RIASE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

MAUS TRATOS E INDICATIVOS DE DEPRESSÃO EM PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RECIFE/PE: UMA POSSÍVEL RELAÇÃO

ABUSE AND SIGNS OF DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE IN PRIMARY HEALTH CARE IN RECIFE/PE: A POSSIBLE RELATIONSHIP

MALTRATO Y SIGNOS DE DEPRESIÓN EN ANCIANOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN RECIFE/PE: UNA POSIBLE RELACIÓN

Sammya Barreto de Oliveira Alves Lourenço[1], Mírian Rique de Souza Brito Dias[1], Cirlene Francisca Sales da Silva[1].

[1]Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Brasil.

Recebido/Received: 23-01-2025 Aceite/Accepted: 19-03-2025 Publicado/Published: 27-03-2025

DOI: http://dx.doi.org//10.60468/r.riase.2024.10(3).705.74-90

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

VOL. 10 N.º 3 DEZEMBRO 2024

RESUMO

Introdução: Os maus-tratos à pessoa idosa é reconhecido como um grave problema de saúde pública, pelas consequências que acarreta, tanto para a vítima, como para a sociedade.
Objetivo: Analisar a relação entre maus-tratos e indicativos de Depressão em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária em Recife/PE.
Métodos: Este artigo é um recorte da pesquisa multicêntrica em Rede Internacional, intitulada Vulnerabilidade e condições sociais e de saúde da pessoa idosa na Atenção Primária e Instituições de Longa Permanência: estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha de natureza quantitativa, transversal, analítico, descritivo e correlacional. Participantes: 130 pessoas acima de 60 anos, independente de género, grau de escolaridade, profissão, estado civil, religião e classe social. Coleta de dados: realizada por meio de um questionário biosociodemográfico, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15) e o H-S/EAST para verificar o risco dos participantes para situações que envolvam violência. Análise de dados: estes foram tabulados e analisados no software IBM SPSS Statistics.
Resultados: A maioria dos participantes tinham idades variando de 60 a 80 anos. A maior parte do sexo feminino, de cor autodeclarada parda, casadas, católicas, com nível de escolaridade fundamental, aposentadas e com renda de até dois salários mínimos. A prevalência de maus-tratos foi de nenhum relato (55,7%), seguido de apenas um (31,9%) e dois (8,1%) relatos no último ano. Em referência à depressão, 82,3% dos participantes estavam dentro da normalidade. Em segundo, ficou o corte de depressão leve, com 14,6% e por último o corte de depressão severa com 3,0% de incidência.
Conclusão: Há relação significativa entre maus-tratos e os sintomas depressivos, portanto, se evidencia a presença da violência como fator de risco para a depressão.
Palavras-chave: Abuso de idosos; Atenção Primária à Saúde; Depressão; Envelhecimento.

ABSTRACT

Introduction: Elder abuse is recognised as a serious public health problem because of the consequences it has for both the victim and society.
Objective: Analyze the relationship between ill-treatment and signs of depression in elderly people treated in primary care in Recife/PE.
Methods: This article is part of a multicenter research project in an international network entitled Vulnerability and social and health conditions of the elderly in primary care and long-term care institutions: a comparative study in Brazil, Portugal and Spain. Quantitative,

cross-sectional, analytical, descriptive and correlational. Participants: 130 people over the age of 60, regardless of gender, level of education, profession, marital status, religion and social class. Data collection: carried out using a biosociodemographic questionnaire, the Geriatric Depression Scale (GDS 15) and the H-S/EAST to check participants' risk of situations involving violence. Data analysis: the data was tabulated and analyzed using IBM SPSS Statistics software.

Results: Most of the participants ranged in age from 60 to 80. The majority were female, self-declared brown, married, Catholic, with an elementary school education, retired and with an income of up to two minimum wages. The prevalence of abuse was no reports (55.7%), followed by only one (31.9%) and two (8.1%) reports in the last year. With regard to depression, 82.3% of the participants were within the normal range. Mild depression came in second with 14.6% and severe depression came in last with 3.0%.

Conclusion: There is a significant relationship between elder abuse and depressive symptoms, thus showing the presence of violence as a risk factor for depression.

Keywords: Aging; Depression; Elder Abuse; Primary Health Care.

RESUMEN

Introducción: El maltrato a las personas mayores está reconocido como un grave problema de salud pública por las consecuencias que tiene tanto para la víctima como para la sociedad.

