

## ANSIEDADE E DEPRESSÃO E A RELAÇÃO COM A DESIGUALDADE SOCIAL ENTRE IDOSOS

Madson Alan Maximiano-Barreto<sup>1</sup>□, Iago Moura Aguiar<sup>2</sup>, Klayne Cristiane Martins<sup>1</sup>, David Costa Buarque<sup>2</sup>, & André Fernando de Oliveira Fermoseli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário Tiradentes, Maceió, Brasil, [mmaximianopsi@gmail.com](mailto:mmaximianopsi@gmail.com), [iagomouraaguiar1996@gmail.com](mailto:iagomouraaguiar1996@gmail.com), [klaynecristianemartins@gmail.com](mailto:klaynecristianemartins@gmail.com), [afermoseli@hotmail.com](mailto:afermoseli@hotmail.com)

<sup>2</sup>Santa Casa de Misericórdia de Maceió; Faculdade de Medicina -Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil, [Davidbuarque@yahoo.com.br](mailto:Davidbuarque@yahoo.com.br)

---

**RESUMO:** O objetivo do presente estudo é identificar a ocorrência de Ansiedade e Depressão em idosos atendidos na rede pública e privada e a relação com a desigualdade social. Trata-se de um estudo transversal, composto por 171 idosos, sendo 85 atendidos em rede privada de saúde (G1) e 86 em rede pública (G2). Utilizou-se como instrumento de pesquisa um questionário semiestruturado, Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Observou-se entre os grupos G1 e G2 uma desigualdade social, econômica e saúde. O grupo G2 apresenta uma prevalência do GDS 42% e GAI 41%. Os fatores protetores e as relações com a Depressão apresentaram os seguintes resultados no teste  $\chi^2$ : alta escolaridade ( $\chi^2 = 0,000$ ) e alta renda ( $\chi^2 = 0,002$ ) e em relação a Ansiedade obteve-se os seguintes resultados: alta escolaridade ( $\chi^2 = 0,000$ ), alta renda ( $\chi^2 = 0,011$ ) e residir com cônjuge/familiar ( $\chi^2 = 0,011$ ) resultados estatisticamente significativos. Identificamos uma desigualdade social entre os grupos e sua implicação nos transtornos afetivos.

*Palavras-chave:* idosos, depressão, ansiedade, desigualdade social

---

## ANXIETY AND DEPRESSION AND THE RELATIONSHIP WITH SOCIAL INEQUALITY BETWEEN ELDERLY

**ABSTRACT:** The aim of this study is to identify the occurrence of anxiety and depression among elderly patients who were treated in the public and private healthcare systems and the relationship between these affective disorders and social inequality. It was conducted a cross-sectional study of 171 elderly people, of whom 85 were treated in private hospitals (G1) and 86 were treated in public hospitals (G2). As a research instrument, it was carried out a semi-structured questionnaire, the short version of the Geriatric Depression Scale (GDS) and the Geriatric Anxiety Inventory (GAI). It was observed a social and economic inequality between the groups G1 and G2. The G2 group shows a GDS 42% and a GAI 41% prevalence. The protective factors and the relationships with depression showed the following results in the test  $\chi^2$ . High level

---

□Rua Aldino Del Nero. Cidade Jardim, nº 85, São Carlos – SP, Brasil. email: [mmaximianopsi@gmail.com](mailto:mmaximianopsi@gmail.com)

education ( $\chi^2 = 0,000$ ) and high income ( $\chi^2 = 0,002$ ). On the other hand, the Anxiety Tests had following statistically significant results: high level education ( $\chi^2 = 0,000$ ), high income ( $\chi^2 = 0,011$ ) and living with a family member or spouse ( $\chi^2 = 0,011$ ). The results showed that the social inequality between the groups has an implication in the affective disorders.

*Keywords:* elderly, depression, anxiety, social inequality

---

Recebido em 25 de Janeiro de 2018/ Aceite em 11 de Fevereiro de 2019

A desigualdade social no Brasil é algo que se perpetua através das mudanças de sistemas econômicos que o país viveu (Neri & Soares, 2002). A tentativa de modificar essa situação ao longo do tempo inclui desde a necessidade de proporcionar oportunidades iguais às diferentes classes sociais, o que possibilitará aos seus representantes desfrutarem de direitos e benefícios que favoreceriam de forma efetiva não apenas uma atividade política, como também subsídios para uma vida digna (Barros, 2017; Mackenbach, 2012).

