



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



MARIA ENGRÁCIA DE CARVALHO CHAVES

**GÊNERO, APOSENTADORIA E SINTOMAS DEPRESSIVOS:
UM ESTUDO COM PARTICIPANTES DO ELSA-Brasil**

Salvador
2018

MARIA ENGRÁCIA DE CARVALHO CHAVES

**GÊNERO, APOSENTADORIA E SINTOMAS DEPRESSIVOS:
UM ESTUDO COM PARTICIPANTES DO ELSA-Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Estela Maria Motta Lima
Leão de Aquino

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria da Conceição
Chagas de Almeida

Salvador
2018

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

C512g Chaves, Maria Engrácia de Carvalho.

Gênero, aposentadoria e sintomas depressivos: um estudo com participantes do ELSA-Brasil / Maria Engrácia de Carvalho. - Salvador: M.E.C. Chaves, 2018.

139 f.

Orientadora: Profa. Dra. Estela Maria M. L. Leão de Aquino.
Coorientadora: Profa. Dra. Maria da Conceição C. de Almeida.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Aposentadoria. 2. Gênero. 3. Sintomas Depressivos.
4. Trabalho. I. Título.

CDU 368



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

MARIA ENGRÁCIA DE CARVALHO CHAVES

Gênero, aposentadoria e sintomas depressivos: um estudo com participantes do ELSA-Brasil.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 18 de maio de 2018.

Banca Examinadora:

Estela de Aquino

Profª. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino - Orientadora - ISC/UFBA

Karina Araújo Pinto

Profª. Karina Araújo Pinto – EEUFBA

Maria da Conceição Almeida

Profª. Maria da Conceição Chagas de Almeida - IGM/FIOCRUZ

Alda Britto da Motta

Profª. Alda Britto da Motta – FFCH/UFBA

Rosane Griep

Profª. Rosane Harter Griep – IOC/FIOCRUZ

**Salvador
2018**

À minha mãe e a meu pai (*in memoriam*), que me ensinaram a amar a vida, a sonhar e a manter os pés no chão.

À minha filha Maíra (*in memoriam*), amor eterno.

A meu filho Rafael, a quem agradeço por existir e tingir minha vida de cores vivas e belas.

AGRADECIMENTOS

Sem qualquer sombra de dúvidas, há muitas pessoas que me ajudaram a realizar esta tese. Correndo o risco de me esquecer de alguém e já me desculpando antecipadamente, quero agradecer:

A Estela Aquino, que me aceitou como sua quarta orientanda e me recebeu com muito carinho e incentivo. Obrigada pela orientação inteligente e criativa e pela compreensão nos momentos mais críticos;

A Maria da Conceição (eterna Mônica, para mim), que não mediu esforços na co-orientação e me acolheu com extrema gentileza e generosidade, especialmente ao driblar minha ansiedade, brincando com as “dores mais brandas”;

Às componentes da banca, que se disponibilizaram a fazer parte da última etapa de quatro anos de estudos;

A Fundacentro, que proporcionou todas as condições necessárias para eu cursar o doutorado;

Às minhas colegas de trabalho, Ana Soraya e Marina, que me incentivaram, anos a fio, a fazer o doutorado; junto com Soraya Wingester, Bárbara Lopes e Rafael Santana, me ajudaram a superar o pior momento que vivi nos 34 anos de Fundacentro;

A Thiago Pinheiro, colega da Fundacentro, que me ajudou nas tabelas, pôster, power point, etc.;

A André Maia, colega da Fundacentro, que resolveu partilhar comigo as dificuldades com o stata;

Àquelas/es colegas da Fundacentro que me ajudaram fazendo pequenas ou grandes tarefas e, principalmente, torcendo por mim;

A Ana Cláudia, ex-estagiária da Fundacentro, que me ajudou na revisão inicial da literatura;

Às/aos participantes do ELSA-Brasil, por doarem grande parte do seu tempo fornecendo as informações necessárias para viabilizar o estudo;

Ao ELSA-Brasil, que disponibilizou todos os dados utilizados no estudo;

A todas/os do ELSA-Bahia, que gentilmente ajudaram aos doutorandos/as em tudo que precisávamos;

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, representado aqui pelo colegiado e pelas funcionárias da secretaria, que tanta paciência e carinho têm com as/os alunas/os;

Aos professores e professoras do curso de Doutorado, que, com dedicação, nos guiaram durante todo o percurso das disciplinas. A Vilma Santana, que nos ensinou a maior parte dos

conteúdos, por acolher nossa turma com bom humor e paciência com aquelas/es mais ávidas/os por conhecimento;

Às minhas colegas e aos meus colegas do doutorado, que fizeram o caminho ser mais leve, com as brincadeiras, “apostas” e risadas;

A Manuela, Laio, Paloma e Emanuelle, com quem aprendi um pouquinho de cada coisa, do doutorado e da vida. O receio de ser discriminada pela idade foi transformado em vínculos de amizade e de admiração, com muitas trocas. Ganhei uma irmã caçula, um filho adotivo e uma filha adotiva que me emprestou duas netas lindas. Já sinto saudades...

Manuela e eu trocamos muitas ideias, principalmente no final. Uma ajudando a outra, fizemos uma parceria muito legal. Laio sempre me ajudou desde o início, até a formatação final, com a maior das paciências. Paloma e eu gostávamos de trocar ideias sobre as disciplinas, com ricas discussões. Emanuelle me deu boas dicas sobre o quadro teórico, quando ainda estávamos lá no começo.

À minha família, especialmente às “irmãs queridas”, de quem me aproximei muito e obtive todo o apoio durante as intempéries ocorridas nos últimos quatro anos;

A Greice e a Lígia, amigas há décadas, que me estimularam de todas as formas a fazer o doutorado e sempre se colocaram disponíveis para me ajudar;

Às fisioterapeutas, à acupunturista, a meu analista e a alguns médicos queridos, que cuidaram de mim com muita dedicação. Especial agradecimento às fisioterapeutas Luciana e Verônica, que, mesmo sabendo que eu iria fazer tudo o que não é recomendado ao me sentar horas e horas diante do computador, não desistiram de mim e “consertaram” o possível nos vários momentos em que nos encontramos.

A Eli, que cuidou de tudo em casa e fez toneladas de salada de fruta para espantar meu sono e me impedir de comer chocolate nas madrugadas adentro (nem sempre);

A Pretinha, minha gatinha há dez anos, que me fez companhia em todos os momentos de estudo;

A Ruy, parceiro de longas datas, que esteve comigo, coladinho, quando passei por dificuldades sérias, especialmente problemas de saúde. E pela longa espera...;

A Rafael, filho amado, que me ajudou “consertando” as mágicas que eu fazia no computador, me levando aqui e ali, traduzindo trechos mais difíceis, fazendo silêncio e tendo que aguentar uma mãe que só pensava na tese, abrindo mão de uma boa conversa porque não havia tempo. Obrigada também por ter acompanhado o meu cotidiano de doutoranda, me dando apoio, limites, conselhos e aproveitando a oportunidade para exercitar sua paciência;

A Deus, com quem tive um belo encontro nesse período, no meio do turbilhão.

CHAVES, Maria Engrácia de Carvalho. Gênero, aposentadoria e sintomas depressivos: um estudo com participantes do ELSA–Brasil. 2018. 139 f. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RESUMO

Relações entre aposentadoria e sintomas depressivos vêm sendo estudadas, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, sem que haja um consenso nos resultados obtidos. Não foram identificados estudos epidemiológicos realizados no Brasil que investiguem as relações entre gênero, aposentadoria e sintomas depressivos. O objetivo geral foi investigar relações entre gênero, aposentadoria e sintomas depressivos em participantes do ELSA-Brasil, que se desdobrou nos seguintes objetivos específicos: identificar os fatores associados aos sintomas depressivos em aposentadas/os, discutindo-se aspectos de gênero no contexto brasileiro; averiguar a associação entre dificuldades financeiras mais graves que a habitual nos últimos doze meses e sintomas depressivos, com um olhar de gênero; investigar o efeito de deixar de trabalhar após a aposentadoria na ocorrência de sintomas depressivos em aposentados/as, à luz das teorias de gênero. Foram utilizados dados de 3009 aposentados da linha de base do ELSA-Brasil (Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto), coorte composta por 15 105 participantes de seis instituições de pesquisa e ensino no Brasil. Avaliaram-se os sintomas depressivos pela seção G do *CIS-R (Clinical Interview Schedule-Revised)*. Inicialmente, foram feitas análises descritivas dos dados e, posteriormente, de cunho exploratório e de teste de hipóteses. Sexo foi considerada uma variável de estratificação fundamental. Resultados - fatores associados aos sintomas depressivos em mulheres: escolaridade fundamental e universitária, presença de pelo menos uma comorbidade, hospitalização, falecimento de parente próximo e dificuldades financeiras mais graves do que o habitual nos últimos doze meses (DF). Nos homens, destacaram-se: não ser chefe de família e apresentar DF. Em pessoas que tinham renda familiar mensal menor do que 8 salários mínimos, os sintomas depressivos (SD) estiveram associados às DF. As aposentadas não docentes, com renda *per capita* menor ou igual a 5 salários mínimos, que deixaram de trabalhar em um período de quatro anos, apresentaram proteção para os sintomas depressivos, enquanto os homens que deixaram de trabalhar nesse período apresentaram um resultado limítrofe para essa proteção. As teorias de gênero e das masculinidades puderam explicar grande parte dos resultados encontrados e renda familiar se sobressaiu como importante modificadora de efeito para a associação entre DF e SD.

Palavras-chave: aposentadoria, gênero, sintomas depressivos, trabalho.

CHAVES, Maria Engrácia de Carvalho. Gender, retirement and depressive symptoms: a study with ELSA-Brasil participants. 2018. 139 f. Thesis (Doctorate Degree). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

ABSTRACT

The relationship between retirement and depressive symptoms has been studied, particularly in Europe and the United States, with no consensus on the results. In Brazilian literature, no epidemiological studies were found on the relationship between gender, retirement and depressive symptoms. The overall objective of this thesis is to investigate the relationship between gender, retirement and depressive symptoms in ELSA-Brasil participants. The specific goals are as follows: the identification of factors associated with depressive symptoms in retirees, discussing gender aspects in the Brazilian context; to ascertain the association between financial difficulty more severe than usual in the last twelve months and depressive symptoms, within a gender perspective; to investigate the effect of stop working after retirement on the occurrence of depressive symptoms in retirees, at the light of gender theories. Data from 3,009 retirees from the baseline study of ELSA-Brasil (Longitudinal Study of Adult Health), a cohort of 15,105 participants from six research and higher education institutions in Brasil, were analyzed. Depressive symptoms were assessed by section G of the CIS-R (Clinical Interview Schedule-Revised). Initially, descriptive analysis of the data were performed. Subsequently, exploratory analysis and hypothesis testing were done. Sex was considered a fundamental stratification variable. The following factors were associated with depressive symptoms in women: primary and university education, presence of at least one comorbidity, hospitalization, loss of a close relative and financial difficulty more severe than usual in the last twelve months (FD). In men, the variables associated with depressive symptoms were: not being head of household and presenting FD. In subjects with monthly family income of less than 8 minimum wages, depressive symptoms were associated with FD. Non-teaching retired women with per capita income of 5 minimum wages or less, who stopped working over a four-year period, presented protection for depressive symptoms, while men had only a borderline outcome for this protection. The theories of gender and masculinities could explain a large part of these results and family income emerged as an important effect modifier for the association between FD and depressive symptoms.