Objetivo: Analizar la relación entre malos tratos y signos de depresión en ancianos atendidos en atención primaria en Recife/PE.

Método: Este artículo es un extracto de la investigación de la Red Internacional multicéntrica titulada Vulnerabilidad y condiciones socio-sanitarias de las personas mayores en Atención Primaria e Instituciones de Larga Estancia: un estudio comparativo en Brasil, Portugal y España. Cuantitativo, transversal, analítico, descriptivo y correlacional. Participantes: 130 personas mayores de 60 años, independientemente del sexo, nivel de estudios, profesión, estado civil, religión y clase social. Recogida de datos: se realizó mediante un cuestionario biosociodemográfico, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS 15) y el H-S/EAST para comprobar el riesgo de los participantes ante situaciones de violencia. Análisis de los datos: los datos se tabularon y analizaron mediante el programa IBM SPSS Statistics.

Resultados: La edad de la mayoría de los participantes oscilaba entre los 60 y los 80 años. La mayoría eran mujeres, autodeclaradas morenas, casadas, católicas, con estudios primarios, jubiladas y con ingresos de hasta dos salarios mínimos. La prevalencia de maltrato fue de ninguna denuncia (55,7%), seguida de sólo una (31,9%) y dos (8,1%) denuncias en el último año. En cuanto a la depresión, el 82,3% de los participantes se encontraba dentro del rango

normal. En segundo lugar se situó el corte de depresión leve, con un 14,6%, y por último el corte de depresión grave, con un 3,0% de incidencia.
Conclusión: Existe una relación significativa entre el maltrato al anciano y la sintomatología depresiva, mostrando así la presencia de violencia como factor de riesgo para la depresión.
Descriptores: Abuso de Ancianos; Atención Primaria de Salud; Depresión; Envejecimiento.

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida no Brasil, em 2021, foi estimada em 76 anos[1]. É fundamental esclarecer que esta média calculada pode variar de acordo com diversos fatores, como o sexo, a região, o nível socioeconômico, entre outros. No cenário da cidade de Recife/PE não é diferente, tendo em vista que a estimativa de vida é por volta dos 74 anos de idade. Um relevante marcador que deve ser considerado é o facto de que uma grande parcela da população idosa, atualmente, é vítima das mais diversas formas de violência. De entre as mais comuns, podem-se citar: o abuso físico, o abuso sexual, o abuso emocional ou psicológico, a exploração financeira ou material, o abandono e a negligência[2].

De acordo com informações cedidas pelo Disque 100 – Serviço de Denúncias de Violações de Direitos Humanos –, apenas no ano de 2020 foram recebidas mais de 41 mil denúncias através de contacto telefônico, o que caracteriza um aumento de 59% em comparação ao ano anterior. Infelizmente, estima-se que este número seja ainda mais alarmante, considerando a presença de subnotificações[3]. Este fenômeno ocorre por diversos motivos, sobretudo quando os maus-tratos ocorrem no contexto doméstico, pois, como apontado por Gondim e Costa, a vítima costuma apresentar algum tipo de dependência com relação ao agressor, o que provoca medo de denunciá-lo[4].

Considera-se que os maus-tratos contra a pessoa idosa são uma violação aos direitos humanos e, além disso, é também uma das causas de inúmeras consequências. De entre estas, estão as lesões físicas e mentais, que podem resultar em hospitalizações, incapacidades e, portanto, diminuição da qualidade de vida. Outra perda relacionada à violência é o isolamento e a falta de esperança, o que pode vir a ser um fator desencadeante para a depressão.

A depressão caracteriza-se por alterações de ordem psicológica, funcional e relacional, que podem variar em função dos sintomas, gravidade, curso e prognóstico. É caracterizada pela presença de humor deprimido, diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria, sensação de cansaço e/ou fadiga, acompanhados de alterações do sono e apetite, desinteresse, pessimismo, lentidão e ideias de fracasso[5].

A referida patologia constitui um problema de saúde pública, no qual, aproximadamente 300 milhões de pessoas são afetadas, em todo o mundo. Nesse contexto, os/as idosos/as somam um percentual de 15% da população[5]. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que cerca de 7,7% das pessoas idosas brasileiras sofrem de depressão. A incidência entre elas constitui um desafio importante para os sistemas de saúde, em função da procura por atendimento e dos altos índices de mortalidade, acarretando prejuízos financeiros e emocionais ao indivíduo, à família e ao Estado.