A origem da desigualdade social é multifatorial e sofre influência de fatores como relações raciais e de gênero. Dessa maneira, umas das hipóteses para a atual situação da sociedade brasileira é a priorização por meios que conduzam verbas para o processo de geração de capital, independente da forma de distribuição de renda (Iamamoto, 2013; Oliveira, 2014).

Através da notória discrepância entre os recursos oferecidos às diferentes classes sociais, há efeitos sobre a disponibilidade de insumos relacionados à saúde, incluindo a dificuldade de acesso aos tratamentos, uma vez que, indivíduos que desenvolvem problemas relacionados à saúde mental necessitam de uma atenção integral, na qual todo o contexto onde está inserido é de alta relevância para um bom prognóstico (Politi, 2014; Wagner, 2015). Não obstante, teorias que afirmam correlação entre a baixa renda e a predisposição ao desenvolvimento de doenças mentais, baseando-se também na maior incidência desse público nos serviços de cuidado à saúde mental, apresentam-se relevantes para estudos sobre o tema (Rosa et al., 2013; Santos & Siqueira, 2010).

Nesse contexto, o Transtorno de Ansiedade e o Depressivo se apresentam como duas das doenças com grande incidência e prevalência (Maragno, Moisés, Reinaldo, Hillegonda, & Chester, 2006; Wolitzky-Taylor et al., 2010), possuem distribuição global e atingem ambos os sexos em todas as idades, com uma maior incidência entre as mulheres idosas (Santos & Siqueira, 2010; Vink, Aartsen & Schoevers, 2008; Wolitzky-Taylor et al., 2010). A depressão segundo a Organização Mundial de Saúde (2016) é, atualmente, a principal causa de morbidade no mundo, e o crescimento no número de pacientes com o Transtorno de Ansiedade e/ou Depressivo no período entre 1990 e 2013, foi cerca de 50% (World Health Organisation, 2016; Morgan et al., 2017).

A variação desses transtornos é de 28,7% a 50% na população brasileira segundo Almeida-Filho et al. (1997), Goldberg, Huxley, & Dworkin (1994), e Maragno et al. (2006), e essa ocorrência se dá a um somatório entre novas incidências e prevalência. Percebe-se que a desigualdade social interfere na qualidade de vida e no estresse (dois dos principais responsáveis para desenvolvimento de transtornos mentais), e atua como um fator predisponente, ou um fator de piora, para os dois transtornos (Massignam, Bastos & Nedel, 2015; Morais, Mascarenha, Fernandes, & Ribeiro 2014).

De acordo com a crescente prevalência da população idosa concomitante ao aumento da ansiedade e depressão nesta faixa etária, o presente estudo tem como principal objetivo identificar a prevalência de ansiedade e depressão e a relação da desigualdade social e o acometimento de transtornos afetivos entre dois grupos de idosos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado através de uma amostragem por conveniência e intencional. Para execução deste, obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 63566016.2.0000.5641; parecer nº 1.904.318). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta dos dados foram realizadas nos meses de maio a agosto de 2016 e de maio a agosto de 2017.

### *Participantes*

A amostra foi composta por 171 idosos atendidos em redes de saúde pública e privada na cidade de Maceió - AL. Esses, por sua vez, foram divididos em dois Grupos, Grupo Rede Privada (G1) provenientes de uma clínica especializada na área da Geriatria e Gerontologia e Grupo Rede Pública (G2) atendidos em uma Unidade Básica de Saúde e cadastrados no Estratégia Saúde da Família (ESF).

Foram incluídos neste estudo os indivíduos que apresentavam idade igual ou superior aos 60 anos e que fossem atendidos nas redes de saúde selecionadas pelos pesquisadores e excluídos os pacientes com comprometimento cognitivo que impossibilitassem a compreensão dos testes.

### *Material*

#### **Questionário sociodemográfico**

Utilizou-se como um dos instrumentos de pesquisa, um questionário estruturado e adaptado para cada grupo, desenvolvido pelos próprios pesquisadores com intuito de identificação e caracterização dos idosos diante das seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade e outros.