Key words: Depressive symptoms; gender; retirement; work

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1 – População de estudo dos três artigos. ELSA-Brasil, 2008-2010;2012-2014 41

Artigo 1

Tabela 1 – Distribuição de homens e mulheres aposentados/as, segundo características estudadas. ELSA-Brasil (2008-2010) 66

Gráfico 1 – Distribuição dos/as aposentados/as, segundo a ocorrência de eventos estressores. ELSA-Brasil (2008-2010) 68

Tabela 2 – Prevalência de sintomas depressivos, segundo características dos/as aposentados/as. ELSA-Brasil (2008-2010) 69

Gráfico 2 – Distribuição dos/as aposentados/as segundo a principal razão da tristeza nos últimos 7 dias. ELSA-Brasil (2008-2010) 71

Tabela 3 – Modelos de regressão logística multivariada da associação entre características das mulheres aposentadas e sintomas depressivos. ELSA-Brasil (2008-2010) 72

Tabela 4 – Modelos de regressão logística multivariada da associação entre características dos homens aposentados e sintomas depressivos. ELSA-Brasil (2008-2010) 73

Artigo 2

Gráfico 1 – Proporção de aposentadas/os, segundo a renda familiar líquida e a experiência de dificuldades financeiras graves. ELSA-Brasil (2008-2010) 89

Tabela 1 – Distribuição de aposentados/as, segundo a presença de dificuldades financeiras mais graves do que o habitual nos últimos doze meses e características estudadas. ELSA-Brasil (2008-2010) 90

Tabela 2 – Associação entre dificuldades financeiras graves e sintomas depressivos em aposentados/as, bruta e estratificada pelas características estudadas. ELSA-Brasil (2008-2010) 91

Tabela 3 - Modelos finais de regressão logística para a associação entre dificuldades financeiras graves e sintomas depressivos em aposentadas/os, bruta e estratificada por renda familiar e atividade laboral. ELSA-Brasil (2008-2010) 92

Artigo 3

Tabela 1 - Distribuição de aposentados/as, de acordo com deixar de trabalhar após a 111
aposentadoria entre as duas ondas. ELSA-Brasil (2008-2010; 2012-2014)

Tabela 2 – Associação entre deixar de trabalhar após a aposentadoria entre as duas 113
ondas e sintomas depressivos, bruta e estratificada pelas características das/os
participantes. ELSA-Brasil (2008-2010; 2012-2014)

Tabela 3 – Modelos de regressão logística para a associação entre deixar de trabalhar 115
após a aposentadoria entre as duas ondas e sintomas depressivos, bruta e estratificada
por renda *per capita* e por docência. ELSA-Brasil (2008-2010; 2012-2014)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	
2.1 Fatores associados a sintomas depressivos	16
2.2 Envelhecimento, aposentadoria e sintomas depressivos	18
3 OBJETIVOS	
3.1 Objetivo Geral	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4 QUADRO TEÓRICO	
4.1 Gênero	25
4.2 Significados e Sentidos do Trabalho	27
4.3 Envelhecimento, Aposentadoria e Gênero	32
4.4 Sintomas depressivos	36
5. MÉTODOS	
5.1 Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)	39
5.2 Desenho e população de estudo	40
5.3 Produção de dados	40
5.4 Processamento e análise dos dados	46
5.5 Aspectos éticos	47
6. RESULTADOS	
Artigo 1. Sintomas depressivos entre pessoas aposentadas no ELSA-Brasil: um enfoque de gênero	48
Artigo 2. Gênero, dificuldades financeiras e sintomas depressivos em aposentadas/os do ELSA-Brasil: há diferenças no efeito da renda e da atividade laboral?	74
Artigo 3. Relações entre gênero e inserção no trabalho após a aposentadoria em estudo longitudinal do ELSA-Brasil: qual o efeito de deixar de trabalhar sobre a ocorrência de sintomas depressivos?	93
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	122
ANEXO - Questionário do ELSA-Brasil	134

1. INTRODUÇÃO

O mal-estar do ser humano manifesta-se ao longo do tempo com características próprias, concernentes às culturas e contextualizações históricas. Desde Hipócrates, o temperamento melancólico já havia sido percebido e, na Idade Média, as “forças místicas” eram consideradas responsáveis por sua ocorrência (CAPITÃO, 2013). No século XIX, o mal-estar encontrava um canal de expressão relevante na literatura por meio de grandes autores, que veiculavam sua angústia diante das incertezas da vida e dos mistérios da morte.

Sempre oscilando entre a vida e a morte, em um movimento pendular (FREUD, 1920/1974), o ser humano, no século XX, confrontou-se com o mal-estar do sofrimento impossível de ser evitado diante das intempéries da vida e dos indomáveis fenômenos da natureza, que o remetiam à sua impotência (FREUD, 1930/1974). Citado exaustivamente, *O mal-estar na civilização* continua sendo um clássico que extrapola a Psicanálise, usado como referência em diversas áreas do conhecimento. A sua importância é reconhecida por variados aspectos, sendo destacada a antecipação de Freud do que viria a ser a era contemporânea, que demarca clara diferença da modernidade. Naquele momento histórico, cujo ápice delineou-se no século XIX, a crença se fazia na cientificidade e racionalidade como possibilidades de resolução do sofrimento da humanidade (BIRMAN, 2013); entretanto, com a queda da ilusão de que a razão e a ciência nos salvariam de nossas dores, restou o vazio na contemporaneidade. Com o vazio, o mundo e a existência perdem o sentido (BIRMAN, 2012).

Se, na Modernidade, o que se tinha era um capitalismo sob controle do estado, o que se tem hoje é o chamado “Estado enxuto”, que deixa espaço para o privado e estimula o mercado livre (PONDÉ, 2006), que, por sua vez, favorece o extensivo e intensivo consumo de mercadorias. Tenta-se, assim, preencher o vazio, não só com objetos de consumo, mas também com a perseguição de um padrão de beleza e juventude eternas, a ingestão compulsiva de alimentos, o uso de drogas lícitas e ilícitas e o acúmulo material de todas as espécies. A tentativa de tamponamento do vazio, pela impossibilidade de se apagar a falta, só contribui para o aumento da angústia, que, segundo Lacan (2005), advém da “falta da falta”.

Autores como Birman (2012) e Seligmann-Silva (2013) entendem o fenômeno da expansão da depressão neste século como um reflexo da fragmentação dos laços sociais, que favorece o isolamento, o vazio e a angústia.

Nesse sentido, Bauman (2004) discute a fragilidade das relações humanas na contemporaneidade, ressaltando a tendência atual do ser humano de tratar o próximo como objeto de consumo, o que repercute na solidariedade humana. A solidariedade é essencial para o sentimento de pertencimento e a sensação de segurança dos indivíduos, especialmente os/as idosos/as. Na contemporaneidade, a perda de valores como a solidariedade humana e a fragilização dos laços humanos levam ao isolamento e à solidão. Nesse sentido, a aposentadoria pode se constituir em um momento de vida favorável para a expansão do mal-estar, com a perda do *status* e dos laços sociais construídos no trabalho (ROESLER; SOARES, 2010). Sem a rede de apoio do trabalho, aumenta-se a fragilidade dos/as aposentados/as, especialmente se há limites financeiros em um contexto sócio-econômico que impossibilita a realização de projetos, desejos e sonhos.

Na contemporaneidade, considera-se que a velhice, acompanhada de doenças, fragilidade do corpo, morte de entes queridos, entrada na aposentadoria, perda dos papéis sociais, do lugar na família e dos laços afetivos, pode levar a uma condição de solidão e desamparo intensa. Se ocorre um processo de luto, os velhos e as velhas podem elaborar as perdas do presente resignificando o passado e o próprio presente para, a partir daí, vislumbrar-se em uma perspectiva de futuro, independentemente do limite próximo da morte. Se este luto não é elaborado pela via da simbolização, o/a idoso/a fica mais propenso a sentir um vazio de intensidade variada, de sintomas depressivos a quadros depressivos instalados (BARBIERI, 2009; GOTTER, 2009).

Autores têm referido uma tendência à medicalização do mal-estar, próprio da existência humana (BIRMAN, 2013). A exigência da competitividade, produtividade, excelência, tanto no ambiente do trabalho como fora dele, força uma situação de resposta imediata às demandas, sem que haja tolerância para o sofrimento do outro, para a escuta do outro, para as falhas do outro (JARDIM, 2011; BIRMAN, 2013; KEHL, 2015). É relevante delinear-se a diferença entre o mal-estar, por vezes caracterizado pela

apresentação temporária de sintomas depressivos, e o adoecimento, caracterizado por um quadro de depressão, episódico ou não.

No presente estudo, optou-se por trabalhar com sintomas depressivos como desfecho por considerar que, na contemporaneidade, eles acompanham o exagerado incentivo ao consumo e a intolerância às faltas, que, por ausência de simbolização, são vivenciadas circularmente. No movimento circular gera-se uma frustração, que poderá redundar em sintomas depressivos, em maior ou menor grau (BIRMAN, 2013).

A pesquisa, que teve como objetivo investigar as relações entre gênero, aposentadoria e sintomas depressivos, utilizou dados de aposentados/as do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), coorte multicêntrica que recrutou cerca de 15.105 participantes ativos/as e aposentados/as na linha de base, entre 2008 e 2010, em seis instituições públicas brasileiras de ensino superior e pesquisa (UFBA, UFES, UFMG, USP, UFRGS e FIOCRUZ/RJ).

A aposentadoria definitiva tanto pode significar tempo livre para realizar sonhos e projetos, tranquilidade de um dever cumprido, como também perda de rede social, *status* e reconhecimento do trabalho, tristeza e até mesmo solidão. Essa ambiguidade guarda estreita relação com as condições de gênero, raciais, socioeconômicas e de trabalho prévias. A aposentadoria, assim como a velhice, será vivenciada de acordo com essas condições (GINN; ARBER, 1996; BERNARD et al, 1996; FARRÉ, 1996; KRELING, 2001; VLACHANTONI, 2012).

Um ponto relevante de discussão é a continuidade da atividade laboral após a aposentadoria. Estudos internacionais não são consensuais em relação aos benefícios do trabalho sobre a saúde dos/as aposentados/as (ALAVINIA; BURDORF, 2008; DAVE; RASHAD; SPASOJEVIC, 2008; SCHWINGEL; NITI; TANG, 2009; MAZZONA; PERACCHI, 2015; Di GESSA, 2017). No Brasil, estudos qualitativos vêm estudando a importância do trabalho na vida dos/as aposentados/as (BITENCOURT et al., 2011; FRANÇA et al., 2013; MEIRA; LEITE, 2015), inclusive para a saúde psíquica (HOFFMANN; ZILLE, 2017).

Alguns estudos internacionais, ainda em minoria (LORETTO; VICKERSTAFF, 2015), buscam evidências das diferenças entre homens e mulheres quanto às condições de trabalho após a aposentadoria. O principal ponto levantado para explicar essas diferenças é que as desigualdades sofridas pelas mulheres ao longo da vida, especialmente no mundo do trabalho e da família, são transpostas para a aposentadoria (BERNARD et al, 1996; FINCH, 2013; LORETTO; VICKERSTAFF, 2015).

Outro aspecto que guarda estreita relação com a questão anterior é a maior ocorrência de dificuldade financeira em mulheres, porque mais comumente elas têm menor renda, trabalhos precários e falta de preparo para a aposentadoria, devido aos empregos de horários parciais, o que guarda relação direta com os cuidados com a família (WU; DeMARIS, 1996; VLACHANTONI, 2012). A literatura internacional refere associação entre dificuldade financeira e sintomas depressivos (BUTTERWORTH; RODGERS; WINDSOR, 2009; SELENKO; BATINIC, 2011; ASSARI; LANKARANI, 2015).

Gênero será a principal categoria analítica que norteará o estudo, nas suas relações com sintomas depressivos, significados do trabalho, envelhecimento e aposentadoria. A variável sexo será tratada como um marcador empírico de gênero e não será entendida como simples variável independente, mas sim recoberta de construção social.

A discussão dos resultados do estudo com os/as principais interessados/as, os/as funcionários/as públicos/as de Instituições de Ensino Superior, servirá como um alerta, uma vez que a detecção de sintomas depressivos é anterior à instalação de um quadro depressivo, possibilitando a prevenção do adoecimento.

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Fatores associados a sintomas depressivos

A relação entre sintomas depressivos e fatores como idade (BLAZER et al., 1991; MIROWSKY; ROSS, 1992; GAZALLE et al., 2004; TERRA, 2008), diabetes (GRANT et al., 2013; SEBBANI et al., 2014), uso de álcool (KING et al., 2006; BOSCHLOO et al., 2012; GEA et al., 2013; VIRTANEN et al., 2014) e aposentadoria (VIRTANEN et al., 2014; HOHWEDDER; WILLIS, 2010) não é consenso na literatura científica. Entretanto, a maior presença de sintomas depressivos em mulheres está cientificamente bem estabelecida (VAN DE VELDE; BRACKE; LEVECQUE, 2010; CHOI; STEWART; DEWEY, 2013; VIRTANEN et al., 2015).

Em estudo conduzido por Choi, Stewart e Dewey (2013), utilizando dados do Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), relativos a cerca de 7000 idosos (60 anos e mais) de 14 países europeus, foram detectadas associações estatisticamente significantes entre sintomas depressivos e ser mulher, idoso mais velho, não ser casado e ter menor escolaridade. Em outro estudo do SHARE, aspectos sociodemográficos e de saúde foram confundidores importantes para a associação entre ser mais velho e ter sintomas depressivos, fazendo-a desaparecer para os homens e invertendo-a para as mulheres (BUBER; ENGELHARDT, 2011).

A prevalência de sintomas depressivos, nos estudos brasileiros, tem uma amplitude de 15,2 a 34% (LEBRÃO E LAURENTI, 2005; BORGES et al., 2013) e, em idosos/as de Pelotas, 9,9% para homens e 18,3% para mulheres (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

No estudo DEPRES I, desenvolvido na França, Bélgica, Holanda, Alemanha, Reino Unido e Espanha, com cerca de 38 mil homens e 40 mil mulheres europeias, contemplando faixas etárias desde a adolescência até a velhice, foram encontradas prevalências de sintomas depressivos de 22,4% para mulheres e 13,9% para homens. (ANGST et al., 2002). Da mesma forma, maior média de *scores* de sintomas depressivos ocorreu em mulheres no *European Social Survey* (ESS-3), em 24 dos 25 países estudados (VAN DE VELDE; BRACKE; LEVECQUE, 2010).