O prognóstico de depressão para os idosos é negativo, pois quanto mais persistentes e duradouros forem os sintomas, maiores os impactos sobre a cognição, a capacidade funcional e relacional; além disso, é nessa fase da vida que também ocorrem mais suicídios[6]. De entre os diversos fatores que podem estar associados à depressão em pessoas idosas, destaca-se a violência/maus-tratos sofridos, tanto na forma física, quanto na psicológica, muitas vezes infligida por familiares que geralmente estão mais próximos[7]. Quando a família deixa de operar como fonte de apoio à pessoa idosa, torna-se fundamental o fortalecimento de outras redes de proteção, e a comunidade é uma delas.

Desse modo, o Sistema de Atenção Primária à Saúde representa a comunidade e, por isso, pode ser considerada parte da rede de apoio, uma vez que o idoso (a) recorre à unidade de atendimento quando necessita. Lima e outros autores identificaram estratégicas para melhorar o tratamento da depressão geriátrica na atenção primária, de entre elas está a ativação e engajamento dos pacientes, a implementação de métodos não farmacológicos, como terapias, uma vez que estes não produzem efeitos prejudiciais ao organismo e desperta para atividades cognitivas de precisão[5].

Diante do contexto apresentado, o objetivo geral do presente trabalho foi analisar a relação entre maus-tratos e indicativos de depressão em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária em Recife/PE. Mais especificamente: 1) Verificar a prevalência de maus-tratos através do Questionário de Avaliação da Presença de Violência e Maus-Tratos Contra a Pessoa Idosa; 2) Avaliar a tendência à depressão por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15); 3) Caracterizar a relação entre essas duas variáveis.

A pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sob o CAAE 36278120.0.1001.5292.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo realizado foi uma pesquisa transversal, de natureza descritiva e correlacional com abordagem quantitativa, que visou analisar a relação entre maus-tratos e indicativos de depressão em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária em Recife/PE.

A presente pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico realizado no Brasil, Portugal e Espanha com pessoas idosas atendidas na atenção primária e residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI). No Brasil, fez-se uma estimativa da população alvo de 1.802.390 idosos, considerando-se, um nível de confiança de 95% (Z = 1,96), erro amostral (e = 0,08), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de idosos atendidos na atenção básica e/ou residente em ILPI nas 24 cidades pré-selecionadas como cenários da pesquisa e a amostra estimada ficou em 3534 idosos. Os dados foram coletados em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na região sul da cidade do Recife – Pernambuco.

Especificamente, na cidade do Recife, o número mínimo de participantes ficou estimado em 150 pessoas, sendo 130 provenientes de serviços da atenção primária e 20 de ILPI. Com isso, o estudo contou com a participação de 130 pessoas idosas, com idades variando de 60 a 69 anos (70,8%), de 70 a 79 anos (23,8%) e 80 anos ou mais (5,4%). Em sua maioria do sexo feminino (80%), de cor autodeclarada parda (58,1%), casadas (31,5%), católicas (45,4%), com nível de escolaridade fundamental (62,3%), aposentadas (48,5%) e com renda de até dois salários mínimos (88,5%).

Os instrumentos utilizados foram o GDS-15: Para avaliação da depressão utilizou-se a Escala de Depressão em Geriatria (*Geriatric Depression Scale* – GDS). É uma escala de deteção de transtornos depressivos. Na presente pesquisa, optou-se pela utilização da GDS-15[8,9,10]. A referida escala, consta de 15 itens, que pontuam entre 0 e 5 pontos se apresentam quadro psicológico normal, enquanto aqueles(as) que pontuam entre 6 e 10 apresentam quadro de depressão leve e acima de 10, quadro de depressão severa. Neste estudo o GDS apresentou um índice de consistência interna alfa de Cronbach satisfatório (α = 0,79). O HS-EAST: Para verificar o risco dos participantes da pesquisa para situações que envolvam violência foi utilizado o H-S/EAST, que é um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos. Os itens componentes do H-S/EAST abarcam aspetos como o risco de abuso psicológico e físico, violação de direitos pessoais, isolamento ou abuso financeiro por terceiros. O instrumento é composto de 15 itens dicótomos que foram selecionados de mais de mil perguntas oriundas de diversos protocolos de identificação de violência doméstica contra pessoas idosas utilizados nos Estados Unidos. Atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, em que o ponto é dado para a resposta negativa. Estudos prévios sugerem

que, no contexto clínico, um escore de três ou mais pode indicar risco aumentado de algum tipo de violência presente[11]. No presente estudo, o HS-EAST apresentou um índice de consistência interna alfa de Cronbach adequado para pesquisa (α = 0,56).

