

PUCRS

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

MARTA NOVELO

**RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E DEPRESSÃO EM IDOSOS CADASTRADOS  
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Porto Alegre  
2017

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

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

MARTA NOVELO

**RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E DEPRESSÃO EM IDOSOS  
CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Porto Alegre

2017

MARTA NOVELO

**RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E DEPRESSÃO EM IDOSOS  
CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon

Porto Alegre

2017

## Ficha Catalográfica

N939r Novelo, Marta

Relação entre Traumas na Infância e Depressão em Idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família / Marta Novelo .  
– 2017.  
81 f.  
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon.

1. Maus-tratos infantis. 2. Depressão. 3. Idosos. I. Argimon, Irani Iracema de Lima.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARTA NOVELO

**RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E DEPRESSÃO EM IDOSOS  
CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Carla Helena Augustin Schwanke – PUCRS

---

Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray – PUCRS

Porto Alegre

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Às pessoas que estão sempre ao meu lado, meu futuro esposo e minha querida irmã, que me proporcionam alegria de tê-los comigo diariamente.

À minha mãe e ao meu irmão, que mesmo longe estão sempre pertos.

Aos colegas e amigos Adriana, Aline, Fernanda, Flávia, Verônica, Neusa, Susy e Gabriel, com quem pude dividir as angústias e as alegrias.

Aos meus orientadores, professora Irani e professor Eduardo, que mesmo diante dos contratempos sempre estiveram disponíveis ao que fosse necessário para a concretização deste trabalho.

Aos idealizadores do projeto guarda-chuva EMI-SUS, em especial ao prof. dr. Irenio, que incansavelmente forneceram todo o apoio e suporte para que este trabalho pudesse seguir adiante.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, que foram cruciais na aquisição dos conhecimentos necessários para a chegada a este ponto final.

Ao professor visitante Armin von Gunten, por, praticamente, atravessar o Atlântico e nos emprestar seus conhecimentos.

Em especial às colegas e amigas Paula e Anelise, incansavelmente disponíveis.

Por fim, à Capes pela bolsa concedida.

## RESUMO

**Introdução:** examinar os fatores que estão associados à manifestação da depressão ampara-se no fato de ela ser uma doença de alta prevalência em idosos. Além disso, a exposição às situações adversas, principalmente no período da infância, parece ter importante influência na manifestação da depressão. **Objetivo:** estudo transversal que visa examinar a relação entre maus-tratos na infância com depressão em idosos, a partir do banco de dados originado pelo Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos cadastrados na estratégia de saúde de Porto Alegre (EMI-SUS). **Método:** a amostra é aleatória e composta por 449 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre e que vivem em baixa condição socioeconômica. Foi estimada a prevalência de situações adversas sofridas na infância, reportada por idosos e medida através do Questionário de Traumas Infantis (CTQ), com o intuito de examinar associações com fatores sociodemográficos e depressão geriátrica atual, obtida através da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (GDS-15). **Resultados:** a amostra foi prevalentemente feminina (64,1%), com idade entre 65 e 75 anos (46,1%), de brancos/caucasianos (67,2%). A maioria detinha nível de educação formal muito baixa, de 4 anos ou menos (35,4%), com uma parcela significativa de analfabetos (25,8%). Quanto à renda, 57,7% da amostra recebia valor menor do que 1(um) salário mínimo ou não tinha nenhuma renda (8%). A depressão foi mais prevalente em idades mais avançadas (31,6%), negros (33,9%), analfabetos (39,7%), sem renda (44,1%) e divorciados (33,2%). Em relação às experiências de maus-tratos, muitos sujeitos relataram ter sofrido algum tipo abuso ou negligência durante a infância (35,7%). Observaram-se frequências mais altas nos relatos de Negligência Emocional (47,3%) e Abuso Emocional (43,5%). Os subtipos de maus-tratos apresentaram *odds ratio* e IC 95%: Negligência Emocional [2.822 (1.698-4.692)], Abuso Emocional [2.252 (1.351-3.754)], Negligência Física [1.912 (1.179-3.103)], Abuso Físico [1.754 (1.076-2.861)], sendo que todos foram associados independentemente com a depressão geriátrica atual. A depressão grave foi associada de forma significativa com Abuso Emocional [4.193 (1.752-10.036)], Negligência Emocional [3.543 (1.489-8.429)] e Abuso Físico [3.014 (1.245-7.296)]. Na sobreposição de maus-tratos, no modelo ajustado, uma razão de chance crescente de depressão geriátrica atual foi encontrada, em que foram associadas de forma significativa para dois [3.298 (1.600-6.796)], três 3.108 (1.359-7.111), quatro [3.813 (1.643-8.933)] e cinco [4.394 (1.300-14.853)] experiências de maus-tratos. Uma relação crescente entre sobreposição de maus-tratos e depressão foi observada nos grupos com depressão grave, sendo significativos os resultados da sobreposição de três [4.570 (1.286-16.235)] e de quatro [5.666 (1.602-20.034)] tipos de experiências de maus-tratos **Conclusões:** os principais achados mostram que indivíduos que apresentaram depressão geriátrica atual relataram ter sofrido mais abuso e/ou negligência física e emocional. Ademais, há indícios que abuso e negligência emocional em conjunto com a sobreposição de experiência de maus-tratos têm contribuído para a severidade da depressão. Ressalta-se que esses elementos foram encontrados dentro de um contexto relevante, de uma população homogênea, multiétnica, de baixa renda e de baixa escolaridade.

**Palavras-chave:** Maus-tratos. Depressão. Idosos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression is a highly prevalent disease in the elderly, warranting further investigation of the factors associated with its occurrence. In addition, exposure to adverse conditions, especially in childhood, would appear to have an important influence on the manifestation of this disease. **Objective:** A cross-sectional study aimed to examine the relationship between maltreatment in childhood with depression in the elderly, based on data originating from the research, Epidemiological and Clinical Study of the Elderly, enrolled in the health strategy of Porto Alegre (EMI-SUS). **Methods:** A random sample comprised of 449 elderly participants, living in low socioeconomic conditions, and enrolled in the Family Health Strategy (FHS) program in the city of Porto Alegre. The prevalence of adverse childhood experiences was estimated, as reported by the elderly and measured using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), with the aim of examining associations with sociodemographic factors and current geriatric depression, obtained from the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15). **Results:** The sample was predominantly white/Caucasian (67.2%), female (64.1%), and aged 65-75 years (46.1%). The majority had a personal income of less than one minimum salary (57.7%) or had no income (8%), and had a very low formal education level of 4 years or less (35.4%), with a significant number being illiterate (25.8%). Depression was more prevalent in the elderly of a more advanced age (31.6%), divorced (33.2%), black (33.9%), illiterate (39.7%), and with no income (44.1%). Many participants reported experiences of maltreatment during childhood, having suffered some form of abuse or neglect (35.7%). Higher frequencies of emotional neglect (47.3%) and emotional abuse (43.5%) were observed in the reports. The odds ratios with 95% confidence intervals for the maltreatment subtypes were: Emotional Neglect [2.822 (1.698-4.692)], Emotional Abuse [2.252 (1.351-3.754)], Physical Neglect [1.912 (1.179-3.103)], and Physical Abuse [1.754 (1.076-2.861)], all of which were independently associated with current geriatric depression. Severe depression was significantly associated with Emotional Abuse [4.193 (1.752-10.036)], Emotional Neglect [3.543 (1.489-8.429)], and Physical Abuse [3.014 (1.245-7.296)]. In the adjusted model considering the overlapping of maltreatment, a rising odds ratio was found for current geriatric depression in which it was significantly associated with two [3.298 (1.600-6.796)], three 3.108 (1.359-7.111), four [3.813 (1.643-8.933)] and five [4.394 (1.300-14.853)] types of maltreatment experience. **Conclusion:** The main findings revealed that individuals presenting current geriatric depression more frequently reported having suffered physical and emotional abuse and/or neglect. Moreover, there is evidence that emotional abuse and neglect, coupled with an overlapping experience of maltreatment, contributed to the severity of depression. It is important to note that these elements were found within the context of a low-income, low-education level, homogeneous and multiethnic population.

**Keywords:** Child Maltreatment. Depression. Elderly.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
2.1 ENVELHECIMENTO.....	10
2.2 O TRAUMA PSICOLÓGICO.....	12
2.3 DEPRESSÃO GERIÁTRICA .....	14
2.4 EXPOSIÇÃO A TRAUMAS NA INFÂNCIA E SEUS EFEITOS NEGATIVOS.....	15
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>18</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
4.1 GERAL .....	20
4.2 ESPECÍFICOS.....	20
<b>5 MÉTODO .....</b>	<b>21</b>
5.1 DELINEAMENTO .....	21
5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	21
<b>5.2.1 Amostra.....</b>	<b>21</b>
<b>5.2.2 Critérios de seleção .....</b>	<b>22</b>
5.3 COLETA DOS DADOS .....	22
5.4 INSTRUMENTOS.....	23
<b>5.4.1 Rotina de coleta .....</b>	<b>23</b>
<b>5.4.2 Descrição dos métodos de mensuração .....</b>	<b>23</b>
5.5 VARIÁVEIS .....	25
<b>5.5.1 Dependentes .....</b>	<b>25</b>
<b>5.5.2 Independentes .....</b>	<b>25</b>
5.6 POTENCIAIS FATORES DE CONFUSÃO .....	25
5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	26
5.8 HIPÓTESE.....	26
<b>5.8.1 Alternativa .....</b>	<b>26</b>
<b>5.8.2 Abordagem analítica.....</b>	<b>27</b>
5.9 POTENCIAIS VIESES DO ESTUDO .....	27
5.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	28
<b>5.10.1 Encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>28</b>
<b>5.10.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>29</b>
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>

<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE A – Questionário de Avaliação Global do Idoso (QAGI).....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO A – CTQ .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO B – GDS-15 (Escala de Depressão Geriátrica) .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO E – SIPESQ.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO F – Submissão do Artigo para o periódico <i>Journal of Affective Disorders</i>.....</b>	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre o ano de 2015 e 2050, a população de indivíduos de 60 anos ou mais irá passar de 12% para 22% (WHO, 2016). Com o envelhecimento acelerado da população e aumento da expectativa de vida, espera-se o acréscimo do contingente de indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos pertencentes a essa faixa etária. Dentre as patologias frequentes do idoso, destaca-se a depressão, compreendida modernamente como uma patologia crônica (BEEKMAN *et al.*, 2002; BLAZER, 2003; BLAZER; STEFFENS; KONIG, 2009).

Atualmente, a depressão é considerada um importante problema de saúde pública no mundo devido à sua alta prevalência, destacando-se como uma das principais causas de incapacidade no mundo (ALEXOPOULOS, 2005; WHO, 2012). A depressão geriátrica é, mundialmente, motivo de preocupação, uma vez que contribui significativamente para a piora de doenças clínicas, da qualidade de vida, assim como para o aumento da incapacidade e risco de morte (BARRY *et al.*, 2009; BARRY; MURPHY; GILL, 2011; PENNINX *et al.*, 1999).

Estudos de base populacional que procuram examinar melhor os fatores relacionados à depressão no período final do ciclo vital estão se tornando mais frequentes. A maioria dessas pesquisas obtém as estimativas de depressão por meio de escalas que medem sintomas depressivos clinicamente significantes (BLAZER, 2003; KESSLER *et al.*, 2010). Muitos desses estudos avaliaram a associação dos traumas precoces com sintomas depressivos, de ansiedade ou transtornos de personalidade em adultos jovens (CHAPMAN *et al.*, 2004; HOROWITZ, 2004). A exposição a traumas, principalmente no período da infância, parece ter importante influência negativa na saúde mental. A literatura que examinou fatores estressores e traumas infantis com pior saúde mental em idosos é ainda limitada (KUHLMAN *et al.*, 2013; OGLE; RUBIN; SIEGLER, 2014; RAPOSO *et al.*, 2014).

Barcelos-Ferreira *et al.* (2010) afirmam que, em nosso meio, os poucos estudos populacionais existentes sobre transtornos de humor em amostras aleatórias de idosos não foram capazes de aprofundar relações de associação da depressão no idoso, além de fatores já consagrados como sociodemográficos e dados de saúde geral. Não foram encontrados estudos de metodologia robusta que examinaram fatores relacionados a traumas infantis com transtornos de humor nessa faixa etária. Assim, a partir de uma amostra aleatória de 449 idosos cadastrados no

programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Porto Alegre, este estudo objetiva examinar associações entre maus-tratos infantis e depressão em idosos.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A área da saúde mental, entre suas responsabilidades, ocupa-se da pesquisa da frequência e da morbidade dos transtornos psiquiátricos, em especial daqueles que causam maior impacto na saúde pública, como é o caso dos transtornos de humor. Estes correspondem à principal causa de sofrimento e redução da capacidade (BLAZER, 2003) e figuram atualmente como uma das principais causas de incapacidade no mundo (ALEXOPOULOS, 2005; WHO, 2011).

Vários autores identificam a necessidade de realizar pesquisas em diferentes populações (GARCÍA-PEÑA *et al.*, 2013; WILSON *et al.*, 2006). Entretanto, há uma importante escassez de estudos que se concentram na associação de traumas na infância e desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em idosos. A maioria dos estudos não abarca uma extensa escala de preditores potenciais para diversos transtornos psiquiátricos (MACKENZIE *et al.*, 2013).

Segundo Raposo *et al.* (2014), os efeitos negativos da adversidade na infância não se tornam relativamente mais fracos na vida adulta. Assim, as experiências adversas continuam a exercer grande influência sobre o desenvolvimento de patologias (KUHLMAN *et al.*, 2013) e afetam adversamente componentes críticos da adaptação psicossocial na velhice (WILSON *et al.*, 2006).

De acordo com Raposo *et al.* (2014), uma maior atenção na ocorrência das adversidades na infância contribuiria na identificação de indivíduos com potencial desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, podendo ainda identificar subgrupos de idosos com transtornos de humor, com diferentes respostas ao tratamento e com diferentes prognósticos. O tratamento dos indivíduos expostos a essas adversidades tem significativo efeito, diminuindo a relação entre as adversidades na infância e o desenvolvimento de transtornos mentais. Subsidiária, dessa forma, intervenções mais efetivas com vistas a reduzir o número de vítimas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do idoso.

### 2.1 ENVELHECIMENTO

Papalia e Feldman (2013) referem que não há nenhum momento objetivamente definível em que uma criança se torna adulta ou um adulto torna-se velho. No entanto, todo o ciclo vital é marcado por etapas. No desenvolvimento humano, certas necessidades básicas precisam ser

satisfeitas, e certas tarefas precisam ser dominadas, para que ocorra uma evolução gradual e sem intercorrências, mesmo que existam diferenças individuais de como as pessoas lidam com eventos e questões características de cada período. O envelhecimento é uma etapa do processo de desenvolvimento humano com vários fatores associados (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009) e pode resultar em múltiplos prejuízos com conseqüente deterioração da saúde mental do idoso (MAIA; DURANTE; RAMOS, 2004).

O estudo do envelhecimento humano consiste na visão de que o ritmo e os momentos desse processo, a que todas as pessoas estão submetidas, variam. É imprescindível examinar como essas influências afetam as pessoas em determinada idade ou em determinado momento histórico, assim como aquelas influências que afetam apenas certos indivíduos (PAPALIA; FELDMAN, 2013). O reflexo da necessidade de aprofundar o conhecimento da última etapa do ciclo vital é decorrente de uma projeção que indica um claro processo de envelhecimento da população mundial. Esse fenômeno fez com que a sociedade passasse a valorizar, principalmente nos últimos anos, pesquisas e intervenções realizadas com essa população (SILVA, 2010).

O Brasil encara um fenômeno parecido com os demais países em desenvolvimento: o crescente número do contingente de idosos. Com o aumento da expectativa de vida, que em 1980 era de 62,5 anos e no ano de 2014 passou para 75,4 anos, e a baixa taxa de natalidade, houve um claro processo de transição demográfica. Em apenas algumas décadas, os idosos serão a grande maioria, com necessidades altamente diferenciadas em relação à situação de décadas anteriores (SIMÕES, 2016). Apesar de essa visível alteração proporcionar uma maior longevidade aos idosos, também trouxe um aumento de anos de incapacidade durante a vida causados pela depressão (KASSEBAUM *et al.*, 2016), o que reforça a necessidade de maiores estudos que busquem examinar mais profundamente os fatores relacionados a essa doença no período final do ciclo vital.

A constante modificação da composição etária da população é vista graças a um maior desenvolvimento de recursos e habilidades das sociedades humanas, com o progresso da medicina e a crescente redução das taxas de natalidade. Não é só o aumento da população idosa em si que é o foco imprescindível de maiores estudos, visto que essa nova camada da população detém características e necessidades específicas (EIZIRIK; CANDIAGO; KNIJINIK, 2001).