Para além da simples constatação da associação entre sexo e sintomas depressivos, algumas incursões sobre as diferenças de gênero na sua distribuição e fatores associados vêm sendo feitas por alguns autores (ANGST et al., 2002; HAMMARSTRÖM, 2009; VAN DE VELDE; BRACKE; LEVECQUE, 2010).

Hammarström et al (2009) realizaram um estudo de revisão na base de dados Pubmed, com o objetivo de analisar a qualidade científica dos modelos explicativos relacionados às diferenças de gênero na ocorrência da depressão, pois, segundo as autoras, embora a pesquisa epidemiológica reiteradamente afirme que a prevalência de depressão é maior entre as mulheres, quando comparadas aos homens, as razões para esse achado ainda não estão bem compreendidas e não há um modelo consensual na literatura científica para as diferenças encontradas. Os modelos sociocultural e psicológico foram os que mais explicaram as diferenças de gênero na depressão, por contemplarem a multifatorialidade e a interseccionalidade, embora o modelo biomédico estivesse presente na grande maioria dos estudos revisados, com a explicação preponderante de base hormonal.

Um dos aspectos bastante estudados com uma abordagem de gênero é a associação entre situação conjugal e depressão, com maior ocorrência da doença em homens não casados (PARKES,1998; JANG et al, 2009; TRENTINI et al, 2009; BUBER; ENGELHARDT, 2011; CHOI; STEWART; DEWEY, 2013). Ser casado é um fator protetor para os homens e um fator de risco para as mulheres. A sobrecarga de trabalho doméstico para as mulheres seria um dos pontos explicativos dessa inversão (Wu; DeMaris,1996).

Embora tanto homens quanto mulheres com escolaridade alta apresentem menor prevalência de depressão do que aqueles/as com escolaridade mais baixa, a literatura revela que o impacto desse fator é maior nas mulheres (BUBER; ENGELHARDT, 2011). Ross e Mirowsky (2006) referem que as diferenças entre os sexos chegam a desaparecer entre pessoas com alta escolaridade e explicam, teoricamente, seu maior impacto nas mulheres porque as desvantagens socioeconômicas em relação aos homens seriam compensadas pela maior escolaridade, ou seja, apesar dos menores rendimentos,

a satisfação e o bem estar de ter alcançado uma alta escolaridade poderiam explicar a maior proteção conferida ao sexo feminino.

Em estudo recente com participantes do ELSA-Brasil, Nunes et al (2016) observaram maior prevalência de episódios depressivos em pessoas que se declararam não brancas, em comparação às brancas, com exceção para as de origem asiática, que apresentaram os menores percentuais. Ao se voltar a atenção para a interação entre sexo e raça, observou-se, no estudo sobre a prevalência de depressão em um bairro de Salvador (ALMEIDA FILHO et al., 2004), que as mulheres negras pobres apresentaram uma chance nove vezes maior de terem depressão, quando comparadas aos homens negros da mesma classe social.

Estudos demonstram a associação entre eventos de vida estressores e sintomas depressivos, destacando-se assalto, hospitalização, rompimento amoroso, falecimento de pessoas próximas, dificuldade financeira, esta última investigada, por sua vez, por intermédio de informações como renda, privações econômicas, dívidas, de acordo com o enfoque dos estudos realizados (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; GAZALLE, 2004; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009; XIMENES PINHO; CUSTODIO; MAKDISSE, 2009; SHRIRA; LITWIN, 2014; ASSARI; LANKARANI, 2015).

2.2 Envelhecimento, aposentadoria e sintomas depressivos

Dados sobre o envelhecimento de mulheres e homens, na Região Metropolitana de Porto Alegre, no período de 1997 a 2000 (KRELING, 2001), fornecem um panorama das desigualdades de gênero, no que se refere à inserção no mercado de trabalho e à remuneração auferida. De uma maneira geral, essas desigualdades percorrem a vida laboral em todas as faixas etárias de homens e mulheres, mas aumentam na velhice. No estudo, evidenciou-se uma inserção no mercado de trabalho menos frequente para as idosas, que ocupam maior percentual de trabalhos precarizados, destacando-se os trabalhos domésticos e os trabalhos (remunerados ou não) de cuidados com outros/as. Enquanto as mulheres de todas as idades recebiam cerca de 70% dos rendimentos recebidos pelos homens, as mulheres idosas alcançavam apenas 50%. Essa desigualdade aprofunda-se quando os/as idosos/as trabalham, devido às maiores e melhores

oportunidades oferecidas aos homens pelo mercado de trabalho, com discriminação das idosas para contratação em trabalhos mais formalizados.

Da mesma forma, revisão da literatura feita por Bernard et al (1996), acerca da situação na Grã Bretanha, aponta para a mesma direção, apresentando informações sobre as desigualdades de gênero na aposentadoria, consequência de toda a vida laboral, com discriminação por sexo na ocupação de determinados postos, os trabalhos precarizados ocupados pelas mulheres, com remuneração inferior, sem oportunidades de ascensão, com trabalho em horário parcial, especialmente no fim da vida laboral. Às mulheres mais velhas são destinadas as funções subalternas e as pensões são reduzidas ou inexistentes.

Os dois trabalhos apresentados (BERNARD, 1996; KRELING, 2001) evidenciam que as diferenças salariais entre homens e mulheres são maiores na velhice e que as mulheres idosas sofrem dupla vulnerabilidade, ao serem confrontadas com os homens idosos e com as mulheres mais jovens.

Carvalho e Coelho (2006) discutem o envelhecimento de forma cuidadosa, em um estudo qualitativo com mulheres de 40 a 60 anos, investigando os fatores envolvidos na ocorrência de depressão, ressaltando que a gênese da depressão na idade madura deve considerar fatores psicossociais traduzidos pelas autoras em cuidado ou perda dos pais, divórcio ou viuvez, trabalho/aposentadoria, crescimento dos filhos.

Estudos brasileiros referem a aposentadoria como um momento de vida ambíguo, em que a conquista de tempo livre e autonomia convivem com perdas e sentimentos de incerteza, insegurança, inutilidade e decadência. Os aspectos relacionados à depressão na aposentadoria são descritos como diminuição da interação social, perda da identidade social e perda do status e do sentido do papel social (GONÇALVES, 2006; OLIVEIRA, TORRES E ALBUQUERQUE, 2009; ALVARENGA et al., 2009; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012).

Especificamente com docentes do Instituto Federal do Rio Grande do Norte, Varela (2013) entrevistou aposentados, com o objetivo de apreender os significados da aposentadoria para eles/as. Por um lado, os dez docentes aposentados (cinco homens e

cinco mulheres) associaram aposentadoria a ganhos como liberdade, direito conquistado, tranquilidade, descompromisso com horários, ampliação do campo de ação social, diminuição de responsabilidades; por outro lado, referiram perdas no âmbito das relações interpessoais, da convivência social, da vida financeira, do cotidiano de trabalho e da energia e vitalidade.

Sobre as relações entre aposentadoria e saúde em pesquisas epidemiológicas, destacam-se os estudos longitudinais norte-americanos e europeus, que investigam vários aspectos da saúde, incluindo-se aqueles relacionados ao trabalho, envelhecimento e aposentadoria (MARMOT; SHIPLEY, 1996; BAMIA; TRICHOPOULOU; TRICHOPOULOS, 2007; DAVE; RASHAD; SPASOJEVIC, 2008; WAHRENDORF et al., 2013; VIRTANEN et al., 2015).

Uma revisão sistemática sobre estudos longitudinais acerca das relações entre aposentadoria e saúde – física e psíquica – foi realizada, detectando-se 22 estudos sobre o tema, cujos resultados evidenciaram que os efeitos da aposentadoria sobre a saúde são inconclusivos, com destaque para uma tendência na associação entre: aposentadoria e melhor saúde psíquica, aposentadoria e pior auto-avaliação de saúde, aposentadoria e piores condições de saúde física. Vale ressaltar que os estudos observados na revisão foram realizados na Europa, EUA, Israel e China (VAN DER HEIDE, 2013). Por outro lado, efeitos negativos da aposentadoria sobre a saúde física e psíquica foram observados por Sahlgren (2013).

Estudos sobre mortalidade foram feitos em grandes coortes na Grécia (BAMIA, TRICHOPOULOU; TRICHOPOULOS, 2007) e na Grã Bretanha (MARMOT; SHIPLEY, 1996). Na Grécia, os resultados evidenciaram que aposentar-se com menor idade pode ser um fator de risco para a mortalidade por todas as causas em pessoas saudáveis e, quanto maior a idade ao aposentar-se, menor as taxas de mortalidade. Na Grã Bretanha, no estudo Whitehall I, as diferenças socioeconômicas na mortalidade persistiram depois da aposentadoria e aumentaram com a idade.

Outra linha de estudos tem sido a que investiga associações entre atividade laboral prévia, adversidades na meia idade e sintomas depressivos ou depressão na aposentadoria. Virtanen et al. (2015), no estudo Whitehall II, detectaram associação

entre sintomas depressivos e a baixa posição ocupacional, a insatisfação com o padrão de vida e poucas relações próximas, enquanto Wahrendorf et al. (2013), no estudo SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), evidenciaram associação entre aposentadoria e depressão em indivíduos expostos anteriormente a estresse no trabalho durante a meia idade.

Os estudos *SHARE* (Europa), *Health and Retirement Study* (EUA) e o Estudo Longitudinal de Envelhecimento de Singapura, realizados com grandes coortes formadas por pessoas com mais de 50 anos, identificaram o trabalho como fator de proteção para sintomas depressivos (ALAVINIA; BURDORF, 2008; DAVE; RASHAD; SPASOJEVIC, 2008; SCHWINGEL; NITI; TANG, 2009). Entretanto, não há um consenso em relação aos benefícios do trabalho sobre a saúde dos/as aposentados/as (Di GESSA et al., 2017; MAZZONA; PERACCHI, 2015). Estes últimos autores entendem que o impacto do trabalho na vida dessas pessoas dependerá, como já dito, de condições específicas, destacando-se o tipo de trabalho exercido. Pessoas que têm um trabalho exaustivo, com sobrecarga, sem ganhos que extrapolem aqueles materiais se beneficiam da saída do trabalho, enquanto o contrário é evidenciado, pessoas que exercem atividades com algum grau de reconhecimento e boas condições salariais sofrem mais com a retirada da inserção no mercado de trabalho.

Alguns estudos internacionais, conforme referido por Loretto e Vickerstaff (2015), buscam evidências das desigualdades de gênero em relação ao trabalho após a aposentadoria. Na realidade de países de alta renda, as mulheres, que têm uma sobrecarga maior de trabalho ao longo da vida, ao considerar-se o trabalho doméstico, têm mais dificuldade de construir suas carreiras de trabalho e, com isso, preparar-se para a aposentadoria, garantindo boas condições de pensão. Isso significa que as desigualdades vivenciadas ao longo da vida, especialmente no mundo do trabalho e da família, são transpostas para a aposentadoria (VLACHANTONI, 2012). No Brasil, investigações sobre desigualdades de gênero na velhice e/ou aposentadoria também têm sido realizadas, evidenciando condições de pobreza maior entre as mulheres (DEBERT, 1994; CAMARANO, 2001; KRELING, 2001; CAMARANO, 2004). Ainda sobre os estudos aprofundados sobre velhice e gênero, merecem destaques os que vêm sendo realizados por Britto da Motta (1998; 1999; 2012).

Em parte relacionada ao tema do trabalho após a aposentadoria, tem-se a discussão da dificuldade financeira em idosos/as. Condições socioeconômicas, gênero e a remuneração na aposentadoria estão diretamente relacionados à experiência de dificuldades financeiras mais graves. As diferenças de gênero nos rendimentos da aposentadoria, mais uma vez, são entendidas como consequência da dupla inserção das mulheres no trabalho e na família (VLACHANTONI, 2012). A literatura internacional refere associação entre dificuldade financeira e sintomas depressivos (BUTTERWORTH; RODGERS; WINDSOR, 2009; SELENKO; BATINIC, 2011; ASSARI; LANKARANI, 2015).

Após a revisão da literatura, as seguintes lacunas do conhecimento foram detectadas: não está claramente estabelecida a associação entre aposentadoria e saúde psíquica; no Brasil, os estudos epidemiológicos que abordam essas relações incluem, parcial ou totalmente, as aposentadorias por invalidez e/ou tratam da qualidade de vida (PIMENTA et al., 2008; MIRANDA et al., 2009; OLIVEIRA; TORRES; ALBUQUERQUE, 2009; PANOZZO; MONTEIRO, 2013); há vários estudos epidemiológicos evidenciando a maior ocorrência de sintomas depressivos em mulheres, porém, poucos abordam o tema à luz das relações de gênero.