#### **Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) versão reduzida**

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi desenvolvida por Yesavage et al., em 1982 com intuito de rastreio de Depressão em idosos. A sua primeira versão é composta por 30 questões com respostas dicotômicas (sim/não). Almeida & Almeida (1999) avaliaram a confiabilidade da GDS em todas as suas versões reduzidas e diante delas (GDS- 1, 4, 10 e 15) a GDS-15 apresenta maior confiabilidade. A GDS-15 possui 15 questões com nota de corte entre 5/6 (não caso/ caso). A validação da GDS-15 realizada em um ambulatório geriátrico, mostrou que a escalada é de auto-aplicação e apresenta uma sensibilidade significativa (Paradela, Lourenço & Vera, 2005).

#### **Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)**

O Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) é um instrumento auto-aplicável composto por 20 questões com respostas dicotômicas (concordo/discordo) desenvolvido por Pachana et al., em 2007. Sua tradução e retrotradução para versão português brasileiro foi feita por Martiny, Silva, Nardi, & Pachana (2011). É um instrumento com nota de corte entre 10/11 (não caso/caso), onde o escore de 0-10 indica sem Ansiedade, de 11-15 Ansiedade leve ou moderada e 16-20 Ansiedade grave.

### *Análise estatística*

## ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESIGUALDADE SOCIAL

Para tabulação dos dados, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2013 e as análises dos dados tabulados se deram através do *software* SPSS, versão 23.0. A análise foi realizada de maneira descritiva por percentual, desvio padrão e, posteriormente, utilizou-se também os testes indutivos como o Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para análise bivariada, e o teste de correlação de Pearson, para definir se variáveis são diretamente ou inversamente proporcionais. O nível de significância para todas as análises foi de  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS

Foram avaliados 171 idosos, dos quais, 85 fazem parte do grupo G1 e 86 do grupo G2. A idade do G1 variou entre 60 e 94 anos ( $\bar{X}=76,34$ ;  $DP= \pm 9,01$ ). No G2, os pesquisados apresentaram idade entre 60 e 90 anos ( $\bar{X}=68,05$ ;  $DP= \pm 6,78$ ). A caracterização da amostra pode ser observada na Quadro 1.

#### Quadro 1.

Caracterização dos idosos atendidos na unidade privada (G1) e pública (G2). Maceió - AL, 2017.

Descrição	Grupo			
	G1		G2	
	n	%	n	%
<b>SEXO</b>				
Masculino	18	21,2	29	33,7
Feminino	67	78,8	57	66,3
Total	85	100	86	100
<b>ETNIA</b>				
Preto	3	3,5	14	16,3
Branco	40	47,1	20	23,3
Pardo	40	47,1	49	57
Amarelo	1	1,2	3	3,5
Indígena	1	1,2	-	-
<b>ESCOLARIDADE</b>				
Não frequentou	-	-	33	38,4
Fundamental incompleto	-	-	44	51,2
Médio incompleto	-	-	17	8,1
Médio completo	27	31,8	-	0
Técnico	11	12,9	1	1,2
Graduação	30	35,3	1	1,2
Pós-graduação	17	20	-	0
<b>RENDA FAMILIAR</b>				
1 salário mínimo	1	1,2	42	48,8
2 salários mínimos	3	3,5	33	38,4
3 salários mínimos	1	1,2	7	8,1
4 ou mais	80	94,1	4	4,7

Fonte: Dados da pesquisa

No que refere-se a renda familiar dos grupos G1 e G2 que contempla esse estudo o **Quadro 2** apresenta de forma detalhada a renda por habitação e *per capita*.

**Quadro 2.**

Renda dos idosos atendidos nas unidade de saúde privada (G1) e pública (G2). Maceió - AL, 2017.

Descrição	G1		G2	
	n	$\bar{X}$	n	$\bar{X}$
Renda por habitação	80	4,13	84	1,73
Renda <i>per capita</i>	188	1,76	257	0,56

Fonte: Dados da pesquisa

$\bar{X}$ : média aritmética de quantidade de salários mínimos.