Na ótica de Neri (2013), a velhice é uma fase em que se vê a ocorrência das mudanças normativas e idiossincráticas. Enquanto a primeira se encarrega de descrever as mudanças

ocorridas e que são acompanhadas conjuntamente pelo grupo de idade, gênero e condição social, a segunda ocorre, e geralmente é experienciada, de forma solitária ou com eventos únicos. Essas mudanças propõem grandes desafios de resiliência psicológica aos idosos. Os eventos incontrolláveis têm papel determinante nas trajetórias de envelhecimento e de adaptação dos idosos: ou por que esses esforços competem com outras demandas ou por que os idosos não têm recursos necessários para enfrentá-los de imediato.

Para muitas pessoas idosas, a velhice é o efeito cumulativo de repetidas perdas, o qual impede a elaboração do luto e sua resolução. Ao contrário das etapas evolutivas anteriores, cujas perdas centram-se em objetos externos, na velhice elas tendem a centrar-se no próprio indivíduo (EIZIRIK; CANDIAGO; KNIJINIK, 2001). A experiência de declínio diminui o horizonte temporal e dá a certeza de que a morte está próxima, gerando ou agravando estados de ansiedade, depressão e ainda podendo afetar os relacionamentos familiares e sociais (NERI, 2013). É uma condição humana na qual os indivíduos adquirem uma vulnerabilidade maior para as doenças e para a morte. Há um declínio exponencial na capacidade de adaptação do estresse. A inadequação funcional progressiva depende do indivíduo no sentido de sua extensão e velocidade (MATTOS; PAIXÃO JUNIOR, 2010).

## 2.2 O TRAUMA PSICOLÓGICO

É comum relacionar o início da psicanálise à descoberta da etiologia da neurose. Para Freud (2010), ela se precipita no momento em que as experiências traumáticas agredem o princípio da constância e irrompem o escudo defensivo pelo excesso de excitações, pondo em risco a estruturação do aparelho psíquico. A reação imediata ao trauma é uma comoção que é descrita como sendo uma agonia psíquica e física, que acarreta uma dor incompreensível e insuportável ao indivíduo (FERENCZI, 1992).

De acordo com Laplanche e Pontails (2001, p. 522), o trauma é o “[...] acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica”.

A noção de trauma fundamenta-se nas relações de dependência entre o indivíduo e o bebê. Quando essa experiência é frustrante, na medida em que o ambiente falha na adaptação do bebê,

há uma quebra ou interrupção na continuidade da vida. Nesse sentido, Bowlby (2002), no ano de 1907, já relacionava causas da doença mental com as privações precoces, aquelas ocorridas na infância, sugerindo que a qualidade dos cuidados parentais é fundamental para a saúde mental satisfatória e futura do indivíduo. O psiquismo seria estruturado por um componente filogenético, modelado pela primitiva relação do bebê com seus pais e pelas condições de vida nos primeiros anos de nascimento. A neurose se desenvolveria diante do componente qualitativo dessa bagagem hereditária, juntamente com suas experiências infantis e com um fator traumático precipitante (FREUD, 2010).

Em 1999, um relatório da OMS sobre prevenção do abuso infantil definiu:

O abuso de crianças ou maus-tratos constitui todas as formas de maus-tratos físicos e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente ou comercial ou outra exploração, resultando em real ou potencial danos à saúde, à sobrevivência da criança, ao desenvolvimento ou dignidade [...] (WHO, 1999, p. 15, tradução nossa).

Os maus-tratos infantis continuam a ser um problema importante de saúde pública e de bem-estar social, mesmo em países de alta renda. Todo os anos, cerca de 4% a 16% das crianças são fisicamente abusadas, e uma em cada dez é negligenciada ou psicologicamente abusada (GILBERT *et al.*, 2009). No entanto, as taxas oficiais de maus-tratos infantis são dificilmente comprovadas, uma vez que a definição de abuso infantil difere substancialmente entre culturas (ISPCAN, 2008).

A Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (Sipani) comparou as definições de abuso em 58 países e descobriu algo em comum no que foi considerado abusivo. A partir disso, considera-se abuso infantil quatro tipos de maus-tratos: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e negligência. Diante disso, exploram-se a prevalência, as causas e consequências desses tipos de maus-tratos, tais como: atos físicos causados que resultam em reais danos físicos ou têm potencial para provocá-los; atos que usam uma criança para a gratificação sexual; falha de um cuidador para fornecer um ambiente adequado e acolhedor, que inclui atos que tenham um efeito adverso sobre a saúde emocional de uma criança, como restringir os movimentos de uma criança, denegrir, ridicularizar, ameaçar e/ou intimidar, discriminar, rejeitar e outros comportamentos hostis; e falha de um dos pais em fornecer o desenvolvimento adequado da criança em uma ou mais das seguintes áreas:



educacional, emocional, nutricional, saúde, além de condições de segurança e abrigo (BROSS *et al.*, 2000).

Todas as formas de maus-tratos em crianças devem ser consideradas como um importante fator para a piora de saúde, com um impacto considerável sobre as principais causas para a carga de doenças em todas as partes do mundo (DRAPER *et al.*, 2008).

### 2.3 DEPRESSÃO GERIÁTRICA

A depressão é a terceira causa principal de anos vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability* – YLDs) para todas as idades e permanece entre as dez maiores cargas globais de doenças desde a juventude até a última etapa da vida. Na América Latina, incluindo o Brasil, a depressão figura como a segunda causa de YLDs (KASSEBAUM *et al.*, 2016). Apesar da decrescente incidência de doenças crônicas (por exemplo, distúrbios relacionados com músculo esquelético, diabetes, demência e doenças cardiovasculares), a depressão permanece como um dos principais problemas de saúde nos idosos. Alguns aspectos parecem estar associados à manifestação da depressão, como indivíduos que vivem com adversidades psicossociais, história prévia de depressão, eventos estressantes e baixa condição socioeconômica. Além disso, em grupos etários mais avançados, indica que a morbidade e fragilidade são os fatores preponderantes na etiologia da doença (LUPPA *et al.*, 2012).

Uma das maneiras mais importantes de avaliar a depressão geriátrica é através da versão resumida da Escala de Depressão Geriátrica, com 15 itens (GDS-15). Essa importante ferramenta foi construída especificamente para idosos, evitando questões relativas a queixas somáticas, síndromes prevalentemente geriátricas, condições médicas comórbidas e outras características relacionadas à idade e que são potencialmente confundidoras (GLOVER; SRINIVASAN, 2013; LANDI *et al.*, 2016). O GDS-15 foi traduzido e validado para a população brasileira, demonstrando uma boa performance e acurácia (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; CASTELO *et al.*, 2010). Também foi validado em diversas outras línguas, comparando-o com o padrão ouro de diagnóstico (CID-10, DSM-IV, DSM 5)<sup>1</sup> (NYUNT *et al.*, 2009; REULAND *et al.*, 2009). No cenário da atenção primária, o GDS-15 é a versão recomendada para diagnóstico da depressão tardia em detrimento do GDS-30, não só por economia de tempo, mas também porque a versão

---

<sup>1</sup> CID – Classificação Internacional de Doenças; DSM – Diagnostic and Statistical Manual.

reduzida apresentou desempenho superior nesse cenário, ajudando na detecção de depressão geriátrica realizada pelo médico (MITCHELL *et al.*, 2010). Os escores do GDS-15 parecem refletir um traço relativamente estável, e não um efeito depressivo transitório (GANA *et al.*, 2016), quando comparado a outras ferramentas reconhecidas e usualmente bastante utilizadas na população em geral (DAVEY *et al.*, 2004).

A depressão geriátrica é muitas vezes subdiagnosticada e, conseqüentemente, não tratada. A relação confusa entre a fenomenologia atípica da depressão no idoso e a comorbidade influencia tanto o diagnóstico quanto o tratamento. Um obstáculo adicional na abordagem adequada da depressão geriátrica, nos países de baixa e média rendas, são as limitações dos sistemas de saúde e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Se os serviços adequados estão disponíveis, a avaliação da depressão geriátrica (diagnóstico ou sintomas) na população de baixa alfabetização cai em praticamente todos os tipos de abordagem. Existe a preocupação de que a utilização de ferramentas desenvolvidas em populações de países de alta renda irá perder acurácia quando utilizada em latino-americanos, visto que aspectos somáticos podem ficar em evidência nas perguntas que exigem maior conhecimento semântico, principalmente sobre experiências subjetivas ou que exigem aspectos emocionais mais complexos (ALI; RYAN; DE SILVA, 2016).

Diante de uma deficiência do modelo categórico de diagnóstico pelo DSM-IV do Transtorno Depressivo Maior, surgiu um estudo que, a partir de uma análise representativa da população norte-americana, amparou uma redefinição do conceito. A “falta de interesse para todas ou a maioria das coisas”, juntamente com mais quatro de um conjunto de outros sintomas (ganho ou perda de peso, insônia, atraso psicomotor, fadiga ou sentimentos de inutilidade, capacidade diminuída de pensar/concentração e ideação ou tentativa de suicídio), pareceu caracterizar com maior precisão a Depressão Maior (ROSENSTRÖM; JOKELA, 2017).

#### 2.4 EXPOSIÇÃO A TRAUMAS NA INFÂNCIA E SEUS EFEITOS NEGATIVOS

Diversos estudos sugerem uma relação causal entre maus-tratos infantis e uma gama de transtornos mentais (DRAPER *et al.*, 2008). Os efeitos da adversidade na infância não se tornam significativamente mais fracos na vida adulta (RAPOSO *et al.*, 2014) e impactam negativamente

a trajetória de desenvolvimento dos indivíduos (BALTES, 1995; OGLE; RUBIN; SIEGLER, 2014).

Um estudo encontrou uma forte relação entre o número de exposições às adversidades na infância e de fatores de risco, não só para piora em saúde, mas também como uma das principais causas de morte em adultos. Pessoas que tiveram quatro ou mais eventos de adversidade na infância apresentaram um risco aumentado de *odds ratio* (OR) 4.6 (95% IC: 3.8–5.6) ao serem diagnosticadas com depressão passada, aumentando esse risco em 12 vezes naqueles que tiveram uma tentativa de suicídio prévio (FELITTI *et al.*, 1998).

Uma importante pesquisa que reuniu diversos achados em uma metanálise encontrou associações entre depressão e as seguintes adversidades: abusos físicos (OR = 1,54; IC 95%: 1,16-2,04), abuso emocional (OR = 3,06; IC95% 2,43-3,85) e negligência (OR = 2,11; IC 95%: 1,61-2,77), em comparação àqueles que não relataram adversidade. Ainda que existam evidências sugestivas dessa relação, os autores sugerem que mais pesquisas são necessárias para confirmá-la (NORMAN *et al.*, 2012).

Entretanto, poucos estudos examinaram os efeitos específicos de vários tipos de abuso/negligência na infância sobre a depressão. Uma outra metanálise estimou as associações entre depressão e diferentes tipos de maus-tratos na infância (antipatia, negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico) e revelou que o abuso psicológico e a negligência estavam mais fortemente associados ao resultado da depressão (INFURNA *et al.*, 2016). Embora esse estudo evidencie o impacto potencial dos tipos de maus-tratos na infância (além do abuso físico e sexual) no desenvolvimento da depressão, os efeitos de tipos específicos de maus-tratos na infância diferiram entre as amostras de adultos e adolescentes, além de que as restrições na seleção resultaram em um número pequeno de estudos e não incluíram uma amostra específica de idosos.

Idosos que experimentaram diversas formas de adversidade na infância, como abusos físico e sexual, negligências física e emocional, disfunções gerais no lar, violência doméstica na família, abuso de substâncias dos pais, doença mental parental ou suicídio/tentativa por qualquer um dos pais na infância, demonstram resultados muito pobres em saúde mental (RAPOSO *et al.*, 2014). Para Draper *et al.* (2008), os efeitos do abuso infantil parecem durar toda a vida. Uma amostra bastante representativa de idosos, de um estudo do tipo transversal, revelou que os

participantes que sofreram abuso sexual ou físico na infância tiveram maior risco de doença mental OR 2,4 (95% IC 1.97–2.94).

Há também evidências emergentes de que a negligência na infância pode ser tão prejudicial quanto os abusos físico e emocional (NORMAN *et al.*, 2012). Os maus-tratos infantis, especificamente abuso e negligência emocional, foram fortemente associados com sintomas de depressão geriátrica (INFURNA *et al.*, 2016; KUHLMAN *et al.*, 2013). Há o seguinte consenso entre a maioria dos pesquisadores: (1) as adversidades infantis têm um importante papel no desenvolvimento de doenças e em maior grau nos transtornos mentais; (2) pesquisas adicionais são necessárias para melhorar a compreensão dos caminhos que levam a resultados deletérios e formas de minimizar seus efeitos tardios.

### 3 JUSTIFICATIVA

Embora nesta literatura emergente estejam documentados os efeitos duradouros da adversidade na infância, a pesquisa sobre esse importante tópico tem sido limitada de várias maneiras:

- Há uma escassez de conhecimento sobre a prevalência de traumas na infância em idosos de países de baixa e média renda, particularmente em indivíduos em vulnerabilidade psicossocial, com muito baixa escolaridade e que residem em áreas de baixo índice de desenvolvimento humano.
- Achados inferenciais acerca das repercussões deletérias tardias de traumas infantis no humor em indivíduos com essas características não foram encontrados até o momento, embora a desvantagem econômica e a baixa escolaridade têm sido associadas a maiores índices de maus-tratos e depressão. No entanto, os níveis de renda e escolaridade considerados mais baixos, em estudos relacionando depressão a maus-tratos na infância, não são comparáveis ao perfil da população de idosos brasileiros, pois são mais elevados.
- Um dos pontos que podem explicar parte da carência na literatura é o fator da hipoescolaridade – em especial a baixíssima escolaridade e o analfabetismo –, visto que instrumentos diagnósticos e escalas de medidas amplamente aceitas foram elaborados em países desenvolvidos, endereçados a populações em que a privação intelectual e a baixa sofisticação emocional e subjetiva não eram uma barreira. A GDS-15 tem perguntas simples e de resposta dicotômica (sim ou não). O CTQ parece ter a vantagem sobre entrevistas (padronizadas ou não) de adversidades na infância e de outros instrumentos que investigam negligência e abuso infantil, pois se caracteriza por ter perguntas curtas, de forma direta e exemplifica as situações traumáticas, delimitando o conteúdo mais claramente para o respondente, diminuindo o fator subjetivo ou de compreensão individual acerca de trauma, negligência ou abuso.
- A idade avançada é outro ponto que também explica a carência de estudos, uma vez que a grande maioria das medidas em saúde mental, inclusive instrumentos que investigam padrão-ouro em diagnóstico, foi desenvolvida para adultos não idosos.

- Poucos estudos utilizaram a escala de depressão geriátrica para examinar a relação entre maus-tratos na infância, assim como a ação cumulativa de adversidades infantis com a depressão geriátrica. O presente estudo utilizou a escala de depressão geriátrica de 15 itens para aferir depressão de forma mais apropriada a essa faixa etária, priorizando as particularidades da depressão tardia e evitando a captura de estados depressivos passageiros ou a uma fenomenologia sindrômica de causa secundária.
- Da mesma forma, não foram encontrados estudos que objetivaram a investigação de maus-tratos na infância e o número de adversidades infantis em indivíduos em desvantagem socioeconômica, mesmo sabendo que uma parcela considerável de idosos vive sob essas condições.

Assim, o presente estudo visou dirimir parte das supracitadas lacunas.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 GERAL**

Estimar a associação entre maus-tratos infantis e depressão atual de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre-RS.

### **4.2 ESPECÍFICOS**

- Examinar a associação entre o relato de maus-tratos infantis com fatores sociodemográficos.
- Examinar se a sobreposição/número de maus-tratos sofridos na infância influencia as frequências de depressão geriátrica atual.
- Identificar se a intensidade da depressão varia entre os diferentes tipos de maus-tratos.
- Examinar se a intensidade da depressão geriátrica atual está relacionada ao número de maus-tratos sofridos na infância.

## **5 MÉTODO**

### **5.1 DELINEAMENTO**

O desenho do estudo é do tipo transversal.

### **5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO**

O estudo foi realizado no município de Porto Alegre-RS com a população de idosos cadastrados na ESF do Programa de Saúde da Família (PSF). A ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e efetiva participação popular. Em Porto Alegre, a ESF iniciou-se em 1996.

No período de desenho do estudo epidemiológico (2009-2010), a ESF contava com 97 equipes, o que representava uma cobertura de cerca de 290 mil moradores da cidade (aproximadamente 20% da população). Esses moradores estavam distribuídos entre as equipes do PSF subdivididos em 8 Gerências Distritais (GD), como descrito a seguir, com aproximadamente 22 mil idosos cadastrados.

#### **5.2.1 Amostra**

O estudo foi realizado a partir de um banco de dados produzido e originado do projeto de pesquisa “guarda-chuva”, intitulado “Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela ESF do município de Porto Alegre” (EMISUS). Esse projeto amplo teve em seu plano amostral um total de 1.080 idosos provenientes de 30 diferentes equipes da ESF, prevendo perdas por desatualização cadastral, desistências, entre outros. Para a seleção desses idosos, inicialmente foram sorteadas as equipes da ESF, de forma estratificada por gerência distrital. De cada gerência, foi selecionado um número de equipes correspondente a aproximadamente 30%. Dessa forma, foram sorteadas 4 equipes da GD Norte/Eixo Baltazar, 2 da GD Sul/Centro-Sul, 2 da GD Restinga/Extremo Sul, 6 da GD Glória/Cruzeiro/Cristal, 3 da GD Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, 4 da GD Partenon/Lomba do Pinheiro, 7 da GD



Leste/Nordeste e 2 da GD Centro. De cada equipe, foram sorteados 36 idosos (GOMES *et al.*, 2013).