Quanto à associação entre trabalho após a aposentadoria e sintomas depressivos, não há um consenso na literatura científica, nem tampouco uma ampla discussão sobre as relações entre dificuldades financeiras graves e sintomas depressivos, com uma abordagem de gênero. Vale ressaltar que os estudos são internacionais, realizados em outros contextos que não o brasileiro. Em relação à necessidade de se repetir estudos com testes de hipótese em realidades diferentes, acredita-se que as diferenças são tão profundas que é necessário, sim, reproduzir estudos contextualizando-os socioeconomicamente e abordando as desigualdades de gênero, especialmente quando essas associações não estão claramente estabelecidas.

Um ponto detectado na revisão que precisa ser melhor aprofundado é justamente o entendimento das desigualdades entre homens e mulheres idosas, na inserção de trabalho após a aposentadoria. E mais, tratando-se de uma população de estudo que, por suas características de serviço público, teoricamente apresenta poucas diferenças entre homens e mulheres, é relevante pensar como as desigualdades se apresentam no caso de

empregos com rendimentos além da aposentadoria e que impacto isso teria sobre a ocorrência de sintomas depressivos. Diante desses pontos a serem desenvolvidos, formula-se a seguinte questão geral: Quais as relações existentes entre gênero, aposentadoria e sintomas depressivos entre participantes do ELSA-Brasil? O desdobramento desta pergunta pode ser observado nas que seguem: Em que medida os fatores associados a sintomas depressivos diferem entre homens e mulheres aposentadas do ELSA-Brasil? Existe associação entre dificuldades financeiras graves e sintomas depressivos em aposentados/as do ELSA-Brasil? Qual o efeito de deixar de trabalhar na ocorrência de sintomas depressivos em aposentados/as do ELSA-Brasil? Quais os modificadores de efeito dessas relações? Um olhar de gênero pode explicar os resultados em idosos/as do ELSA-Brasil?

Considerando-se a revisão da literatura científica sobre a temática, entende-se que um estudo dessa natureza é relevante na medida em que os sintomas depressivos são altamente prevalentes no mundo e no Brasil e investigar associações entre aspectos da aposentadoria e sintomatologia depressiva pode contribuir para a prevenção da depressão em programas de saúde pública, uma vez que a detecção de sintomas depressivos pode ser feita antes da instalação do quadro mórbido. Por outro lado, não foram localizados estudos epidemiológicos no Brasil articulando gênero, aposentadoria e sintomas depressivos, levando em consideração o contexto sociocultural do país, o que se constitui em uma lacuna do conhecimento que precisa ser preenchida. Pela revisão da literatura, foi observada a necessidade de abordar-se o tema com um recorte de gênero, pela escassez de informações e pelas desigualdades sociais existentes entre homens e mulheres, na velhice e na aposentadoria, para que possamos conhecer melhor a saúde desses/as aposentados/as e buscar explicações para nossos resultados que estejam para além do modelo explicativo biomédico. Ademais, as informações geradas neste estudo poderão contribuir para favorecer a discussão do tema entre a comunidade científica e trabalhadores/as interessados/as, incluindo-se a implementação de programas voltados para preparação da aposentadoria, visando à prevenção da depressão.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

- Investigar relações entre gênero, aposentadoria e sintomas depressivos em participantes do ELSA-Brasil

3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores associados aos sintomas depressivos em mulheres e homens aposentados, discutindo-se aspectos de gênero no contexto brasileiro
- Averiguar a associação entre dificuldades financeiras mais graves que o habitual nos últimos doze meses e sintomas depressivos em aposentados/as, à luz das teorias de gênero
- Investigar o efeito de deixar de trabalhar na ocorrência de sintomas depressivos em aposentados/as que trabalhavam, à luz das teorias de gênero

4. QUADRO TEÓRICO

Toma-se como pressuposto básico que a experiência da aposentadoria é vivenciada de forma diferente por homens e mulheres (BERNARD et al, 1996; FARRÉ, 1996; QUICK; MOEN, 1998; CALASANTI, 2004) e que, para abordar essas diferenças, faz-se necessário incorporar a categoria gênero como referência central deste estudo.

4.1 Gênero

Wharton (2005) discute a abordagem de gênero pela sociologia, destacando que este não é um estado fixo, é um processo, que está sendo continuamente produzido e reproduzido; não diz respeito apenas a características individuais, mas ocorre nos níveis da estrutura social e o desafio é entender como processos sociais (como interação com outras pessoas) e instituições sociais (como trabalho) produzem e reproduzem gênero; remete a relações de desigualdade, sobre as quais os recursos sociais são distribuídos.

Por sua vez, relações de desigualdade de gênero estão intimamente associadas às relações de poder, como refere Castro (1992, p. 96): *...com o conceito de gênero desnaturaliza-se a categoria sexo, defendendo-se que gênero são relações sociais, plasmadas na cultura, por assimetrias de poder....* Na mesma direção, Heilborn (1995) entende que gênero é um conceito que marca a diferença entre sexo físico e sexo social e que nas relações são construídos, socialmente, os papéis e as identidades de homens e mulheres.

Kergoat (2003) discute teoricamente as desigualdades entre homens e mulheres como construções sociais, destacando o trabalho, com sua divisão sexual, como o lugar, a base material de expressão das relações sociais de sexo, relações essas de poder. A autora, assim como Brito et al. (2012), traz o conceito central de divisão sexual do trabalho, calcada em dois princípios organizadores: o princípio da separação, em que há distintos trabalhos realizados por homens e por mulheres; e o princípio hierárquico, que considera o trabalho masculino de maior valor do que o feminino. Nessa concepção, está embutida a noção de que os homens estão prioritariamente ligados à esfera

produtiva, em contraposição às mulheres, que estariam mais envolvidas com a esfera reprodutiva.

Na década de 70, na França, pesquisadoras coordenadas por Kergoat reconceituaram o trabalho, incorporando a dimensão do trabalho doméstico no novo conceito.

Essa reconceituação abrangeu também o trabalho não assalariado, não remunerado, não mercantil e informal. Trabalho profissional e trabalho doméstico, produção e reprodução, assalariamento e família, classe social e sexo social são considerados categorias indissociáveis (HIRATA, 2003, p.67).

Segundo Brito et al. (2012), no Brasil, apesar do aumento da inserção feminina no trabalho remunerado, as mulheres têm, além da diferença salarial, uma jornada total (remunerada somada à doméstica) superior à dos homens. Vale ressaltar que *o tempo do assalariamento é condicionado pelo tempo do trabalho doméstico* (HIRATA, 2003, p. 67). E que o tempo para si será diretamente afetado por essa jornada total. Menor tempo para si significa menor tempo para cuidar-se e, portanto, para cuidar da própria saúde, o que é perpassado por relações sociais de classe e de gênero. Articulando o conceito de gênero com saúde, Barata e Werneck (2012) entendem que gênero é um constructo social que repercute diretamente na saúde e no acesso e utilização de serviços de saúde por homens e mulheres.

Em consonância com as teorias de gênero, algumas linhas teóricas, na cultura ocidental, estudam, cada vez mais, a teoria hegemônica de masculinidades, que incorpora conceitos socialmente construídos, associada a ser branco, heterossexual, de classe média e possuir comportamentos que denotem assertividade, domínio, controle, força física e controle emocional (EVANS et al, 2011). Como desdobramento dessa teoria, tem-se o dispositivo de eficácia dos homens, construída socialmente por uma virilidade sexual e laborativa (ZANELLO; GOMES, 2012; ZANELLO, 2016). Essa atribuição social de papéis, com os comportamentos correspondentes, pode inclusive interferir na lacuna de diagnóstico de algumas doenças, como por exemplo, a depressão (WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016).

4.2 Significados e Sentidos do Trabalho

Um ponto relevante na articulação de aposentadoria e sintomas depressivos são os significados e sentidos do trabalho e suas implicações na vivência da aposentadoria. A centralidade do trabalho como única referência na vida da pessoa implicará a experiência da aposentadoria como perda, diminuição da autoestima e dos vínculos sociais, que se constituem em alicerce para a solidariedade humana, fundamental para a sustentação da saúde psíquica dos/as aposentados/as. O estudo das relações entre aposentadoria e sintomas depressivos passa pela compreensão do que se entende por trabalho e a repercussão da falta dessa referência na vida dos indivíduos, especialmente na saúde psíquica, representada, neste estudo, pelo sofrimento de sintomas depressivos. Sem perder de vista que a aposentadoria será vivenciada com contradições e diferenças. Raça, classe social, gênero e tipo de inserção no trabalho determinarão a forma de vivenciar-se a aposentadoria.

O trabalho vem sendo conceituado ao longo do tempo, de acordo com contextos históricos e culturais diferenciados. A origem da sua palavra, amplamente divulgada, encontra raízes no latim *tripalium*, instrumento de tortura. Passando pela Idade Média, Revolução Industrial, Modernidade e Contemporaneidade, são diversos os significados que vêm sendo atribuídos ao trabalho. Na modernidade, significados são adicionados ao trabalho, que passa a ser considerado um meio de status, prestígio, poder, autorrealização e identidade, incorporando a subjetividade (TOLFO et al., 2005). Como definem estes autores, o trabalho é uma atividade em que *o sujeito ao transformar a realidade se objetiva e, transformando-se a si mesmo, se subjetiva* (p.4).

Campos teóricos distintos dedicam-se a estudar significados e sentidos do trabalho. Tolfo et al.(2005) assinalam a diferença dos conceitos, considerando que os significados são construções coletivas e os sentidos são apreensões individuais desses significados; ambos são construídos e transformados nas relações com a realidade, de acordo com os contextos históricos.

O estudo *Meanings of work* (MEANING OF WORKING RESEARCH TEAM, 1987 apud BASTOS; PINHO; COSTA, 1995) vem sendo desenvolvido em oito países desde a década de 80 e construiu um instrumento para avaliar o que trabalhadores

entendem sobre significados do trabalho, que inclui três dimensões: a centralidade do trabalho, as regras sociais e os resultados valorizados do trabalho (BASTOS; PINHO; COSTA, 1995; TOLFO et al., 2005; TOLFO; PICCININI, 2007). A dimensão mais estudada é a última, uma vez que expressa o nível de satisfação com o trabalho, permitindo apreender significados do trabalho e suas funções, tais como: *status* e prestígio; remuneração; contato social; utilidade à sociedade e auto-realização (BASTOS; PINHO; COSTA, 1995). Em estudo realizado por estes autores, o trabalho foi central entre as esferas da vida, sendo ultrapassado apenas pela família e seguido pelo lazer, religião e comunidade. O estudo não faz uma abordagem de gênero que permita a apreensão das diferenças dos significados e sentidos do trabalho entre homens e mulheres.

Três conjuntos de características são considerados para que o trabalho tenha sentido: boas condições de trabalho; oportunidades para aprender e prestar serviços; autonomia e diversificação (TOLFO et al., 2005).

Tolfo e Piccinini (2007) reconhecem o sentido individual e social do trabalho, na sua função de prover subsistência, criar sentidos existenciais e estruturar a identidade e a subjetividade. Sem esses sentidos, o ser humano pode alienar-se e passa a produzir e consumir apenas, perdendo a oportunidade de contribuir com o trabalho para a construção de sua identidade.

A Psicodinâmica do Trabalho entende trabalho como a atividade humana que possibilita a produção de sentido, viabilizada em uma organização do trabalho que tenha flexibilidade suficiente para que a criatividade e o desejo sejam incluídos nas tarefas a serem desenvolvidas (DEJOURS, 2004). Com esse referencial, Mendes (2008) vem se dedicando ao estudo das relações prazer/sofrimento no trabalho, o que implica conhecer os mecanismos geradores do sofrimento, presentes na forma de se organizar o trabalho, e a transformação do sofrimento patológico em sofrimento criativo, operação esta regida pela sublimação e pela dinâmica do reconhecimento do trabalho. Freud (1930/1974), ao considerar as dificuldades presentes no ato cotidiano de trabalhar, já apontava o trabalho intelectual e artístico como uma possibilidade de sublimação, ou seja, a utilização da energia da pulsão sexual (libido) para o exercício da criatividade e da construção, com o

devido reconhecimento social subjacente, que está intrinsecamente relacionado à identidade, como afirma Dejours:

O sujeito não constrói sua identidade somente a partir de si mesmo; ele necessita do olhar, do julgamento do outro... O que o sujeito procura fazer reconhecido é o seu fazer e não o seu ser. Portanto, o reconhecimento da identidade no campo social é mediado pela qualidade do trabalho. Dessa forma, o reconhecimento poderá ser repatriado para o registro da identidade. (DEJOURS, 1999, p.21).

Destacando a importância do papel do reconhecimento na estruturação da vida psíquica, Dejours (1999) afirma que o sujeito, ao não ser reconhecido pelo trabalho que desenvolve, perde a confiança em si mesmo e pode sofrer uma crise de identidade que, com o passar do tempo, propicia o acometimento de doenças, inclusive depressão.