Como critérios de inclusão foram considerados ter 60 ou mais anos de idade; ter cadastro ou ser usuário/a de uma unidade de saúde de atenção primária; ter pontuado pelo menos 17 pontos no questionário Mini Exame do Estado Mental (MEEM), conforme sugerido em sua validação[12,13]. Já os critérios de exclusão foram diagnóstico médico de deficiência intelectual, neurológica ou mental que pudessem dificultar a aplicação dos instrumentos ou se recusarem a continuar participando da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2021, entre os meses de julho a dezembro, por uma equipe previamente treinada. Os participantes que concordaram em participar leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram tabulados e analisados no *software IBM SPSS Statistics*, em sua versão 21. Especificamente, realizamos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e frequências para uma análise geral e exploratória dos dados. Além de análises inferenciais, como comparações de grupos por meio do *t* de Student e a correlação produto-momento de Pearson, bem como análises adicionais de consistência interna das medidas utilizadas e tamanho do efeito de Cohen[14,15].

RESULTADOS

Analisando os resultados da escala HS-EAST, a maioria das pessoas idosas do estudo não apresentou nenhum relato sobre maus-tratos (55,7%), seguidos de apenas um (31,9%) e dois (8,1%) relatos de maus-tratos no último ano. Mesmo uma amostra não equivalente entre o sexo dos participantes, os idosos do sexo masculino apresentaram uma média maior de incidentes com maus-tratos do que os participantes do sexo feminino.

Contudo, essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa [$t(1, 120) = -0,425$; $p = 0,672$; $d = -0,09$)], esses resultados são sumarizados na Tabela 1↗. De entre os maus-tratos mais relatados estão os gritos sem razão, que foi citado ter ocorrido com uma frequência acumulada de 55 vezes; e ser chamado por apelidos indesejados, ocorrendo 14 vezes. O único não citado foi ser ameaçado, esses resultados são apresentados na Figura 1↗.

Em seguida, buscamos verificar a incidência de sintomas disposicionais de depressão geriátrica por meio da GDS-15. A pontuação total desta medida varia de 0 a 15 e possui três pontos de corte (0 a 5 = normal; 6 a 10 = depressão leve; 11 a 15 = depressão severa). De modo geral, a média de incidência foi dentro do corte normal (M = 3,05; DP = 2,78; EP = 0,24), representando 82,3% dos participantes. Em segundo ficou o corte de depressão leve, com 14,6% e por último o corte de depressão severa com 3,0% de incidência. Igualmente analisamos se esses resultados diferem entre os participantes quanto ao sexo.

Aqui, os participantes do sexo feminino apresentaram maiores médias de incidência de depressão do que os participantes do sexo masculino e essa diferença foi significativa [t(1, 128) = 2,441; p = 0,016; d = 0,53)], essas diferenças são apresentadas na Tabela 2↗.

A partir das análises descritivas, seguimos para a análise das possíveis relações entre as principais variáveis do estudo (HS-EAST e GDS-15) e as características demográficas dos participantes. Assim, realizamos uma correlação linear de Pearson com todas as variáveis de interesse. Os resultados principais são apresentados na Tabela 3↗.

A partir da análise de correlações encontradas com nossa amostra, verificamos que os maus-tratos estão positivamente correlacionados com os sintomas de depressão (r = 0,19; p < 0,05). Ou seja, quanto maiores os *scores* de maus-tratos maiores serão os de sintomas depressivos. Encontramos ainda uma correlação negativa entre o sexo do participante e os sintomas depressivos (r = -0,21; p < 0,05). Com base na codificação dummy (0 = sexo feminino e 1 = sexo masculino) demostra-se que os participantes do sexo feminino relataram mais sintomas depressivos do que as pessoas idosas do sexo masculino. Por fim, vemos também que a quantidade de pessoas com quem os idosos moram se correlaciona negativamente com os sintomas relatados de depressão (r = -0,23; p < 0,001), ou seja, morar com outras pessoas está associado a menos sintomas de depressão.