O presente estudo trabalhou com uma amostra de 449 idosos que têm cadastro regularizado, que foram encontrados em seus domicílios e que consentiram e participaram das fases de rastreamento e de coletas especializadas no Hospital São Lucas da PUCRS.

## **5.2.2 Critérios de seleção**

### **5.2.2.1 Inclusão**

1. Ter idade igual ou superior a 60 anos.
2. Ser cadastrado na Estratégia Saúde da Família.
3. Residir na região de abrangência da unidade básica de saúde correspondente.
4. Registros com informações das fases de rastreamento e de coleta especializada.

### **5.2.2.2 Exclusão**

1. Não ter os dados completos das avaliações de depressão e questionário de traumas infantis.
2. Impossibilidade de responder coerentemente ao protocolo de pesquisa.
3. Desistência a qualquer momento da pesquisa.
4. Negar-se a participar das fases da coleta.

## **5.3 COLETA DOS DADOS**

Os dados deste estudo foram extraídos do banco gerado pelo protocolo amplo de pesquisa do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) denominado “Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre”.

## 5.4 INSTRUMENTOS

### 5.4.1 Rotina de coleta

Os dados foram coletados posteriormente a um período de treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) das unidades das ESFs participantes para administração de escalas de rastreamento.

A primeira fase da coleta foi realizada por esses profissionais, após a sua capacitação, para registro de dados sobre estilo de vida, aspectos sociodemográficos, econômicos, educacionais e culturais, clínicos, nutricionais e neuropsiquiátricos, através de entrevista estruturada pelos ACSs nas residências dos idosos selecionados. Foram utilizados questionário padronizado para este estudo e instrumentos de triagem de demência e de depressão geriátrica (APÊNDICE A).

Na segunda fase de coleta, todos os idosos passaram por uma avaliação posterior com a equipe multiprofissional do IGG (médicos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e/ou farmacêuticos), nas unidades básicas de saúde ou em outro local designado previamente pelas coordenadorias distritais.

Diante de todas as informações dos sujeitos e das variáveis armazenadas no banco computadorizado, as etapas seguintes foram:

1. Exame exploratório inicial das variáveis através da realização de consultas nos dados coletados para fins de monitorização.
2. Limpeza do banco de dados para arrumar dados incompatíveis e revisar arquivos e material de coleta divergente.
3. Ajustar ou categorizar as variáveis para um plano de análise preliminar.

### 5.4.2 Descrição dos métodos de mensuração

#### 5.4.2.1 Instrumentos

O Questionário de Traumas na Infância (CTQ) foi utilizado para a investigação de maus-tratos na infância (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006), que é a versão adaptada e

validada para a população brasileira do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (BERNSTEIN *et al.*, 1994). É um instrumento composto por 28 itens, bastante útil na investigação de história de abuso e negligência na infância em pesquisa. Tem o objetivo de investigar cinco componentes: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física, negligência emocional. Apresenta uma confiabilidade bastante estável, investigada através de teste-reteste (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006). Pode ser aplicado em sujeitos a partir dos 12 anos. São 25 assertivas apresentadas que descrevem uma situação de negligência na infância e outras três que fazem parte do controle de minimização/negação de respostas. É solicitado ao respondente que faça uma estimativa de frequência do que experienciou na descrição de cada item. Os itens são classificados em uma escala de frequência de 5 pontos (1 = nunca a 5 = sempre), e as pontuações são somadas para cada tipo de trauma, gerando escores que variam de 5 a 25. Escores mais altos são indicativos de maior gravidade do trauma. Pontos de corte podem ser utilizados para a categorização de intensidade de cada subtotal dos 5 traumas (leve, moderada e grave) (BERNSTEIN; FINK, 1998).

A consistência interna e a validade da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) foram analisadas por diversos estudos, todos indicando que a GDS-15 apresenta boa performance na detecção de casos de depressão em idosos. É um indicador relativamente estável do humor do entrevistado e pode ser utilizado clinicamente para a detecção de casos de depressão no idoso e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo.

A GDS-15 é a versão preferencialmente utilizada (YESAVAGE; SHEIKH, 1986). É composta por 15 perguntas de respostas dicotômicas (sim ou não), sendo que 1 ponto é computado para cada resposta positiva, gerando uma amplitude de escore de 0 a 15. As qualidades psicométricas do GDS-15 foram bem-estabelecidas e documentadas internacionalmente (MITCHELL *et al.*, 2010). Para priorizar precisão e um bom equilíbrio entre sensibilidade e especificidade, um ponto de corte de 6 foi usado para identificar a depressão geriátrica (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Pontos entre 6 e 10 foram utilizados para depressão leve a moderada, e o ponto 11 foi utilizado para diagnosticar depressão grave (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; NOGUEIRA *et al.*, 2014)

## 5.5 VARIÁVEIS

### 5.5.1 Dependentes

O alvo em estudo foi a ocorrência de traumas na infância. Para fins, foi considerado os seguintes eventos: abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional.

### 5.5.2 Independentes

As variáveis independentes foram a depressão e os seguintes dados sociodemográficos: idade, sexo, renda, escolaridade, estado civil e raça/etnia.

## 5.6 POTENCIAIS FATORES DE CONFUSÃO

Por se tratar de memórias recuperadas, aquelas que dizem respeito aos acontecimentos relativos ao início da vida, há possibilidade que se criem tendências ao erro na retomada da memória autobiográfica. A contextualização de eventos traumáticos na rememoração está sujeita a fatores que podem prejudicar na identificação de conteúdos relevantes, conseqüentemente havendo distorções e perdas. Nesse aspecto, está presente tanto a condição de estresse emocional, que faz desenvolver certa vulnerabilidade para falsas associações, quanto a possibilidade de evitar a recuperação de memórias traumáticas, para evitar um desgaste emocional intenso. No entanto, o viés de memória nas lembranças de infância dos respondentes de adversidades pode ser atenuado porque os participantes relatarão comportamentos específicos de adversidade. Além disso, o abuso grave é geralmente bem lembrado, e as falsas denúncias de abuso são raras, a não ser os tipos de adversidades que poderão ser subnotificados (KUHLMAN *et al.*, 2013).

Algumas falsas memórias podem ser geradas espontaneamente, fruto de processos de distorções mnemônicas endógenas. Elas ocorrem quando, no relato da pessoa, ela faz inferências à luz de seu entendimento acerca do fato (BRAINERD; REYNA, 1995). Para tal, o questionário possui uma escala-controle de minimização/negação de respostas, que permite verificar o efeito de fidedignidade de respostas, uma vez que as assertivas são redigidas com fraseado

negativo/invertido, ou seja, o evento sugerido é indicador de não ocorrência de maus-tratos na infância.

Recentemente, foi relatada uma ausência de viés de resposta no CTQ. Um estudo mostrou que é improvável que pessoas com transtorno depressivo interpretem itens de abuso e negligência com maior relevância e validem com maior facilidade esses itens, em comparação a pessoas sem depressão, diferentemente do sugerido anteriormente, em que o deprimido é mais propenso a responder positivamente a ocorrência de más experiências ou aumentar sua intensidade. Os dados fatoriais, de validade e confiabilidade disponíveis, tornaram o CTQ um bom instrumento para triagem de várias formas de abuso e negligência na infância e para a determinação da gravidade do abuso e da negligência na infância em ambientes epidemiológicos e clínicos (SPINHOVEN *et al.*, 2014).

## 5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o cálculo do tamanho amostral, foi utilizada a ferramenta Seleta Statistical Services do departamento de estatística da Universidade de British Columbia.<sup>2</sup> Para tanto, foi usado um nível de significância de 0,05. Considerando uma população-alvo de 22.000 idosos, atendidos pelo PSF em Porto Alegre na fase de projeto, e com uma margem de erro de 5%, foi estimado um tamanho de 378 idosos, considerando diferentes margens de erro aceitáveis para diversas prevalências esperadas para os muitos desfechos clínicos e fatores principais de estudo.

## 5.8 HIPÓTESE

### 5.8.1 Alternativa

Traumas infantis estão associados com uma maior frequência de depressão.

---

<sup>2</sup> Obtida através do link: <http://www.select-statistics.co.uk/sample-size-calculator-two-proportions>.

### 5.8.2 Abordagem analítica

Para descrever as características da população em estudo, foram utilizadas frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas; médias e desvios padrão foram utilizados para variáveis contínuas. Para a medida das associações não controladas, foram utilizados os testes de qui-quadrado. A regressão logística binária foi usada para examinar os fatores independentes associados à depressão. A regressão polinomial foi utilizada para investigar os fatores independentes associados com diferentes intensidades de depressão. O critério de seleção de variáveis para inclusão nos modelos de regressão foi o valor de significância de 0,20 ou menos nos resultados da análise não controlada. Os valores de *odds ratios* não ajustados e ajustados foram comparados para melhor observação da influência de fatores preditores com o ajuste para variáveis de controle. Além do exame de variação da medida de associação (ORs), foram também examinados os respectivos intervalos de confiança e valores de significância de resultados não ajustados e ajustados. Intervalos de confiança de 95% foram utilizados em toda a análise. Os cálculos estatísticos e a aplicação analítica foram realizados com o auxílio da versão 20 do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®).

### 5.9 POTENCIAIS VIESES DO ESTUDO

- Delineamento adequado para estudo de prevalência é mais limitado para inferências causais.
- Procedimento amostral aleatório a partir de uma população comunitária representativa de idosos de baixa renda do município de Porto Alegre.
- Aferição: treinamento e capacitação dos agentes comunitários de saúde para aplicação das escalas de rastreio. Avaliação diagnóstica de psiquiatras com treinamento em psiquiatria e neuropsiquiatria geriátrica na avaliação de idosos e na aplicação de instrumentos.
- Indivíduos com patologias ou sintomas graves provavelmente terão menos motivação ou condições de serem sujeitos de pesquisa. De outra forma, é possível que indivíduos saudáveis, por diversos motivos, também participem menos da pesquisa.

- Sobreposição de sintomas psíquicos decorrentes de comorbidades ou uso de medicamentos. O desenho desta pesquisa não contemplará o diagnóstico comórbido clínico, pois faz parte de outros subprojetos de pesquisa do mesmo grupo de trabalho. Logo, essa diferenciação não será realizada neste estudo, mas, sim, a partir de associações futuras e de acordo com os resultados de outros subprojetos. Métodos estatísticos específicos com uso de modelos de regressão serão utilizados para análise desses fatores.

## 5.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os entrevistados foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto amplo “Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre”, o qual contempla todas as avaliações e os métodos analíticos contemplados na presente pesquisa. Será respeitado o sigilo de identidade das informações coletadas, que serão publicadas após análise epidemiológica e estatística, não sendo em nenhum momento divulgada a identidade dos indivíduos estudados. Todos os participantes foram informados de forma clara e em linguagem simples acerca dos objetivos e métodos da pesquisa; da mesma forma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto amplo supracitado.

O projeto “Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre”, no qual se inclui o presente estudo, foi previamente apresentado e aprovado pela representante legal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre.

### **5.10.1 Encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa**

Esta pesquisa integra o exame de dados parciais do “Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, sob o registro n. 10/04967 (ANEXO III). Da mesma forma, o trabalho específico intitulado como “Relação entre traumas na infância e depressão em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família” foi aprovado pelo mesmo

Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer n. 1.760.705 (ANEXO IV), bem como pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (ANEXO V).

### **5.10.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido único para a pesquisa completa (APÊNDICE B).



## **6 RESULTADOS**

Os resultados estão apresentados no artigo submetido (conforme comprovante de submissão apresentado no Anexo F), no periódico *Journal of Affective Disorders*, mostrado na sequência.

**CHILDHOOD ABUSE, NEGLECT AND COMBINED MALTREATMENT TYPES  
RELATED WITH INCREASED RISK OF LATE-LIFE DEPRESSION AND SEVERITY  
OF IN ELDERLY**

Marta Novelo<sup>a</sup>, Armin von Gunten<sup>b</sup>, Gabriel Behr Gomes Jardim<sup>a,c</sup>, Lucas Spanemberg<sup>c,d</sup>,  
Irani Iracema de Lima Argimon<sup>a</sup>, Eduardo L. Nogueira<sup>\*a,c</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Geriatria e Gerontologia - IGG, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Brazil

<sup>b</sup> Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avance - SUPAA, University of Lausanne - UNIL, Switzerland

<sup>c</sup> Núcleo Específico de Formação em Psiquiatria, Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brazil

<sup>d</sup> Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Brazil

\*Corresponding author: Eduardo L Nogueira – e-mail: mdcedln@gmail.com

Avenida Ipiranga 6690/309, Porto Alegre/RS, CEP: 90619-900 Tel.: +55 51 33203367

Avenida Ipiranga 6681/703, Porto Alegre/RS, CEP: 90619-900 Tel.: +55 51 33536031

**Marta Novelo** ([Novelo M CV](#)) – [martanovelo@gmail.com](mailto:martanovelo@gmail.com)

Psychologist and Psychotherapist, MSc student, Instituto de Geriatria e Gerontologia of PUCRS

**Armin von Gunten**, MD, MPhil ([von Gunten CV](#)) – [armin.von-gunten@chuv.ch](mailto:armin.von-gunten@chuv.ch)

Head of Old-Age Psychiatry, Department of Psychiatry, UNIL

**Gabriel Behr Gomes Jardim**, MD ([Jardim GBG CV](#)) – [gabrielbehr@gmail.com](mailto:gabrielbehr@gmail.com)

Psychiatrist and MSc student, Instituto de Geriatria e Gerontologia of PUCRS

**Lucas Spanemberg**, MD, Ph.D. ([Spanemberg L CV](#)) – [lucas.spanemberg@gmail.com](mailto:lucas.spanemberg@gmail.com)

Psychiatrist and Psychotherapist. Residency Instructor/Preceptor in Psychiatry, School of Medicine of PUCRS

**Irani Iracema de Lima Argimon**, MSc, Ph.D. ([Argimon IILA CV](#)) – [argimoni@puccs.br](mailto:argimoni@puccs.br)

Psychologist and Psychotherapist. Full Professor of Psychology, PUCRS

**Eduardo L Nogueira**, MD, Ph.D. (corresponding author)\* ([Nogueira EL CV](#)) – [mdcedln@gmail.com](mailto:mdcedln@gmail.com)

Psychiatrist and Psychotherapist. Residency Instructor/Preceptor in Psychiatry, School of Medicine of PUCRS

## **Abstract**

**Background:** Childhood maltreatment is a risk factor for depression in non-elderly individuals. We investigated the effect of childhood abuse and neglect on the development of geriatric depression and its severity in socioeconomically disadvantaged individuals.

**Methods:** A cross-sectional study investigated 449 individuals aged 60–103 years sorted by data using the enrollment list health coverage from the city of Porto Alegre, Brazil. The fifteen-item Geriatric Depression Scale was used to assess depression. The Childhood Trauma Questionnaire was used to identify emotional and physical neglect, in addition to emotional, physical, and sexual abuse.

**Results:** Geriatric depression was associated with emotional and physical abuse and neglect. Emotional abuse and neglect, as well as physical abuse, increased the odds of an individual developing severe depression with two to five maltreatment types. Similar correlations were observed for combined forms of maltreatment, producing mild to moderate symptoms. Similar trends were observed for severe symptoms in a limited number of cases.

**Limitations:** The cross-sectional design limit causal inference. Retrospective measurement of childhood maltreatment may increase recall and response bias.

**Conclusions:** Late-life depression and its severity significantly correlated with the extent of childhood emotional and physical abuse and neglect. Thus, research should focus on supporting trauma survivors late in life, particularly when they come from low or middle income countries because these patients have higher rates of depression in elderly populations.

**Keywords:** childhood trauma, child, maltreatment, depression, aged, elderly

## **Introduction**

Depression is a heterogeneous disorder that mostly converge to a few more stable phenotypic types with course dynamically shaped during life (Vares et al., 2016). Geriatric depression is a worldwide concern because it contributes significantly to the worsening of diseases and quality of life. It also increases the incidence of disabilities and mortality (Barry et al., 2011). Brazil is facing an unprecedented increase in the number of elderly people. In a few decades, the elderly will constitute the majority of the population, and they will have significant

health needs (**Simões, 2016**). Increased longevity often correlates with an increase in years that patients suffer from disabilities caused by depression (**Kassebaum et al., 2016**). Depression is the second-leading illness for years lived with disabilities (YLDs) for all ages and it remains among the top ten most common global diseases in all age categories. In southern and tropical Latin America, including Brazil, depression ranks second in YLDs (**Kassebaum et al., 2016**).