O mesmo autor (DEJOURS, 2007) observa, no final do século XX, a emergência de Patologias Sociais decorrentes da sobrecarga de trabalho, violência e servidão voluntária. Dentre elas, encontram-se o Assédio Moral, as Lesões por Esforços Repetitivos, as Depressões e o Suicídio. A relação entre assédio moral e depressão pode chegar ao desfecho extremo do suicídio relacionado ao trabalho (DEJOURS; BÈGUE, 2010; BARRETO et al, 2011).

O trabalho, estruturante para a saúde psíquica, é fonte de grandes sofrimentos para os/as trabalhadores/as, mas, em certas situações específicas, pode oferecer-se como lugar de redirecionamento do sofrimento para o prazer, contando, para isso, com o processo de sublimação e criatividade. Outros elementos do trabalho podem apresentar-se como fatores de proteção à saúde psíquica, citando-se a solidariedade, a ética, a construção da identidade no trabalho e o reconhecimento dos pares como alguns deles (DEJOURS, 1994). Nesse sentido, a maior ou menor flexibilidade da organização do trabalho é essencial para que o percurso dos/as trabalhadores/as seja direcionado para a saúde ou para o sofrimento, em um movimento dinâmico e dialético. Fundamental e complementar para esse direcionamento são as condições de trabalho e de salário.

Para o estudo dos significados e sentidos do trabalho com um recorte de gênero, é necessário retomar a divisão sexual do trabalho, na qual, via de regra, são destinadas posições e lugares valorizados, estáveis e bem remunerados para os homens e, para as

mulheres, cargos precarizados, mal remunerados e em tempo parcial, o que dificulta o percurso de uma carreira. Incluída nessas desigualdades, há, ainda, a responsabilização das mulheres pelas tarefas domésticas, que lhes ocupam uma parcela de tempo significativa, o que interfere diretamente no mundo do trabalho, dificultando conquistas de oportunidades semelhantes às dos homens (BERNARD et al., 1996; FINCH, 2013; LORETTO; VICKERSTAFF, 2015; MAZZONA; PERACCHI, 2015; Di GESSA et al., 2017).

Fonseca (2004) cita dados mundiais que refletem as desigualdades entre homens e mulheres na correspondência entre a quantidade de trabalho realizada e os rendimentos ganhos; as mulheres são responsáveis por 70% de todo o trabalho realizado no mundo, 10% dos salários e 1% dos meios de produção. Nesse sentido, ainda é atual a reivindicação das mulheres por oportunidades no mercado de trabalho e ganho de salários semelhantes aos dos homens.

Ainda que incipiente no nosso trabalho, queremos trazer a discussão que diz respeito às consequências das desigualdades geradas pela divisão sexual do trabalho nos significados e sentidos do trabalho para homens e mulheres. Historicamente, as atividades que conferem poder e prestígio têm sido associadas ao masculino. Para as mulheres, a importância da independência e a possibilidade de decidir sobre suas vidas, conquistadas com a saída para o mundo público, ganham maior sentido, já que isso é “dado” aos homens. Uma discussão recente é feita por Gonçalves (2010) para mulheres solteiras de classe média, que não têm filhos e moram sós, com a hipótese de que algumas mulheres só conseguiriam posicionar-se de forma satisfatória no mercado de trabalho ao abrirem mão do casamento e da maternidade, desvinculando-se da obrigatoriedade dos cuidados de casa. Dessa forma, o trabalho assumiria a centralidade na vida dessas mulheres, significando autonomia, liberdade, independência e possibilidade de escolher como utilizar seus recursos materiais no encaminhamento de suas vidas.

Comparando os sentidos do trabalho para mulheres de classe média/alta e para aquelas da classe trabalhadora, Sarti (1997) demarca que as oportunidades no trabalho são atravessadas por hierarquias de classe, gênero e cor e estão diretamente relacionadas à crescente escolarização das mulheres (BRUSCHINI et al., 2008), que não se dá de

forma homogênea. Para as mulheres de classe média/alta, o aumento de sua inserção no mercado de trabalho, graças à maior escolarização, promoveu uma reconfiguração da divisão sexual do trabalho com conseqüente impacto sobre a organização familiar, recolocando o lugar de cada um/uma dentro de casa. Por outro lado, para as mulheres pobres, esse impacto não teve a mesma força porque elas sempre trabalharam, da mesma forma que os homens, acumulando sua carga com os trabalhos domésticos. A baixa qualificação dos trabalhos, assim como a baixa remuneração e sobrecarga de trabalho doméstico/remunerado, fazem deste último uma atividade pouco gratificante.

A partir de pesquisa com mulheres da periferia de São Paulo, observou-se que o sentido do trabalho para a mulher pobre é mediado por seu papel de mãe e dona de casa e que, tanto o sentido quanto a gratificação advêm do prazer de ver seus filhos alimentados e vestidos, bem cuidados. Além disso, ter seu próprio dinheiro, ainda que pouco, e a possibilidade de sair do ambiente doméstico e vivenciar outros ambientes são elementos que ressaltam no discurso das mulheres entrevistadas (SARTI, 1997).

Outro aspecto relevante que vem sendo discutido, tanto na literatura nacional como internacional, é a inserção laboral de velhos e velhas, muito/as deles/as já aposentados/as, no mercado de trabalho. As desigualdades naqueles/as que já se retiraram do trabalho tornam-se ainda mais acirradas quando se busca uma atividade laboral após a aposentadoria (KRELING, 2001). A literatura internacional ressalta que, além de enfrentar as desigualdades no mundo do trabalho quando jovens, às mulheres ainda é acrescentada a dificuldade maior de inserir-se mais uma vez no mercado de trabalho, devido ao caminho trilhado dividindo-se entre o trabalho e a família, o que interfere na sua capacitação. Paradoxalmente, são as mulheres que mais necessitam trabalhar após a aposentadoria e que mais tempo perduram no mercado de trabalho. Quando conseguem uma inserção, via de regra, é em trabalhos precarizados e mal remunerados, incluindo-se os domésticos e de cuidadora (BERNARD et al, 1996; FARRÉ, 1996; CALASANTI, 2004; FINCH, 2013; LORETTO; VICKERSTAFF, 2015).

Como se pode ver, a seguir, o histórico da vida laboral, os significados do trabalho, a classe social e o gênero estão diretamente relacionados à forma como será vivenciada a aposentadoria por homens e mulheres. A ideia central é que tanto poderá

constituir-se em um momento de vida muito gratificante como de perdas profundas, a depender dessas condições e de aspectos subjetivos individuais, além dos acontecimentos externos e independentes do próprio controle.

4.3 Envelhecimento, Aposentadoria e Gênero

A OMS, em 1984, delimitou a idade de 60 anos para definir a condição de idoso em países em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos, como marcadores para assegurar direitos universais. Não por coincidência, esta idade é usada como referência para a aposentadoria. Nesse sentido, a situação de velhice e de aposentadoria, muitas vezes, confundem-se cronologicamente, a idade padrão de idoso levando à possibilidade da aposentadoria e a situação de aposentadoria delimitando o envelhecimento. Se, por um lado, a aposentadoria traz a marca de inatividade, adoecimento e inutilidade, por outro lado, ela constitui-se, cada vez mais, em um momento onde o novo, a liberdade e a possibilidade de realização de sonhos tornam-se reais (GONÇALVES, 2006).

O entendimento acerca da velhice é de que não se trata de um processo natural, embora o componente cronológico não possa ser deixado de lado. Sendo assim, faz-se necessária a desnaturalização do conceito de velhice, contextualizando-a historicamente. Também é preciso atentar para o fato de que na velhice acirram-se as desigualdades sociais vivenciadas durante todo o curso de vida.

Ressalta-se que *velhice é um termo impreciso...nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social* (VERAS, 1995, p. 25). Logo, a forma de envelhecimento de um indivíduo não é casual, guardando relação com seu modo de andar a vida durante todo seu percurso. Tomando Minayo e Coimbra Jr. (2002) como referência, entende-se, como os autores, que o envelhecimento é um processo heterogêneo e que a forma de vivenciar a velhice vai depender da singularidade do sujeito e dos aspectos estruturais, como gênero, raça/etnia e classe social, que guardam estreita relação com a qualidade da saúde, da educação e das condições econômicas.

Pontua-se, portanto, *a necessidade de desnaturalizar o fenômeno da velhice e considerá-la como uma categoria social e culturalmente construída* (MINAYO; COIMBRA Jr., 2002, p.14). Nessa mesma direção, Souza, Matias e Brêtas (2010) entendem que *a qualidade de vida e, conseqüentemente, a qualidade do envelhecimento se relacionam com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido...*

Na discussão sobre a velhice, Ginn e Arber (1996) fazem uma contextualização histórica da articulação entre gênero e envelhecimento, considerando que, inicialmente, os estudos feministas, prioritariamente voltados para a inserção das mulheres no mercado de trabalho, não contemplaram as mulheres idosas nas suas análises e reivindicações, configurando-se uma separação teórica entre essas duas categorias. Segundo eles, um paralelo poderia ser feito entre o desinteresse existente por gênero, antes da década de 70, e pelo envelhecimento, na década de 90. Os autores afirmam a importância do acolhimento, pela sociologia, do envelhecimento como uma construção social, assim como gênero. Desigualdades de gênero estão presentes no envelhecimento, como acúmulo e agravamento do que ocorre ao longo do curso de vida das mulheres, desde a infância, quando são aprendidos valores imperativos como amor, cuidado e entrega. Em continuidade, o desgaste da dupla jornada dos trabalhos doméstico e remunerado, marcado por baixos salários, horário parcial e precarização. No fim da vida, o reflexo dessas experiências redundando na triste realidade da maior pobreza das mulheres idosas, em relação às mulheres mais jovens e aos homens, constituindo-se uma dupla vulnerabilidade (FARRÉ, 1996). Assim, como as experiências na velhice serão diferentes, de acordo com gênero, raça/etnia e classe social, existe a necessidade de utilizar-se um marco teórico que inclua essas categorias como dimensões fundamentais da divisão social (GINN; ARBER, 1996).

No contexto brasileiro, *as idosas começam a aparecer*, contando suas experiências oralmente para se tentar reconstruir, historicamente, seu lugar ao longo das últimas décadas, por conta dos poucos estudos que tratam desse tema. Em belo texto, Britto da Motta (2012) recupera as passagens históricas em que as mulheres ultrapassam o mundo privado e ganham o mundo público, como na ditadura militar; no movimento chamado da “terceira idade”, formado, principalmente, por velhas de classes média e

alta; no envolvimento, na década de 80, em movimentos sociais de bairro e, na década de 90, no movimento de idosos/as e aposentados/as.

O significado da palavra aposentadoria relaciona-se com a retirada do mundo exterior e recolhimento aos aposentos da casa. Legalmente, a aposentadoria pode ser entendida como a saída da atividade profissional devido ao cumprimento de um determinado tempo de serviço, com direito a receber rendimentos da instituição previdenciária (GONÇALVES, 2006). Vale ressaltar que há uma construção social em torno dessa ideia voltada para os homens, uma vez que as mulheres, historicamente, nunca deixaram totalmente a casa e seus trabalhos domésticos, sendo acompanhadas ao longo da vida pela divisão entre o mundo privado e o mundo público, o que não se aplica à maior parte dos homens.

Para se pensar a aposentadoria, há que se considerar o contexto demográfico, histórico, sociocultural, econômico e político no qual os/as trabalhadores/as estão inseridos/as (FERNANDES; ZORDAN, 2012). A forma de se aposentar guarda relação com as condições de trabalho vividas, no que diz respeito aos aspectos positivos como reconhecimento, *status* social, boa remuneração, sensação de utilidade e de pertencimento e com os aspectos negativos, destacando-se a remuneração insuficiente, que funciona como impedimento para a realização dos “sonhos”. Assim, as desigualdades às quais os/as trabalhadores/as estão expostos no mundo do trabalho serão transpostas para a aposentadoria, incluindo-se as de gênero e raça/cor. Por outro lado, torna-se mais difícil interromper um trabalho gratificante e que confere *status*, do que um trabalho desgastante no qual a sobrecarga física e psíquica são elevadas, sem a devida retribuição nem reconhecimento (MAZZONA; PERACCHI, 2015; Di GESSA, 2017).

A construção teórica que se pretende adotar é centrada no desligamento do mercado de trabalho e suas repercussões sobre a subjetividade, o *status* social e o lugar de reconhecimento pela identidade de trabalhador/a. Além disso, gênero será adotada como categoria teórica que guiará esse percurso, apontando as desigualdades entre homens e mulheres ao longo da vida laboral, que implicarão as desigualdades na vivência da aposentadoria. Ao lado de gênero, raça e classe social também influenciarão na qualidade dessa aposentadoria.

Quick e Moen (1998) destacam a questão de gênero como um fator importante na definição da natureza do emprego e da qualidade da aposentadoria. Por exemplo, o tempo sublinha as diferenças na experiência de emprego de homens e mulheres, em termos de continuidade, duração e horas trabalhadas. Essa perspectiva também coloca a necessidade de localizar estudos e vidas das pessoas em um contexto histórico.

