

ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

ADRIANA DA SILVA LESSA

**AS INTERRELAÇÕES ENTRE GÊNERO E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM UMA
AMOSTRA COMUNITÁRIA DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE RS/BRASIL**

Porto Alegre
2017

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

ADRIANA DA SILVA LESSA

**AS INTERRELAÇÕES ENTRE GÊNERO E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
UMA AMOSTRA COMUNITÁRIA DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE RS/BRASIL**

Porto Alegre

2017

ADRIANA DA SILVA LESSA

**AS INTERRELAÇÕES ENTRE GÊNERO E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
UMA AMOSTRA COMUNITÁRIA DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE RS/BRASIL**

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

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Porto Alegre

2017

Ficha Catalográfica

L638i Lessa, Adriana da Silva

As interrelações entre gênero e sintomatologia depressiva em uma amostra comunitária de idosos do município de Porto Alegre RS/Brasil / Adriana da Silva Lessa . – 2017.

51 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

1. Envelhecimento. 2. Identidade de gênero. 3. Depressão. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Saúde Pública. I. Cataldo Neto, Alfredo. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecária responsável: Saete Maria Sartori CRB-10/1363

RESUMO

Este é um estudo transversal de coleta prospectiva que teve como objetivo principal avaliar as relações entre a sintomatologia depressiva, gênero e os dados sociodemográficos (estado civil, renda e anos de escolaridade) que permeiam uma amostra comunitária de idosos cadastrados pelo programa Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre-RS/Brasil. A amostra foi composta por 301 idosos com média de idade de 71,1 anos, predominantemente mulheres (71,8%). Este trabalho está vinculado à linha de pesquisa Envelhecimento e Saúde Mental do Programa de Pós-graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da PUCRS. Os dados foram obtidos através de entrevista estruturada (dados sociodemográficos coletados através do questionário geral) e da aplicação do instrumento GDS-15 (rastreamento de sintomas depressivos). **RESULTADOS:** Possuir renda individual maior que um salário mínimo é fator protetivo na ocorrência de menor proporção de sintomas depressivos (42%), quando comparados com quem não possui renda. Os idosos que apresentaram renda individual menor que um salário mínimo também tem uma redução na prevalência de sintomas depressivos em 35%, quando comparados com os que não possuem renda. Além da renda individual, idosos que usam a leitura/escrita no seu cotidiano apresentam uma redução na prevalência de sintomatologia depressiva em 21%. A variável com maior significância estatística que distingue os dois gêneros foi estado civil. Para homens, não ter companhia aumenta a prevalência de depressão em 82% (RP=1,82; IC 95%: 1,20 – 2,76; p=0,005). Para as mulheres, o estado civil não foi um preditor significativo (RP=1,01; IC 95%: 0,79 – 1,29; p=0,948).

Palavras-chave: Envelhecimento. Identidade de gênero. Depressão. Estratégia Saúde da Família. Saúde Pública.

ABSTRACT

This is a cross section study of prospective data gathering with the main objective of analyzing the relation between depressive symptomatology, gender and sociodemographic (marital status, income and scholarship) conditions that exist in a sample of an elderly community enrolled in the Family Health Strategy (ESF) program of the city of Porto Alegre-RS/Brazil. The sample was comprised of 301 elderly people, with an average age of 71,1 years, predominantly women (71,8%). This paper is attached to the Aging and Mental Health Program line of research of the Post-Graduate Program of the Geriatrics and Gerontology Institute (IGG) of the PUC-RS University. The data was gathered through structured interviews (sociodemographic data collected by questionnaire forms), and by application of the GDS-15 instrument (depressive symptom tracking). **RESULTS:** Possessing an average income of over one minimum wage is a protective factor, decreasing the occurrence of depressive symptoms (42%) when compared to those with no income. Elderly with individual income of less than one minimum wage also presented a reduction in the occurrence of depressive symptoms of 35% when compared to those with no income. Besides individual income, elderly with daily use of reading and writing also presented a reduction in the occurrence of depressive symptoms of 21%. The biggest significance variable that distinguishes both genders was marital status. In men, the lack of companionship increase depression by 82% (RP=1,82; IC 95%: 1,20 – 2,76; p=0,005). In women, marital status wasn't a significant indicator of depression (RP=1,01; IC 95%: 0,79 – 1,29; p=0,948).

Keywords: Aging. Gender Identity. Depression. Family Health Strategy. Public Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DE LITERATURA	8
3	OBJETIVOS	14
3.1	OBJETIVO GERAL	14
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4	MATERIAL E MÉTODO	15
4.1	DELINEAMENTO	15
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	15
4.3	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	16
4.3.1	Critérios de inclusão	16
4.3.2	Critérios de exclusão	16
4.4	VARIÁVEIS	16
4.4.1	Dependentes	16
4.4.2	Independentes	16
5	RESULTADOS	17
5.1	ARTIGO 1	17
6	CONCLUSÕES	38
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	40
	ANEXO A - GDS-15	42
	ANEXO B - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA PUCRS	43
	ANEXO C - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO À REVISTA PSICO	47
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO GERAL PENCE	48
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	50

1 INTRODUÇÃO

No decorrer dos últimos anos ocorreram acentuadas modificações nas condições socioeconômicas e de saúde da população mundial e, conseqüentemente, na estrutura demográfica, acarretando um crescimento expressivo da população idosa, o que provoca um aumento de pessoas com risco de adquirir doenças neurológicas e psiquiátricas. Ocorrido inicialmente em países desenvolvidos e, recentemente, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea em quase todo o mundo (WHO, 2011). No Brasil, o número de idosos dobrou entre 1960 e 1975, fato novamente observado em 2002. Estima-se que o número de idosos alcançará 32 milhões em 2020 (IBGE, 2010). Com o crescimento da população acima de 60 anos, é necessário um olhar atento para os problemas sociais e de saúde desses sujeitos. A área da saúde mental se ocupa da pesquisa, avaliação e monitoramento da morbidade dos transtornos psiquiátricos, em especial aqueles que causam impacto em saúde pública. Sendo os transtornos de humor altamente incapacitantes e com alta prevalência no decorrer do processo de envelhecimento é imprescindível uma literatura científica de qualidade e que abarque o ser humano enquanto ser integral, vislumbrando seu contexto bio-psico-social. Desta forma, voltar nossa atenção para as questões sociodemográficas que permeiam os diagnósticos psiquiátricos entre os idosos além de uma questão de prevenção na saúde pública é essencial do ponto de vista holístico e humanizado pregado pelo Ministério da Saúde dentro das políticas de atenção do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2012).

Existem classificações de envelhecimento que guiam o prejuízo do processo do envelhecer. O envelhecimento primário aborda o processo inevitável de deteriorização física dos corpos, enquanto o envelhecimento secundário diz respeito ao envelhecimento com patologias e maus hábitos envolvidos que poderiam ser evitados. A idade funcional do idoso seria uma medida avaliativa da capacidade de autonomia do ser em comparação com outro de mesma idade cronológica (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

No campo dos transtornos psiquiátricos, a depressão é a patologia neuropsiquiátrica com maior prevalência na população idosa, sendo diagnosticada em 15% na população geral, entre 2% e 14% em idosos vivendo em comunidade e até 30% em idosos institucionalizados (FRADE et al., 2015). Por acarretar prejuízo no sujeito e considerável desgaste nos familiares e cuidadores é necessário um olhar sobre esse fenômeno do envelhecimento humano.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento populacional segundo o IBGE (2013) é progressivo. Em 2030 é provável que o Brasil tenha 40 milhões de idosos, ou seja, a maioria da população brasileira. Atualmente o Japão lidera o posto de maior expectativa de vida mundial, apresentando longevidade e expectativa de vida maior e mais saudável em relação aos demais países. O Brasil ocupa o ranking mundial nas posições 81 em longevidade e 111 em expectativa de vida (MORIGUCHI, 2008).

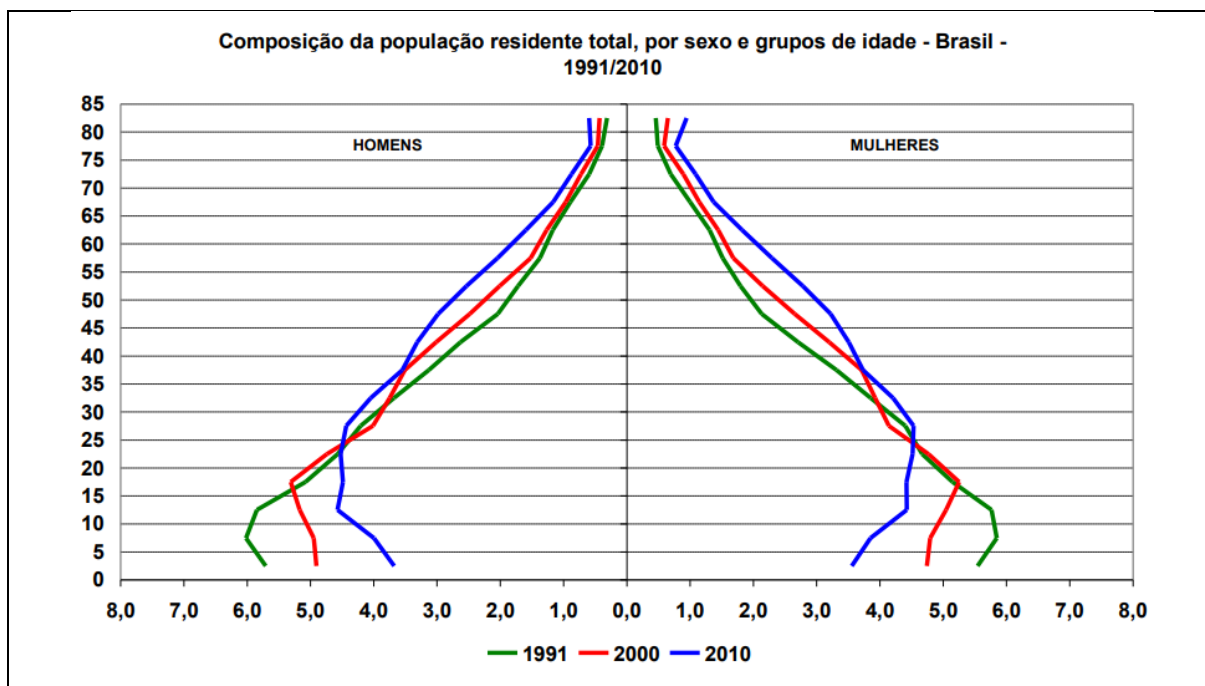
Até agora, o envelhecimento da população esteve muito associado às regiões mais desenvolvidas do mundo. Por exemplo, nove entre dez países com população maior de 10 milhões e maior proporção de habitantes idosos estão na Europa. Espera-se pouca mudança nesta ordem até 2025, quando os indivíduos com 60 anos ou mais irão formar aproximadamente um terço da população de países como Japão, Alemanha e Itália, seguidos de perto por outros países europeus [...] A proporção de dependência na 3ª idade está mudando rapidamente em todo o mundo. No Japão, por exemplo, existem 39 pessoas acima de 60 anos para cada 100 pessoas entre 15 e 60 anos atualmente. Em 2025 este número aumentará para 66. (WHO, 2005, p. 9-10).