Although estimates of the prevalence and lifetime pathways vary substantially across communities for a variety of reasons, a number of sociodemographic correlates of depression are consistently found (**Kessler and Bromet, 2013**). Numerous variables are associated with the manifestation of depression, including individuals living with psychosocial adversities, previous history of depression, stressful events, and low socioeconomic status. In addition, in older age groups, morbidity and fragility are predominant factors in the etiology of this disease (**Luppa et al., 2012**). In Brazil, the prevalence of depression in the elderly is around 30.6% (**Nogueira et al., 2014a**), which is similar to data found in the literature, ranging from 15.0% to 30.0% (**Hoffmann et al., 2010**).

Early adversities, such as quality of parental care and attachment, have been associated with subsequent mental disorders or satisfactory mental health (**Bowlby, 1907**). The effect of traumatic experiences in childhood are related to many problems later in life (**McLaughlin et al., 2010**), and specific types of child abuse and neglect (**Infurna et al., 2016; Mandelli et al., 2015; Schulz et al., 2014**) are predictors of subsequent depression in adulthood. Current evidence also relates depression in the elderly to many subtypes of childhood neglect, such as emotional and physical neglect (**Comijs et al., 2013; Ege et al., 2015**). Late-life depression is also associated with adversities at the beginning of life in a “dose-dependent” fashion (**Comijs et al., 2013; Raposo et al., 2014**).

The emergence of depressive symptoms in older adults may represent a traumatic reactivation, since it implies that some survivors of maltreatment may remain emotionally stable (or asymptomatic) for decades (**Comijs et al., 2013**) and successfully overcome the natural challenges of youth and adulthood. The reasons for greater latency may be explained by a variation in the acquisition of emotional regulation skills and other gains in psychological maturity, which are usually achieved through late adulthood and are related to improved mental health (**Charles and Carstensen, 2010**).

In general, studies that found an association between geriatric depression and childhood trauma were performed in high-income countries in population-based, primary care, and clinical samples of varying ages (**Green et al., 2010; McLaughlin et al., 2010; Pitzer and Fingerman, 2010, Scott, 2011; Wainwright and Surtees, 2002**). Few studies have focused on low- and middle-income countries where the majority of the elderly live in the world. Thus, socioeconomic disadvantages have not been adequately addressed, despite their importance in increased late-onset depression, which is often observed in populations with low literacy and poverty (**Almeida et al., 2012; Luppá et al., 2012**).

Recent empirical evidence suggests that different forms of maltreatment are likely to overlap and interact and that those specific combinations, rather than subtypes of abuse alone, may be uniquely related to particular psychosocial consequences

Thus, the objectives of our study are to investigate: 1) the association between current geriatric depression and types of childhood maltreatment; 2) whether the number of childhood maltreatment events correlate with current geriatric depression; 3) whether the types of maltreatment are related to depression severity; 4) if the increase in intensity of depression is related to the number of maltreatment events suffered during childhood.

## **Methods**

### ***Design and study context***

This was a cross-sectional study using a database generated by a previous multidimensional survey conducted between March 2011 and August 2012. It included a randomized sample of elderly individuals (60 years or older) based on the geographical registry list of the Family Health Strategy (FHS) of Porto Alegre, Brazil (**Gomes et al., 2013**).

Briefly, the FHS is a proactive approach to community public health implemented by the Brazilian Ministry of Health. It actively and continuously promotes and monitors health at the community level, replacing the previous model centered on health care facilities (**Macinko and Harris, 2015**). The FHS prioritizes regions that have predictors of vulnerability, which are primarily the result of socioeconomic disadvantage (SED), and works to expand health care to the poorest people with limited access to health care. The Community Health Workers (CHW) represent a communication interface between the community and the Brazilian health system (**Macinko and Harris, 2015**).

The implementation of the project did not change professional's routine or dynamics of FHS. served as the basis for study feasibility, and multidimensional data were collected by home visits. The mental health information used in the study was collected by trained medical doctors and psychologists, who had experience providing mental health care for the elderly (**Nogueira, 2014b**).

### *Assessments and variables*

#### *Outcome variable: Current depression*

The 15-item Geriatric Depression Scale version is one of the most important ways to assess geriatric depression specifically for the elderly. It avoids questions regarding somatic complaints, age-related characteristics that are potentially confounding (such as changes in sleep and slowness), and comorbid medical conditions that affect the elderly. Recent research showed that context influence is low (**Gana et al., 2016**). As in many other countries, studies in Brazil demonstrated that GDS-15 is a very good screening tool and an accurate way to identify depression, which is defined by ICD-10 and DSM-IV (**Almeida and Almeida, 1999; Castelo et al., 2010**). The GDS was interviewer-administered, as is the case in most validation studies (**Pocklington et al., 2016**). By prioritizing improvements in accuracy and a good balance between sensitivity and specificity, a cutoff score of 6 was used to identify geriatric depression (**Almeida and Almeida, 1999**). Scores between 6 and 10 were used for mild-to-moderate depression, and 11 was used to diagnose severe depression. (**Almeida and Almeida, 1999; Nogueira et al., 2014**)

#### *Factors of interest: Types of childhood maltreatment*

The short form of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (**Bernstein et al., 1994**), validated to Brazilian Portuguese (**Grassi-Oliveira et al., 2006**), was used in the assessment of maltreatment experiences. This tool consisted of 28 items and assayed 5 types of childhood traumatic experiences: physical abuse (PA), emotional abuse (AE), sexual abuse (SA), physical neglect (PN), and emotional neglect (EN). The CTQ included examples of neglectful and abusive behaviors in each question on maltreatment subscales that helps understand and differentiate the meaning between items. Available factorial, validity, and reliability data confirmed that the CTQ is a good tool for screening, identifying, and estimating the severity of childhood abuse and

neglect in epidemiological and clinical settings (**Spindhoven et al., 2014**). Each question required answers in a Likert-5 scale, and the scores were summed for each type of trauma. Suggested cut-off values recommended by the CTQ's manual were used to categorize the severity of each of the five trauma types ("none/minimal", "low-moderate", "moderate-severe", "severe-extreme"). For the present study, we used the also recommended dichotomous categorization ("yes/no") considering the cutoff of "low-moderate". (**Bernstein, 1998**)

### ***Other covariates***

Other covariates used were sociodemographic, which helped characterize the sample. Control covariates included age, sex, skin color, ethnicity, marital status, educational level, and income. Age was examined as categorical covariate (60–64.9 years, 65–74.9 years, 75+ years). To better address socioeconomic deprivation, educational levels were categorized as illiterate, 1–4 years, 5–7 years, 8–10, and 11 or more years. Income was scored as no income, less than one minimum salary, and one or more minimum salaries.

### ***Statistics***

For descriptive statistics, we used absolute and relative frequencies, in addition to the means and standard deviations. The chi-squared test was used to assess uncontrolled associations and examine sample distributions and frequency variations with expected outcomes.

Logistic regression explored each of the five maltreatment types and their severities for their likelihood of causing depression later in life. We also tested the dose-response effect for the total number of maltreatments experienced on the likelihood and severity of depression. For all tests, a standard  $\alpha = 0.05$  and confidence intervals (CI) of 95% were used. Calculations were carried out using the software Statistical Package for the Social Sciences 20.0, SPSS®.

### ***Ethics***

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (protocol number: 17/60705). All individuals signed an informed consent form. Researchers also received authorization to access and manage the database after consenting to a confidentiality agreement.

## Results

A total of 449 records were used in the present study. The sample was predominantly female with a mean age of  $68.5 \pm 6.7$  years (ranging from 60 to 100.2 years). Education was very low or absent in 61.2% (4 years or less), and around 1/4 of the individuals sampled were illiterate. Additionally, 65.5% received less than one minimum salary and 8.0% received no income. Rates of severe depression were significantly associated with females and they consistently increased in decreasing levels for both education and income. Around 2/3 of the subjects reported one or more maltreatment types during childhood. The most frequently reported maltreatment was PN, followed by PA, EA, EN, and SA. All of these were associated with higher rates of depression and more severe symptoms. Only SA did not achieve statistical significance, possibly as a result of the number of reported cases. Depression and severe symptoms were positively associated with an increasing number of maltreatment types.

Table 2 shows the logistic regression models that compare the adjusted and unadjusted models for current geriatric depression and childhood maltreatment. The EN, EA, PN, and PA were independently associated with current geriatric depression. An increasing likelihood of depression was observed for individuals who experienced two to five experiences of maltreatment. Severe depression was significantly associated with EA, PA, and EN. The increasing likelihood between the severity of depression and the number of reported maltreatment events positively correlated, and there was a clear tendency for severe depression to occur when an individual suffered two to four or three to four combined traumatic experiences.

## Discussion

Overall, this study showed that individuals currently suffering from geriatric depression reported having suffered physical and emotional abuse and/or neglect during childhood. This study also demonstrated that, to a greater degree, emotional abuse was associated with severe depression, followed by emotional neglect and, to a lesser extent, physical abuse. Therefore, in this sample, emotional abuse and neglect were likely the primary type of child maltreatment that contributed to depression later in life. However, emotional abuse had a more severe influence on depressive symptoms; that is, elderly people who reported having suffered from family or parental neglect displayed greater deterioration in their health – corroborating the preeminence of emotional abuse in the development of psychopathology and depression in non-elderly samples.



This finding corroborates other reports that the stress experienced during the first decade of life—particularly stress related to the quality of parental care—has significant repercussion on the individual's emotional development and, consequently, on the severity of depression (**Hackman et al. 2010; Mandelli et al., 2015**). In general, emotional trauma has a greater impact than other types of existing trauma (**Huh et al., 2017; Van Veen et al., 2013**). This is partly because exposure to emotional abuse leads the individual to engage in maladaptive behaviors associated with cognitive emotional regulation to deal with an abusive environment, as well as to situations that resonate with it, such as depression (**Huh et al., 2017**). Many studies suggest that the capacity for emotional regulation is a relevant factor for understanding how emotional abuse affects individuals' resilience in the face of early stress, as well as in the development of psychopathologies (**Aldao et al., 2010; Hopfinger et al., 2016**).

Concerning the cumulative effect of maltreatment experiences, many elderly people reported having these experiences. In these cases, the odds of suffering from depression increased gradually. However, this increase did not have the same impact on the severity of depression. This was due, in part, to the fact that the incidence of maltreatment had a nonlinear relationship with the severity of depression, making the degree of effect independent of the overlap of the stimulus. Generally, when the symptoms were close to the maximum, prolonged exposure to the stressful stimulus no longer influenced the severity of the disease. Additionally, low income and poorly educated populations were at higher risks of depression, contributing to a lower capacity for resilience in the development of psychopathologies (**Silva et al., 2000**).

The relationship between SA and geriatric depression is unknown. Although studies in non-elderly individuals have observed an association between a history of sexual abuse and symptoms of depression, this relationship was not statistically significant in adjusted controlled models. This was probably because few cases could be definitively attributed to underreporting rates caused by guilt and shame (**Robinaugh and McNally, 2011**).

Our findings corroborate previous studies, including the following conclusions: (1) Depression usually manifests in individuals living with psychosocial adversities, such as family ties, loss of social contacts, and stressful and low-income events (**Luppa et al., 2012**); (2) The negative impact of experiencing maltreatment on an individual's mental health lasts a lifetime (**Ogle et al., 2014**).

This study showed a clear association between depression in the elderly and childhood maltreatment in a representative sample of lower socioeconomic populations in a Brazilian urban city. We are not aware of other studies addressing this issue in low- and middle-income countries. In addition, this is the first study that documents the depressive “dose-dependent” effects related to the increasing number of experiences of childhood neglect and abuse. This has been a finding primarily reported in a range of early-adversity experiences in studies from developed countries.

These findings indicate that childhood maltreatment continues to be a robust indicator of current geriatric depression in older adults. These results remained robust after adjusting for sociodemographic covariates, including literacy and income, which are both important indicators of SED.

The first decade of life is a period in which individuals are susceptible to adverse events, such as abuse and neglect. These occur in conjunction with socioeconomic deprivation, which increases the probability of disease throughout life, especially in older populations (**Hackman et al. 2010**). Socioeconomic deprivation increases psychological distress and has a particular depressogenic effect on the elderly. It may be associated with some specific events in old age, such as the decreasing ability to work and earn a living, in addition to increased health spending. Limited schooling is also an important indicator of SED. Lower levels of literacy often lead to lower economic status, and inter-causality may explain only part of both. The reduced combination of intellectual and emotional abilities (mental capital) as a result of limited education may reflect a longer time experiencing stress, such as living in a place vulnerable to violence, higher incidence of medical conditions, and poor access to health services and social assistance.

It is important to investigate the effects of early-life stress and to discriminate among other potentially harmful contexts. There is a significant difference between age groups for risk factors that promote the development of depression. This is because lower incomes cause a higher risk for depression at advanced ages (**Schaakxs et al., 2017**). Studies of stressors and childhood adversities and their association with poorer mental health in the elderly is still limited (**Kuhlman et al., 2013; Ogle et al., 2014; Raposo et al., 2014**). Most studies have evaluated the association of early traumas with depressive symptoms, anxiety symptoms, or personality disorders in young adults from economically developed countries (**Infurna et al., 2016**).

## **Limitations**

Although the present paper has shown some valuable findings, the cross-sectional design limits causal inference. Retrospective assessment of childhood trauma might be subject to recall bias. However, recent research has been reported that, compared to other measurements of early adversities, CTQ items are consistently less prone to response bias; specifically, minimal bias due to the mood congruency effect on responses of CTQ neglect and abuse items was also shown (**Spinhoven et al., 2014**).

## **Implications**

The present study shows important associations between childhood trauma and depression in socioeconomic disadvantaged elderly. Prominently, the likelihood of depression was independently associated with emotional neglect, emotional abuse, physical abuse; and with a significant increasing odds per trauma starting from 2 to 5 combined traumatic experiences showing a maltreatment-related “dose-response”. Severe depression in old age was particularly related with emotional abuse.

These consistent findings may represent a new focus of interest in the field of health outcomes related to early life adversities, and in particular in the research of specific types of maltreatment and stressors; since also reinforces the need of such research facing the limited data from low- and middle income countries where most elders live and where the mental health gap is of major concern (**Matsuzaka et al 2017**).

In the same way, we alert for the paucity of studies addressing samples with higher risk of vulnerability (eg. elderly) and living under deprivation (eg. socioeconomic disadvantaged) that depends on public health services. Relevant improvements have been proven feasible in reducing the mental health gap of low- and middle-income countries with increasing long-term funding investment in collaborative partnerships aiming to develop skills work force and research capacity. These initiatives based in promoting a continuous translation of knowledge to real practice also proven to improve mental health disorders identification, access to psychosocial support, treatment and follow-up for common mental disorders.

### Sources of funding and support

The present study was partially supported by *Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*, CAPES [grant number: A031\_2013]. The funder had any role regarding project/study design; data management/analysis or results; manuscript preparation; paper submission or publicity.

### Acknowledgements

The authors would like to acknowledge the collaboration to this project by the community health professionals, managers and the executive coordination responsible to the FHS from Porto Alegre city, Brazil.