DISCUSSÃO

O estudo em questão apresenta, de maneira clara e sucinta, a possível correlação existente entre a presença de maus-tratos e o indicativo de depressão na pessoa idosa. Com o fenômeno do envelhecimento populacional, a pessoa idosa tem se tornado cada vez mais presente no cotidiano brasileiro. Com isso, a prevalência de maus-tratos contra esse grupo também tem aumentado, sendo considerada, atualmente, como um importante problema de saúde pública e tornando-se, desde 2006, objeto de vigilância epidemiológica no Brasil, o que cumpre o determinado pela Lei n.º 10.741/2003 – Estatuto do Idoso.

Como apresentado nos resultados, a população em questão não identificou um número significativo de maus-tratos no último ano. No entanto, um facto que chama atenção é que, quando se analisa o perfil epidemiológico segundo o gênero, mesmo o sexo feminino estando em maior número na pesquisa (80%), a maior prevalência de casos relatados foi pelo sexo masculino.

Os dados encontrados na pesquisa em questão corroboram com vários trabalhos já realizados, embora alguns estudos não validem uma diferença estatística relevante entre os gêneros[16,17]. No entanto, divergem do que aponta Pinto, Barham e Albuquerque num estudo também transversal, realizado na cidade de São Carlos – SP[18]. Outra pesquisa, realizada em 2018, ressalta que as mulheres apresentam maiores chances de serem vítimas de violência física, violência psicológica, negligência, tortura e violência sexual[19].

Embora não haja um consenso quanto a esta comparação entre os gêneros, homens também são vítimas de agressão. De acordo com Mascarenhas, Andrade, Pedrosa, Neves, Silva e Malta, o número de violência contra homens idosos é maior quando se trata de violência física, causada por agressores que não moram no mesmo local do idoso e que estão envolvidos num contexto de consumo de bebida alcoólica[20].

Nesse sentido, no que respeita ao tipo de violência mais prevalente, o nosso estudo identificou que de entre os maus-tratos mais relatados estão os gritos sem razão, o que caracteriza a presença da violência verbal e psicológica. Minayo corrobora com este dado ao afirmar que as agressões psicológicas são as mais comuns[21]. Além disso, são consideradas as menos visíveis e as mais associadas ao silêncio, já que a pessoa idosa não se sente à vontade para denunciar, fator que pode implicar em subnotificação da violência contra a pessoa idosa, segundo Mascarenhas e outros autores[20].

Para Minayo, o facto acima citado ocorre porque as vítimas estão envolvidas em relações afetivas e familiares. Por sua vez, estes maus-tratos caracterizam-se por agressão verbal crônica, gritos e palavras depreciativas que possam desrespeitar a identidade, dignidade e autoestima da pessoa idosa, assim como encontrado em nosso estudo, o qual apontou os apelidos indesejados como o segundo mais relatado[22].

Ainda nesse contexto, numa pesquisa também realizada na cidade de Recife, Silva e Dias comprovaram que as situações de violência costumam iniciar com as agressões verbais, o que refuta os resultados do nosso trabalho[23]. Entretanto, as autoras afirmam ainda que tais agressões acabam por culminar em maus-tratos físicos direcionados à pessoa idosa[23].

Já no que se refere ao ambiente em que ocorrem os maus-tratos, para Santana, Vasconcelos e Coutinho, os principais agressores residem na mesma casa da pessoa idosa[24]. Nesse sentido, o estudo citado não é o único que aponta tal facto, pois outras pesquisas evidenciam a mesma informação, bem como Gaioli *et al*[16], Silva e Dias[23] e uma revisão integrativa realizada no ano de 2018 por Lopes *et al*[25], a qual afirma que 60% dos casos de violência são cometidos no local de moradia. No entanto, a nossa pesquisa contradiz este dado ao identificar que quanto mais pessoas no mesmo espaço, menor a chance de maus-tratos.

Em contrapartida ao encontrado com relação aos maus-tratos, as pessoas do sexo feminino relataram maior presença de sintomas depressivos. No que diz respeito ao campo da Psicologia, o resultado encontrado nos traz a possibilidade de questionarmos, sobretudo, o porquê das mulheres sentirem-se mais à vontade para falar a respeito da depressão, diferente dos homens, que se abstêm quando questionados sobre os seus pensamentos, sentimentos e vulnerabilidades.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V-TR), o termo depressão é frequentemente utilizado para nomear um dos vários transtornos depressivos, sendo este caracterizado pela tristeza suficientemente grave ou persistente para interferir no funcionamento e, muitas vezes, para diminuir o interesse ou o prazer nas atividades. A sua causa é apontada como desconhecida, mas afirma-se ser de origem multifatorial, contribuída por fatores genéticos e ambientais. Nesse contexto, ao tratar-se de uma tristeza e falta de prazer, socialmente criou-se um estigma associado à depressão, como apontam Nascimento e Leão em seu estudo[26].