Merece destaque o fato de que os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, também estão acompanhando o aumento do índice de envelhecimento populacional, como é o caso dos países desenvolvidos. Esse fenômeno vem acompanhado de mudanças na estrutura econômica e familiar da população de países em desenvolvimento. O tempo de trabalho, as migrações dos jovens, famílias cada vez menores e o aumento da força de trabalho da mulher no mercado indicam que há menos pessoas com disponibilidade para exercerem o papel de cuidadores de idosos. Isso significa uma nova forma de envelhecer, o “envelhecimento ativo” dessa população, que deve possuir autonomia, se auto cuidar e possivelmente trabalhar por um período de tempo mais longo (WHO, 2005).

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (WHO, 2005, p. 13).

Segundo o IBGE (2010) é perceptível uma mudança que acontece de forma acelerada da pirâmide etária do Brasil. O processo de envelhecimento que o país iniciou ocorrerá durante trinta anos, deixando de ser uma república majoritariamente jovem para se tornar um país de velhos. O gráfico abaixo demonstra essa mudança no decorrer dos anos:

Figura 1 - Envelhecimento populacional



Perante este cenário nacional – mudança do perfil epidemiológico e aumento da expectativa de vida é importante abordar como as políticas de saúde se organizam.

A Política Nacional de Atenção Básica prevê o acesso universal do cidadão, onde acolhe o usuário pela sua porta de entrada aos serviços de saúde, promovendo a escuta da queixa e o vínculo equipe-usuário. O trabalho é gerido de forma multidisciplinar e interdisciplinar, além de ser estimulada a participação do cidadão com intuito de ampliar a autonomia sobre o cuidado em saúde individual e da coletividade do território (BRASIL, 2010).

As estratégias de Saúde adotadas pelo governo federal já visavam a modificação do sistema de Saúde desde a década de 90. Uma das formas de organizar e promover o cuidado do Idoso foi construída, ao longo dos anos, na implementação do Programa Saúde da Família (ESF). O programa conta com equipe multidisciplinar responsável pela assistência de um número definido de famílias referenciadas geograficamente à unidades básicas de saúde de determinada região que, a partir dos parâmetros da Portaria 2488/2011, deve se organizar da seguinte forma: Agentes Comunitários de Saúde para cobrir 100% do território, sendo que cada equipe da Estratégia conta com até 12 agentes comunitários, não sendo recomendado

ultrapassar esse número máximo. O ideal é cada equipe ESF seja responsável pelo acompanhamento de 4.000 pessoas, sendo 3.000 o nível ótimo. Quanto maior o grau de vulnerabilidade da população atendida, menos pessoas devem ser atendidas pela equipe com a finalidade de ter uma atenção especial a cada caso (BRASIL, 2012). As ações da ESF para a população idosa preconizam os norteadores da Política Nacional do Idoso – estabelecida na Portaria Ministerial 2.528/2006.

A Política Nacional do Idoso considera idoso todo cidadão com 60 anos ou mais e visa assegurar os direitos sociais desse indivíduo. Defere como dever da família e da sociedade a segurança dos direitos da cidadania, direito à vida e a garantia de participação social/comunitária do velho, além de prioridade em atendimentos dos órgãos públicos e privados prestadores de serviços, como hospitais, laboratórios de análises clínicas e postos de saúde (BRASIL, 2010).

Com esses princípios em mente podemos afirmar que é de suma importância o papel da Gerontologia no atravessamento das demais profissões, sendo o profissional capacitado na área gerontológica apto a lidar com as complexidades do processo do envelhecer e atuante com o olhar diferenciado no processo saúde-doença do idoso - prezando, informando e reforçando a qualidade de vida e os hábitos saudáveis do mesmo. Sendo um termo cunhado por Metchnikoff em 1903, biólogo russo vencedor do prêmio Nobel em Fisiologia ou Medicina por seus estudos sobre imunidade, a Gerontologia deriva do grego *gero*(velho) e se atém ao estudo do envelhecimento com enfoque multi e interdisciplinar vislumbrando as questões genéticas, sócio-culturais, políticas, psicológicas e históricas desse ciclo (GONÇALVES, 2007).

Pensando no enfrentamento para preservar a saúde do idoso no município de Porto Alegre, em maio de 2014 a lei 11.155, de 11 de novembro de 2011, foi regulamentada na cidade. Essa lei tem como carro-chefe o Programa de Envelhecimento Ativo que objetiva contemplar a assistência integral ao idoso, estimular a qualidade de vida e os hábitos saudáveis na população, além de favorecer atividades que auxiliem na conquista dessa qualidade de vida saudável (PORTO ALEGRE, 2013).

Os profissionais da gerontologia são fortes agentes colaboradores no empoderamento do idoso perante a sua própria vida e diante da sociedade. A promoção de saúde e bons hábitos é o tema central no discurso desses trabalhadores.

É esperado dos gerontólogos em suas ações profissionais, um perfil de: compreensão do significado social da ação gerontológica; apreensão histórico-crítica do processo do envelhecimento humano; competência teórico-crítica, técnico-operativa, ético-política; abertura às mudanças e valer-se de imaginação e criatividade em suas ações; compreensão da natureza interdisciplinar da gerontologia para a busca de ações compatíveis de ensino, pesquisa e extensão/assistência; consideração ao sujeito de suas ações, a pessoa do idoso, como o protagonista da ação benfeitora; entre outros (GONÇALVES, 2007, p. 13).

Desta forma, entende-se que a sintomatologia depressiva no contexto da população idosa, mostra-se campo fértil para estudos tendo como escopo o estabelecimento de relação esse fenômeno e suas variáveis. Assim este trabalho abordar a sintomatologia depressiva em idosos e as características sociodemográficas que acentuam a prevalência desse fenômeno. Na literatura nacional e internacional encontramos relação entre gênero e depressão, tanto na população jovens quanto nos idosos. Essa ocorrência traz a problematização das diferenças atribuídas a cada sexo no processo diagnóstico sob olhar dos estudos de gênero.

Com a alta prevalência de transtornos mentais e a maior longevidade encontrada em mulheres podemos nos questionar se essa condição se dá unicamente por fatores genéticos ou se existe o atravessamento da cultura nesses índices. Estudos sobre as relações de gênero e a velhice apontam disparidades entre as formas de exercício do ser mulher e do ser homem, mostrando características como: baixa estima vivenciada pelos homens idosos, autonomia e liberdade feminina, busca de conhecimento em educação em saúde pelas mulheres idosas. O interessante a ser observado é que discussões de gênero são amplamente debatidas na faixa etária reprodutiva de homens e mulheres, sendo muitas vezes esquecidas na velhice – onde a bibliografia encontrada é consideravelmente menor. É importante desmistificar o estereótipo de idoso assexuado e isolado socialmente, desta forma se torna fundamental o olhar para os papéis de gênero no curso do envelhecimento a fim de transgredir essas limitações (FIGUEIREDO et al., 2007). Os papéis sociais de gênero ainda estão muito fortes em nossa sociedade, até mesmo entre os jovens, mas o peso entre a população mais velha é potencialmente relevante - onde se observa que comportamentos sexistas permeiam o imaginário e a cristalização de comportamentos nos idosos é visível. Fernandes (2009) mostra que idosos demandam tanto para si como para seu cônjuge papéis socialmente aceitos, predominando o universo público ao homem e o privado à mulher. O universo público diz respeito ao trabalho, as atividades comunitárias e de liderança, enquanto o universo privado prioriza o cuidar dos demais e dos afazeres domésticos.

Aprofundando os aspectos psicológicos na velhice, os transtornos de humor depressivo são classificados pelo DSM-V da Associação de Psiquiatria Americana (2014) em: transtorno disruptivo da desregulação do humor; transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior); transtorno depressivo persistente (distímia); transtorno disfórico pré-menstrual; transtorno depressivo induzido por substância/medicamento; transtorno depressivo devido outra condição médica; outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Diferentemente da edição anterior do DSM, em sua quarta versão, na nova edição o capítulo dos transtornos depressivos foi separado dos transtornos bipolares e transtornos relacionados. A característica que atravessa os dois transtornos é a presença de humor triste, sensação de vazio e irritabilidade, seguidas de alterações somáticas e cognitivas que trazem prejuízos no funcionamento do sujeito. Já o que os diferencia são aspectos de sua duração, momento ou etiologia.

A patologia psiquiátrica com maior prevalência em idosos é a depressão. No Brasil, Conte e Souza (2009) traçaram o perfil epidemiológico da doença em idosos pertencentes a área de abrangência do Programa Saúde da Família no município de São José, em Santa Catarina, além de compararem com idosos moradores de uma instituição de longa permanência. Os principais fatores de risco para depressão encontrados em seu estudo foram o abandono familiar, o sedentarismo, as doenças físicas, as perdas/luto, além das questões econômicas que possuem grande peso nessa questão. O maior índice da patologia foi diagnosticado nas mulheres idosas acima de 80 anos que se encontram asiladas. No Rio Grande do Sul, Nogueira et al. (2014) estudaram uma amostra semelhante. Os seguintes resultados foram encontrados:

A prevalência de depressão foi de 30,6% (IC95% 26,9 a 34,3%). Predominaram mulheres (63,8%) e a média de idade foi de 69,4 anos (DP 7,31 anos), com frequências decrescentes de depressão entre 60 e 69 anos (56,4%), 70 e 79 anos (33,2%) e 80 anos ou mais (10,5%). Quanto à escolaridade, 21,8% eram analfabetos (incluindo os analfabetos funcionais), 40,2% possuíam entre um e três anos de estudo, 21,7%, entre quatro e sete anos e 16,3%, mais de oito anos de estudo. Baixa renda pessoal (< 2 salários mínimos – SM) foi encontrada em 89,5% dos idosos. Os idosos, na maioria, referiram ser brancos (64,9%), seguidos por negros (19,9%) e pardos (12,1%). A maioria (64,8%) estava aposentada. Predominaram os casados (36,1%) e viúvos (30,6%). A maioria referiu ser praticante de sua fé (67,7%) e de religião católica (66,6%). A autopercepção da saúde regular foi observada por 55,7% dos idosos e 10,0% referiram saúde ruim ou péssima (NOGUEIRA et al., 2014).