### References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S., 2010. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* 30, 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Almeida, O.P., Almeida, S.A., 1999. Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 14, 858–865. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8
- Almeida, O.P., Pirkis, J., Kerse, N., Sim, M., Flicker, L., Snowdon, J., Draper, B., Byrne, G., Lautenschlager, N.T., Stocks, N., Alfonso, H., Pfaff, J.J., 2012. Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. *J. Affect. Disord.* 138, 322–331. doi:10.1016/j.jad.2012.01.021
- Barry, L.C., Murphy, T.E., Gill, T.M., 2011. Depressive symptoms and functional transitions over time in older persons. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 19, 783–791. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ff6669
- Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., Ruggiero, J., 1994. Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child-Abuse and Neglect. *Am. J. Psychiatry* 151, 1132–1136. doi:10.1176/ajp.151.8.1132
- Bernstein 1998 - Childhood Trauma Questionnaire, a retrospective self-report: manual (SanAntonio (TX): PsychologicalCorporation 1998)
- Castelo, M.S., Coelho-Filho, J.M., Carvalho, A.F., Lima, J.W.O., Noletto, J.C.S., Ribeiro, K.G.,

- Siqueira-Neto, J.I., 2010. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int. Psychogeriatr.* 22, 109–113.  
doi:10.1017/S1041610209991219
- Charles, S.T., Carstensen, L.L., 2010. Social and Emotional Aging. *Annu. Rev. Psychol.* 61, 383–409. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448
- Comijs, H.C., van Exel, E., van der Mast, R.C., Paauw, A., Oude Voshaar, R., Stek, M.L., 2013. Childhood abuse in late-life depression. *J. Affect. Disord.* 147, 241–246.  
doi:10.1016/j.jad.2012.11.010
- Draper, B., Pfaff, J.J., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N.T., Wilson, I., Almeida, O.P., 2008. Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: Results from the depression and early prevention of suicide in general practice project. *J. Am. Geriatr. Soc.* 56, 262–271. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01537.x
- Ege, M.A., Messias, E., Thapa, P.B., Krain, L.P., 2015. Adverse Childhood Experiences and Geriatric Depression: Results from the 2010 BRFSS. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 23, 110–114. doi:10.1016/j.jagp.2014.08.014
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S., 1998. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am. J. Prev. Med.* 14, 245–258.  
doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Gana, K., Bailly, N., Broc, G., Cazauvieilh, C., Boudouda, N.E., 2016. The Geriatric Depression Scale: Does it measure depressive mood, depressive affect, or both? *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* doi:10.1002/gps.4582
- Gomes, I., Nogueira, E.L., Engroff, P., Ely, L.S., Schwanke, C.H.A., De Carli, G.A., Resende, T.L., 2013. The multidimensional study of the elderly in the family health strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). *Pan Am. J. Aging Res.* 1, 20–24.
- Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G.A., Brietzke, E., Viola, T.W., Manfro, G.G., Kristensen, C.H., Arteché, A.X., 2014. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: Findings from confirmatory factor analysis. *PLoS One* 9. doi:10.1371/journal.pone.0087118
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M., Pezzi, J.C., 2006. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev. Saude Publica* 40, 249–

255. doi:/S0034-89102006000200010

- Green, J.G., McLaughlin, K.A., Berglund, P.A., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Kessler, R.C., 2010. Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. *Arch. Gen. Psychiatry* 67, 113.  
doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.186
- Hackman, D.A., Farah, M.J., Meaney, M.J., 2010. Socioeconomic status and the brain: mechanistic insights from human and animal research. *Nat. Rev. Neurosci.* 11, 651–659.  
doi:10.1038/nrn2897
- Hoffmann, E.J., Ribeiro, F., Farnese, J.M., Lima, E.W.B., 2010. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J. Bras. Psiquiatr.* 59, 190–197. doi:10.1590/S0047-20852010000300004
- Huh, H.J., Kim, K.H., Lee, H.-K., Chae, J.-H., 2017. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *J. Affect. Disord.* 213, 44–50.  
doi:10.1016/j.jad.2017.02.009
- Hopfinger, L., Berking, M., Bockting C.L.H., Ebert, D.D., 2016. Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *J. Affect. Disord.* 198, 189–197.  
doi:10.1016/j.jad.2016.03.050
- Infurna, M.R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., Kaess, M., 2016. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 190, 47–55. doi:10.1016/j.jad.2015.09.006
- Kassebaum, N.J. et al., 2016. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 388, 1603–1658.  
doi:10.1016/S0140-6736(16)31460-X
- Kessler, R.C., Bromet, E.J., 2013. The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annu. Rev. Public Health* 34, 119–138. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- Kuhlman, K.R., Maercker, A., Bachem, R., Simmen, K., Burri, A., 2013. Developmental and contextual factors in the role of severe childhood trauma in geriatric depression: The sample case of former indentured child laborers. *Child Abus. Negl.* 37, 969–978.  
doi:10.1016/j.chiabu.2013.04.013

- Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar, M.R., Heim, C., 2009. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat. Rev. Neurosci.* 10, 434–445. doi:10.1038/nrn2639
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H.-H., Riedel-Heller, S.G., 2012. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 136, 212–221. doi:10.1016/j.jad.2010.11.033
- Macinko, J., Harris, M.J., 2015. Brazil’s Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N. Engl. J. Med.* 372, 2177–2181. doi:10.1056/NEJMp1501140
- Mandelli, L., Petrelli, C., Serretti, A., 2015. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. Eur. Psychiatry* 30, 665–680. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.04.007
- Matsuzaka<sup>1</sup>, C.T., Wainberg, M., Pala, A.N., Hoffmann, E.V., Coimbra, B.M., et al., 2017. Task shifting interpersonal counseling for depression: a pragmatic randomized controlled trial in primary care. *BMC Psychiatry* 17, 225, doi: 10.1186/s12888-017-1379-y
- McLaughlin, K.A., Kubzansky, L.D., Dunn, E.C., Waldinger, R., Vaillant, G., Koenen, K.C., 2010. Childhood social environment, emotional reactivity to stress, and mood and anxiety disorders across the life course. *Depress. Anxiety* 27, 1087–1094. doi:10.1002/da.20762
- Nogueira, E.L., Rubin, L.L., Giacobbo, S. de S., Gomes, I., Cataldo Neto, A., 2014. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev. Saude Publica* 48, 368–377. doi:10.1590/S0034-8910.2014048004660
- Nogueira, E.L., S., Moretti, P.F., Ribeiro Jr, F.P., Diefenthaler, E.C., Cataldo Neto, A., Engroff, P., Borges Filho, J.C., Loureiro, F., Gomes, I., 2014. The Mental Health Research Protocol of the Multidimensional Study of the Elderly in the Family Health Strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). *Pan Am. J. Aging Res.* (2) 1, 29–34.
- Ogle, C.M., Rubin, D.C., Siegler, I.C., 2014. Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging Ment. Health* 18, 316–25. doi:10.1080/13607863.2013.832730
- Pitzer, L.M., Fingerhman, K.L., 2010. Psychosocial Resources and Associations Between Childhood Physical Abuse and Adult Well-being. *Journals Gerontol. Ser. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* 65B, 425–433. doi:10.1093/geronb/gbq031

- Pocklington, C., Gilbody, S., Manea, L., McMillan, D., 2016. The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 31, 837–857. doi:10.1002/gps.4407
- Raposo, S.M., Mackenzie, C.S., Henriksen, C.A., Afifi, T.O., 2014. Time does not heal all wounds: older adults who experienced childhood adversities have higher odds of mood, anxiety, and personality disorders. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 22, 1241–50. doi:10.1016/j.jagp.2013.04.009
- Robinaugh, D.J., McNally, R.J., 2011. Trauma centrality and PTSD symptom severity in adult survivors of childhood sexual abuse. *J. Trauma. Stress* 24, 483–486. doi:10.1002/jts.20656
- Santiago, C.D., Wadsworth, M.E., Stump, J., 2011. Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *J. Econ. Psychol.* 32, 218–230. doi:10.1016/j.joep.2009.10.008
- Schaakxs, R., Comijs, H.C., van der Mast, R.C., Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Penninx, B.W.J.H., 2017. Risk Factors for Depression: Differential Across Age? *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. doi:10.1016/j.jagp.2017.04.004
- Schulz, A., Becker, M., Van der Auwera, S., Barnow, S., Appel, K., Mahler, J., Schmidt, C.O., John, U., Freyberger, H.J., Grabe, H.J., 2014. The impact of childhood trauma on depression: Does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. *J. Psychosom. Res.* 77, 97–103. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.06.008
- Scott, K.M., 2011. Association of Childhood Adversities and Early-Onset Mental Disorders With Adult-Onset Chronic Physical Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry* 68, 838. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.77
- Silva, R.R., Alpert, M., Munoz, D.M., Singh, S., Matzner, F., Dummit, S., 2000. Stress and Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Am. J. Psychiatry* 157, 1229–1235. doi:10.1176/appi.ajp.157.8.1229
- Simões, C.C.S., 2016. Breve Histórico do Processo Demográfico, in: Figueiredo, A.H. de (Ed.), *Brasil: Uma Visão Geográfica E Ambiental No Início Do Século XXI*. IBGE, Coordenação de Geografia, Rio de Janeiro, p. 435.
- Spinhoven, P., Penninx, B.W., Hickendorff, M., van Hemert, A.M., Bernstein, D.P., Elzinga, B.M., 2014. Childhood Trauma Questionnaire: Factor structure, measurement invariance,



and validity across emotional disorders. *Psychol. Assess.* 26, 717–729.

doi:10.1037/pas0000002

- Van Veen, T., Wardenaar, K.J., Carlier, I.V.E., Spinhoven, P., Penninx, B.W.J.H., Zitman, F.G., 2013. Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? Testing the tripartite model. *J. Affect. Disord.* 146, 238–245. doi:10.1016/j.jad.2012.09.011
- Vares, E.A., Salum, G.A., Spanemberg, L., Caldieraro, M.A., Souza, L.H., Borges, P.B., Fleck, M.P., 2016. Childhood trauma and dimensions of depression: a specific association with the cognitive domain *Rev Bras Psiquiatr.* 38(2), doi: 10.1590/1516-4446-2015-1764
- Wainwright, N.W.J., Surtees, P.G., 2002. Childhood adversity, gender and depression over the life-course. *J. Affect. Disord.* 72, 33–44. doi:10.1016/S0165-0327(01)00420-7

## Tables

**Table 1. Frequency variations of depression, severity of symptoms according to sociodemography, types and number of experiences child maltreatment**

$\chi^2$	Independent Variables	Total (%)	Depression		P-value	Severity of depression		P-value
			No N (%)	Yes N (%)		Mild to moderate N (%) resi	Severe N (%) resi	
	<b>Sex</b>							
	Male	161 (35,9%)	127(78,9%)	34 (21,1%)	<b><i>P = 0,005</i></b>	27 (16,8%)	7 (4,3%)	<b><i>P=0,009</i></b>
	Female	288 (64,1%)	191(66,3%)	97(33,7%)		65 (22,6%)	32 (11,1%)	
	<b>Age</b>							
	60-64,9 years	166 (37,0%)	116 (69,9%)	50 (30,1%)	<i>P = 0,758</i>	36 (21,7%)	14 (8,4%)	P=0,949
	65-74,9 years	207 (46,1%)	150 (72,5%)	57 (27,5%)		39 (18,8%)	18 (8,7%)	
	75 +	76 (16,9%)	52 (68,4%)	24 (31,6%)		17 (22,4%)	7 (9,2%)	
	<b>Skin color/Ethnicity</b>							
	White / caucasian	297 (67,2%)	206 (69,4%)	91 (30,6%)	<b><i>P = 0,018</i></b>	64 (21,5%)	27 (9,1%)	P=0,104
	black / afro-brazilian	62 (14,0%)	41 (66,1%)	21 (33,9%)		15 (24,2%)	6 (9,7%)	
	brown / multiethnic	74 (16,7%)	62 (83,8%)	12 (16,2%)		8 (10,8%)	4 (5,4%)	
	Others (indigenous or oriental)	9 (2,0%)	4 (44,4%)	5 (55,6%)		3 (33,3%)	2 (22,2%)	
	<b>Education level</b>							
	Illiterate	116 (25,8%)	70 (60,3%)	46 (39,7%)	<b><i>P &lt; 0,001</i></b>	26 (22,4%)	20 (17,2%)	<b><i>P&lt;0,001</i></b>
	1-4 years	159 (35,4%)	110 (69,2%)	49 (30,8%)		39 (24,5%)	10 (6,3%)	
	5-7 years	101 (22,5%)	77 (76,2%)	24 (23,8%)		17 (16,8%)	7 (6,9%)	
	8-10 years	43 ( 9,6%)	35 (81,4%)	8 (18,6%)		6 (14%)	2 (4,7%)	
	11 +	30 (6,7%)	26 (86,7%)	4 (13,3%)		4 (13,3%)	0 (0%)	
	<b>Income</b>							
	No income	34 (8,0%)	19 (55,9%)	15 (44,1%)	<b><i>P &lt; 0,001</i></b>	9 (26,5%)	6 (17,6%)	<b><i>P&lt;0,001</i></b>
	<1 MS	244 (57,5%)	156 (63,9%)	88 (36,1%)		61 (25%)	27 (11,1%)	
	1 MS or more	146 (34,4%)	121 (82,9%)	25 (17,1%)		21 (14,4%)	4 (2,7%)	

<b>Marital Status</b>							
Married	176 (39,6%)	125 (71,0%)	51 (29,0%)		35 (19,9%)	16 (9,1%)	
Not married	73 (16,4%)	54 (74,0%)	19 (26,0%)	$P = 0,786$	14 (19,2)	5 (6,8%)	$P=0,948$
Widower	74 (16,7%)	54 (73,0%)	20 (27,0%)		15 (16,7%)	5 (6,8%)	
Separated/divorced	121 (27,3%)	82 (67,8%)	39 (32,2%)		26 (21,5%)	13 (10,7%)	
<b>Emotional Neglect</b>							
No	320 (71,3%)	250 (78,1%)	70 (21,9%)		52 (16,2%)	18 (5,6%)	
Yes	129 (28,7%)	68 (52,7%)	61 (47,3%)	$P < 0,001$	40 (31,0%)	21 (16,3%)	$P < 0,001$
<b>Physical Neglect</b>							
No	224 (49,9%)	250 (78,1%)	49 (21,9%)		35 (15,6%)	14 (6,2%)	
Yes	225 (50,1%)	143 (63,6%)	82 (36,4%)	$P = 0,001$	57 (25,3%)	25 (11,1%)	$P = 0,003$
<b>Emotional Abuse</b>							
No	318 (70,8%)	244 (76,7%)	74 (23,3%)		59 (18,6%)	15 (4,7%)	
Yes	131 (29,2%)	74 (56,5%)	57 (43,5%)	$P < 0,001$	33 (25,2%)	24 (18,3%)	$P < 0,001$
<b>Physical Abuse</b>							
No	296 (65,9%)	223 (75,3%)	73 (24,7%)		53 (17,9%)	20 (6,8%)	
Yes	153 (34,1%)	95 (62,1%)	58 (37,9%)	$P = 0,004$	39 (25,5%)	19 (12,4%)	$P = 0,011$
<b>Sexual Abuse</b>							
No	405 (90,2%)	291 (71,9%)	114 (28,1%)		81 (20,0%)	33 (8,1%)	
Yes	44 (9,8%)	27 (61,4%)	17 (38,6%)	$P = 0,163$	11 (25,0%)	6 (13,6%)	$P = 0,290$
<b>Abuse or neglect</b>							
No	144 (32,1%)	122 (84,7%)	22 (15,3%)		52 (16,2%)	18 (5,6%)	
Yes	305 (67,9%)	196 (64,3%)	109 (35,7%)	$P < 0,001$	40 (31,0%)	21 (16,3%)	$P < 0,001$
<b>Number of child maltreatment</b>							
0	144 (32,1%)	122 (84,7%)	22 (15,3%)		16 (11,1%)	6 (4,2%)	
1	112 (24,9%)	83 (74,1%)	29 (25,9%)		24 (21,4%)	5 (4,5%)	
2	83 (11,6%)	52 (62,7%)	31 (37,3%)		23 (27,7%)	5 (9,6%)	
3	52 (11,6%)	32 (61,5%)	20 (38,5%)	$P < 0,001$	12 (23,1%)	8 (15,4%)	$P < 0,001$
4	42 (9,4%)	21 (50,0%)	21 (50,0%)		11 (26,2%)	10 (23,8%)	
5	16 (3,6%)	8 (50,0%)	8 (50,0%)		6 (37,5%)	2 (12,5%)	

Notes:  $\chi^2$  : Pearson's chi-squared test; MS: minimum salary (300US dollars per month)

**Table 2 – Types of abuse, neglect and the number of maltreatment experiences during childhood were tested as predictors of current geriatric depression and severity of symptoms.**

Maltreatment child	Depression (cases)		Depression (severity)			
	unadjusted	Ajusted	Mild to moderate		Severe	
			unadjusted	Ajusted	unadjusted	Ajusted
	OR (95 % CI)		OR (95 % CI)		OR (95 % CI)	
<b>Abuse</b>						
Emotional	2.540 (1.648-3.914)*	<b>2.252 (1.351-3.754)**</b>	1.844 (1.120-3.038)**	<b>1.742 (1.012-2.999)***</b>	5.276 (2.631-10.577)*	<b>4.352 (1.991-9.516)*</b>
Physical	1.865 (1.225-2.839)**	<b>1.754 (1.076-2.861)**</b>	1.727 (1.071-2.786)**	<b>1.790 (1.055-3.037)***</b>	2.230(1.139-4.368)**	<b>2.245 (1.026-4.910)***</b>
Sexual	1.607 (0.884-3.061)	1.395 (0.665-2.926)	1.464 (0.696-3.077)	1.415 (0.650-3.081)	1.960 (0.754-5.093)	1.552 (0.539-4.465)
<b>Neglect</b>						
Physical	2.048 (1.349-3.108)*	<b>1.912 (1.179-3.103)**</b>	1.993 (1.239-3.206)**	<b>2.031 (1.214-3.397)**</b>	2.185 (1.095-4.359)**	1.751 (0.814-3.767)
Emotional	3.204 (2.073-4.952)*	<b>2.822(1.698-4.692)*</b>	2.828 (1.730-4.624)*	<b>2.820 (1.642-4.845)*</b>	4.289 (2.164-8.502)*	<b>3.058 (1.404-6.656)**</b>
<b>Abuse or neglect</b>	3.084 (1.850-5.140)*	<b>2.550 (1.430-4.546)**</b>	2.957 (1.648-5.305)*	<b>2.790 (1.505-5.171)*</b>	3.423 (1.394-8.410)**	2.545 (0.966-6.705)
<b>Number of child maltreatment</b>						
1	1.938 (1.004-3.603)***	1.448 (0.712-2.948)	2.205 (1.104-4.402)**	1.958 (0.943-4.066)	1.225 (0.362-4.145)	0.946 (0.261-3.426)
2	3.306 (1.751-6.242)*	<b>3.298 (1.600-6.796)*</b>	3.373 (1.648-6.900)*	<b>3.575 (1.655-7.724)*</b>	3.128 (1.034-9.465)***	2.922 (0.879-9.711)
3	3.466 (1.687-7.120)*	<b>3.108 (1.359-7.111)**</b>	2.859 (1.230-6.648)**	<b>2.970 (1.195-7384)**</b>	5.083 (1.646-15.702)**	<b>4.570 (1.286-16.235)**</b>
4	5.545 (2.603-11.814)*	<b>3.813 (1.643-8.933)*</b>	3.994 (1.630-9.790)**	<b>3.354 (1.294-8.689)**</b>	9.683 (3.181-29.469)*	<b>5.666 (1.602-20.034)**</b>
5	5.545 (1.883-16.330)*	<b>4.394 (1.300-14.853)**</b>	5.719 (1.758-18.608)**	<b>6.352 (1.745-23.113)**</b>	5.083 (0.881-29.337)	4.078 (0.578-28.766)

Notes: OR odds ratios. Adjusted OR results for sex, age, skin color/ethnicity, education, income, and marital status.