No G1, 76,5% (n=65) são aposentados e o motivo da aposentadoria de 69,4% (n=59) foi o tempo de contribuição social. Com relação ao apoio familiar ou de amigos, 90,6% (n=77) recebem apoio de parentes e 70,6% (n=60) por amigos. No que se refere ao acesso a profissionais de saúde, 75,3% (n=64) relatam não ter dificuldades de acesso e 94,1% (n=80) fazem exame de rotina. E quanto ao lazer, 76,5% (n=65) desenvolve atividade.

Já no G2, 51,2% (n=44) são aposentados, 22,1% (n=19) beneficiados pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e 32,6% (n=28) por tempo de contribuição social. 64% (n=55) relataram apresentar algum apoio familiar e 31,4% (n=27) de amigos. 54,7% (n=47) apresentam dificuldade de acesso a profissionais de saúde e 60,5% (n=52) não realizam exames periódicos. E no que concerne ao lazer, 58,1% (n=50) não desenvolvem nenhuma atividade. Entre os extremos da ocupação profissional desenvolvida pelos idosos, no G1 “médico” e no G2 “catador de lixo”.

Quanto a ocorrência da Ansiedade e Depressão entre os grupos estudados, a Quadro 3 apresenta o percentual de idosos por grupo e o nível desses transtornos afetivos rastreada através do GDS-15 e GAI. No G1 o score do GDS-15 (DP = ±2,62) e no GAI (DP = ±4,69), enquanto no G2 o score do GDS-15 (DP = ±2,58) e no GAI (DP = ±5,37).

**Quadro 3.**

Resultados obtidos no GDS-15 e GAI entre os idosos dos grupos G1 e G2. Maceió - AL, 2017.

Descrição	Grupos			
	G1		G2	
	n	%	n	%
<b>TRANSTORNOS AFETIVOS</b>				
Depressão (GDS-15)	14	16,47	42	48,84
Ansiedade (GAI)	17	20,00	41	47,67
<b>NÍVEL DE DEPRESSÃO</b>				
Sem Depressão	71	83,53	44	51,16
Depressão leve a moderado	13	15,29	39	45,35
Depressão severa	1	1,18	3	3,49
<b>NÍVEL DE ANSIEDADE</b>				
Sem Ansiedade	68	80,00	45	52,33
Ansiedade leve ou moderada	13	15,29	27	31,40
Ansiedade severa	4	4,71	14	16,28

Fonte: Dados da Pesquisa.

## ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESIGUALDADE SOCIAL

Visto que a alta escolaridade, assim como o alto nível econômico e residir com o cônjuge e/ou familiar são considerados fatores protetores para ocorrência dos transtornos afetivos, um dos objetivos desse estudo foi analisar a relação entre essas variáveis e a Ansiedade e Depressão entre os idosos. Através do teste  $\chi^2$  observa-se os resultados que estão apresentados no Quadro 4.

### Quadro 4.

Análise da relação entre os fatores sociais positivos/protetores e a Depressão e Ansiedade entre os 171 idosos que compõem a amostra. Maceió - AL, 2017.

Variáveis	Depressão	Ansiedade
	$\chi^2$	$\chi^2$
Tipo	P	P
Alta escolaridade	0,000**	0,000**
Alta renda	0,002**	0,011*
Residir com cônjuge/familiar	0,089	0,011*

Fonte: Dados da Pesquisa

$\bar{X}$  = média aritmética; S = desvio padrão;  $p < 0,05$  = valor de significância apresentado no teste de Qui-quadrado;

\*= resultados estatisticamente significativos  $p < 0,05$ .

\*\*= resultados estatisticamente significativos  $p < 0,01$ .

## DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo populacional realizado em Maceió/AL que investiga a desigualdade social entre idosos atendidos nas redes de saúde pública e privada em relação à ocorrência de ansiedade e depressão, identificando quais os perfis desses pacientes a partir do tipo de serviço ao que se tem acesso.

Identificamos a predominância de indivíduos do sexo feminino na amostra. Observa-se no Brasil e no mundo uma feminilização do envelhecimento, o que corrobora com a presença de maior número de idosas nos estudos populacionais (Almeida, Caldas, Pio, & Kanso, 2015; Brasil, 2014). O que possivelmente possa justificar essa predominância de indivíduos femininos refere-se ao autocuidado e questões fisiológicas, diferente dos indivíduos do sexo masculino (Rocha et al., 2008). Além disso, a viuvez é bastante presente entre as mulheres (Camarano, 2003).