Estudos europeus de grande impacto tentam compreender os mecanismos psicológicos, genéticos, socioculturais e hormonais da depressão ser mais prevalente em

mulheres que em homens. Fatores socioculturais (como experiências adversas na infância) em combinação com processos de socialização e fatores psicológicos (como vulnerabilidade aos eventos adversos da vida e habilidades de enfrentamento) são os principais fatores que diferenciam os gêneros na prevalência de depressão. Conclui-se também que fatores genéticos não pareceram contribuir com um risco aumentado de depressão em mulheres, enquanto efeitos hormonais teriam uma relação válida, mas pequena. É observado que mulheres geralmente contam com maior rede de apoio, mas também vivenciam um maior impacto negativo gerado por estas relações sociais do que homens. A diferença entre os gêneros na necessidade de inserção social pode ser uma reflexão da diferença na necessidade de compartilhar sentimentos, problemas e eventos da vida. A necessidade de inserção social pode ser também uma consequência da depressão, pelos sintomas de solidão e de sentir-se inútil (HAMMARSTROM et al., 2009; VELD, BRACKE, LEVECQUE, 2010; SONNENBERG et al., 2012).

Durante a busca bibliográfica podemos perceber que estudos que abordam as relações de gênero e a sintomatologia depressiva/depressão são comuns na Europa, mas precários na realidade latino-americana. Desta forma se faz necessário elucidar os mecanismos que mediam as sintomatologias depressivas com pesquisas que englobam e aprofundam a temática com a população de homens e mulheres brasileiros, por isso reforça-se a importância do presente estudo para confirmar, refutar ou acrescentar novos achados.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O trabalho tem como objetivo geral investigar a associação entre as variáveis sociodemográficas de gênero, anos de estudos, estado civil e renda individual, presentes no questionário sociodemográfico e a sintomatologia depressiva analisada pelo resultado do GDS-15 em uma amostra comunitária de pacientes idosos cadastrados e em acompanhamento no programa Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar se as características sociodemográficas (gênero, estado civil, renda e anos de estudo) da amostra de idosos podem influenciar na sintomatologia depressiva dos idosos cadastrados e em acompanhamento no Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre.
- Comparar, através das respostas do questionário sociodemográfico e do *score* do GDS-15, a frequência da sintomatologia depressiva apresentada por mulheres e homens idosos e discutir o indicativo da maior ocorrência de depressão em mulheres, como encontrado na literatura científica nacional e internacional, com foco na população idosa.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

Este projeto é um adendo do Subprojeto 3 “Influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos” do Programa de Envelhecimento Cerebral (PENGE), que é um programa assistencial, desenvolvido a partir de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para monitoramento e assistência da saúde mental.

O estudo é descritivo, transversal e contou com coleta prospectiva a qual foi submetida a análise quantitativa. Os dados foram coletados através de instrumentos aplicados nos pacientes - questionário sociodemográfico (APÊNDICE A) e GDS-15 (ANEXO A). A coleta foi realizada no município de Porto Alegre (RS) com a população de idosos cadastrados em Estratégias Saúde da Família da região Leste da Gerência Distrital Leste/Nordeste e da Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, do município de Porto Alegre, no período de julho de 2014 a março de 2016, após apreciação e aprovação do comitê científico e comitê de ética em pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da instituição (ANEXO B). Todos os participantes foram informados da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do estudo é formada por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados e acompanhados pela ESF do município de Porto Alegre. Para este projeto, foram convidados a participar todos os idosos e as idosas de todas as equipes da Estratégia Saúde da Família da região Leste da Gerência Distrital Leste/Nordeste e da Lomba do Pinheiro/Partenon, que correspondem à área de abrangência do Hospital São Lucas da PUCRS. A população é pertencente a uma coorte de aproximadamente 10.000 indivíduos do projeto guarda-chuva PENGE.

4.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

4.3.1 Critérios de inclusão

Todas as idosas e idosos cadastrados nas equipes Estratégia Saúde da Família da região Leste da Gerência Distrital Leste/Nordeste e da Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, do Município de Porto Alegre, com idade igual ou superior a 60 anos no período descrito, que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tenham condições de compreender os instrumentos.

4.3.2 Critérios de exclusão

Com o intuito de não gerar dificuldades de mobilidade, tanto para os idosos quanto para os familiares, optou-se por excluir os sujeitos com as seguintes características:

- pacientes psicóticos e retardo mental na avaliação clínica;
- presença de uma doença física grave/mobilidade, que impeça a participação em qualquer fase do projeto.

4.4 VARIÁVEIS

4.4.1 Dependentes

Resultados dos questionários “Dados Sociodemográficos” e “GDS-15” completos;

4.4.2 Independentes

Gênero (masculino, feminino);

Estado Civil (solteiro, casado, em união estável, divorciado/desquitado, viúvo);

Renda (em salários mínimos);

Anos de Estudo (declaração de anos estudados).

5 RESULTADOS

Os resultados da dissertação de mestrado serão apresentados em um artigo. O comprovante de submissão encontra-se ao final desta dissertação (ANEXO C).

5.1 ARTIGO 1

LESSA, A. S.; ASSIS, E. N.; CASAROTTO, V. J.; BACCHI, G. N. V.; CATALDO NETO, A. Fatores sociodemográficos preditores de sintomatologia depressiva em uma amostra comunitária de idosos do município de Porto Alegre RS/Brasil. **Revista Psico**. (Artigo Submetido em 20 de maio de 2017/Status: em avaliação).

Qualis Capes Quadriênio 2013-2016: A2 – Área Interdisciplinar.

O artigo é apresentado na íntegra nas páginas a seguir.

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS PREDITORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM UMA AMOSTRA COMUNITÁRIA DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE RS/BRASIL

Resumo

Este é um estudo transversal de coleta prospectiva que teve como objetivo principal avaliar as relações entre a sintomatologia depressiva, gênero e os dados sociodemográficos (estado civil, renda e anos de escolaridade) que permeiam uma amostra comunitária de idosos cadastrados pelo programa Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre-RS/Brasil. A amostra foi composta por 301 idosos com média de idade de 71,1 anos, predominantemente mulheres (71,8%). Este trabalho está vinculado à linha de pesquisa Envelhecimento e Saúde Mental do Programa de Pós-graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da PUCRS. Os dados foram obtidos através de entrevista estruturada (dados sociodemográficos coletados através do questionário geral) e da aplicação do instrumento GDS-15 (rastreamento de sintomas depressivos). **RESULTADOS:** Possuir renda individual maior que um salário mínimo é fator protetivo na ocorrência de menor proporção de sintomas depressivos (42%),

quando comparados com quem não possui renda. Os idosos que apresentaram renda individual menor que um salário mínimo também tem uma redução na prevalência de sintomas depressivos em 35%, quando comparados com os que não possuem renda. Além da renda individual, idosos que usam a leitura/escrita no seu cotidiano apresentam uma redução na prevalência de sintomatologia depressiva em 21%. A variável com maior significância estatística que distingue os dois gêneros foi estado civil. Para homens, não ter companhia aumenta a prevalência de depressão em 82% (RP=1,82; IC 95%: 1,20 – 2,76; p=0,005). Para as mulheres, o estado civil não foi um preditor significativo (RP=1,01; IC 95%: 0,79 – 1,29; p=0,948).

Palavras-chave: Envelhecimento; Identidade de gênero; Depressão; Estratégia Saúde da Família; Saúde Pública.

SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AS PREDICTORS OF DEPRESSIVE SYMPTOMOLOGY IN A COMMUNITY SAMPLE OF ELDERLY IN THE CITY OF PORTO ALEGRE RS / BRAZIL

Abstract

This is a cross section study of prospective data gathering with the main objective of analyzing the relation between depressive symptomatology, gender and sociodemographic (marital status, income and scholarship) conditions that exist in a sample of an elderly community enrolled in the Family Health Strategy (ESF) program of the city of Porto Alegre-RS/Brazil. The sample was comprised of 301 elderly people, with an average age of 71,1 years, predominantly women (71,8%). This paper is attached to the Aging and Mental Health Program line of research of the Post-Graduate Program of the Geriatrics and Gerontology Institute (IGG) of the PUC-RS University. The data was gathered through structured interviews (sociodemographic data collected by questionnaire forms), and by application of the GDS-15 instrument (depressive symptom tracking). **RESULTS:** Possessing an average income of over one minimum wage is a protective factor, decreasing the occurrence of depressive symptoms (42%) when compared to those with no income. Elderly with individual income of less than one minimum wage also presented a reduction in the occurrence of depressive symptoms of 35% when compared to those with no income. Besides individual

income, elderly with daily use of reading and writing also presented a reduction in the occurrence of depressive symptoms of 21%. The biggest significance variable that distinguishes both genders was marital status. In men, the lack of companionship increase depression by 82% (RP=1,82; IC 95%: 1,20 – 2,76; p=0,005). In women, marital status wasn't a significant indicator of depression (RP=1,01; IC 95%: 0,79 – 1,29; p=0,948).

Keywords: Aging; Gender Identity; Depression; Family Health Strategy; Public Health.

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS PREDITORES DE SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN UNA MUESTRA COMUNITARIA DE ANCIANOS DEL MUNICIPIO
DE PORTO ALEGRE RS / BRASIL**

Resumen

Este es un estudio transversal de colecta prospectiva que tuvo como objetivo principal evaluar las relaciones entre la sintomatología depresiva, género y los datos sociodemográficos (estado civil, renta y años de escolaridad) que permean una muestra comunitaria de ancianos catastrados por el programa Estrategia Salud de la Familia (ESF) del Municipio de Porto Alegre-RS / Brasil. La muestra fue compuesta por 301 ancianos con promedio de edad de 71,1 años, predominantemente mujeres (71,8%). Este trabajo está vinculado a la línea de investigación Envejecimiento y Salud Mental del Programa de Postgrado del Instituto de Geriátría y Gerontología (IGG) de la PUCRS. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas estructuradas (datos sociodemográficos recogidos a través del cuestionario general) y de la aplicación del instrumento GDS-15 (rastreo de síntomas depresivos). **RESULTADOS:** Posee ingreso individual mayor que un salario mínimo es factor protector en la ocurrencia de menor proporción de síntomas depresivos (42%), cuando comparados con quienes no tienen ingresos. Los ancianos que presentaron renta individual menor que un salario mínimo también tienen una reducción en la prevalencia de síntomas depresivos en un 35%, en comparación con los que no tienen ingresos. Además de la renta individual, los ancianos que usan la lectura / escritura en su cotidiano presentan una reducción en la prevalencia de sintomatología depresiva en un 21%. La variable con mayor significancia estadística que distingue a los dos géneros fue estado civil. Para hombres, no tener compañera

aumenta la prevalencia de depresión en el 82% (RP = 1,82; IC 95%: 1,20 - 2,76; p = 0,005). Para las mujeres, el estado civil no fue un predictor significativo (RP = 1,01; IC 95%: 0,79 - 1,29; p = 0,948).