\*  $p \leq 0.001$

\*\*  $p \leq 0.01$

\*\*\*  $p \leq 0.05$

## 7 CONCLUSÃO

A partir dos achados, a pesquisa da relação entre traumas na infância e depressão em idosos tem as seguintes conclusões:

- A frequência encontrada de idosos com depressão foi superior no contexto médico em relação à frequência da comunidade em geral.
- Foi encontrado um número relativamente alto de idosos que sofreram negligência ou abuso na infância.
- Houve uma associação significativa da ocorrência de maus-tratos na infância e depressão atual em idosos.
- Mesmo após o controle de fatores sociodemográficos, essa associação manteve-se alta, ao ponto de que aqueles que sofreram na infância abuso ou negligência tiveram a probabilidade de ocorrência de depressão aumentada em 2.55 vezes em razões de chance, quando comparados àqueles que não relataram a ocorrência de maus-tratos.
- O principal fator para a maior probabilidade da severidade da depressão foi encontrado no abuso emocional.
- Quanto ao número de subtipos de maus-tratos na infância, as razões de chance para a depressão pareceram aumentar gradativamente quando houve uma sobreposição de relatos de ocorrência de maus-tratos, ou seja, maior ocorrência de tipos de abuso ou negligência, maior chance de desenvolver depressão.
- O fator abuso sexual pareceu não mediar a depressão nesta amostra.

## REFERÊNCIAS

- ALEXOPOULOS, G. S. Depression in the elderly. **Lancet**, v. 365, n. 9475, p. 1961-1970, Jan. 2005.
- ALI, G.-C.; RYAN, G.; DE SILVA, M. J. Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. **PLOS ONE**, v. 11, n. 6, p. e0156939, Jun. 2016.
- ALMEIDA, O. P. *et al.* Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. **Journal of Affective Disorders**, v. 138, n. 3, p. 322-331, May 2012.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 10, p. 858-865, 1999.
- BALTES, P. Prefácio. In: NERI, A. (Ed.). *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas: Papirus, 1995. p. 9-12.
- BARCELOS-FERREIRA, R. *et al.* Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics/IPA**, v. 22, n. 5, p. 712-726, 2010.
- BARRY, L. C. *et al.* Longitudinal association between depressive symptoms and disability burden among older persons. **Journals of Gerontology – Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 64, n. 12, p. 1325-1332, 2009.
- BARRY, L. C.; MURPHY, T. E.; GILL, T. M. Depressive symptoms and functional transitions over time in older persons. **The American Journal of Geriatric Psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry**, v. 19, n. 9, p. 783-791, 2011.
- BEEKMAN, A. T. F. *et al.* The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. **Archives of General Psychiatry**, v. 59, n. 7, p. 605-611, 2002.
- BERNSTEIN, D. P. *et al.* Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child-Abuse and Neglect. **American Journal of Psychiatry**, v. 151, n. 8, p. 1132-1136, 1994.
- BERNSTEIN, D.; FINK, L. **Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual**. San Antonio: The Psychological Corporation, 1998.
- BLAZER, D. G. Depression in late life: review and commentary. **The Journals of Gerontology – Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 58, n. 3, p. 249-265, 2003.
- BLAZER, D. G.; STEFFENS, D. C.; KONIG, H. Textbook of Geriatric Psychiatry. In: BLAZER, D. G.; STEFFENS, D. C. (Eds.). **Mood Disorders**. 4. ed. Washington DC: The American Psychiatric Publishing, 2009. p. 275-299.

BOWLBY, J. Algumas causas da doença mental. In: BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 3-10.

BRAINERD, C.; REYNA, V. Autosuggestibility in memory development. **Cognitive Psychology**, v. 28, n. 1, p. 65-10, 1995.

BROSS, D. *et al.* **World perspectives on child abuse**: the fourth international resource book. Denver: University of Colorado School of Medicine, 2000.

CASTELO, M. S. *et al.* Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. **International Psychogeriatrics/IPA**, v. 22, n. 1, p. 109-113, 2010.

CHAPMAN, D. P. *et al.* Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. **Journal of Affective Disorders**, v. 82, n. 2, p. 217-225, 2004.

CHARLES, S. T. Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. **Psychological Bulletin**, v. 136, n. 6, p. 1068-1091, 2010.

CHARLES, S. T.; CARSTENSEN, L. L. Social and Emotional Aging. **Annual Review of Psychology**, v. 61, n. 1, p. 383-409, Jan. 2010.

COHEN, J. A. *et al.* A Multisite, Randomized Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 43, n. 4, p. 393-402, Apr. 2004.

COMIJS, H. C. *et al.* Childhood abuse in late-life depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 147, n. 1-3, p. 241-246, May 2013.

DAVEY, A. *et al.* Change in Depressive Symptoms in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. **The Journals of Gerontology – Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 59, n. 6, p. P270-P277, Nov. 2004.

DRAPER, B. *et al.* Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: Results from the depression and early prevention of suicide in general practice project. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 56, n. 2, p. 262-271, 2008.

EGE, M. A. *et al.* Adverse Childhood Experiences and Geriatric Depression: Results from the 2010 BRFSS. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 110-114, Jan. 2015.

EIZIRIK, C.; CANDIAGO, R.; KNIJINIK, D. A Velhice. In: EIZIRIK, C. L.; KAPCIZINSKI, F.; BASSOLS, A. (Eds.). **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 160-190.

ENGROFF, P. *et al.* Agentes comunitários de saúde: atuação em benefício dos idosos. **Revista da SORBI**, v. 2, n. 1, p. 13-23, 2014.

FELITTI, V. J. *et al.* Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 14, n. 4, p. 245-258, May 1998.

- FERENCZI, S. Análises de crianças com adultos. In: FERENCZI, S. (Ed.). **Ferenczi-Olbras Completas**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 56.
- FREUD, S. A etiologia da histeria. In: FREUD, S. (Ed.). **Estudos sobre a histeria**. 10. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2010. p. 110-131.
- GANNA, K. *et al.* The Geriatric Depression Scale: Does it measure depressive mood, depressive affect, or both? **International Journal of Geriatric Psychiatry**, n. 1992, 2016.
- GARCÍA-PEÑA, C. *et al.* Late-life depressive symptoms: Prediction models of change. **Journal of Affective Disorders**, v. 150, n. 3, p. 886-894, Sep. 2013.
- GILBERT, R. *et al.* Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **The Lancet**, v. 373, n. 9657, p. 68-81, 2009.
- GLOVER, J.; SRINIVASAN, S. Assessment of the Person with Late-life Depression. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 36, n. 4, p. 545-560, Dec. 2013.
- GOMES, I. *et al.* The multidimensional study of the elderly in the family health strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). **Pan American Journal of Aging Research**, v. 1, n. 1, p. 20-24, 2013.
- GRASSI-OLIVEIRA, R. *et al.* Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: Findings from confirmatory factor analysis. **PLOS ONE**, v. 9, n. 1, 2014.
- GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 249-255, 2006.
- GREEN, J. G. *et al.* Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. **Archives of General Psychiatry**, v. 67, n. 2, p. 113, Feb. 2010.
- HOROWITZ, A. **Creating Mental Illness**. Chicago: University of Chicago Press, 2004.
- INFURNA, M. R. *et al.* Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 190, p. 47-55, Jan. 2016.
- INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT – ISPCAN. **World perspectives on child abuse**. West Chicago, 2008. Disponível em: <[http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/ISPCAN\\_World\\_Perspectives\\_Child\\_Abuse\\_2008.pdf](http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/ISPCAN_World_Perspectives_Child_Abuse_2008.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- JOHNSON, L. *et al.* Age of onset in affective disorder: its correlation with hereditary and psychosocial factors. **Journal of Affective Disorders**, v. 59, n. 2, p. 139-148, Aug. 2000.
- JORDANOVA, V. *et al.* Age variation in life events and their relationship with common mental disorders in a national survey population. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 42, n. 8, p. 611-616, Aug. 2007.



KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1603-1658, 2016.

KESSLER, R. C. *et al.* Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO world mental health survey initiative. **Depression and Anxiety**, v. 27, n. 4, p. 351-364, 2010.

KESSLER, R. C.; BROMET, E. J. The Epidemiology of Depression Across Cultures. **Annual Review of Public Health**, v. 34, n. 1, p. 119-138, Mar. 2013.

KUHLMAN, K. R. *et al.* Developmental and contextual factors in the role of severe childhood trauma in geriatric depression: The sample case of former indentured child laborers. **Child Abuse and Neglect**, v. 37, n. 11, p. 969-978, 2013.

LANDI, F. *et al.* Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. **Nutrients**, v. 8, n. 2, p. 69, Jan. 2016.

LAPLANCHE, J.; PONTAILS, J. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LUPIEN, S. J. *et al.* Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 10, n. 6, p. 434-445, Jun. 2009.

LUPPA, M. *et al.* Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 212-221, Feb. 2012.

MACDONALD, K. *et al.* Minimization of Childhood Maltreatment Is Common and Consequential: Results from a Large, Multinational Sample Using the Childhood Trauma Questionnaire. **PLOS ONE**, v. 11, n. 1, p. e0146058, Jan. 2016.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, Jun. 2015.

MACKENZIE, C. S. *et al.* Prevalence and Predictors of Persistent Versus Remitting Mood, Anxiety, and Substance Disorders in a National Sample of Older Adults. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, Jul. 2013.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 650-656, out. 2004.

MANDELLI, L.; PETRELLI, C.; SERRETTI, A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. **European Psychiatry**, v. 30, n. 6, p. 665-680, Sep. 2015.

- MATTOS, P.; PAIXÃO JUNIOR, C. Avaliação cognitiva de idosos: envelhecimento e comprometimento cognitivo leve. In: MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; MATTOS, P.; ABREU, N. (Orgs.) **Avaliação neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 247-253.
- MCLAUGHLIN, K. A. *et al.* Childhood social environment, emotional reactivity to stress, and mood and anxiety disorders across the life course. **Depression and Anxiety**, v. 27, n. 12, p. 1087-1094, Dec. 2010.
- MCNALLY, R. J. Progress and Controversy in the Study of Posttraumatic Stress Disorder. **Annual Review of Psychology**, v. 54, n. 1, p. 229-252, Feb. 2003.
- MITCHELL, A. J. *et al.* Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15. **Journal of Affective Disorders**, v. 125, n. 1-3, p. 10-17, Sep. 2010.
- NERI, A. Conceitos e teorias sobre envelhecimento. In: MALLOY-DINIZ, F.; FUENTES, D.; CONSENZA, R. (Eds.). **Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 17-42.
- NOGUEIRA, E. L. *et al.* Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 368-377, Jun. 2014.
- NORMAN, R. E. *et al.* The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS Medicine**, v. 9, n. 11, 2012.
- NYUNT, M. S. Z. *et al.* Criterion-based validity and reliability of the Geriatric Depression Screening Scale (GDS-15) in a large validation sample of community-living Asian older adults. **Aging & Mental Health**, v. 13, n. 3, p. 376-382, May 2009.
- OGLE, C. M.; RUBIN, D. C.; SIEGLER, I. C. Cumulative exposure to traumatic events in older adults. **Aging & Mental Health**, v. 18, n. 3, p. 316-325, 2014.
- PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011.
- PAPALIA, D.; FELDMAN, R. O estudo do desenvolvimento humano. In: PAPALIA, D.; FELDMAN, R. **O desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 44-60.
- PENNINX, B. W. *et al.* Minor and major depression and the risk of death in older persons. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, n. 10, p. 889-895, 1999.
- PITZER, L. M.; FINGERMAN, K. L. Psychosocial Resources and Associations Between Childhood Physical Abuse and Adult Well-being. **The Journals of Gerontology – Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 65B, n. 4, p. 425-433, Jul. 2010.
- POCKLINGTON, C. *et al.* The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 31, n. 8, p. 837-857, Aug. 2016.

RAPOSO, S. M. *et al.* Time does not heal all wounds: older adults who experienced childhood adversities have higher odds of mood, anxiety, and personality disorders. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, v. 22, n. 11, p. 1241-1250, Nov. 2014.

REULAND, D. S. *et al.* Diagnostic Accuracy of Spanish Language Depression-Screening Instruments. **The Annals of Family Medicine**, v. 7, n. 5, p. 455-462, Sep. 2009.

ROBINAUGH, D. J.; MCNALLY, R. J. Trauma centrality and PTSD symptom severity in adult survivors of childhood sexual abuse. **Journal of Traumatic Stress**, v. 24, n. 4, p. 483-486, Aug. 2011.

ROSENSTRÖM, T.; JOKELA, M. Reconsidering the definition of Major Depression based on Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. **Journal of Affective Disorders**, v. 207, p. 38-46, Jan. 2017.

SANTIAGO, C. D.; WADSWORTH, M. E.; STUMP, J. Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. **Journal of Economic Psychology**, v. 32, n. 2, p. 218-230, Mar. 2011.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 3-10, mar. 2009.

SCHULZ, A. *et al.* The impact of childhood trauma on depression: Does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 77, n. 2, p. 97-103, Aug. 2014.

SCOTT, K. M. Association of Childhood Adversities and Early-Onset Mental Disorders With Adult-Onset Chronic Physical Conditions. **Archives of General Psychiatry**, v. 68, n. 8, p. 838, Aug. 2011.

SILVA, L. Idoso. In: TAKASE, E. (Ed.). **O desenvolvimento cognitivo do recém-nascido à terceira idade**. Florianópolis: Lagoa, 2010. p. 56-67.

SILVA, R. R. *et al.* Stress and Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 8, p. 1229-1235, Aug. 2000.

SIMÕES, C. C. S. Breve histórico do processo demográfico. In: FIGUEIREDO, A. H. (Ed.). **Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016. p. 435.

SOUTHWICK, S. *et al.* Consistency of memory for combat-related traumatic events in veterans of Operation Desert Storm. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 2, p. 173-177, Feb. 1997.

SPINHOVEN, P. *et al.* Childhood Trauma Questionnaire: Factor structure, measurement invariance, and validity across emotional disorders. **Psychological Assessment**, v. 26, n. 3, p. 717-729, 2014.

WAINWRIGHT, N. W. J.; SURTEES, P. G. Childhood adversity, gender and depression over the life-course. **Journal of Affective Disorders**, v. 72, n. 1, p. 33-44, Oct. 2002.

WILSON, R. S. *et al.* Childhood adversity and psychosocial adjustment in old age. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, v. 14, n. 4, p. 307-315, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health and older adults**. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>. Acesso em: 10 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Depression, a global public health concern**. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, 2012.

\_\_\_\_\_. **Report of the consultation on child abuse prevention WHO**, Geneva, 29-31 March 1999. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65900#sthash.lclqbNv9.dpuf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **What are the public health implications of global ageing?** 2011. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html>. Acesso em: 10 jul. 2015.

YESAVAGE, J. A.; SHEIKH, J. I. Geriatric Depression Scale (GDS) – Recent Evidence and Development of a Shorter Version. **Clinical Gerontologist**, v. 5, n. 1-2, p. 165-173, Nov. 1986.

## APÊNDICE A – Questionário de Avaliação Global do Idoso (QAGI)

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO - QAGI

#### IDENTIFICAÇÃO

Nº Protocolo de Avaliação									
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome do Agente Comunitário: _____
ESF/Gerência Distrital: _____
Data da entrevista: _____

Nome do Idoso: _____
Data de nascimento do Idoso: ____/____/____ RG do Idoso: _____
Nome da Mãe do Idoso: _____
Endereço: _____
Bairro: _____
Telefone: _____
Pessoa para contato (familiar/ cuidador): _____
Telefone: _____
Pessoa para contato (outro): _____
Telefone: _____

#### DADOS DEMOGRÁFICOS: GERAIS

- Há quanto tempo reside em Porto Alegre? \_\_\_\_\_
- Sexo  
(1) masculino (2) feminino
- Cor/raça  
(1) branca (2) preta (3) parda (4) oriental (5) índio (6) NR (não respondeu)
- Estado civil: (no papel):  
(1) solteiro(a)  
(2) casado(a)  
(3) viúvo(a)  
(4) separado(a)/desquitado(a)  
(5) NR (não respondeu)
- Atualmente vive com companheiro(a)?  
(1) sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ (2) não (3) NR (não respondeu)

#### DADOS DEMOGRÁFICOS: ESCOLARIDADE

- Sabe ler?  
(1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- Sabe escrever?  
(1) sim (2) somente assina o nome (3) não (4) NR (não respondeu)
- Qual mão ou lado que o senhor(a) teve mais força e habilidade ao longo da vida (ex: para escrever, trabalhar)?  
(1) direita (destro)  
(2) esquerda (canhoto)  
(3) usa os dois lados sem preferência (ambidestro)

## 9. Frequentou escola?

(1) sim. **COMPLETOU** até que série?

