyer, L. e.al	1982	EUA	Depression Self -Rating; Nursing Home Depression Checklist; Hamilton Depression Scale	<i>Depression Self –Rating</i> = Sem dados; 2.1 (Sem dados); <i>Nursing Home Depression Checklist</i> = Sem dados; 1.7 (Sem dados); Hamilton Depression Scale = Sem dados; 7.4 (sem dados)
Johansson, B. et.al	2001	Suécia	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	Sem dados; 28.9 (8.2)
Kellogg, F.R. et.al	1992	EUA	Zung Depression Scale	Pre: +/-2.22; 52.66 (Sem dados); Pos: +/-1.93; 48.67 (Sem dados).
Kleftaras, G.	1997	França	Questionnaire of Self-Evaluated Depressive Symptomatology	Sem dados
Kleinberg, A. et.al	2013	Estônia	Mini- International Neuropsychiatric Interview (MINI)	Sem dados
Koplas, P.A. et.al	1999	EUA	Beck depression inventory (BDI)	0-29; 9.7 (6.1)
Krause, N.	1988	EUA	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	Sem dados
Mc Naughton, M.E. et.al	1995	EUA	Hamilton Rating Scale	Cuidadores = +/-6.10; 8.40 (Sem dados); Controle = +/-4.40; 4.22 (Sem dados)
Miller, B. et.al	1995	EUA	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	Sem dados; 12.7 (SD = 9.9)
Molinari, V.; Niederehe, G.	1984	EUA	Beck Depression; Hamilton Depression; POMS Depression	Amostra idosa Beck I = Sem dados; 2.6(2.1); P = Sem dados; 6.4(6.1) C = Sem dados; 4.1(3.9). Hamilton I = Sem dados; 4.9 (6.3); P = Sem dados; 10.2 (8.9); C = Sem dados; 6.2 (5.4). POMS I = Sem dados; 2.6 (3.6) P = Sem dados; 6.8 (5.4); C = Sem dados; 5.6 (4.8).

Tabela 4: Escalas de mensuração da variável depressão (Continuação).

Autor	Ano	País	Escalas de Depressão	Escores Alcance ou 95% CI; média (DP)
Nemeroff, R.; Midlarsky, E.	2000	EUA	Brief Symptom Inventory (BSI)	Sem dados; 2.59 (0.70)
Omodeo, O. et.al	2013	Italia	Anxiety and Depression Short Scale	Sem dados; 5.41 (2.79)
Pouwer, A. et.al	2003	Países Baixos	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	Sem doença crônica = Sem dados; 6.0 (+/-6.8); Diabetes apenas = Sem dados; 6.9 (+/-7.7) Diabetes + comorbidade = Sem dados; 8.0 (+/-7.1)
Reker, G.T.	1997	Canadá	Zung Self-Rating Depression Scale	Comunidade = Sem dados; 32.2 (8.1); Instituição = Sem dados; 38.3 (9.4)
Rosendahl, E.H.; Kirschenbaum, D.S.	1994	EUA	Geriatric Depression Rating Scale	Sem dados; 6.23 (5.40)
Ryff, C.D. et. Al	1989	EUA	Zung Self-Rating Depression Scale	Mulher / idosa = Sem dados; 38.21 (7.50) Homem / idoso = Sem dados; 36.29 (6.77)
Schonfeld, L. et.al	1985	EUA	Beck depression inventory (BDI)	Grupo 1 = Sem dados; 14.6 (Sem dados) Grupo 2 = Sem dados; 6.4 (Sem dados)
Berg, A. I. et. al.	2009	EUA	Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale	wave 1 = Sem dados; 28.6 (8.5); wave 2 = Sem dados; 25.4 (7.5); wave 3 = Sem dados; 25.6 (6.5); wave 4 = Sem dados; 24.7 (6.1)
Garcia-Peña, C. et.al	2013	Mexico	Geriatric Depression Scale (GDS)	Stage 1 = Sem dados; 7.72 (95% CI 7.27–8.18) Stage 2 = Sem dados; 8.77 (95% CI 8.17–9.37) Stage 3 = Sem dados; 8.78 (95% CI 8.15–9.42)