Calasanti (2004) refere que os anos dourados da aposentadoria fazem parte do mito do sonho norte americano e que seriam reservados especificamente aos homens brancos de classe média. O que o autor afirma, com isso, é que não se pode pensar em aposentadoria sem considerar a interseccionalidade de idade, gênero, raça e classe social e que as desigualdades aumentam na velhice. Para entendê-las na aposentadoria, o autor sugere que sejam pensados a família, o trabalho remunerado, a renda e o trabalho na aposentadoria.

Na família, há que se pensar que as mulheres, historicamente, vêm sendo responsabilizadas pelas tarefas domésticas e pelo cuidado de pessoas idosas e/ ou doentes, o que demanda um tempo significativo, que vai influenciar nas “escolhas” e no tempo gasto no trabalho, muitas vezes impossibilitando o percurso de uma carreira profissional. O trabalho remunerado destinado à maioria das mulheres pertence ao setor de serviços, que é mal remunerado, levando à impossibilidade de preparar-se financeiramente para a aposentadoria e, conseqüentemente, à menor estabilidade financeira e segurança do que os homens. Nos países de baixa e média renda, como o Brasil, acrescenta-se a grande proporção de mulheres inseridas em trabalhos precarizados, como os domésticos.

Assim como em Porto Alegre (KRELING, 2001), nos EUA as mulheres idosas têm rendimentos menores do que os idosos, compondo a grande maioria das pessoas velhas pobres. Destaque para as negras, que, assim como no Brasil, ocupam o patamar mais baixo de rendimentos (CALASANTI, 2004). Quanto ao trabalho após a aposentadoria, os homens com maior *status* e maior escolaridade terão muito mais e melhores oportunidades no mercado de trabalho, somando os salários. Diretamente relacionada ao trabalho após a aposentadoria é a decisão do momento de aposentar-se, que difere para homens e mulheres, devido à situação financeira diversa (BERNARD et

al, 1996). O que motivaria os homens a se aposentarem seria o prazer, a ser buscado em novas atividades de lazer ou mesmo na realização de um trabalho gratificante após a aposentadoria; ao passo que as mulheres fariam a reinserção no mercado de trabalho com o objetivo de complementarem a renda. Como foi referido anteriormente, tanto as pensões mais baixas como a qualidade inferior dos trabalhos disponíveis para as mulheres idosas expressam essas desigualdades.

Há que se fazer uma ressalva em relação ao funcionalismo público. Sabe-se que se trata de uma categoria ocupacional específica, com suas regras isonômicas, tanto para os salários quanto para a aposentadoria de homens e mulheres, com a diferença de que as mulheres podem aposentar-se, legalmente, mais cedo. No serviço público, existem os mesmos planos de cargos e salários, o que, teoricamente, colocaria a mesma condição para homens e mulheres trilharem as suas carreiras. Entretanto, o conflito trabalho-família, estabelecido a partir da dificuldade das pessoas em conciliar as demandas do trabalho remunerado e do trabalho de cuidado da família, que acomete, principalmente, as mulheres, muitas vezes impede que isso ocorra, favorecendo a ocupação de cargos de coordenação e de chefias por homens. Ainda assim, vale ressaltar que, provavelmente para contornar as desigualdades do mundo do trabalho, muitas mulheres, quando lhes é possível, escolhem o serviço público para percorrerem seu caminho profissional.

Para sintetizar essa discussão conceitual, sublinhamos que velhice e aposentadoria guardam especificidades e, ao mesmo tempo, estão intrinsecamente relacionadas. A aposentadoria, assim como o envelhecimento, é entendida, aqui, como um processo social, portanto, atravessado por relações de gênero, raça/etnia e classe social. A prioridade do estudo tem sido tomar gênero como a categoria teórica que norteará a presente investigação, nas suas interrelações possíveis.

4.4 Sintomas depressivos

Mc Dowell (2006) refere a amplitude na utilização da palavra “depressão”, que descreve desde um afeto com um “tom” subjetivo de sentimento, de curta duração, até um transtorno patológico bem estabelecido e delineado. Para ele, “depressão” cobre um largo espectro de estados, de sentimento de tristeza, desamparo, luto, auto estima baixa, até o episódio depressivo maior.

Será utilizado como referência o autor Del Porto (1999; 2000) para trazer conceitos relacionados ao uso da palavra “depressão”. O autor refere que, na linguagem corrente, depressão tem sido usado para designar tanto a tristeza, que é um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Para descrever cada uma dessas possibilidades, ele diz que tristeza e luto são situações que ocorrem na vida de qualquer pessoa e não fogem à normalidade, salvo exceção para o luto patológico; o sintoma depressivo pode surgir em quadros clínicos diversos ou em reação a situações estressantes e adversas; como síndrome, a depressão engloba as alterações de humor, como tristeza, apatia, falta de capacidade de sentir prazer e irritabilidade, assim como aquelas cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite); a doença depressão apresenta um conjunto de elementos e tem sido classificada de várias formas, que variam de acordo com o momento histórico e o ponto de vista adotado.

O núcleo dos quadros depressivos é composto por sentimentos de tristeza e/ou vazio, a perda da capacidade de experimentar prazer e a redução do interesse pelo ambiente. Queixa de fadiga também está presente com muita frequência. Na composição do quadro depressivo, levam-se em consideração os sintomas psíquicos (humor depressivo, com tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa; redução da capacidade de sentir prazer e desinteresse; fadiga ou sensação de perda de energia; diminuição da capacidade de pensar), fisiológicos (alterações do sono e do apetite; redução do interesse sexual) e evidências comportamentais (retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas, retardo psicomotor e lentificação generalizada) (Del PORTO, 1999; 2000).

Embora não seja propósito deste trabalho utilizar diagnóstico de depressão, optou-se por trazer sua conceituação e, a partir do exposto, deixar claro o que está sendo proposto. Pretendeu-se mensurar sintomas depressivos, utilizando-se a seção G do CIS-R (*Clinical Interview Schedule Revised*), que contempla os aspectos principais dos quadros depressivos (tristeza, perda de prazer e perda de interesse), mas que não tem possibilidade de, por si só, estabelecer diagnóstico de quadros depressivos. Não era esta a intenção do estudo, que pretendia observar muito mais a reação a situações estressantes e adversas, como referido, acima, por Del Porto (1999). Por outro lado, o

que se poderia mensurar com os dados do ELSA-Brasil seriam episódios depressivos, sem, contudo, haver distinção de episódio único ou recorrente, uma vez que, ao longo do tempo, outros episódios poderiam ocorrer. Outro obstáculo percebido é que não houve indagação, no ELSA-Brasil, sobre apetite, o que poderia levar a uma subestimação da ocorrência dos episódios depressivos, embora esta não seja uma formulação consensual (NUNES et al., 2016).

Alguns instrumentos, ao aferir sintomas depressivos, avaliam tanto a condição clínica como subclínica da depressão (SHRIRA; LITWIN, 2014). Ainda que não se tenha tido acesso a estudos utilizando referência a essas diferentes condições no uso do CIS-R, é importante assinalar que aqui no Brasil admite-se que o rastreamento de sintomas depressivos no uso de algumas escalas, como por exemplo, o PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire - 9*) (SANTOS et al., 2013), possibilita apreender a presença de sintomas depressivos antes da condição de adoecimento, chamada por Scazufca (2017) de pré depressão, no mesmo sentido que os autores anteriores usam a expressão subclínica. Como não foram utilizados dados que permitissem estabelecer diagnóstico, conta-se com dados de sintomas depressivos correlatos a uma situação pré-clínica, o que permite abarcar uma gama maior de pessoas atingidas e utilizar a divulgação dos resultados do estudo para a prevenção da depressão nas suas várias formas de manifestação.

5. MÉTODOS

5.1 Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)

Esta investigação utilizou dados da linha de base e da onda 2 do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), coorte multicêntrica que recrutou, na linha de base (2008-2010), 15.105 participantes entre 35 e 74 anos, ativos e aposentados, pertencentes a seis instituições públicas de ensino e pesquisa: Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade Federal de Minas Gerais, Fundação Osvaldo Cruz/RJ, Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo principal do ELSA-Brasil é investigar doenças crônicas não-transmissíveis, em particular Doenças Cardiovasculares e Diabetes Mellitus tipo 2, nos seus aspectos epidemiológicos, clínicos e moleculares (AQUINO et al, 2012).

A população de estudo do ELSA-Brasil foi composta por cerca de 75% de voluntários e 25% de funcionários/as recrutados/as ativamente, dos três segmentos funcionais: apoio, técnicos administrativos e docentes de nível superior das instituições participantes da pesquisa, e seguiu uma proporcionalidade em relação a situação funcional, sexo e idade. O tamanho da amostra foi calculado tendo diabetes tipo 2 e infarto do miocárdio como principais desfechos. Considerando-se 5% o nível de significância e poder estatístico de 80%, foi estimado o número de 6400 participantes. Para possibilitar análises específicas por sexo e contornar as possíveis perdas ao longo do estudo, definiu-se o tamanho da amostra em 15000 pessoas para todo o Brasil. Detalhes metodológicos do estudo podem ser encontrados em Aquino et al. (2012).

A cada quatro anos, os/as participantes são convidados/as para retornarem aos Centros de Investigação (CIs) para entrevistas, com aplicação de questionário e realização de exames. Já foram realizadas as ondas 1 e 2 (2008-2010; 2012-2014, respectivamente) e encontra-se em andamento a onda 3 (2016-2018).

Os participantes vêm sendo acompanhados, entre as ondas, pelos CIs de cada Instituição, utilizando-se, para tal, entrevistas telefônicas anuais, onde é monitorada a

ocorrência de eventos de saúde, com especial atenção àqueles relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e diabetes, entre outras. atendimentos médicos e internamentos são ativamente questionados; neste último caso, se houver qualquer suspeita de relação com os desfechos estudados, há visitas aos locais de internamento para levantamento de informações, incluindo-se óbitos, que são compiladas por cada CI e reunidas em seguida.

5.2 Desenho e população de estudo

Os artigos 1 e 2 têm um desenho de corte transversal, enquanto o artigo 3 é longitudinal.

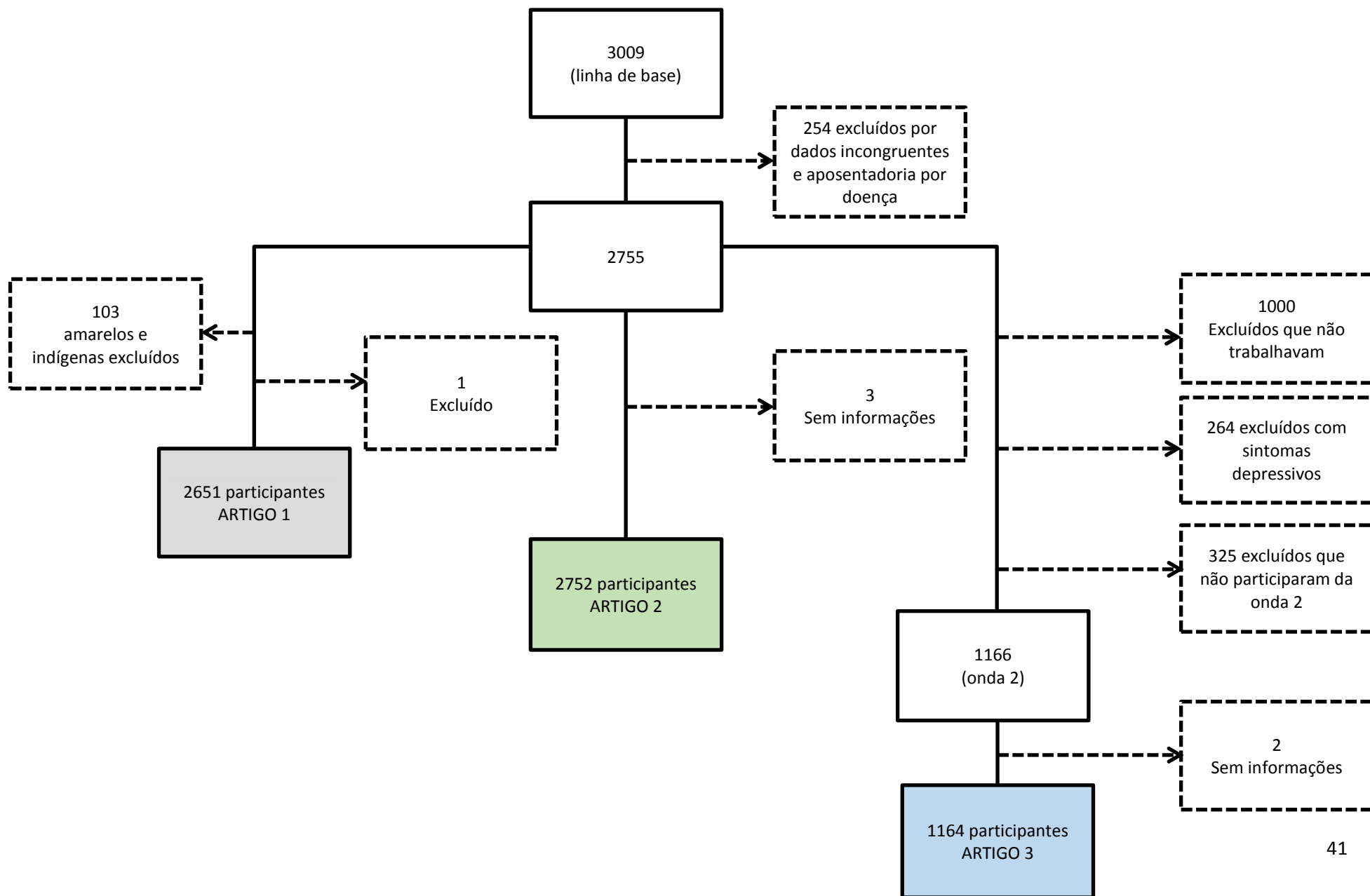
Inicialmente, foram selecionadas as 3009 pessoas que se encontravam aposentadas na linha de base do ELSA-Brasil. Para os três artigos desta tese, foram excluídas 235 pessoas que se aposentaram por doença e 19 que possuíam informações incongruentes entre a idade de aposentadoria e a soma da idade do início da vida laboral e o tempo de trabalho.