Palabras clave: Envejecimiento; Identidad de género; Depresión; Estrategia Salud de la Familia; Salud pública.

INTRODUÇÃO

No decorrer dos últimos anos ocorreram acentuadas modificações nas condições socioeconômicas e de saúde da população mundial que acarretaram um crescimento expressivo da população idosa, o que provoca um aumento de pessoas com risco de desenvolver doenças neurológicas e psiquiátricas. Ocorrido inicialmente em países desenvolvidos e, recentemente, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea em quase todo o mundo (World Health Organization, 2011). No Brasil, o número de idosos dobrou entre 1960 e 1975, fato novamente observado em 2002. Estima-se que o número de idosos alcançará 32 milhões em 2020 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010), assim é necessário um olhar atento para os problemas sociais e de saúde desses sujeitos.

No campo dos transtornos psiquiátricos, a depressão é a patologia neuropsiquiátrica com maior prevalência na população idosa, sendo diagnosticada em 15% na população geral, entre 2% e 14% em idosos vivendo em comunidade e até 30% em idosos institucionalizados (Frade et al., 2015). Por acarretar grandes prejuízos no sujeito e considerável desgaste nos familiares e cuidadores é imprescindível uma literatura científica de qualidade sobre a temática e que abarque o ser humano integralmente, vislumbrando seu contexto bio-psico-social como preconizado pelo Ministério da Saúde dentro das políticas de atenção do Sistema Único de Saúde (“Política Nacional de Atenção Básica,” 2012).

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E RELAÇÕES DE GÊNERO

Desta forma, entende-se que a sintomatologia depressiva no contexto da população idosa, mostra-se campo fértil para estudos tendo como escopo o estabelecimento de relação esse fenômeno e suas variáveis. Assim este trabalho aborda a sintomatologia depressiva em

idosos e as características sociodemográficas que acentuam a prevalência desse fenômeno. Na literatura nacional e internacional encontramos relação entre gênero e depressão, tanto na população jovem quanto nos idosos. Essa ocorrência traz a problematização das diferenças atribuídas a cada sexo no processo diagnóstico sob olhar dos estudos de gênero.

Com a alta prevalência de transtornos mentais e a maior longevidade encontrada em mulheres podemos nos questionar se essa condição se dá unicamente por fatores genéticos ou se existe o atravessamento da cultura nesses índices. Estudos sobre as relações de gênero e a velhice apontam disparidades entre as formas de exercício do ser mulher e do ser homem, mostrando características como: baixa estima vivenciada pelos homens idosos, autonomia e liberdade feminina, busca de conhecimento em educação em saúde pelas mulheres idosas. O interessante a ser observado é que discussões de gênero são amplamente debatidas na faixa etária reprodutiva de homens e mulheres, sendo muitas vezes esquecidas na velhice – onde a bibliografia encontrada é consideravelmente menor. É importante desmistificar o estereótipo de idoso assexuado e isolado socialmente, desta forma se torna fundamental o olhar para os papéis de gênero no curso do envelhecimento a fim de transgredir essas limitações (Figueiredo et al., 2007). Os papéis sociais de gênero ainda estão muito fortes em nossa sociedade, até mesmo entre os jovens, mas o peso entre a população mais velha é potencialmente relevante - onde se observa que comportamentos sexistas permeiam o imaginário e a cristalização de comportamentos nos idosos é visível. Fernandes (2009) mostra que idosos demandam tanto para si como para seu cônjuge papéis socialmente aceitos, predominando o universo público ao homem e o privado a mulher. O universo público diz respeito ao trabalho, as atividades comunitárias e de liderança, enquanto o universo privado prioriza o cuidar dos demais e dos afazeres domésticos.

A patologia psiquiátrica com maior prevalência em idosos é a depressão. Conte e Souza (2009) traçaram o perfil epidemiológico da doença em idosos pertencentes a área de abrangência do Programa Saúde da Família no município de São José, em Santa Catarina, além de compararem com idosos moradores de uma instituição de longa permanência. Os principais fatores de risco para depressão encontrados em seu estudo foram o abandono familiar, o sedentarismo, as doenças físicas, as perdas/luto, além das questões econômicas que possuem grande peso nessa questão. O maior índice da patologia foi diagnosticado nas mulheres idosas acima de 80 anos que se encontram asiladas. No Rio Grande do Sul, Nogueira et al. (2014) estudaram uma amostra muito parecida com esse trabalho. Os seguintes

resultados foram encontrados:

A prevalência de depressão foi de 30,6% (IC95% 26,9 a 34,3%). Predominaram mulheres (63,8%) e a média de idade foi de 69,4 anos (DP 7,31 anos), com frequências decrescentes de depressão entre 60 e 69 anos (56,4%), 70 e 79 anos (33,2%) e 80 anos ou mais (10,5%). Quanto à escolaridade, 21,8% eram analfabetos (incluindo os analfabetos funcionais), 40,2% possuíam entre um e três anos de estudo, 21,7%, entre quatro e sete anos e 16,3%, mais de oito anos de estudo. Baixa renda pessoal (< 2 salários mínimos – SM) foi encontrada em 89,5% dos idosos. Os idosos, na maioria, referiram ser brancos (64,9%), seguidos por negros (19,9%) e pardos (12,1%). A maioria (64,8%) estava aposentada. Predominaram os casados (36,1%) e viúvos (30,6%). A maioria referiu ser praticante de sua fé (67,7%) e de religião católica (66,6%). A autopercepção da saúde regular foi observada por 55,7% dos idosos e 10,0% referiram saúde ruim ou péssima (Nogueira et al., 2014).

Estudos europeus de grande impacto tentam compreender os mecanismos psicológicos, genéticos, socioculturais e hormonais da depressão ser mais prevalente em mulheres que em homens. Fatores socioculturais (como experiências adversas na infância) em combinação com processos de socialização e fatores psicológicos (como vulnerabilidade aos eventos adversos da vida e habilidades de enfrentamento) são os principais fatores que diferenciam os gêneros na prevalência de depressão. Conclui-se também que fatores genéticos não pareceram contribuir com um risco aumentado de depressão em mulheres, enquanto efeitos hormonais teriam uma relação válida, mas pequena. É observado que mulheres geralmente contam com maior rede de apoio, mas também vivenciam um maior impacto negativo gerado por estas relações sociais do que homens. A diferença entre os gêneros na necessidade de inserção social pode ser uma reflexão da diferença na necessidade de compartilhar sentimentos, problemas e eventos da vida. A necessidade de inserção social pode ser também uma consequência da depressão, pelos sintomas de solidão e de sentir-se inútil (Hammarstrom et al., 2009; Veld, Bracke & Levecque, 2010; Sonnenberg et al., 2012).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O trabalho tem como objetivo geral investigar a associação entre as variáveis sociodemográficas de gênero, anos de estudos, estado civil e renda individual, presentes no questionário sociodemográfico e a sintomatologia depressiva analisada pelo resultado do GDS-15 em uma amostra comunitária de pacientes idosos cadastrados e em acompanhamento no programa Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar se as características sociodemográficas (gênero, estado civil, renda e anos de estudo) da amostra de idosos podem influenciar na sintomatologia depressiva dos idosos cadastrados e em acompanhamento no Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre.
- Comparar, através das respostas do questionário sociodemográfico e do *score* do GDS-15, a frequência da sintomatologia depressiva apresentada por mulheres e homens idosos e discutir o indicativo da maior ocorrência de depressão em mulheres, como encontrado na literatura científica nacional e internacional, com foco na população idosa.

Material e Método

DELINEAMENTO

Este projeto é um adendo do Subprojeto 3 “Influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos” do Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE), que é um programa assistencial, desenvolvido a partir de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para monitoramento e assistência da saúde mental.

O estudo é descritivo, transversal e contou com coleta prospectiva a qual foi submetida a análise quantitativa. Os dados foram coletados através de instrumentos aplicados nos próprios pacientes. Foi realizado no município de Porto Alegre (RS) com a população de idosos cadastrados em Estratégias Saúde da Família da região Leste da Gerência Distrital Leste/Nordeste e da Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, do município de Porto Alegre, no período de julho de 2014 a março de 2016, após apreciação e aprovação do comitê científico e comitê de ética em pesquisa.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do estudo é formada por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados e acompanhados pela ESF do município de Porto Alegre. Para este

projeto, foram convidados a participar todos os idosos e as idosas de todas as equipes da Estratégia Saúde da Família da região Leste da Gerência Distrital Leste/Nordeste e da Lomba do Pinheiro/Partenon, que correspondem à área de abrangência do Hospital São Lucas da PUCRS. A população é pertencente a uma coorte de aproximadamente 10.000 indivíduos do projeto guarda-chuva PENCE.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Critérios de inclusão

Todas as idosas e idosos cadastrados nas equipes Estratégia Saúde da Família da região Leste da Gerência Distrital Leste/Nordeste e da Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, do Município de Porto Alegre, com idade igual ou superior a 60 anos no período descrito, que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tenham condições de compreender os instrumentos.

Critérios de exclusão

Com o intuito de não gerar dificuldades de mobilidade, tanto para os idosos quanto para os familiares, optou-se por excluir os sujeitos com as seguintes características:

- pacientes psicóticos e retardo mental na avaliação clínica;
- presença de uma doença física grave/mobilidade, que impeça a participação em qualquer fase do projeto.

VARIÁVEIS

Dependentes

Resultados dos dados sociodemográficos através das respostas do “Questionário Geral” e *score* do “GDS-15”;

Independentes

Gênero (masculino, feminino); Estado Civil (solteiro(a), casado(a), em união estável, divorciado(a)/desquitado(a), viúvo(a)); Renda (em salários mínimos) e Anos de Estudo (declaração de anos estudados).