Os dados também mostraram maior ocorrência da Ansiedade e Depressão nas idosas, corroborando então com o que vem descrito na literatura (Lima, Soares & Mari, 1999; Lima et al., 1996; Ludermir & Melo Filho, 2002). Além disso, a baixa escolaridade, baixo nível econômico, residir sós e outros (Frank & Rodrigues, 2016; Lima, Soares, & Mari, 1999; Ludermir & Melo Filho, 2002). Ou seja, a presença de diversos fatores auxilia e impulsiona o acometimento desses transtornos afetivo.

Os resultados obtidos na sistematização e análise dos dados socioeconômicos permitiram traçar o perfil da população estudada, dividida em dois grupos, possibilitando mensurar sua desigualdade social. Segundo o estudo Costa e Nogueira (2014) indivíduos com renda igual ou maior que três salários mínimos apresentam melhor qualidade de vida. Observa-se que os idosos e familiares que compõem o G2 sobrevivem com menos de um salário mínimo o que possivelmente acredita-se que seja mais um fator que implique na qualidade de vida (Zambonato, Thomé & Gonçalves, 2008)

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2015) 21,5% dos Alagoanos sobrevivem com 25% do salário mínimo.

Nota-se que os idosos atendidos na rede pública de saúde apresentam baixo nível sócio-econômico com renda *per capita* (0,56 vs 1,73) o que torna mais suscetíveis ao acometimento de ansiedade e depressão (Lima, 1999). Concomitante a desigualdade social, há a presença de transtornos de humor, com estudos associando-a fortemente com a ocorrência dos transtornos afetivos (Muntaner, Ng, Vanroelen, & Christ, 2013; Prins, Bates, Keyes, & Muntaner 2015). A Ansiedade e Depressão são os transtornos mais comuns presente na população mundial (Kessler et al., 2011).

A prevalência de ansiedade e depressão foi identificada entre os idosos que apresentam baixa escolaridade, consonante a outros estudos (Maximiano-Barreto & Fermoseli, 2017; Minghelli, Tomé, Nunes, Neves, & Simões, 2013; Paulo & Yassuda, 2010). Também foi observado nesta pesquisa que altos níveis de escolaridade e econômico como fatores de proteção ao acometimento de Ansiedade e Depressão, em consonância com os estudos de Lima (1999), Gazalle, Lima, Tavares, & Hallal (2004) e Minghelli, Tomé, Nunes, Neves, & Simões, (2013).

Outro ponto identificado foi a relação com conjuge e/ou familiares. O suporte social possibilita uma redução de impactos e eventos desagradáveis (Murphy, 1982). Segundo Rabelo & Neri (2016), idosos com suporte social/familiar apresentam menores ocorrências de Ansiedade e Depressão em comparação aos que não possuem nenhum suporte. No entanto, quanto menor a dependência nas atividade de vida diária por parte dos idosos maior, o suporte familiar (Rabelo & Neri, 2010).

A etnia dos indivíduos é predominantemente de pardos, principalmente no grupo G2. Porém, é importante salientar que a população no Nordeste do Brasil é composto por indivíduos de cor pardo/preto o que pode justificar essa ocorrência. De acordo com o IBGE (2002), a desigualdade social é mais visível por cor/raça quando comparado por gênero, uma vez que mulheres brancas recebem 70% a mais que os homens negros e/ou pardos. A desigualdade social por cor/raça tem aumentando para 76% (Brasil, 2015).

Observa-se que as iniquidades sociais como: baixa escolaridade, baixo nível econômico e outros são fatores influenciadores na ocorrência da ansiedade e depressão, estando fortemente presentes na população atendida na rede pública de saúde quando comparado aos da rede privada. Esses fatores, por sua vez, contribuem diretamente na implicação do manuseio de medicamentos, acesso ao serviço de saúde e acarretando possível déficit na qualidade de vida (Geib, 2012; World Health Organisation, 2010).