Tavares complementa que, frequentemente, o sujeito que se assume deprimido é apontado como fraco e culpado pelo seu insucesso na vida. É nessa dimensão que sofrer – ou até mesmo sentir – passou a ser sinônimo de vergonha[27]. Parafraseando o autor, sofre-se duas vezes, ou seja, pelas próprias condições subjetivas particulares e singulares inerentes a cada sujeito e pelo peso da culpa e do estigma por se encontrar em tal situação.

Seguindo nesse sentido e compreendendo que as pessoas idosas viveram e vivem num contexto histórico-social predominantemente patriarcal e machista, é possível fazer a correlação do porquê os homens falarem menos sobre as suas emoções, pois trata-se de assumir um papel de vulnerabilidade[28]. Para Corsi, Dohmen e Soténs, a repressão da esfera emocional é parte constituinte da identidade masculina. De acordo com os autores, tal repressão é caracterizada por não falar sobre os próprios sentimentos, especialmente com outros homens[29].

Além disso, conforme apontado por Nascimento *et al* ainda há uma associação entre transtorno mental e incapacidade[26]. Esta perceção social dificulta ainda mais que os homens se sintam plenamente livres para expressar as suas angústias pois, como evidenciam Pimenta

e Natividade, a masculinidade é historicamente relacionada à autonomia, à independência, à capacidade e, sobretudo, ao poder. Segundo as autoras, é óbvio que para o exercício do poder é necessária a supressão de sentimentos[30].

Ainda no que se relaciona à depressão, como exposto anteriormente, a nossa análise de dados constatou que quanto mais pessoas em casa, menos foi relatada a presença de sintomas depressivos. Gonçalves corrobora com este facto quando, em seu estudo quantitativo, sugere que idosos que estabelecem relações próximas e que recebem mais afeto dos que os cercam, tendem a ser mais sociáveis, sentem-se seguros e apresentam menos tendência à depressão[31].

Numa pesquisa recente sobre a relação existente entre a solidão e a depressão, Santos *et al* poderam comprovar que ambos os constructos têm uma conexão diretamente proporcional, pois de entre os idosos que relataram sentimento de solidão, por volta de 67% apresentaram sintomas depressivos[32]. Dito isso, o estudo realizado em Teresópolis está em concordância com o que foi constatado através da nossa pesquisa.

Por fim, com a última relação feita entre a variáveis maus-tratos e depressão, a nossa pesquisa identificou que quanto maiores os *scores* de maus-tratos maiores serão os sintomas depressivos. Isso nos aponta que a presença de violência é considerada um fator de risco para depressão. Apesar da literatura ainda não estar amplamente debruçada sobre tais correlações, no contexto analisado, foi possível encontrar de entre outros estudos, a revisão sistemática realizada por Ribeiro *et al*, a qual refuta os nossos resultados e afirma que a violência é um grande problema de saúde pública e que uma parte significativa dos problemas de saúde mental, incluindo a depressão, podem ter a violência como fator de risco[33].

CONCLUSÃO

Este estudo trata de uma pesquisa preliminar, tendo em vista que abre portas para que novos estudos sejam realizados, inclusive na cidade de Recife, já que as pessoas idosas participantes estavam sendo atendidas em apenas uma região (zona sul) da cidade. Como resposta ao objetivo principal da pesquisa, concluiu-se que há relação significativa entre maus-tratos e os sintomas depressivos, portanto, nos evidencia a presença da violência como fator de risco para a depressão. No que se refere aos objetivos específicos, a prevalência de maus-tratos foi de nenhum relato (55,7%), seguido de apenas um (31,9%) e dois (8,1%) relatos no último ano. Em referência à depressão, apontou 82,3% dos participantes dentro da normalidade. Em segundo ficou o corte de depressão leve, com 14,6% e por último o corte de depressão severa com 3,0% de incidência.