INSTRUMENTOS

Instrumento utilizado no estudo: GDS-15: rastreamento de sintomas depressivos utilizando a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15, do inglês Geriatric Depression Scale), um dos instrumentos mais úteis para a detecção de depressão em diferentes níveis de atenção; sendo disponível em diversas línguas (Anexo A).

A “Geriatric Depression Scale” (GDS) é uma ferramenta para mensurar depressão em idosos largamente difundida pela literatura. As medidas não incluem sintomas somáticos comumente associados à depressão pela possibilidade destes sintomas, como por exemplo, falta de apetite, serem relativamente comuns com o avanço da idade. O modelo preconizado é o GDS-30, que contém 30 questões com ponto de corte de 10 pontos para considerar a positividade para depressão. Contudo, é um teste extenso, tornando-o pouco prático para o uso em pesquisa clínica. Outros modelos do GDS (GDS-15, GDS-10, GDS-4 e GDS-1) foram criados e testados múltiplas vezes, visando diminuir o tempo de execução e manter os valores preditivos positivos e negativos.

Um estudo brasileiro de 1999 foi um dos pioneiros em testar a tradução do GDS para o português, comparando-o ao ICD-10 e DSM-IV para a validação. Foram encontrados coeficientes de confiabilidade de 0.81, 0.75 e 0.41 para os GDS-15, 10 e 4, respectivamente. O coeficiente de confiabilidade encontrado no estudo está de acordo com valores da literatura internacional, validando com sucesso o uso do GDS-15 e 10. Ainda, este mesmo estudo associa positivamente um maior *score* nestas escalas com a gravidade da sintomatologia depressiva, estando altamente relacionado com o Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS) (Almeida & Almeida, 1999).

Um estudo similar ao do presente artigo foi realizado pelo Grupo de Pesquisa Envelhecimento e Saúde Mental da PUCRS utilizando o GDS-15 aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde. Os escores maiores que 6 são considerados como depressão, enquanto escores entre 11 e 15 são considerados depressão severa. As relações encontradas

foram entre baixa escolaridade, sexo feminino e uma pior autopercepção de saúde entre os idosos deprimidos. Atualmente, o GDS-15, ou em português, Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) é um instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, e é considerado mais adequada para uso nos cuidados primários do que a EDG de 5, 10 ou 13 itens, nacional e internacionalmente (Nogueira et al., 2014).

Aspectos éticos

Processo e regulamentações: o projeto guarda-chuva foi submetido para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisa, conforme a Resolução 466/12 do CNS/MS.

O atual projeto foi submetido e aprovado no Comitê Científico do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) e no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS.

Informação, contato e TCLE: todos os participantes foram informados de forma clara, em linguagem acessível, acerca dos objetivos e métodos da pesquisa. Apenas aqueles que aceitaram livremente participar da pesquisa, assinaram o TCLE. Cabe ressaltar que foi claramente exposta a liberdade do indivíduo acerca da desistência de sua participação a qualquer tempo da pesquisa.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, o teste *qui-quadrado* de Pearson foi aplicado. No controle de fatores confundidores, o modelo de Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado. O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que a mesma apresentasse um valor $p < 0,20$ na análise bivariada. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

Resultados

A amostra foi composta por 301 idosos com média de idade de 71,1 anos ($\pm 7,5$), com variação entre 60 a 100 anos. A predominância foi do sexo feminino (71,8%), idade entre 60 a 69 anos (47,8%), raça branca (69,9%), casados/união estável (42,8%) e aposentados (75,4%). Muitos idosos eram analfabetos (31,7%) e a maioria (56,6%) tinha baixa escolaridade (até 4 anos). No entanto, 78,7% sabiam ler e 52,5% disseram usar a leitura/escrita no dia-a-dia. A maioria dos idosos possuem até um salário mínimo (s.m.) de renda individual (54,3%) e até 3s.m. de renda familiar (86%). Em relação aos sintomas depressivos, 59,8% apresentaram escores igual ou acima de 6 pontos, sugestivo de sintomas de depressão (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a associação das variáveis em estudo com os sintomas depressivos. Idosos com sintomas depressivos relatam, em maior proporção, não saber ler do que aqueles sem sintomas depressivos ($p=0,041$). Também afirmam, em maior proporção, não utilizarem leitura/escrita no dia-a-dia ($p=0,001$). Por fim, idosos com menor renda familiar (<1 s.m.) apresentaram menor proporção de sintomas depressivos ($p=0,027$).

Na amostra total, vide tabela 3, os fatores que permaneceram associados com sintomas depressivos após o ajuste pelo modelo multivariado foram renda individual > 1 s.m. (RP=0,58; IC 95%: 0,43-0,79) e renda individual <1 s.m. (RP=0,65; IC95%: 0,49 – 0,87), quando comparados com os que não possuem renda individual. Desta forma, idosos que possuem mais de que 1s.m. apresentam uma redução na prevalência de sintomas depressivos em 42%, quando comparados com os que não possuem renda. Os idosos que apresentam uma renda individual menor de 1s.m. também tem uma redução na prevalência de sintomas depressivos em 35%, quando comparados com os que não possuem renda. Além da renda individual, idosos que usam a leitura/escrita no seu dia-a-dia apresentam uma redução na prevalência de depressão em 21% (RP=0,79; IC 95%: 0,63 – 0,99), conforme apresenta a Tabela 3.

Se realizado um modelo multivariado para cada gênero, o que diferencia os dois grupos é o estado civil. Para homens, não ter companheira aumenta a prevalência de depressão em 82% (RP=1,82; IC 95%: 1,20 – 2,76; $p=0,005$). Para as mulheres, o estado civil não foi um preditor significativo (RP=1,01; IC 95%: 0,79 – 1,29; $p=0,948$).

DISCUSSÃO

Os fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos e depressão são diversos, dentre eles podemos destacar baixa qualidade de vida, baixo nível socioeconômico e, incluso neste último fator, podemos ver a questão financeira e a educacional tendo importantes impactos na prevalência e manutenção da doença. A literatura vai ao encontro com os resultados apresentados no presente estudo. Possuir renda individual maior que um salário mínimo é fator protetivo na ocorrência de menor proporção de sintomas depressivos (42%), quando comparados com quem não possui renda. Os idosos que apresentaram renda individual menor que um salário mínimo também tem uma redução na prevalência de sintomas depressivos em 35%, quando comparados com os que não possuem renda. Além da renda individual, idosos que usam a leitura/escrita no seu cotidiano apresentam uma redução na prevalência de sintomatologia depressiva em 21%. É importante destacar que mesmo os idosos que possuíam alguns anos de educação formal relatavam não utilizar a leitura/escrita no dia-a-dia, o que torna explícita a falha do ensino formal brasileiro.

Estudos que vão de encontro com esses achados demonstram um gradiente socioeconômico inversamente proporcional com a prevalência e severidade de depressão (Melchior et al., 2013), assim como menor capacidade de lidar com estresse e maior vulnerabilidade a emoções e vivências negativas (Charis, Tan, Gunapal & Wong, 2014). Outros estudos mostram que a população com menor poder socioeconômico tende a vivenciar adversidades com maior frequência durante suas vidas (Chiau & Weng, 2016).

A dificuldade financeira é um importante fator de risco para sintomas depressivos, sendo um poderoso preditor na gênese, manutenção e agrave de sintomas depressivos. Em outros estudos, desemprego e pobreza foram associados com a manutenção dos sintomas, mas não com a sua origem (Weich, 1998). Um estudo brasileiro de Porto Alegre – RS associou renda menor que dois salários mínimos com maior risco de depressão (Nogueira et al., 2014). Algumas das explicações possíveis para este fenômeno envolvem a maior prevalência de alguns fatores estressores em idosos com menor renda, tais quais: maior índice de sofrimento econômico, exposição a ambientes inseguros e instáveis (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009), menor cuidado com a saúde relacionados a acesso a consultas e tratamento adequado, interferindo com a autonomia e manutenção da saúde (Trentini; Chachamovich & Wagner, 2011; Nogueira et al., 2014), menor acesso ao lazer e bens materiais relacionados ao conforto

(Trentini; Chachamovich & Wagner, 2011), maior exposição a eventos de vida estressantes e suporte social mais frágil (Melchior et al., 2009) e insatisfação com o *status* socioeconômico (Moorejak et al., 2016). Todos estes eventos interferem com a qualidade de vida do idoso, tornando-o mais vulnerável à sintomatologia depressiva. A depressão está consistentemente associada com desemprego e medidas de dificuldade econômica, independente da classe social (Weich, 1998). A deterioração do status financeiro, fenômeno comum nesta faixa etária, é um dos eventos mais estressantes na vida de um idoso. Ademais, idosos com menor poder econômico apresentam maior chance de apresentar sintomas depressivos persistentes (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

Em relação aos anos de estudo, nossa amostra apresentou baixa escolaridade (56,6% estudaram até quatro anos) ou eram analfabetos (31,7%). Vários estudos relacionam baixo nível de escolaridade (Lee, 2011; Campos et al., 2014; Zhou et al., 2014; Chiau & Weng, 2016) e analfabetismo (Quatrin et al., 2014; Nogueira et al., 2014) com depressão e com menor qualidade de vida, embora outros possam mostrar não haver relação entre estes fatores (Saaed, 2012). Existem diversos modelos explicativos que falam a favor da educação como fator de proteção contra depressão. Na esfera socioeconômica, pessoas com melhor educação tem mais chances de ter um emprego melhor, resultando em maiores salários e melhorando o acesso a recursos e atendimentos especializados. Adicionalmente, além da remuneração, a educação leva a melhores empregos, oferecendo ambientes de trabalho mais seguros e com menos exposição à adversidade. (Lee, 2011; Trentini, Chachamovich & Wagner, 2011). Na esfera sociocultural, a educação também leva indivíduos a ter acesso a informações melhores e também melhores habilidades críticas, permitindo-os a ter melhores hábitos de vida e seguir com mais prontidão orientações médicas. E mais: a educação muda a posição social relativa do indivíduo (Lee, 2011), ajudando-o a construir melhores redes sociais, não só em tamanho, mas também em qualidade de suporte oferecido. Ainda, quanto mais educado um indivíduo, maior a chance de ter um parceiro bem-educado e maior a probabilidade do indivíduo de estar satisfeito com o seu relacionamento (Lee & Smith, 2011) e este status pode influenciar a sua saúde mental, por evitar a solidão e a isolamento social, ambos fatores de risco para a depressão (Quatrin et al., 2014). É importante salientar que não só má saúde e baixa educação limitam a cognição, mas também pessoas com maior capacidade cognitiva tendem a obter melhor nível de educação e cuidar melhor de sua saúde (Trentini; Chachamovich & Wagner, 2011). Em um determinado estudo (Charis, Tan, Gunapal & Wong, 2014), 63.3% dos pacientes que tinham

sintomas depressivos tinham ensino primário incompleto. Em outro estudo, temos como resultados que a educação atenua os déficits de memória verbal em casos de depressão grave em idosos, ajudando também a atenuar outros sintomas de depressão grave (Mclaren, Szymkowicz, Kirton & Dotson, 2015), melhorando, desta forma, a qualidade de vida.