Primário	<input type="checkbox"/> 1ª série	Ginásio	<input type="checkbox"/> 5ª série	Científico	<input type="checkbox"/> 1ª série	Supletivo	<input type="checkbox"/> 1º grau
	<input type="checkbox"/> 2ª série		<input type="checkbox"/> 6ª série		<input type="checkbox"/> 2ª série		<input type="checkbox"/> 2º grau
	<input type="checkbox"/> 3ª série		<input type="checkbox"/> 7ª série		<input type="checkbox"/> 3ª série		
	<input type="checkbox"/> 4ª série		<input type="checkbox"/> 8ª série				

(2) não

(3) NR (não respondeu)

## 10. Frequentou curso superior?

(1) sim. Incompleto?  Qual curso? \_\_\_\_\_Completo?  Qual curso? \_\_\_\_\_

(2) não

(3) NR (não respondeu)

**DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS: GERAIS**

11. Quantos filhos teve? \_\_\_\_\_

12. Destes filhos, quantos estão vivos? \_\_\_\_\_

## 13. Atualmente mora:

(1) sozinho(a)

(2) somente com cônjuge/companheiro(a)

(3) com cônjuge/companheiro(a) e outros familiares

(4) sem cônjuge/companheiro(a) e com outros familiares

(5) com empregado ou cuidador e sem familiares

(6) NR (não respondeu)

14. Quantas pessoas moram na casa?(incluindo o idoso) \_\_\_\_\_

## 15. Tem cuidador principal?

(1) sim. Que tipo de relação?

 cuidador familiar (não remunerado). Quem? \_\_\_\_\_ (ex: filha; esposa) cuidador não familiar (não remunerado). Quem? \_\_\_\_\_ (ex: amigo; vizinha) cuidador remunerado. Quem? \_\_\_\_\_ (ex: empregada; enfermeiro; parente)

(2) não

(3) NR (não respondeu)

## 16. Tempo que o cuidador principal permanece com o senhor(a)?

A. Quantas vezes na semana?  1x  2x  3x  4x  5x  6x  7x

B. Quantas horas por dia? \_\_\_\_\_

## 17. Cuidador mora junto?

(1) sim

(2) não

(3) NR (não respondeu)

## 18. Está aposentado(a)?

(1) sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Motivo:  por idade. por tempo de serviço por invalidez. Qual doença ou incapacidade? \_\_\_\_\_

(2) não

(3) NR (não respondeu)

## 19. Está em benefício-saúde pelo INSS (encostado)?

(1) sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Qual doença ou incapacidade? \_\_\_\_\_

(2) não

**20. Recebe algum outro tipo de benefício do governo?**

- (1) sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Fonte: ( ) IPE/RGS ( ) Estado ( ) União  
 Que tipo? ( ) pensão  
 ( ) bolsa família  
 ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_
- (2) não

**21. Possui alguma atividade profissional remunerada atual?**

- (1) Sim Qual: \_\_\_\_\_
- (2) não
- (3) NR (não respondeu)

**22. Qual sua atividade de trabalho principal ao longo da vida? \_\_\_\_\_ (ex: do lar, motorista, comerciante, vendedor)****23. Qual SUA renda mensal ATUAL?**

- (1) não tem renda própria.
- (2) até 1 salário mínimo (R\$ 540,00)
- (3) até 2 salários mínimo (R\$ 1.080,00)
- (4) até 4 salários mínimos (R\$ 2.160,00)
- (5) até 6 salários mínimos (R\$ 3.240,00)
- (6) até 10 salários mínimos (R\$ 5.400,00)
- (7) mais que 10 salários mínimos
- (8) NR (não respondeu)

**24. Qual a renda mensal da FAMÍLIA?**

- (1) Até 1 salário mínimo (R\$ 540,00)
- (2) até 3 salários mínimos (R\$ 1.620,00)
- (3) até 6 salários mínimos (R\$ 3.240,00)
- (4) até 10 salários mínimos (R\$ 5.400,00)
- (5) mais que 10 salários mínimos
- (6) NR (não respondeu)

**25. Quantas pessoas vivem desta renda? \_\_\_\_\_*****DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS: ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO*****26. Qual a sua religião?**

- (1) católica
- (2) evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pente-costal, adventista, testemunha de Jeová, outras).
- (3) espírita (kardecista).
- (4) judaica (israelita).
- (5) afro-brasileira (umbanda, candomblé).
- (6) outra (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc).
- (7) não tem religião definida, mas tem suas próprias crenças (agnóstico)
- (8) não tem religião ou crença (ateu)
- (9) NR (não respondeu)

**27. É praticante de sua religião ou sua crença?**

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

**28. Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?**

- (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente

**29. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?**

- (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente

**30. Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?**

31. Em que medida suas crenças lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

- (1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente

**DADOS DE SAÚDE: GERAIS**

32. Em geral diria que sua saúde é:

- (1) ótima (2) boa (3) regular (4) má (5) péssima (6) NR (não respondeu)

33. O(A) senhor(a) consultou o médico nos ÚLTIMOS SEIS MESES?

- (1) sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ (2) não (3) NR (não respondeu)

34. No ÚLTIMO ANO, internou-se em algum hospital?

- (1) sim, apenas uma vez  
 (2) sim, mais de uma vez. Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 (3) não  
 (4) NR (não respondeu)

**DADOS DE SAÚDE: DOENÇAS**

35. ALGUM MÉDICO já lhe disse que você tem ou teve alguma dessas doenças?

DOENÇAS	SIM	NÃO	NR
Hipertensão arterial (pressão alta)			
Diabetes			
• Complicação da diabetes: ( ) visão/olhos   ( ) circulação   ( ) úlcera diabética ( ) coração    ( ) sensibilidade dos membros/pés   ( ) rins			
Problema gástrico (úlcera, gastrite, hérnia hiato)			
Insuficiência cardíaca congestiva (coração grande)			
Doença vascular periférica			
Infarto do miocárdio (infarto do coração)			
Angina do peito (do coração)			
Hemiplegia (lado do corpo paralisado)			
Doença cerebrovascular (derrame)			
Isquemia transitória (até 24 horas)			
Doença crônica do pulmão (enfisema ou bronquite crônica)			
Doença moderada ou severa dos rins (comprovado por exame de uréia e creatinina elevados ou hemodiálise)			
Doença da tireóide			
HIV positivo			
Tumor não maligno			
Linfoma			
Leucemia			
Câncer de cólon (intestino)			
Câncer de mama			
Câncer de próstata			
Câncer de pele			
Outro câncer (fígado, pâncreas, estômago, pulmão, bexiga)			
Hepatite crônica (vírus B, C)			
Cirrose do fígado			



DOENÇAS	SIM	NÃO	NR
Outra doença crônica do fígado. Qual? _____			
Artrite reumatóide			
Outro reumatismo Qual? _____			
Osteoporose			
Artrose (dor e deformidade nas juntas)			
Demência			
Doença de Parkinson			
Depressão			
Lúpus			
Outras. Especificar: _____			

36. Com que idade a senhora iniciou a MENOPAUSA (idade da última menstruação)? (Obs: perguntar somente para as mulheres)

- (1) Idade aproximada: \_\_\_\_\_  
 (2) NR (não respondeu)

37. Tem dificuldade para controlar a urina ou para urinar?

- (1) sim                      (2) não                      (3) NR (não respondeu)

38. Porque tem dificuldade para controlar a urina? (PODE MARCAR MAIS QUE UMA OPÇÃO)

- (1) não consegue prender (tem vontade de urinar e corre para o banheiro ou a urina sai sozinha)  
 (2) perde urina quando ri ou tosse ou faz algum esforço  
 (3) não sente vontade de urinar e a urina sai sem nenhum controle  
 (4) usa sonda para conseguir urinar  
 (5) tem dificuldade para conseguir urinar (a urina não sai facilmente quando tem vontade)  
 (6) a urina sai fraca (sem um jato forte)  
 (7) sente que a urina não saiu totalmente (sente que ainda fica urina na bexiga)  
 (8) NR (não respondeu)

39. A. Usa óculos?

- ( ) Sim ( ) Não

B. Como diria que está sua VISÃO no momento?

- (1) não enxerga  
 (2) ruim  
 (3) regular  
 (4) boa  
 (5) NR (não respondeu)

40. A. Usa aparelho auditivo

- ( ) Sim ( ) Não

B. Como diria que está sua AUDIÇÃO (escuta) está no momento?

- (1) não escuta  
 (2) ruim  
 (3) regular  
 (4) boa  
 (5) NR (não respondeu)

***DADOS DE SAÚDE: MOBILIDADE, FORÇA E EQUILÍBRIO***

41. Consegue ficar de pé?

- (1) sim                      (2) não                      (3) NR (não respondeu)

**42. Tem dificuldade para andar?**

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

**43. Tem fraqueza (falta de força) nas pernas?**

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

**44. Tem falta de equilíbrio quando fica em pé ou caminha?**

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

**45. Tem problema articular no quadril ou no joelho que dificulta o caminhar?**

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

**46. Tem muita dor quando tenta ficar de pé ou caminhar?**

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

***DADOS DE SAÚDE: QUEDAS*****47. Tem histórico de quedas no chão quando estava em pé, sentado ou deitado?**

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

**48. Caiu nos últimos 12 meses?**

- (1) sim. Quantas vezes caiu? ( ) 1x ( ) 2x ( ) 3x ( ) 4x ( ) 5x ( ) mais do que 5x
- 
- (2) não
- 
- (3) NR (não respondeu)

**49. Se SIM, quebrou algum osso devido à queda?**

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

**50. Se SIM, quais os locais de fratura?**

- (1) fêmur
- 
- (2) punho
- 
- (3) costelas
- 
- (4) vértebras
- 
- (5) antebraço
- 
- (6) tornozelo
- 
- (7) pé
- 
- (8) outro local. Qual? \_\_\_\_\_

**51. Quebrou algum osso nos últimos 5 anos de forma ESPONTÂNEA (sem ter batido, caído ou sofrido acidentes)?**

- (1) sim. Qual osso ou local da fratura?
- 
- ( ) fêmur ( ) punho ( ) costelas ( ) vértebras
- 
- ( ) antebraço ( ) tornozelo ( ) pé ( ) outro local. Qual? \_\_\_\_\_
- 
- (2) não
- 
- (3) NR (não respondeu)

***DADOS DE SAÚDE: CONDIÇÕES HIGIÊNICO-SANITÁRIAS*****52. Sabe como é o abastecimento de água em sua residência? (pode marcar mais de uma opção)**

- (1) ligado em rua com rede de água
- 
- (2) possui poço próprio
- 
- (3) possui cisterna (reservatório para água da chuva)
- 
- (4) abastece-se em chafariz público
- 
- (5) NR (não respondeu)

**53. Possui caixa d'água?**

- (1) sim (2) não

**54. Possui banheiro?**

- (1) sim (2) não

55. Possui filtro de água?

- (1) sim (2) não

56. Como é o destino de DEJETOS em sua residência?

- (1) Ligado à rua com rede de esgotos  
 (2) possui privada de fossa  
 (3) não possui privada

57. Como é o destino de LIXO em sua residência? (pode marcar mais de uma opção)

- (1) atendido pela coleta pública  
 (2) queimado  
 (3) enterrado  
 (4) exposto

58. Tem ANIMAIS em casa?

- (1) sim. Quais? ( ) cachorro ( ) gato ( ) outros: \_\_\_\_\_  
 (2) não  
 (3) NR (não respondeu)

59. Onde vive o animal?

- (1) dentro do domicílio  
 (2) no pátio (na rua)  
 (3) dorme na rua, mas entra em casa

60. O animal é vacinado com frequência (1 x ao ano)?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

61. O animal toma vermifugo com frequência (6/6 meses)?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

62. O animal é banhado com que frequência?

- (1) nunca é banhado  
 (2) banhado diariamente  
 (3) banhado semanalmente  
 (4) banhado mensalmente ou em maiores intervalos

63. Qual o tipo de alimentação?

- (1) ração (2) resto de comida (3) misto (ração e comida)

64. Costuma lavar as mãos após fazer carinho no animal?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

65. Se você come salada verduras e frutas, você costuma lavá-los antes de comer?

- (1) sim, apenas com água  
 (2) sim, com água sanitária  
 (3) não, nunca lavo

66. Você costuma trabalhar no jardim ou na horta?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

67. Você costuma lavar as mãos antes das refeições?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

68. Você costuma lavar as mãos SEMPRE após ir ao banheiro (obs: se responder "às vezes", marcar "não")?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

69. O senhor(a) tomou algum antiparasitário (remédio para vermes) no último mês?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

70. O senhor(a) tem costume de tomar antiparasitário (remédio para vermes) com frequência?

- (1) sim, uma vez ao ano  
 (2) sim, duas vezes ao ano  
 (3) não  
 (4) NR (não respondeu)

**DADOS DE SAÚDE: FUMO (TABAGISMO)**

71. Tem o hábito de fumar cigarro?

- (1) sim. Há quantos anos? \_\_\_\_\_  
 Nº médio de cigarros por dia: \_\_\_\_\_  
 Pretende parar? ( ) Sim ( ) Não
- (2) não atualmente, mas já fumou.  
 Parou de fumar há: ( ) dias: \_\_\_\_\_ ( ) meses: \_\_\_\_\_ ( ) anos: \_\_\_\_\_  
 Motivo: ( ) Vontade ( ) Problema de saúde ( ) pressão familiares/amigos ( ) outros \_\_\_\_\_  
 Fumou durante quantos anos? \_\_\_\_\_  
 Nº médio de cigarros por dia: \_\_\_\_\_
- (3) não, nunca fumou  
 (4) NR (não respondeu)

**DADOS DE SAÚDE: ÁLCOOL**

72. O senhor(a) consome algum tipo de bebida alcoólica?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

73. Se SIM, qual o tipo de bebida alcoólica que o senhor(a) MAIS consome? E a dose ingerida? (marcar mais de uma opção, se for o caso)

- (1) vinho tinto.  
 Quantidade em: copos: \_\_\_\_\_ ou cálices: \_\_\_\_\_ ou garrafas: \_\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês
- (2) vinho branco.  
 Quantidade em: copos: \_\_\_\_\_ ou cálices: \_\_\_\_\_ ou garrafas: \_\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês
- (3) cerveja com álcool.  
 Quantidade em: copos: \_\_\_\_\_ ou latas: \_\_\_\_\_ ou garrafas: \_\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês
- (4) cachaça.  
 Quantidade em: martelinhos: \_\_\_\_\_ ou copos: \_\_\_\_\_ ou garrafas: \_\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês
- (5) vodca.  
 Quantidade em: martelinhos: \_\_\_\_\_ ou copos: \_\_\_\_\_ ou garrafas: \_\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês
- (6) uísque.  
 Quantidade em: martelinhos: \_\_\_\_\_ ou copos: \_\_\_\_\_ ou garrafas: \_\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês
- (7) caipirinha.  
 Quantidade em: copos: \_\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês
- (8) outro. Qual(is)? \_\_\_\_\_  
 Quantidade em: martelinhos: \_\_\_\_\_ ou copos: \_\_\_\_\_ ou garrafas: \_\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês
- (9) outro. Qual(is)? \_\_\_\_\_  
 Quantidade em: martelinhos: \_\_\_\_\_ ou copos: \_\_\_\_\_ ou garrafas: \_\_\_\_\_ por: ( ) dia ( ) semana ( ) mês

74. Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentou ou sugeriu que estava bebendo demais?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

75. Alguma vez o senhor(a) tentou deixar de beber, mas não conseguiu?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

76. O senhor(a) já teve dificuldades no trabalho por causa da bebida? (ex: faltar ao trabalho ou estudo)

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

77. O senhor(a) tem se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

78. O senhor(a) já pensou alguma vez que estava bebendo demais?

- (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

**DADOS DE SAÚDE: IMUNIZAÇÃO (VACINAS)****79. IMUNIZAÇÃO** Verificada no cartão Informado pelo idoso ou cuidador**80. Vacinação anti-tetânica**

(1) Completa

(2) Incompleta

(3) Ausente

(4) Ignorado

Data da última dose: \_\_\_\_\_

Se negativo, especificar porque: \_\_\_\_\_

**81. Vacinação antinfluenza no último ano**

(1) sim. Ano: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

(2) não

(3) NR (não respondeu)

**82. Vacinação anti-pneumocócica**

(1) sim. Ano: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

(2) não

(3) NR (não respondeu)

**83. Vacinação contra febre amarela**

(1) sim. Ano: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

(2) não

(3) NR (não respondeu)



- 85. Quando o(a) senhor(a) acha que está doente o que faz primeiro para resolver o problema?**  
 (3) procura o médico  
 (4) pede ajuda ao ACS  
 (3) pede a opinião de outra pessoa  
 (4) usa remédios que tem em casa  
 (5) vai à farmácia e compra remédios  
 (6) Outro. Qual \_\_\_\_\_
- 86. Em relação aos medicamentos que usa atualmente, o(a) senhor(a) consegue todos os remédios que precisa tomar?**  
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- 87. De que forma consegue os seus remédios?**  
 (1) posto de saúde  
 (2) em Farmácias Comerciais/ Farmácia Popular  
 (3) em Farmácia de Manipulação  
 (4) ganha do seu médico
- 88. Quando o(a) senhor(a) toma o seu remédio, como sabe que aquele é o certo?**  
 (1) cor (2) rótulo (3) tamanho (4) marca (5) outro: \_\_\_\_\_
- 89. O(A) Sr(a) entende o que está escrito na sua receita?**  
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- 90. Onde o(a) Sr(a) costuma guardar os seus remédios?**  
 (1) quarto (2) banheiro (3) cozinha (4) outro: \_\_\_\_\_
- 91. Com que tipo de líquido você costuma ingerir o medicamento?**  
 (1) sem líquido (2) água (3) suco (4) refrigerante (5) leite (6) café (7) chá (8) cerveja/ vinho/ cachaça
- 92. Você costuma utilizar algum CHÁ como tratamento natural ou caseiro?**  
 (1) sim. Quais e para qual tratamento? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (2) não
- 93. O(A) senhor(a) alguma vez se esquece de tomar os seus remédios?**  
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- 94. Se o(a) senhor(a) esquece de tomar os seus remédios, o que o(a) Sr.(a) faz?**  
 (1) não toma (2) toma assim que lembra (3) toma a próxima dose dobrada  
 (4) NR (não respondeu)
- 95. O senhor(a) é descuidado com os horários de tomar os seus remédios?**  
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- 96. Quando o senhor(a) está se sentindo melhor, às vezes para de tomar os seus remédios?**  
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)
- 97. Em algum momento, se o senhor(a) se sentiu mal, parou de tomar os seus remédios? (sentiu dor de cabeça, ou tontura ou enjôo e então resolveu não tomar seu remédio)**  
 (1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica juntamente com o Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul estão desenvolvendo um projeto de pesquisa sob o título de: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.