Uma limitação deste estudo é que ele não foi desenvolvido especificamente para avaliar a desigualdade social e, por se tratar de um estudo transversal, não permite inferências em relação à causalidade dos transtornos afetivos (Ansiedade e Depressão). Os pontos fortes desta pesquisa são referentes ao tamanho da amostra, o uso de instrumentos específicos e com alta sensibilidade para rastreamento de ansiedade e depressão em idosos e validados no Brasil e em outros países.

Por fim, identifica-se uma desigualdade social entre os grupos e sua implicação nos transtornos afetivos. Dado que, os determinantes sociais como: baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, residir a sós e outros, são fatores que implicam diretamente na saúde mental dos indivíduos e nem sempre são considerados nos estudos que têm como objetivo identificar a ocorrência dos transtornos afetivos. Elas, no entanto, são variáveis bastante relevantes no acometimento da ansiedade e depressão e merece bastante atenção.

Em suma, sugere-se para futuros estudos, que tenham como principal objetivo o rastreamento dos transtornos afetivos, os fatores sociais como principais variáveis. Por fim, a implementação de políticas públicas eficazes, além disso, qualificação e capacitação dos profissionais que atuam nas

## ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESIGUALDADE SOCIAL

Unidades de Saúde auxiliando no controle dos transtornos mentais, a fim de auxiliar na redução desses e outros transtornos.

### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maximiano-Barreto e Fermoseli, foram os responsáveis pelo desenho da investigação e participaram de todas as etapas da pesquisa. Aguiar e Martins participaram das entrevistas, tabulação dos dados e redação do manuscrito. Buarque participou das correções e redação do manuscrito.

### FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas - FAPEAL.

### AGRADECIMENTO

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL) pelo fomento através do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica – (PIBIC) disponibilizado em parceria com o Centro Universitário Tiradentes – (UNIT/AL); a rede pública e privada de saúde por cederem o espaço para que fossem feitas as coletas de dados e acesso as documentações dos pacientes, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia seção Alagoas pelo apoio, aos agentes de saúde da Unidade de Saúde São Francisco de Paulo e, por fim, aos pacientes por participarem de forma voluntária desse estudo.

### REFERÊNCIAS

- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2), 421-426. doi: 10.1590/S0004-282X1999000300013
- Almeida, V. A., Caldas, T. M. S., Pio, S. E., & Kanso, S. (2015). A Feminização da Velhice: em foco como características socioeconômicas, pessoal e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 14(1), 115-131.
- Almeida-Filho, N., Mari, J. D. J., Coutinho, E., Franca, J. F., Fernandes, J., Andreoli, S. B., & Busnello, E. D. A. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *The British Journal of Psychiatry*, 171 (6), 524-529. doi: 10.1192/bjp.171.6.524
- Barros, M. B. A. (2017). Social inequality in health: revisiting moments and trends in 50 years of publication of RSP. *Revista de Saúde Pública*, 51(17), 1-8. doi: 10.1590 / S1518-8787.2017051000156
- Brasil. (2014). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2014*. Coordenação de Trabalho e Rendimento.
- Brasil. (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais confirma as desigualdades da sociedade brasileira: Síntese de Indicadores Sociais 2015*.

- Brasil. (2002). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais confirma as desigualdades da sociedade brasileira: Síntese de Indicadores Sociais 2002*.
- Camarano, A. A. (2003). Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?. *Estudos avançados*, 17(49), 35-63. doi: 10.1590/S0103-40142003000300004
- Costa, J. M., & Nogueira, L. T. (2014). Association between work, income and quality of life of kidney transplant recipient the municipality of Teresina, PI, Brazil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(3), 332-8. doi: 10.5935/0101-2800.20140048
- Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2016). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas, E. V., & Py, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (Vol 4, pp. 314-325).
- Gazalle, F. K., Lima, M. S., Tavares, B. F., & Hallal, P. C. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 365-71. doi: 10.1590/S0034-89102004000300005
- Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 123-33. doi: 10.1590/S1413-81232012000100015
- Goldberg, D., Huxley, P., & Dworkin, S. F. (1994). Common mental disorders: a bio-social model. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 90(385), 66-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05916.x
- Iamamoto, M. V. (2013). O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. *SER social, Brasília*, 15(33), 261-384.
- Lima, M. S., Soares, B. G. O., & Mari, J. J. (1999). Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(5), 225-35.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(Suppl), 01-05. doi: 10.1590/S1516-44461999000500002
- Lima, M. S., Beria, J. U., Tomasi, E., Conceicao, A. T., & Mari, J. J. (1996). Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(2), 211-22. doi: 10.2190/W4U4-TCTX-164J-KMAB
- Ludermir, A. B., & Melo Filho, D. A. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 213-21. doi: 10.1590/S0034-89102002000200014
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75, 761-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.031
- Maragno, L., Moisés, G., Reinaldo, J. G., Hillegonda, M. D. N., & Chester, L. G. C. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22(8), 1639-1648. doi: 10.1590/S0102-311X2006000800012
- Martiny, C., Silva, A. C. O., Nardi, A. E., & Pachana, N. A. (2011). Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1), 8-12. doi: 10.1590/S0101-60832011000100003
- Massignam, F. M., Bastos, J. L. D., & Nedel, F. B. (2015). Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(3), 541-544. doi: 10.5123/S1679-49742015000300020
- Maximiano-Barreto, M. A., & Fermoseli, A. F. O. (2017). Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió – AL. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3), 801-14. doi: 10.15309/17psd180314

- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(2), 71-76. doi: 10.1590/S0101-60832013000200004
- Morais, L. M., Mascarenha, S. A. N., Fernandes, F. S., & Ribeiro, J. L. P. (2014). Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de habitantes da Amazônia-Brasil. In: *Atas do 10º Congresso nacional de psicologia da saúde*, 408-14.
- Muntaner, C., Ng, E., Vanroelen, C., & Christ, S. E. (2013). Social stratification, social closure, and social class as determinants of mental health disparities. In: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A. *Handbook of the sociology of mental health*. Springer Netherlands, 205-27. doi: 10.1007/978-94-007-4276-5\_11
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *The British Journal of Psychiatry*, 141(2), 135-42. doi: 10.1192/bjp.141.2.135
- Neri, M., & Soares, W. (2002). Social inequality and health in Brazil. *Caderno Saúde Pública*, 18(Suppl), 77-87. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700009
- Oliveira, F. M. (2014). Desigualdade Social: uma trajetória de insistência. *Econômico*, 16(33), 12-22.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. doi: 10.1017/S1041610206003504
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. doi: 10.1590/S0034-89102005000600008
- Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 23-6. doi: 10.1590/S0101-60832010000100005
- Politi, R. (2014) Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. *Economia Aplicada*, 18(1), 117-137. doi: 10.1590/1413-8050/ea379
- Prins, S. J., Bates, L. M., Keyes, K. M., & Muntaner, C. (2015). Anxious? Depressed? You might be suffering from capitalism: contradictory class locations and the prevalence of depression and anxiety in the USA. *Sociology of Health & Illness*, 37(8), 1352-72. doi: 10.1111/1467-9566.12315
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2016). Avaliação das Relações Familiares por Idosos com Diferentes Condições Sociodemográficas e de Saúde. *Psico-USF*, 21(3), 663-7. doi: 10.1590/1413-82712016210318
- Rocha, C. H., Oliveira, A. P. S. D., Ferreira, C., Faggiani, F. T., Schroeter, G., Souza, A. C. A. D., ... & Werlang, M. C. (2008). Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Suppl), 703-10. doi: 10.1590/S1413-81232008000700020
- Rosa, L. C. S., & Campos, R. T. (2013). Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serviço Social & Sociedade*, 114, 311-331. doi: 10.1590/S0101-66282013000200006
- Santos, É. G., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246. doi: 10.1590/S0047-20852010000300011
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1), 29-44. doi: 10.1016/j.jad.2007.06.005
- Wagner, G. A. (2015). Treatment of depression in older adults beyond fluoxetine. *Revista de Saúde Pública*, 49(20), 1-5. doi: 10.1590 / S0034-8910.2015049005835

- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety, 27*(2), 190-211. doi: 10.1002/da.20653
- World Health Organisation (WHO). (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: Commission on Social Determinants of Health.* 1-75.
- World Health Organisation (2016.). *Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return.*
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*, 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zambonato, T. K., Thomé, F. S., & Gonçalves, L. F. S. (2008). Socioeconomic status of patients with end-stage renal disease on dialysis in northwestern Rio Grande do Sul-Brazil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 30*(3), 192-9.