No Brasil, o nível de instrução cresceu de 2007 para 2014 de 33,6% para 42,5% com pessoas de 25 anos ou mais com pelo menos 11 anos de estudo (IBGE, 2010), mostrando que a educação universal ainda é uma realidade muito distante, configurando um importante problema social brasileiro. Em um estudo nacional acompanhando a região sudeste, nordeste e centro-oeste, aproximadamente 80% das pessoas com sintomas depressivos significativos não receberam qualquer tratamento, alcançando proporções ainda maiores no nordeste do país. Neste mesmo estudo, mulheres, indivíduos de cor branca, aqueles com formação completa de ensino médio ou faculdade e aqueles com múltiplas morbidades eram mais propensos a procurar e receber tratamento mental (Lopes, Hellwig, Silva & Menezes, 2016). Por fim, a educação foi considerada um importante fator relacionado ao acesso ao cuidado com a saúde mental. Baixo nível de educação tem relação com sintomatologia depressiva prolongada (Spijker, 2004), ao passo que um maior nível educacional está relacionado com maior taxa de envelhecimento saudável (Mclaren, Szymkowicz, Kirton & Dotson, 2015). Melhorar a educação é, portanto, um imprescindível foco para melhorar a qualidade de vida e diminuir os índices de depressão entre idosos, devendo ser alvo ainda maior de políticas sociais brasileiras.

No presente estudo a variável que apresentou maior significância estatística foi o estado civil para homens desenvolverem sintomas depressivos (82%). Para mulheres não foi um fator preditivo. O impacto da presença de uma vida conjugal é amplamente discutido na literatura, tendo evidências que falam a favor (Lino et al., 2013) e contra (Robards, Evandrou, Falkinham & Vlachantoni, 2012) de ser fator protetivo contra depressão. São duas teorias que sustentam a alta prevalência de proteção contra depressão da conjugalidade em idosos: 1) um complexo grupo de mecanismos causais contendo fatores ambientais, sociais e psicológicos que promovem uma vida mais saudável para casais do que para idosos sem um parceiro, e 2) a definição de que casamentos antigos e novos selecionam positivamente pessoas com maior saúde física e mental e negativamente pessoas que apresentam doenças crônicas ou depressão. Sobre os mecanismos causais, podemos encontrar que idosos casados reportam menos eventos estressantes e maior contato social do que os não casados (Lino et al., 2013). Uma

metanálise de 2007 indica que idosos casados tem menor taxa de mortalidade do que idosos solteiros, divorciados ou viúvos (Bretanha et al., 2015; Torres, Lima-Costa, Marmot & Oliveira, 2016). E por fim, vários estudos indicam que idosos casados tem fator protetor contra mortalidade, embora a vantagem seja muito mais importante para homens do que mulheres, e isto pode ser explicado porque homens solteiros tem maior tendência de adotar comportamentos de risco do que mulheres solteiras, maior monitoramento de comportamentos saudáveis pela esposa do que pelo marido e, por último, maior suporte social oferecido pelas esposas do que pelos maridos (Rendall, Weden, Fraveault & Waldon, 2011).

CONCLUSÕES

A amostra apresentou altos índices de vulnerabilidade, tais como: falta de apoio familiar e comunitário, renda inexistente ou de apenas um/dois salários mínimos e baixo nível de escolaridade. Na pesquisa encontrou-se uma ocorrência alta de sintomas depressivos em idosos, onde 59,8% mostram-se suscetíveis aos riscos da sintomatologia depressiva. Desta forma, podemos concluir que a facilidade no acesso à rede de saúde, o fortalecimento das políticas públicas já existentes na área da saúde coletiva e a atuação e disseminação do cuidado no campo da saúde mental dos idosos brasileiros na atenção primária do Sistema Único de Saúde, como forma de prevenção, não apenas nos casos agudos em urgências e emergências na alta complexidade, como ocorre majoritariamente, pode auxiliar na transformação dessa realidade.

REFERÊNCIAS

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. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858-65. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8.

Associação de Psiquiatria Americana. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V* (5. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Bretanha, A. F. et al. (2015, Março). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>.

Campos, A. C., Ferreira, E., Ferreira, E., Vargas, A. M., & Albala, C. (2014, Novembro). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of

life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes*, 12, 166. DOI: 10.1186/s12955-014-0166-4.

Cataldo, A., Gauer, J. C., & Furtado, N. (2013). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. (2. ed.). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2013.

Charis, W. L., NG, Tan, W. S.; Gunapal, P. P. G., Wong, L. Y., & Heng, B. H. (2014). Association of Socioeconomic Status (SES) and Social Support with Depressive Symptoms among the Elderly in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 43, 576-87.(DOI INEXISTENTE).

Chiau, C., & Weng, L. J. (2016). Mid-life socioeconomic status, depressive symptomatology and general cognitive status among older adults: inter-relationships and temporal effects. *BMC Geriatrics*, 16, 88. DOI: 10.1186/s12877-016-0257-7

Conte, L. B. D., Souza, L. N. A. (2009). Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. *Revista do Instituto Ciências da Saúde*, 27(3), 214-9. (DOI INEXISTENTE).

Fernandes, M. G. M. (2009, Setembro/Outubro). Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 622(5), 705-70. DOI: 10.1590/S0034-71672009000500009.

Figueiredo, M. L. F. et al. (2007, Julho/Agosto). As diferenças de gênero na velhice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 422-7. DOI: 10.1590/S0034-71672007000400012.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-89. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.

Frade, J. et al. (2015, Janeiro/Março). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 41-9. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>.

Hammartrom, A., Lehti, A., Bengs, C., & Johansson, E. E. (2009, Outubro). Gender-related explanatory models of depression: a critical evaluation of medical articles. *PublicHealth*, 123(10):689-93. DOI: 10.1016/j.puhe.2009.09.010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013) Projeção da População Brasileira: População por Sexo e Grupos de Idade. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 2 maio 2015.

Lee, J. (2011, Junho). Pathways from Education to Depression. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26(2), 121-35. DOI: 10.1007/s10823-011-9142-1.

Lee, J., & Smith, J. P. (2011). Explanations for Education Gradients in Depression: The Case of Korea. *Research on Aging*, 33(5), 551-75. DOI: 10.1177/0164027511409440.

Lei n. 8.842, de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. (2010). Brasília, DF: Ministério do

Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Lopes, C. S., Hellwig, N. E., Silva, G. A., & Menezes, P. R. (2016, Novembro). Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *International Journal for Equity in Health*, 15(1):154. DOI: 10.1186/s12939-016-0446-1.

Mclaren, M. E., Szymkowicz, S. M., Kirton, J. W., & Dotson, V. M. (2015, Junho). Impact of Education on Memory Deficits in Subclinical Depression. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 30(5), 387-93. DOI: 10.1093/arclin/acv038.

Melchior, M., Chastang, J. F., Leclerc, A., Ribet, C., & Rouillon, F. (2010, Maio). Low socioeconomic position and depression persistence: longitudinal results from the GAZEL cohort study. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 92-6. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.08.002.

Moore, J. A. K., Cagney, K. A., Skarupski, K. A., Rose, S. A. E., & Leon, C. F. M. (2016). Do Local Social Hierarchies Matter for Mental Health? A Study of Neighborhood Social Status and Depressive Symptoms in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(2), 369-77. DOI: 10.1093/geronb/gbv047.

Moriguchi, Y. (2008). *Atualizações em geriatria e gerontologia: da pesquisa básica à prática clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Nogueira, E. L et al. (2014). Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, (48), 368-77. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004660.

Nogueira, E. L. (2014). Estudo de rastreamento e diagnóstico de depressão nos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre, RS, Brasil (Tese de doutorado). Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS, Porto Alegre.

Plano Municipal de Saúde 2014-2017. (2013). Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde.

Política Nacional de Atenção Básica. (2012). Brasília, DF: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde).

Quatrin, L. B., Galli, R., Moriguchi, E. H., Gastal, F. L., & Pattussi, M. P. (2014, Novembro/Dezembro). Collective efficacy and depressive symptoms in Brazilian elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 59(3), 624-9. DOI: 10.1016/j.archger.2014.08.001.

Saeed, Z., Ahmad, A. M., Shakoob, A., Ghafoor, F., & Kanwal, S. (2012, Setembro). Depression in patients on hemodialysis and their caregivers. *Saudi J Kidney Diseases Transplantation*, 23(5), 946-52. DOI: 10.4103/1319-2442.100869.

Sonnenberg, C. M. et al. (2013). Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *International Psychogeriatrics*, 25(1):1-10. DOI: 10.1017/S1041610212001202.

Spijker, J., Graaf, R., Bijl, R. V., Aartjan, T. F., Beekman, O. J., & Nolen, W. A. (2004, Setembro). Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study

- (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 81(3), 231-40. DOI: 10.1016/j.jad.2003.08.005.
- Torres, J. L., Lima-Costa, M. F., Marmot, M., & Oliveira, C. (2016). Wealth and Disability in Later Life: The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *PLoS ONE*, 11(11), e0166825. DOI: 10.1371/journal.pone.0166825.
- Trentini, C. M., Chachamovich, E., & Wagner, G. P. et al. (2011). *Applied Research Quality Life*, 6, 291. DOI: 10.1007/s11482-010-9128-0.
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2):305-13. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.03.035.
- Wang, F. L., Gu, X. M., Hao, B. Y., Wang, S., Chen, Z. J., & Ding, C. Y. (2017). Influence of Marital Status on the Quality of Life of Chinese Adult Patients with Epilepsy. *Chinese Medical Journal*, 130(1), 83-87. DOI: 10.4103/0366-6999.196572.
- Weich, S. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ Clinical Research*, 317(7151), 115-9. DOI: 10.1136/bmj.317.7151.115.
- Weich, S., & Lewis, G. (1998). Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(1), 8-14. DOI: 10.1136/jech.52.1.8.
- World Health Organization.(2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF: World Health Organization. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.
- World Health Organization. (2011). *What are the public health implications of global aging?* Geneva: World Health Organization. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/42/en/>>. Acesso em: 2 maio 2015.
- Zhou, X., Bi, B., Zheng, L., Li, Z., Yang, H., & Song, H., et al. (2014). The Prevalence and Risk Factors for Depression Symptoms in a Rural Chinese Sample Population. *PLoS ONE*, 9(6), e99692. DOI: 10.1371/journal.pone.0099692.

TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Variáveis	n=301
Gênero	
Feminino	216 (71,8)
Masculino	85 (28,2)
Idade (anos) – média ± DP	71,1 ± 7,5
Faixa etária	
60 – 69	144 (47,8)
70 – 79	112 (37,2)
80 anos ou mais	45 (15,0)
Escolaridade (anos de estudo)	
0	95 (31,7)
1 a 4 anos	75 (24,9)
5 a 8 anos	76 (25,3)
>8 anos	54 (18,0)
Sabe ler	236 (78,7)
Usa leitura/escrita no dia-a-dia	156 (52,5)
Cor/Raça auto referida	
Branca	204 (69,9)
Preta	37 (12,7)
Parda	43 (14,7)
Indígena	8 (2,7)
Estado Civil	
Solteiro	55 (18,5)
Casado/União estável	127 (42,8)
Separado/Divorciado	25 (8,4)
Viúvo	90 (30,3)
Aposentado	215 (75,4)
Renda individual	
Não tem renda	11 (4,0)
Até 1s.m.	141 (51,3)
De 1 a 2 s.m.	86 (31,3)
>2 s.m.	37 (13,5)
Renda Familiar	
Até 1s.m.	68 (26,5)
De 1 a 3 s.m.	153 (59,5)
>3 s.m.	36 (14,0)
GDS	
Sem sintomas depressivos (<6)	121 (40,2)
Com sintomas depressivos (≥ 6)	180 (59,8)

Tabela 2 – Associação com sintomas depressivos

Variáveis	Sem sintomas depressivos	Com sintomas depressivos	P
	(n=121) n (%)	(n=180) n (%)	
Gênero			0,164
Feminino	81 (66,9)	135 (75,0)	
Masculino	40 (33,1)	45 (25,0)	
Faixa etária			0,632
60 – 69	54 (44,6)	90 (50,0)	
70 – 79	47 (38,8)	65 (36,1)	
80 anos ou mais	20 (16,5)	25 (13,9)	
Nível de escolaridade			0,672
Analfabeto	39 (32,5)	56 (31,1)	
1ª a 4ª série	27 (22,5)	48 (26,7)	
5ª a 8ª série	29 (24,2)	47 (26,1)	
>8ª série	25 (20,8)	29 (16,1)	
Sabe ler	102 (85,0)	134 (74,4)	0,041
Usa leitura/escrita no dia-a-dia	76 (64,4)	80 (44,7)	0,001
Cor/Raça			0,255
Branca	90 (75,6)	114 (65,9)	
Preta	14 (11,8)	23 (13,3)	
Parda	12 (10,1)	31 (17,9)	
Indígena	3 (2,5)	5 (2,9)	
Estado Civil			0,188
Solteiro	17 (14,0)	38 (21,6)	
Casado/União estável	60 (49,6)	67 (38,1)	
Separado/Divorciado	9 (7,4)	16 (9,1)	
Viúvo	35 (28,9)	55 (31,3)	
Aposentado			0,574
Sim	85 (73,3)	130 (76,9)	
Não	31 (26,7)	39 (23,1)	
Renda individual			0,055
Não tem renda	1 (0,9)	10 (6,2)	
Até 1s.m.	55 (48,7)	86 (53,1)	
De 1 a 2 s.m.	37 (32,7)	49 (30,2)	
>2 s.m.	20 (17,7)	17 (10,5)	
Renda Familiar			0,027
Até 1s.m.	20 (18,9)	48 (31,8)	
De 1 a 3 s.m.	66 (62,3)	87 (57,6)	
>3 s.m.	20 (18,9)	16 (10,6)	

Tabela 3 – Análise de Regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados com sintomas depressivos

Variáveis	RP (IC 95%)	P
Gênero		
Feminino	1,06 (0,83 - 1,34)	0,652
Masculino	1,0	
Sabe ler	0,90 (0,71 - 1,14)	0,382
Usa leitura/escrita no dia-a-dia	0,79 (0,63 - 0,99)	0,041
Casado/União estável	0,84 (0,68 - 1,04)	0,107
Renda Individual		
>1 s.m.	0,58 (0,43 - 0,79)	0,001
<1 s.m.	0,65 (0,49 - 0,87)	0,003
Sem renda	1,0	

6 CONCLUSÕES

A amostra apresentou altos índices de vulnerabilidade, tais como: falta de apoio familiar e comunitário, renda inexistente ou entre um e dois salários mínimos e baixo nível de escolaridade. Na pesquisa encontrou-se uma ocorrência alta de sintomas depressivos em idosos, onde 59,8% mostram-se suscetíveis aos riscos da sintomatologia depressiva. Desta forma, podemos concluir que a facilidade no acesso à rede de saúde, o fortalecimento das políticas públicas já existentes na área da saúde coletiva e a atuação e disseminação do cuidado no campo da saúde mental dos idosos brasileiros na atenção primária do Sistema Único de Saúde, como forma de prevenção, não apenas nos casos agudos em urgências e emergências na alta complexidade, como ocorre majoritariamente, pode auxiliar na transformação dessa realidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra foi composta de sujeitos com baixa escolaridade, baixa renda e apresenta *scores* altos para o desenvolvimento de depressão quando carente de apoio social, o que confirma a vulnerabilidade de países de terceiro mundo para sintomatologia depressiva e a necessidade de políticas públicas eficazes na prática em saúde e educação, além da continuidade de estudos que abordem a temática e a população dentro da academia.

Possuir escolaridade, renda e estado civil casado apareceram como proteção para sintomas depressivos. A variável com maior significância estatística e que distingue os gêneros foi estado civil. Não ter companheira torna-se um risco para homens desenvolverem sintomatologia depressiva. Esse fenômeno demonstra como as relações de gênero influenciam a presença ou ausência de sintomatologia depressiva em idosos. Como visto na teoria, mulheres acabam sobrecarregadas com tarefas domésticas e com o cuidado do marido e filhos. Ao ficarem viúvas experimentam liberdade e autonomia que, muitas vezes, não tiveram durante toda a vida. Talvez ao experimentarem essa dupla sensação que as mulheres vivenciam, de sobrecarga das tarefas diárias e de falta de apoio social, os homens acabam deprimidos. Essa é uma hipótese interessante a ser complementada em um próximo trabalho.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM - V.** 5.ed.Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** (Série E. Legislação em Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso:** Lei no 8.842, de janeiro de 1994. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010.

CATALDO, A.; GAUER, J.C.; FURTADO, N. Psiquiatria para estudantes de medicina. In: CATALDO, A; GAUER, G.J.C; SILVA, I.G; TERRA, N.L; MENTA, C.**Idoso.** 2. ed. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2013. p. 192-197.

CONTE, L.B.D.; SOUZA, L.N.A. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. **Revista do Instituto Ciências da Saúde.** São Paulo, v. 27, n. 3, p. 214-219, 2009.

FERNANDES M.G.M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 62, n. 5, p. 705-710, set./out. 2009.

FIGUEIREDO M.L.F. et al. As diferenças de gênero na velhice. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 60, n. 4, p. 422-427, jul./ago., 2007.

FRADE, J. et al. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista de Enfermagem Referência.** Coimbra, v. 4, n. 4, p. 41-49, jan./mar. 2015.

GONÇALVES, L.H.T. O campo da gerontologia e seus desafios. **Revista Saúde.Com** Jequié, v. 3, n. 1, p. 12-19, 2007.

HAMMARTROM, A; LEHTI, A; BENGS, C; JOHANSSON, E.E. Gender-related explanatory models of depression: a critical evaluation of medical articles. **Saúde Pública,** 2009.

IBGE. **Projeção da População Brasileira: População por Sexo e Grupos de Idade.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 2 maio 2015.

MORIGUCHI, Y. **Atualizações em Geriatria e Gerontologia:** da pesquisa básica à prática clínica. Porto Alegre:EdiPUCRS, 2008.

NOGUEIRA, E.L. **Estudo de rastreamento e diagnóstico de depressão nos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre, RS, Brasil.** Tese de doutorado, 2014.

NOGUEIRA, E.L et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Revista Saúde Pública** n. 48, p. 368-377, 2014.

PAPALIA, D.E.; OLDS, S.W.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento humano**. São Paulo: McGraw Hill, 2009.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

SONNENBERG, C.M et al. Gender differences in the relation between depression and social support in later life. **International Psychogeriatrics**, n 25, 2013.

VAN de VELDE, S; BRACKE, P; LEVECQUE, K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. **Social Science & Medicine**. n. 71, 2010. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.03.035.

WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: World Health Organization, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.

WHO. **What are the public health implications of global aging?** Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/42/en/>>. Acesso em: 2 maio 2015.

ANEXO B - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA PUCRS

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral

Pesquisador: ALFREDO CATALDO NETO

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 30828914.5.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.638.272

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral

Pesquisador Responsável: ALFREDO CATALDO NETO

OBS: O Pesquisador Responsável encaminhou ao CEP-PUCRS, em 22/06/2016, a E1, contendo os seguintes documentos:

- Termo de Compromisso de Utilização de Dados (reformulado)
- Carta de justificativa para a emenda

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estimar a prevalência e a incidência de transtornos cognitivos e do humor, identificar manifestações clínicas, psicológicas, de personalidade e comportamentais que integrem fatores preditores, alterações prodrômicas e manifestações precoces dos transtornos cognitivos (Subprojeto 1); Investigar fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos cognitivos e do humor em indivíduos com idade acima de 55 anos atendidos pela ESF do Município de Porto Alegre (Subprojeto 1); Desenvolver e validar instrumentos de avaliação cognitiva e do humor, com melhor acurácia para uma população de baixa escolaridade e renda (Subprojeto 2); Estudar a influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos (Subprojeto 3); Verificar se as DCNT se associam com os

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

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



Continuação do Parecer: 1.638.272

sintomas de humor ou cognitivos identificados nos instrumentos de rastreamento GDS-15 e Vellore (Subprojeto 4); Identificar associações entre classes de medicamentos de uso regular e transtornos cognitivos ou do humor (Subprojeto 5); Descrever um modelo de assistência pública integrada em saúde mental, baseado na transferência bidirecional de conhecimento: Universidade/Sistema Público de Saúde (Subprojeto 6).