Para o artigo 3, além das exclusões comuns aos três artigos, descritas acima, os critérios de inclusão foram: o/a aposentado/a estar trabalhando e não ter referido sintomas depressivos, ambos na linha de base, e ter participado das duas ondas. Uma síntese da população de estudo pode ser observada na Figura 1, a ser descrita nos artigos correspondentes.

5.3 Produção de dados

Entre 2008 e 2010 (onda 1), foi aplicado um questionário estruturado nas seguintes seções: história médica progressiva, história familiar de doenças, posição socioeconômica, georreferenciamento, vizinhança, vida familiar, hábitos de vida relacionados à saúde, história ocupacional, eventos, escadas, saúde, capital social, peso corporal, atividade física, CIS-R, uso de medicamentos, mulheres, dieta, compulsão alimentar, cirurgia bariátrica, consumo de álcool e experiência de discriminação (AQUINO et al., 2012; CHOR et al., 2013).

Figura 1 – População de estudo dos três artigos. ELSA-Brasil, 2008-2010; 2012-2014



O questionário multidimensional inclui, dentre outros instrumentos, o CIS-R - *Clinical Interview Schedule Revised* -, composto por 15 seções, dentre as quais 14 delas avaliam um tipo específico de sintoma (sintomas somáticos, fadiga, concentração e esquecimento, problemas de sono, irritabilidade, preocupação com a saúde física, depressão, ideias depressivas, preocupação, ansiedade, fobias, pânico, compulsões e obsessões) (NUNES et al., 2011; BRUNONI et al., 2014). A seção O avalia repercussões gerais articuladas com questões das outras seções (SINGLETON; MELTZER, 2002). O CIS-R ainda avalia severidade, frequência e duração dos sintomas, durante a semana anterior (BOTEGA et al., 1995).

O CIS-R foi desenvolvido e validado na língua inglesa por Lewis et al (1992), a partir de uma revisão do CIS (Clinical Interview Schedule), já estudado pelo autor anteriormente (LEWIS; WESSELY, 1990). A necessidade de revisar o CIS adveio da importância para a saúde pública de se dispor de uma entrevista padronizada para ser utilizada por leigos, com o objetivo de substituir as entrevistas por profissionais psiquiátricos. Nesse sentido, a revisão aumentou a padronização da entrevista, retirou parte do CIS que seria mais subjetiva e apropriada a uma entrevista clínica e, com isso, tornou-o um instrumento de pesquisa valioso e com um nível satisfatório de confiabilidade para ser utilizado por leigos após treinamento relativamente breve. Em contrapartida, com a redução do CIS, o instrumento tornou-se incapaz de identificar desordens psiquiátricas psicóticas (LEWIS et al, 1992).

No Brasil, a maioria das seções do CIS-R foi previamente traduzida e adaptada para o português para utilização em uma amostra de pacientes hospitalizados e, segundo o autor, o instrumento poderia fornecer grandes contribuições epidemiológicas sobre desordens psiquiátricas em países de baixa/média renda, a baixo custo (BOTEGA et al, 1995). Considerando que havia seções ainda não traduzidas e outras não utilizadas no Brasil, o instrumento foi traduzido do inglês para o português e retrotraduzido para o inglês, com vários profissionais envolvidos, buscando-se a sua adequada adaptação, a partir da versão original em inglês. Ao final do processo de revisão da literatura sobre o nível de confiabilidade do instrumento, adaptação de escala e pré-teste, foi considerado que o mesmo encontrava-se adequado para ser inserido no questionário aplicado na linha de base do ELSA-Brasil (NUNES, 2011).

No presente estudo, será investigada a ocorrência de sintomas depressivos nos últimos sete dias, mensurados pela seção G do CIS-R, que apresenta um ponto de corte igual a 2, em um escore que varia de 0 a 4.

As questões da seção G são as seguintes:

1. Nos últimos 7 dias, o (a) Sr (a) foi capaz de gostar ou se interessar pelas coisas como costumava fazer? (escore igual a 1 se a resposta for negativa)
2. Nos últimos 7 dias, em quantos dias o (a) Sr (a) se sentiu triste, deprimido(a)/incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas? (escore igual a 1 se a resposta for em 4 dias ou mais)
3. Nos últimos 7 dias, o (a) Sr (a) se sentiu triste, deprimido(a)/incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas, por mais de 3 horas no total em algum dia? (escore igual a 1 se a resposta for positiva)
4. Nos últimos 7 dias, quando o (a) Sr (a) estava triste, deprimido(a)/ se sentindo incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas, alguma vez o (a) Sr (a) se sentiu mais alegre quando algo de bom aconteceu ou quando estava acompanhado? (escore igual a 1 se a resposta for negativa).

É importante informar que essas perguntas são precedidas pela questão sobre sentir-se triste ou deprimido nos últimos sete dias que, ao ser respondida positivamente, remete às quatro questões que geram os escores, acima descritas. As perguntas originais do CIS-R podem ser encontradas em Singleton, Lee e Meltzer (2002).

Alguns estudos foram realizados no ELSA-Brasil utilizando o CIS-R como instrumento para medir sintomas/diagnósticos depressivos e de ansiedade (BENSEÑOR et al., 2016; BRUNONI et al., 2013; BRUNONI et al., 2014; BRUNONI et al., 2015; KEMP et al., 2014; KEMP et al., 2015; SANTOS et al., 2015; NUNES et al., 2016).

A variável desfecho do estudo foi “sintomas depressivos nos últimos sete dias”, avaliada pela seção G do CIS-R.

As variáveis de exposição principal foram “dificuldades financeiras mais graves do que as habituais nos últimos doze meses” (artigo 2) e “deixar de trabalhar” (artigo 3).

Variáveis independentes e covariáveis: faixa etária, escolaridade, raça/cor, renda familiar mensal líquida, renda familiar mensal *per capita*, união conjugal, chefia de família e filhos; categoria ocupacional - superior, médio e manual - e natureza ocupacional – não manual não rotineira, não manual rotineira, manual não rotineira, manual rotineira; docência, idade, motivo e tempo de aposentadoria; atividade laboral após a aposentadoria; tempo de trabalho após a aposentadoria; pelo menos uma comorbidade; eventos estressores nos últimos doze meses, tipificados em assalto/roubo, hospitalização, falecimento de parente próximo, dificuldade financeira mais grave que o habitual e rompimento amoroso. Algumas variáveis foram comuns aos três artigos, enquanto outras, não. Maior detalhamento será visto em cada artigo.

Foi adotada, pelo ELSA-Brasil, a classificação do IBGE para raça/cor, que inclui: preta, parda, branca, amarela e indígena.

A união conjugal tomou, como ponto de partida, a variável derivada do ELSA-Brasil denominada “situação conjugal”, composta pelas seguintes categorias: Casado/Unido, Separado/Divorciado, Solteiro, Viúvo, Outro (com união Prévia). Realizou-se a recategorização na variável “união conjugal” com as seguintes categorias: “Sim”, que incluiu Casado/Unido e “Não”, que incluiu o restante das categorias.

A informação sobre a situação funcional foi obtida a partir da seguinte questão: “O(a) senhor(a) é um funcionário ativo ou aposentado da (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO)?”

O ponto de partida para obtenção das variáveis ocupacionais foi a seguinte questão: “Por favor, descreva as principais atividades que o(a) senhor(a) desenvolveu durante a maior parte do tempo em que trabalhou na (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO)”. A tipologia sócio-ocupacional foi construída usando combinações referentes às diferentes formas de inserção na produção, a própria ocupação qualificada pelos recortes manual e não manual, a hierarquia na produção e a instrução formal considerada necessária para o desenvolvimento das atividades de cada categoria (manual, média e superior). A classificação das ocupações, de acordo com a natureza das tarefas necessárias para sua realização, considerou as habilidades adequadas para a realização de tarefas manuais (ou não) e rotineiras (ou não), com quatro categorias:

manual rotineira, manual não rotineira, não manual rotineira e não manual não rotineira (OLIVEIRA; ANTIGO; RABELO, 2013).

Os motivos da aposentadoria foram classificados como aposentadoria voluntária (a partir do momento em que são atingidos os requisitos legais), compulsória (quando atingida a idade de 70 anos), por doença (sem especificação do tipo de doenças) e outros motivos (não especificados). A opção de “Outros motivos” era assinalada, na maior parte das vezes, quando o/a participante não conseguia referir qual a principal razão de sua aposentadoria, no caso de haver mais de uma.

A variável “tempo de aposentadoria” foi construída a partir da subtração do ano referido como sendo o da aposentadoria do ano da entrevista. Em sequência, foi construída a variável “idade da aposentadoria”, subtraindo-se o tempo da aposentadoria da idade no momento da entrevista.

A variável “Pelo menos uma comorbidade” incluiu as seguintes doenças: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, *diabetes mellitus*, enxaquecas e doença arterial periférica.

As questões dos cinco eventos estressores foram selecionadas a partir de perguntas formuladas pelo estudo Pró Saúde, que realizou testes de confiabilidade, cujos resultados foram adequados tanto para homens quanto para mulheres, nas questões referentes a: internação hospitalar, falecimento de parente próximo, dificuldades financeiras severas, rompimento de relação amorosa e assalto/roubo nos últimos doze meses (LOPES; FAERSTEIN, 2001; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

As questões sobre eventos estressores, dirigidas aos participantes pelos/as entrevistadores/as do ELSA-Brasil, foram:

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) senhor(a) foi assaltado(a) ou roubado(a), isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência ou foi vítima de alguma agressão física?

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) senhor(a) esteve hospitalizado(a) por uma noite ou mais, em razão de doença ou acidente? NO CASO DAS MULHERES, POR FAVOR, NÃO CONSIDERE INTERNAÇÃO PARA PARTO.

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, faleceu algum parente próximo (pai, mãe, cônjuge, companheiro(a), filho ou irmão)?

Nos ÚLTIMOS 12 MESES o(a) senhor(a) enfrentou dificuldades financeiras mais graves do que as habituais?

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) senhor(a) passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?

5.4 Processamento e análise dos dados

Para o artigo 1, de cunho exploratório, foram feitas análises descritivas dos dados, bivariadas, com estimativa da prevalência de sintomas depressivos, e regressão logística multivariada não condicional, pela técnica *forward*, utilizando-se a medida de associação *odds ratio*.

Para os artigos 2 e 3, em que se testam hipóteses, foram feitas análise descritiva e estratificada dos dados, para indicação de possíveis modificadores de efeito e confundidores, e regressão logística multivariada não condicional, utilizando-se a medida de associação *odds ratio*.

Sexo foi considerada uma variável de estratificação fundamental, o que determinou que toda a análise fosse feita separadamente para homens e para mulheres. Gênero é uma categoria analítica imprescindível para a orientação da seleção das variáveis no modelo e a discussão dos resultados do estudo. Embora se reconheça que gênero e identidade de gênero estejam para além do sexo biológico, as análises só puderam utilizar a informação binária disponível no ELSA-Brasil.

Detalhes da análise dos dados podem ser vistos nos referidos artigos.

O processamento e a análise dos dados foram efetuados com o *Software Stata* versão 12.

5.5 Aspectos éticos

O protocolo do ELSA-Brasil foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa das seis instituições envolvidas e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS). Todos os participantes do ELSA-Brasil são voluntários e expressaram sua anuência por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (AQUINO et al., 2013).