Por fim, assim como apontado anteriormente, é relevante esclarecer a importância de novas pesquisas, levando em consideração que uma amostra maior e mais variada possa enriquecer os dados do estudo, tendo em vista que o contexto social, econômico e geográfico podem alterar a perceção da pessoa idosa quanto às variáveis analisadas. Além disso, destaca-se como limitações do estudo a amostra predominantemente composta por mulheres (80%), restringindo também a análise comparativa entre gêneros. Um outro ponto a salientar é de que o número total de participantes pode ser considerado como insuficiente para generalizações.

Ainda, destaca-se a necessidade e importância de que a coleta seja realizada em diferentes regiões da cidade, de modo a abranger aspetos socioculturais variados. É pertinente deixar claro que há margem para que intervenções públicas sejam feitas nessas populações, com foco na promoção de ações que combatam os maus-tratos e que possam oferecer um suporte à saúde mental da população estudada, como forma de reduzir os fatores de risco associados à presença de sintomas depressivos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da população brasileira [Internet]. 2021.

2. Souza JAV, Freitas MC, Queiroz TA. Violência contra os idosos: análise documental. Rev Bras Enferm. 2007;60(3):268-72.

3. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (Brasil). Disque 100 [Serviço de Disque Denúncia Nacional de Direitos Humanos]. Brasília (DF); 2020.

4. Gondim RMF, Costa LM. Violência contra o idoso. In: Falcão DVS, Dias CMSB, editores. Maturidade e velhice: Pesquisa e intervenções psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 169-91.

5. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. Rev Epidemiol Controle Infecç. 2016;6(2):97-103.

6. Nascimento NFS, Melo MGF, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. Rev Rene. 2010;11(1):19-27.

7. Feitosa ANA, Almeida PB, Quental OB, Sobreira MVS, Assis EV, et al. Incidence of Violence Among the Elderly in a Family Health Center. Intern Arch Med. 2015;8(147):1-7.

8. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983;17(1):37-49.

9. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr. 1999;57(2):421-6.

10. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. Int J Geriatr Psychiatry. 1999; 14(10):858-65.

11. Reichenheim ME, Paixão Jr CM, Moraes CL. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. Cad Saúde Pública. 2008;24: 1801-13.

12. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):712-9.

13. Lourenço RA, Veras RP, Ribeiro PCC. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2008;11(1):7-16.

14. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 4th ed. London: Sage; 2013.

15. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes Limitada; 2017.

16. Gaioli CCL, Rodrigues RAP. Occurrence of domestic elder abuse. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(3):465-70.

17. Apratto Jr PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(6):2983-95.

18. Pinto FNFR, Barham EJ, Albuquerque PP. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. Estud Pesqui Psicol. 2013;13(3):1159-81.

19. Hohendorff JV, Paz AP, Freitas CPP, Lawrenz P, Habigzang LF. Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde. Rev SPAGESP. 2018;19(2):64-80.

20. Mascarenhas MDM, Andrade SSC, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(9):2331–41.

21. Minayo MCS. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. Mais 60 Estudos Sobre o Envelhecimento. 2014;25(60).

22. Minayo MCS. Violência contra idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2.ª ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005.

23. Silva CFS, Dias CMSB. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. Psicol Cienc Prof. 2016;36(3):637-52.

24. Santana IO, Vasconcelos DC, Coutinho MPL. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. Arq Bras Psicol. 2016;68(1):126-39.

25. Lopes ED, Ferreira AG, Pires CG, Moraes MC, Delboux MJ. Elder abuse in Brazil: an integrative review. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2018;21(5):628-38.

26. Nascimento LA, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos. 2019;26(1):103-21.

27. Tavares L. A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. São Paulo: Editora UNESP; 2010. 371 p.

28. Morilla JL, Manso MEG. A violência contra a mulher idosa no Brasil e os fatores relacionados ao tema: uma revisão integrativa. Vittalle Rev Ciências Saúde. 2021;33(2):66-82.

29. Corsi J, Dohmen ML, Soténs MA. Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Buenos Aires: Paidós; 2006.

30. Pimenta SMO, Natividade C. Humano, demasiadamente humano: sobre emoções e masculinidade. DELTA. 2012;28(spe):605-37.

31. Gonçalves SMS. Vinculação, personalidade e depressão nos idosos: que relações? [Dissertação de Mestrado]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto; 2014.

32. Santos MTCF, Martins BR, Ferreira GLI, Regianini IMC, Abreu LS, Pereira MVM, et al. Solidão: o mal ignoto da terceira idade. In: Anais Integração Ensino-Trabalho-Cidadania. Teresópolis: Editora Unifeso; 2023.