Objetivo Secundário:

Criar e implementar um modelo de atenção à saúde mental para indivíduos a partir dos 55 anos, integrando todos os níveis, desde a atenção primária até a terciária, criando um fluxo continuado de capacitação, suporte, assistência e pesquisa, com transferência de conhecimento da Universidade/Hospital Universitário (centro terciário) para a rede básica ESF/Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Subprojeto 3 - coleta de sangue: No momento da coleta de sangue poderá haver alguma dor decorrente da punção da pele. Complicações dessa coleta são raras e geralmente de pequeno porte. Se houver pequena perda de sangue da veia no local da punção geralmente há um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias.

Benefícios:

O PENGE será importante para o planejamento público de saúde no Brasil, o conhecimento da frequência de doenças mentais nos idosos, os fatores de risco que possam ajudar em programas de prevenção e as manifestações iniciais dessas doenças que permitam a realização de um diagnóstico precoce. Acreditamos que os resultados desse projeto venham contribuir para o aperfeiçoamento das ações públicas de saúde e, com isso, contribuam a um menor custo, diagnóstico mais acurado e uma melhor qualidade de vida para a população que está envelhecendo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Pesquisador Responsável encaminhou ao CEP-PUCRS, em 22/06/2016, a E1, contendo os seguintes documentos:

- Termo de Compromisso de Utilização de Dados (reformulado)
- Carta de justificativa para a emenda

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

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: 1.638.272

Recomendações:

Não há recomendações.

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 nº 466 de 2012 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_615887 E1.pdf	22/06/2016 15:02:10		Aceito
Outros	Termo_compromisso_2.PDF	22/06/2016 15:01:39	Paula Engroff	Aceito
Outros	Resposta_CEP_adendo2.PDF	22/06/2016 14:59:18	Paula Engroff	Aceito
Outros	carta_justificativa_emenda.pdf	14/04/2016 09:53:08	Paula Engroff	Aceito
Outros	Adendo_PENCE_2015.pdf	08/12/2015 09:32:01	Paula Engroff	Aceito
Outros	Carta de apresentação cep.PDF	24/09/2014 13:24:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PENCE_24_09_14.pdf	24/09/2014 13:23:21		Aceito
Outros	Termo de Compromisso para utilização dos dados.PDF	30/07/2014 13:49:39		Aceito
Outros	Carta de reapresentação CEP PUCRS.pdf	30/07/2014 13:49:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PENCE_REVISAO.pdf	30/07/2014 13:46:38		Aceito
Outros	Curriculo Armin von Gunten.doc	25/04/2014 15:30:59		Aceito
Outros	LINKS PARA ACESSO DO CURRÍCULO LATTES.docx	25/04/2014 15:29:06		Aceito
Outros	Aprovação PENCE Comissão Científica.pdf	03/04/2014 17:09:12		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto CONEP.pdf	02/04/2014 19:16:26		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: 1.638.272

Outros	Carta de apresentação do projeto - Dr. Irenio.pdf	02/04/2014 19:16:01		Aceito
Outros	Autorização Rosane.pdf	02/04/2014 17:30:22		Aceito
Outros	Autorização Dr Terra.pdf	02/04/2014 17:30:03		Aceito
Outros	Orçamento pence assinado.pdf	02/04/2014 16:47:28		Aceito
Outros	CRONOGRAMA.docx	02/04/2014 16:46:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO COORTE ENVELHECIMENTO CEREBRAL.pdf	02/04/2014 16:45:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE subprojeto 3.pdf	02/04/2014 16:25:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/04/2014 16:25:17		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Julho de 2016

Assinado por:
Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(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@puccrs.br

ANEXO C - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO À REVISTA PSICO

[Psico] Agradecimento pela Submissão

Entrada x



Página do Google+ relacionada



Prof. Dr. Rodrigo Grassi-Oliveira <revistapsico@pucrs.br>
para mim

14:46 (Há 0 minutos) ★



Adriana da Silva Lessa,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS PREDITORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM UMA AMOSTRA COMUNITÁRIA DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE RS/BRASIL" para Psico. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/author/submission/27413>

Login: adrianaslessa

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

...

Prof. Dr. Rodrigo Grassi-Oliveira
Psico

Psico

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico>

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO GERAL PENCE

57120

ID:

5

QUESTIONÁRIO GERAL											
PENCE – PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL											
SMS – PUCRS											
Nome <input style="width: 100%;" type="text"/>											
ESF <input style="width: 100%;" type="text"/>						Data de nascimento <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>					
Endereço <input style="width: 100%;" type="text"/>											
Bairro <input style="width: 100%;" type="text"/>				Telefone <input style="width: 100%;" type="text"/>				Celular <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Pessoa para contato (familiar, cuidador, outro) <input style="width: 100%;" type="text"/>											
Telefone <input style="width: 100%;" type="text"/>				Celular <input style="width: 100%;" type="text"/>				Data da entrevista <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> 2 0 <input style="width: 20px;" type="text"/>			
Nº do prontuário da família <input style="width: 100%;" type="text"/>						ACS <input style="width: 100%;" type="text"/>					

DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Sexo masculino feminino
2. Cor/raça branca preta parda oriental índio NR (não respondeu)
3. Estado civil: (no papel): solteiro(a) em união estável viúvo(a) casado(a) divorciado(a)/desquitado(a) NR (não respondeu)
4. Atualmente vive com companheiro(a)?: sim Há quanto tempo (anos)? não NR (não respondeu)

DADOS DE ESCOLARIDADE

5. Sabe ler? sim não NR (não respondeu)
6. Sabe escrever? sim somente assina o nome não NR (não respondeu)
7. Utiliza leitura ou escrita no dia a dia (lê jornal, revista; anota recados, faz palavras cruzadas, etc)? sim não NR (não respondeu)
8. Qual mão ou lado que o senhor(a) teve mais força e habilidade ao longo da vida (ex: para escrever, trabalhar)? direita (destro) usa os dois lados sem preferência (ambidestro) esquerda (canhoto) NR (não respondeu)
9. Frequentou escola? sim **COMPLETOU** até que série? não NR (não respondeu)

Primário	<input type="checkbox"/> 1ª série <input type="checkbox"/> 2ª série <input type="checkbox"/> 3ª série <input type="checkbox"/> 4ª série	Ginásio	<input type="checkbox"/> 5ª série <input type="checkbox"/> 6ª série <input type="checkbox"/> 7ª série <input type="checkbox"/> 8ª série	Científico	<input type="checkbox"/> 1º série <input type="checkbox"/> 2º série <input type="checkbox"/> 3º série	Supletivo	<input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau
----------	--	---------	--	------------	---	-----------	--
10. Frequentou curso superior? sim Incompleto? Completo? Qual curso? não NR (não respondeu)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Sr(a): _____, recentemente o SUS tem priorizado ações de detecção de problemas de esquecimento, de perda da memória, de depressão e das emoções assim como já acontece com outros problemas de saúde importantes como a pressão alta e o diabetes (“açúcar no sangue”). Em Porto Alegre, estas prioridades já estão iniciando em algumas “equipes saúde da família”, como é o caso do posto de saúde que o(a) acompanha, com objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar físico e emocional das pessoas, trazendo maior qualidade de vida.

O(A) Sr(a). está cadastrado(a) no “Programa de Envelhecimento Cerebral”, que acompanha a saúde mental das pessoas com 55 anos de idade ou mais. As informações registradas no programa são sigilosas e ficam no prontuário de saúde da família. Com o objetivo de melhorar a identificação e o conhecimento sobre essas doenças e poder desenvolver ações de prevenção e tratamento para a população atendida pelo SUS, nós estamos desenvolvendo uma pesquisa utilizando as informações contidas no prontuário. Por este motivo, estamos convidando o(a) Sr(a) a participar deste estudo. Desde já agradecemos por nos receber e pedimos que o(a) Sr(a) sinta-se à vontade para participar ou não da pesquisa.

O projeto de pesquisa, intitulado COORTE DE ADULTOS E IDOSOS DO PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL (PENCE) DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE, tem como objetivo identificar a frequência de esquecimentos e problemas de raciocínio e das emoções na população de Porto Alegre atendida pelo SUS e seus fatores de risco. Visa também verificar quais as primeiras manifestações que permitam seu diagnóstico na fase inicial da doença e desenvolver instrumentos mais adequados para avaliar esses problemas.

O senhor(a) está sendo convidado a participar desta pesquisa que consiste em autorizar que os dados de seu prontuário do Programa de Envelhecimento Cerebral sejam utilizados exclusivamente para análises estatísticas e publicação de trabalhos científicos, não sendo revelados os dados de identificação dos participantes. Esta pesquisa não determina risco adicional ou dano à sua saúde e sua participação é isenta de remuneração ou ônus.

Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob a tutela e total responsabilidade dos pesquisadores do 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 desta, sem que isto leve a penalização alguma ou qualquer prejuízo posterior a você ou a sua família.

Participando desta pesquisa, o(a) Sr(a). estará contribuindo para a melhoria da saúde das pessoas, pois, conhecendo melhor os problemas de esquecimento, raciocínio e das emoções é possível aperfeiçoar as intervenções de saúde pública que visam evitar sua ocorrência e melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas, que precisam do SUS.

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo, eu, _____, portador(a) do RG nº _____, voluntariamente, aceito participar dele, pois reconheço que:

- recebi uma cópia deste termo, que li e compreendi por completo;
- fui informado (a) dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada;
- recebi informações sobre qual é a minha participação na pesquisa e dos riscos e benefícios esperados;
- entendi que, como voluntário, posso me retirar do estudo a qualquer momento e isto não afetará meus cuidados médicos ou de parentes meus no presente ou no futuro;
- tenho conhecimento que todas as informações a meu respeito serão confidenciais;
- fui informado(a) que não há nenhum risco de dano à minha saúde, causado diretamente pela pesquisa, nem gastos ou bônus adicionais;
- receberei resposta a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei chamar os pesquisadores integrantes da equipe de pesquisa pelo telefone (51) 3320-3002. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, poderei entrar em contato com o Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho no telefone (51) 3320-3002 (51) 99999396 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS localizado no Hospital São Lucas, Av. Ipiranga, 6690, Prédio 60 – sala 314, ou no telefone (51) 3320-3345, de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e 13h30min às 17h.

Nome do Paciente: _____

Assinatura do Paciente/Representante Legal: _____

Pesquisador(a) Responsável: _____

Assinatura: _____

Data ____/____/____



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br