A proposta desse projeto surgiu devido ao aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT –, demências, osteoporose, diabetes, hipertensão arterial, obesidade, síndrome metabólica e agravos a saúde oriundo do próprio processo de envelhecimento (alterações nutricionais, antropométricas e de pele), bem como as infecções parasitárias, que ainda são um grave problema de saúde pública no Brasil, em comunidades mais carentes. Além disso, idosos portadores dessas doenças têm um risco mais elevado de perda de qualidade de vida e morte.

Essa pesquisa pretende contribuir tanto para o melhor conhecimento dessas doenças, como também para prevenção e tratamento mais eficaz dessas das mesmas em idosos de Porto Alegre.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, por encontrar-se dentro dos critérios de inclusão deste projeto.

Os participantes desta pesquisa serão submetidos a um questionário para obtenção de informações como identificação, estilo de vida, dados nutricionais, antropométricos, dermatológicos, prática de atividade física, saúde, história de doenças, uso de medicação e dados socioeconômicos e culturais. Além disso, será coletado sangue para a análise genética e bioquímica, o que causará um leve desconforto temporário devido à picada da agulha, havendo possibilidade de formação de um pequeno hematoma na região da coleta. Também serão coletados fezes e urina, que não oferecerão nenhum risco. Todos os participantes serão avaliados por uma equipe multidisciplinar (geriatra, psiquiatra, psicólogo, dermatologista, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico).

Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob a tutela e total responsabilidade dos pesquisadores deste projeto, podendo a qualquer momento ser consultados e/ou eliminados da pesquisa, caso você desista da sua participação como voluntário(a). Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer fase, sem que isso leve à penalização alguma ou a qualquer prejuízo posterior a você ou a sua família.



Todos os resultados serão entregues para a unidade da ESF ao qual o idoso pertence.

Esta pesquisa praticamente não determina risco adicional ou dano à sua saúde, e sua participação é isenta de remuneração ou ônus. No caso dos idosos que forem submetidos a biópsia de pele, no momento do exame podem ocorrer alguns desconfortos, como dor local, pequeno risco de sangramento, hiperemia no local.

Os pesquisadores envolvidos no Projeto garantem a você o direito a qualquer pergunta e/ou esclarecimentos mais específicos dos procedimentos realizados e/ou interpretação dos resultados obtidos nos exames.

Existem benefícios imediatos, já que os resultados desta avaliação servem como uma revisão médica gratuita, além de aquisição de informações e orientações sobre prevenção de doenças. Além disso, você participando desta pesquisa estará contribuindo na identificação de possíveis fatores que levam a uma maior predisposição às patologias e morbidades investigadas neste projeto, possibilitando a melhoria do conhecimento e entendimento delas, permitindo a prevenção e atenuação desse problema na nossa população.

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo eu, \_\_\_\_\_ portadora da CI \_\_\_\_\_ certifico que o responsável pelo projeto, Irenio Gomes da Silva Filho, responderá a todas as minhas perguntas sobre o estudo e minha condição, e eu, voluntariamente, aceito participar dele, pois reconheço que:

1º) Foi-me fornecida uma cópia das informações ao paciente, a qual eu li e compreendi por completo.

2º) Fui informado(a) dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento no qual estarei envolvido(a), dos riscos ou desconfortos previstos, tanto quanto os benefícios esperados.

3º) Está entendido que eu posso retirar-me do estudo a qualquer momento, e isso não afetará meus cuidados médicos ou de parentes meus no presente e no futuro.

4º) Entendi que ao participar do estudo responderei a um questionário adicional, serei examinado(a) clínica e laboratorialmente. O desconforto que poderei sentir é o da picada da agulha e a formação de um pequeno hematoma.

5º) Todas as informações a meu respeito serão confidenciais.

6º) Fui informado(a) que caso existam danos à minha saúde, causados diretamente pela pesquisa, terei direito a tratamento médico e indenização conforme estabelece a lei.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

7º) Foi-me garantido(a) que não terei gastos em participar do estudo.

8º) Foi-me dada a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou qualquer dúvida acerca dos riscos e benefícios da pesquisa e de meu tratamento. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei chamar os pesquisadores integrantes da equipe de pesquisa pelo telefone (51) 3320-5120. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado(a) pela minha participação, poderei chamar Irenio Gomes da Silva Filho no telefone (51) 3320-3000, ramal: 3090.

Concordo que os meus dados obtidos neste estudo sejam documentados. Declaro ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente/representante legal: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pesquisador(a) responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Porto Alegre-RS, por \_\_\_\_\_, enquanto eu estava presente.

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ANEXO A – CTQ

Identificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um X na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	•	•	•	•	•
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	•	•	•	•	•
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.	•	•	•	•	•
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	•	•	•	•	•
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	•	•	•	•	•
6. Eu tive que usar roupas sujas.	•	•	•	•	•
7. Eu me senti amado(a).	•	•	•	•	•
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	•	•	•	•	•
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	•	•	•	•	•
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	•	•	•	•	•
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	•	•	•	•	•
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas	•	•	•	•	•

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	•	•	•	•	•
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	•	•	•	•	•
15. Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente.	•	•	•	•	•
16. Eu tive uma ótima infância.	•	•	•	•	•
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	•	•	•	•	•
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	•	•	•	•	•
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	•	•	•	•	•
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	•	•	•	•	•
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	•	•	•	•	•
22. Eu tive a melhor família do mundo.	•	•	•	•	•
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	•	•	•	•	•
24. Alguém me molestou.	•	•	•	•	•
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	•	•	•	•	•
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	•	•	•	•	•
27. Eu acredito que fui abusado(a) sexualmente.	•	•	•	•	•
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	•	•	•	•	•

## ANEXO B – GDS-15 (Escala de Depressão Geriátrica)



57120

ID: 

5

**PENCE** - PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL

Secretaria Municipal de Saúde – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA**

Nome **GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS-15)**

Nº do cadastro ESF  Data da entrevista  /  / 20

Equipe ESF

1. Você se sente satisfeito(a) com sua vida?  Sim  Não
2. Você interrompeu muitas de suas atividades?  Sim  Não
3. Você sente sua vida vazia?  Sim  Não
4. Você se sente aborrecido com frequência?  Sim  Não
5. Você se sente bem com a vida na maior parte do tempo?  Sim  Não
6. Você teme que algo ruim lhe aconteça?  Sim  Não
7. Você se sente alegre a maior parte do tempo?  Sim  Não
8. Você se sente desamparado com frequência?  Sim  Não
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?  Sim  Não
10. Você acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?  Sim  Não
11. Você acha que é maravilhoso estar vivo(a)?  Sim  Não
12. Você se sente inútil?  Sim  Não
13. Você se sente cheio/a de energia?  Sim  Não
14. Você se sente sem esperança?  Sim  Não
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?  Sim  Não

**ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS**

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

OF.CEP-127/10

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2010.

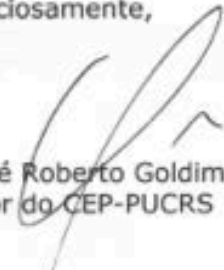
Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/04967 intitulado **“Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família (ESF) do município de Porto Alegre”**.

Sallentamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Roberto Goldim  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.  
Prof. Irenio Gomes da Silva Filho  
IGG  
Nesta Universidade

**PUCRS** | **Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: cep@pucrs.br  
www.pucrs.br/prppg/cep

## ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E TRANSTORNOS DE HUMOR EM IDOSOS

**Pesquisador:** Eduardo Lopes Nogueira

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 57348216.8.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.760.705

#### Apresentação do Projeto:

O pesquisador principal do estudo "RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E TRANSTORNOS DE HUMOR EM IDOSOS" encaminhou ao CEP-PUCRS reposta as pendências do parecer parecer nº 1.640.04 emitidas por esse CEP em 30/09/2016.

#### Objetivo da Pesquisa:

O pesquisador principal do estudo "RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E TRANSTORNOS DE HUMOR EM IDOSOS" encaminhou ao CEP-PUCRS reposta as pendências do parecer parecer nº 1.640.04 emitidas por esse CEP em 30/09/2016.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador principal do estudo "RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E TRANSTORNOS DE HUMOR EM IDOSOS" encaminhou ao CEP-PUCRS reposta as pendências do parecer parecer nº 1.640.04 emitidas por esse CEP em 30/09/2016.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador principal do estudo "RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E TRANSTORNOS DE HUMOR EM IDOSOS" encaminhou ao CEP-PUCRS reposta as pendências do parecer parecer nº 1.640.04 emitidas por esse CEP em 30/09/2016.

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 1.760.705

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

Todos os termos foram apresentados.

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

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_687554.pdf	30/09/2016 14:54:10		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_CEP.PDF	29/09/2016 11:02:13	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Outros	Pendencias_Resposta.pdf	12/08/2016 16:15:14	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Outros	Gabriel_Gomes.pdf	20/06/2016 12:23:47	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Outros	Francisco_Jose.pdf	20/06/2016 12:23:23	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Outros	Lucas_Spanemberg.pdf	20/06/2016 12:22:20	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Outros	Fernanda.pdf	20/06/2016 12:21:31	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Outros	Alfredo_Cataldo.pdf	20/06/2016 12:21:13	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Outros	Paula_Engroff.pdf	20/06/2016 12:20:51	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Outros	Eduardo_Lopes_Nogueira.pdf	20/06/2016 12:20:34	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Outros	Marta_Novelo.pdf	20/06/2016 12:20:17	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_conhecimento_responsavel.pdf	30/05/2016 12:22:55	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Outros	Carta_declaracao.pdf	30/05/2016 12:19:57	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/05/2016 12:19:06	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.760.705

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	04/05/2016 10:31:15	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.PDF	04/05/2016 10:20:49	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.PDF	04/05/2016 10:20:33	Eduardo Lopes Nogueira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 04 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Denise Cantarelli Machado**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

## ANEXO E – SIPESQ



**SIPESQ**  
Sistema de Pesquisas da PUCRS



Código SIPESQ: 6729

Porto Alegre, 15 de setembro de 2015.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "RELAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E TRANSTORNOS DE HUMOR EM IDOSOS" coordenado por EDUARDO LOPES NOGUEIRA. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

## ANEXO F – Submissão do artigo para o periódico *Journal of Affective Disorders*

### Manuscript Details

<b>Manuscript number</b>	JAD_2017_1083
<b>Title</b>	Effects of childhood trauma and multiple maltreatment experiences on the development of depression in the elderly
<b>Article type</b>	Research Paper

### Abstract

Background: Childhood maltreatment is a risk factor for depression in non-elderly individuals. We investigated the effect of childhood abuse and neglect on the development of geriatric depression and its severity in socioeconomically disadvantaged individuals. Methods: A cross-sectional study investigated 449 individuals aged 60–103 years sorted by data using the enrollment list health coverage from the city of Porto Alegre, Brazil. The fifteen-item Geriatric Depression Scale was used to assess depression. The Childhood Trauma Questionnaire was used to identify emotional and physical neglect, in addition to emotional, physical, and sexual abuse. Results: Geriatric depression was associated with emotional and physical abuse and neglect. Emotional abuse and neglect, as well as physical abuse, increased the odds of an individual developing severe depression with two to five maltreatment types. Similar correlations were observed for combined forms of maltreatment, producing mild to moderate symptoms. Similar trends were observed for severe symptoms in a limited number of cases. Limitations: The cross-sectional design limit causal inference. Retrospective measurement of childhood maltreatment may increase recall and response bias. Conclusions: Late-life depression and its severity significantly correlated with the extent of childhood emotional and physical abuse and neglect. Thus, research should focus on supporting trauma survivors late in life, particularly when they come from low or middle income countries because these patients have higher rates of depression in elderly populations.

<b>Keywords</b>	childhood trauma; child abuse; maltreatment; depression; aged; elderly
<b>Corresponding Author</b>	Eduardo Nogueira
<b>Corresponding Author's Institution</b>	Pontfícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
<b>Order of Authors</b>	Marta Novelo, Armin von Gunten, gabriel jardim, Lucas Spanemberg, Irani Argimon, Eduardo Nogueira
<b>Suggested reviewers</b>	Rodrigo Grassi-Oliveira, Hagop Akiskal, Lia Fernandes, Sergio Blay

### Submission Files Included in this PDF

#### File Name [File Type]

27Junho\_CLetter.docx [Cover Letter]

27Junho\_HL.docx [Highlights]

27Junho\_Abstract.docx [Abstract]

27Junho\_Rev\_7Manuscript.docx [Manuscript File]

Tab1and2.docx [Table]

27Junho\_CONFLICT\_INT.docx [Conflict of Interest]

Rev27Junho\_Author Disclosure.docx [Author Statement]

27JunhoTitlePg.docx [Supplementary Material]

To view all the submission files, including those not included in the PDF, click on the manuscript title on your EVISE Homepage, then click 'Download zip file'.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Dear Editors,

We submitted a concise manuscript "**Effects of childhood trauma and multiple maltreatment experiences on the development of depression in the elderly**" showing robust findings of single and multiple childhood maltreatment experiences as predictors of late-life depression community-living Brazilian elderly. The hypotheses regarding the depressogenic effect of childhood trauma were examined in a sample characterized by economic and educational deprivation. We find no another study elderly samples investigating this subject in study on this subject.

The following topics summarize the main results:

- Emotional and physical maltreatment experiences during childhood predicted current depression in socioeconomic disadvantaged elderly.
- Geriatric depression was associated with emotional and physical neglect and abuse.
- Emotional abuse predicted depression with the highest magnitude of severe symptoms.
- Emotional neglect and physical abuse predicted mild to moderate and severe symptoms.
- The risk of geriatric depression rose in a dose-response relationship according the increase of reported maltreatment from 2 to 5.

**Word count: 2.963**

**Authors participation:** Study conception and design: **Novelo, M; von Gunten, A; Jardim GBG; Argimon ILL; Nogueira, EL.** Data acquisition: **Novelo, M; Jardim GBG; Spanemberg, L; Nogueira, EL.** Data analysis and interpretation: **Novelo, M; von Gunten; Jardim GBG; Spanemberg, L; Nogueira, EL.** Manuscript drafting and revisions: **Novelo, M; von Gunten, Jardim GBG; Spanemberg, L; A; Argimon, ILL; Nogueira, EL.** Final paper preparing and review: **Novelo, M; von Gunten, Jardim GBG; Spanemberg, L; A; Jardim GBG; Argimon, ILL; Nogueira, EL.**

\* Eduardo L Nogueira (corresponding author):

Email: [mdcedln@gmail.com](mailto:mdcedln@gmail.com) / Phone: 55 51 33203367 or 33536031

Address: Avenida Ipiranga 6690, 309, Porto Alegre, Brazil / Zipcode: 90619-900

With kind regards

Eduardo L Nogueira