33. Ribeiro WS, Andreolli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. Braz J Psychiatry. 2009;31:S49-57.

Autoras
Sammya Barreto de Oliveira Alves Lourenço
https://orcid.org/0009-0009-8352-0944
Mírian Rique de Souza Brito Dias
https://orcid.org/0000-0003-3405-9724
Cirlene Francisca Sales da Silva
https://orcid.org/0000-0002-5707-7776

Autora Correspondente/Corresponding Author
Cirlene Francisca Sales da Silva – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Brasil.
cirlene.silva@unicap.br

Contributos das autoras/Authors' contributions
SL: Conceitualização, gerenciamento do projeto, investigação, metodologia, redação – preparação do original.
MD: Conceitualização, gerenciamento do projeto, investigação, metodologia, redação – preparação do original, redação – revisão e edição.
CS: Conceitualização, gerenciamento do projeto, investigação, metodologia, redação – preparação do original, redação – revisão e edição.
Todas as autoras leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas
Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.
Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures
Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2024.
Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.
Nenhuma reutilização comercial.
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2024.
Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

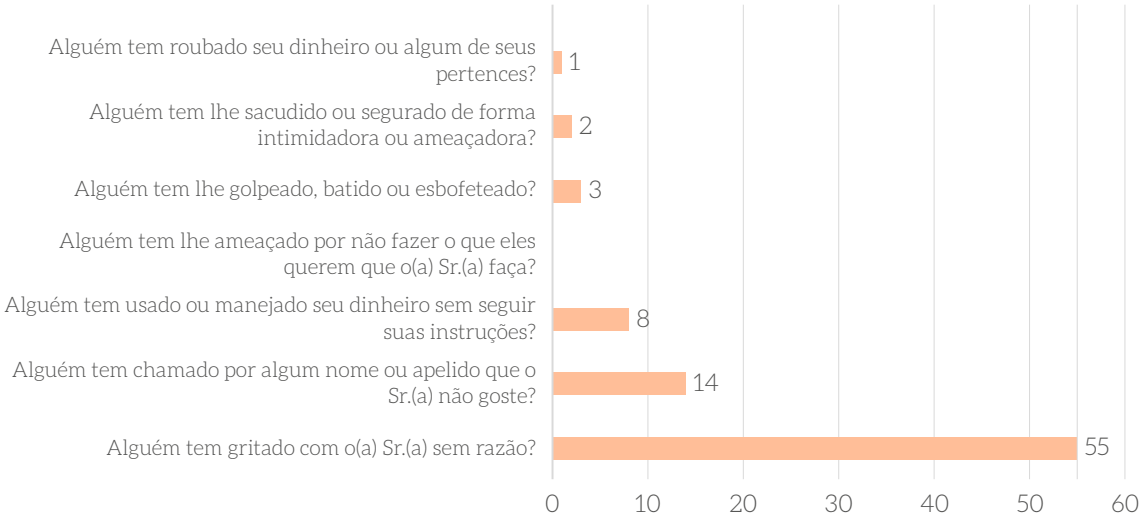

Figura 1 – Frequência acumulada HS-EAST.↖

Tabela 1 – Médias de relatos de maus-tratos (HS-EAST).

	Pontuação total HS-EAST		
	Geral	Feminino	Masculino
Número de participantes	122	97	25
Ausentes	8	7	1
Média	0,648	0,629	0,720
Erro padrão	0,086	0,094	0,212
Desvio padrão	0,953	0,928	1,061
Mínimo	0	0	0
Máximo	5	5	4

Tabela 2 – Médias de sintomas disposicionais de depressão (GDS-15).

	Pontuação total GDS-15		
	Geral	Feminino	Masculino
Número de participantes	130	104	26
Ausentes	0	0	0
Média	3,054	3,346	1,885
Erro padrão	0,244	0,290	0,285
Desvio padrão	2,782	2,959	1,451
Mínimo	0	0	0
Máximo	14	14	5

Tabela 3 – Correlações de Pearson entre as variáveis.

Variável		HD-EAST	GDS-15	Sexo	Com quem mora
1. HD-EAST	Pearson's r	–			
	p-value	–			
2. GDS-15	Pearson's r	0,195*	–		
	p-value	0,032	–		
3. Sexo	Pearson's r	0,039	-0,211*	–	
	p-value	0,672	0,016	–	
4. Com quem mora	Pearson's r	-0,097	-0,235**	0,066	–
	p-value	0,287	0,007	0,453	–

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.