Os resultados de exames das ondas 1 e 2 foram fornecidos a cada participante e encaminhamentos para atendimento médico foram feitos quando identificada a necessidade pela equipe. Um manual de procedimentos clínicos foi concebido para servir como referência nesses casos. Nesse Manual, para orientação dos entrevistadores, constam procedimentos que deverão ser adotados no caso de ideação suicida. Em discussão sobre os aspectos éticos do estudo, houve o cuidado de que a equipe fosse orientada por especialistas para reconhecer os casos psiquiátricos mais urgentes, que exigiriam suporte psiquiátrico imediato, a ser acionado prontamente (AQUINO et al, 2013).

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados, separadamente, em três artigos.

Artigo 1: Sintomas depressivos em pessoas aposentadas do ELSA-Brasil: um enfoque de gênero

Introdução

O significado da aposentadoria é ambíguo, referido pelos/as aposentados/as como conquista de tempo livre e espaço de autonomia, por um lado, e incertezas, insegurança, dependência, inutilidade e decadência, de outro (GONÇALVES, 2006; OLIVEIRA, TORRES, ALBUQUERQUE, 2009; ALVARENGA et al., 2009).

Relações entre aposentadoria e saúde vêm sendo estudadas, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, sem que haja um consenso nos resultados obtidos (SAHLGREN, 2013; VAN DER HEIDE, 2013). O amplo espectro de problemas de saúde investigados engloba os sintomas depressivos e a depressão (WAHRENDORF et al., 2013; VIRTANEN et al. 2015), esta última podendo estar relacionada a aspectos da aposentadoria como diminuição da interação social, perda da identidade social e perda do *status* e do sentido do papel social (MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012).

Os sintomas depressivos ocorrem com maior frequência em mulheres, pessoas negras, com baixa escolaridade, portadoras de morbidades crônicas, com vivência de eventos estressores, não praticantes de atividade física e consumidoras excessivas de bebida alcoólica (WU; DEMARIS, 1996; GAZALLE et al., 2004; BENEDETTI et al., 2008; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009; JANG et al, 2009; TRENTINI et al, 2009; BUBER; ENGELHARDT, 2011; BORGES et al., 2013; CHOI; STEWART; DEWEY, 2013; GEA et al., 2013; SEBBANI et al., 2014; VIRTANEN et al., 2014; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; NUNES et al, 2016).

Na literatura, há evidência clara de que ter união conjugal protege os homens para sintomas depressivos, enquanto que esse consenso não existe para as mulheres, embora predomine o achado de que ser casada aumenta a chance de elas terem sintomas depressivos (WU; De MARIS, 1996; PARKES, 1998; JANG et al, 2009; TRENTINI et al, 2009; BUBER; ENGELHARDT, 2011; CHOI; STEWART; DEWEY, 2013).

Em relação à idade, há divergências na literatura acerca da sua associação aos sintomas depressivos (BUBER; ENGELHARDT, 2011). Em relação à união conjugal, na velhice, não apenas por conta da maior longevidade das mulheres, mas também pelo desprestígio conferido a elas e a maior valorização social dada aos homens, estes se encontram muito mais acompanhados, unidos. Por outro lado, na contemporaneidade, observam-se mais mulheres em chefia de família monoparental (BRITTO DA MOTTA, 1998; MACHADO, 2001); porém, esse lugar de chefe da família continua sendo de extrema importância para os homens, como representante simbólico da sua virilidade produtiva, imperativo social engendrado nas relações de gênero e que traz consequências para sua saúde psíquica, quando perdido (ZANELLO, 2015).

A associação entre sintomas depressivos e comorbidades crônicas tem sido evidenciada, muitas vezes sem que os resultados sejam estratificados por sexo (ARAÚJO et al., 1998; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; MOUSSAVI et al, 2007; XIMENES PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009; SEBBANI, 2014).

Papel de destaque vem sendo dado, na literatura nacional e internacional, aos eventos de vida estressores ocasionando sintomas depressivos. Embora com instrumentos variados para a coleta de dados, indo de perguntas isoladas a escalas mais estruturadas, achados demonstram essa associação, destacando-se assalto, hospitalização, rompimento amoroso, falecimento de pessoas próximas, dificuldade financeira, esta última investigada, por sua vez, por intermédio de informações como renda, privações econômicas, dívidas, de acordo com o enfoque dos estudos (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; GAZALLE, 2004; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009; XIMENES PINHO.; CUSTODIO; MAKDISSE, 2009; SHRIRA; LITWIN, 2014; ASSARI; LANKARANI, 2015).

A associação entre baixa escolaridade e sintomas depressivos está claramente estabelecida na literatura, tanto para homens quanto para mulheres, embora a proteção conferida pela escolaridade alta seja maior para as mulheres (ROSS; MIROWSKY, 2006; BUBER; ENGELHARDT, 2011; CHOI; STEWART; DEWEY, 2013).

A ocorrência de sintomas depressivos entre as mulheres é cerca de 1,5 a 3 vezes maior do que em homens (VAN DE VELDE; BRACKE; LEVECQUE, 2010), como observado nos seguintes estudos europeus: Depres I, onde a prevalência foi de 22,4% para mulheres e 13,9% para homens (ANGST, 2002); SHARE, realizado em 14 países europeus, com prevalência de 14,9% e 6,5% para mulheres e homens, respectivamente (CHOI; STEWART; DEWEY, 2013). Do mesmo modo, no European Social Survey (ESS-3), que incluiu 25 países, foi evidenciada maior média de scores de sintomas depressivos em mulheres (VAN DE VELDE; BRACKE; LEVECQUE, 2010).

Estudos no Brasil mostram uma variação da prevalência de sintomas depressivos em idosos de 15,2% a 34% (BORGES et al., 2013). Diferença importante entre homens e mulheres, com 9,9% e 18,3%, respectivamente, foi detectada em idosos/as de Pelotas (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016). Na linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), a prevalência de episódios depressivos foi 2,5 vezes maior nas mulheres do que nos homens (NUNES, 2016).

As diferenças na ocorrência de sintomas depressivos entre homens e mulheres demandam uma análise que vá além das explicações biológicas, para que a discussão sobre o tema possa ser enriquecida. Nesse sentido, um enfoque de gênero amplia o entendimento das semelhanças e diferenças entre homens e mulheres, como decorrentes de construções sociais. Em ampla revisão realizada na base de dados Pubmed, os modelos sociocultural e psicológico foram os que mais explicaram as diferenças de gênero na depressão, por contemplarem a multifatorialidade e a interseccionalidade, embora o modelo biomédico estivesse presente na maioria dos estudos, com a explicação preponderante de base hormonal (HAMMARSTRÖM et al, 2009).

Wharton (2005) destaca que gênero é um processo que está sendo continuamente produzido e reproduzido, nos níveis da estrutura social; remete a relações de desigualdade, plasmadas na cultura, intimamente associadas às assimetrias de poder

(CASTRO,1992). As desigualdades de gênero aumentam com a idade, e, conseqüentemente, na aposentadoria (CALASANTI, 2004). Em consonância com as teorias de gênero, vem sendo estudada, cada vez mais, a teoria hegemônica de masculinidades, que incorpora conceitos socialmente construídos, como a exigência dos homens terem comportamentos de domínio e controle emocional (EVANS et al, 2011), e não chorarem (WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016). Virilidade laborativa e sexual são os atributos esperados pela sociedade, a serem preenchidos por eles (ZANELLO, 2016).

Tanto no Brasil quanto na Grã Bretanha, estudos evidenciam as desigualdades de gênero na velhice e na aposentadoria como continuidade das desigualdades no mercado de trabalho, onde as mulheres são, proporcionalmente, pior remuneradas e ocupam postos mais precários (BERNARD et al., 1996; KRELING, 2001).

Embora os estudos não sejam consensuais quanto à suscetibilidade dos aposentados/as em apresentarem maior chance de desenvolvimento de sintomas depressivos, em comparação àqueles/as trabalhadores/as que não são aposentado/as (NUNES, 2016), faz-se necessário investigar os fatores associados a esses sintomas, objetivando-se conhecer o perfil dos/as aposentados/as mais expostos, para que sejam norteadas medidas de saúde pública para esse grupo populacional, sob um olhar de gênero.

Excetuando-se os estudos de aposentadoria por invalidez (PIMENTA et al., 2008; MIRANDA et al., 2009; OLIVEIRA;TORRES;ALBUQUERQUE, 2009; PANOZZO; MONTEIRO, 2013) e lembrando que há uma vasta produção qualitativa sobre o momento que circunda a aposentadoria, não foram localizadas investigações epidemiológicas sobre as relações entre gênero, aposentadoria e sintomas depressivos no Brasil, o que justificou o presente estudo com o objetivo de investigar os fatores associados aos sintomas depressivos em mulheres e homens aposentados, discutindo-se aspectos de gênero presentes nas semelhanças e diferenças observadas no contexto do Brasil.

Métodos

Desenho e população de estudo

Esta investigação utilizou dados transversais da linha de base do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), coorte que contava com 15.105 participantes ativos e aposentados, com idade entre 35 e 74 anos, pertencentes a seis instituições públicas de ensino e pesquisa: UFBA, UFES, UFMG, USP, UFRS e Fundação Osvaldo Cruz/RJ. A população de estudo do ELSA-Brasil foi composta por 75% de voluntários e 25% de pessoas recrutadas ativamente. Detalhes metodológicos da pesquisa podem ser encontrados em Aquino et al. (2012).

Além das 254 exclusões devido à aposentadoria por doença e incongruências nas informações, também foram excluídas 103 pessoas que se declararam amarelas e indígenas, devido ao pequeno número delas nessas categorias, o que inviabilizaria as análises de regressão multivariada com essa variável. Além disso, os perfis das pessoas que se declararam amarelas e indígenas são bastante diferentes das outras que se classificaram como brancas, pardas e pretas, o que impossibilitou a união com estas categorias. Com mais uma exclusão devido a muitos dados perdidos, no final, a população foi composta por 2.651 pessoas.

Produção de dados

Na onda 1, entre 2008 e 2010, foram realizados exames e aplicado questionário estruturado que continha, dentre outros instrumentos, o CIS-R (*Clinical Interview Schedule Revised*), elaborado por Lewis et al. (1992), que avalia sintomas de depressão em sua seção G (NUNES et al., 2011; SINGLETON; LEE; MELTZER, 2002).

Considera-se a presença de sintomas depressivos se o ponto de corte for igual a 2, em um score que varia de 0 a 4.

A variável desfecho do estudo foi “sintomas depressivos nos últimos sete dias” e as variáveis independentes foram: faixa etária, escolaridade, raça/cor, união conjugal, chefia de família e filhos; categoria ocupacional - superior, médio e manual - e natureza ocupacional – não manual não rotineira, não manual rotineira, manual não rotineira, manual rotineira; idade, motivo e tempo de aposentadoria, atividade laboral após a aposentadoria; pelo menos uma comorbidade, eventos estressores nos últimos doze

meses, tipificados em assalto/roubo, hospitalização, falecimento de parente próximo, dificuldade financeira mais grave que o habitual e rompimento amoroso.

Processamento e análise dos dados

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva dos dados, com delineamento do perfil da população de estudo. Análises bivariadas foram realizadas, com estimativa da prevalência de sintomas depressivos e cálculo da *odds ratio*, de acordo com as variáveis independentes. Posteriormente, procedeu-se a regressão logística multivariada, pela técnica *forward*, utilizando-se a medida de associação *odds ratio*, com intervalo de 95% de confiança. As variáveis selecionadas para o modelo foram aquelas que apresentaram valor de $p < 0,05$ na análise bivariada.

Todos os resultados foram estratificados por sexo, ou seja, a análise foi feita separadamente para homens e para mulheres, visando a possibilitar uma interpretação dos resultados a partir das teorias de gênero.

O processamento e a análise dos dados foi efetuada com o *Software Stata* versão 12.

Aspectos éticos

Os comitês de ética em pesquisa das seis instituições e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS) aprovaram o protocolo do ELSA-Brasil. Todos os participantes do estudo concordaram com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (AQUINO et al., 2013).

Resultados

A população de estudo foi composta por 2.651 pessoas (62,7% de mulheres e 37,3% de homens).

As mulheres aposentadas são um pouco mais jovens e mais escolarizadas do que os aposentados. Para todos/as os/as participantes, houve uma distribuição com mais brancos/as e mais chefes de família. As mulheres ocuparam mais o lugar de chefe de família exclusivas, enquanto os homens compartilharam mais esse lugar de chefia. Em relação às diferenças mais marcantes, observou-se uma proporção bem maior de aposentados com união conjugal e filhos, em comparação às aposentadas (tabela 1).

Enquanto os homens estavam inseridos predominantemente na categoria ocupacional superior antes da aposentadoria, as mulheres distribuíram-se de forma semelhante nas categorias superior e média. Antes da aposentadoria, a maioria dos/as participantes exerciam, principalmente, trabalho de natureza ocupacional não manual não rotineira; elas, mais que eles, inseriam-se em trabalho de natureza não manual rotineira, enquanto eles tinham duas vezes mais um trabalho manual, rotineiro ou não. As mulheres aposentaram-se mais cedo e todos/as os/as participantes, em sua maioria, aposentaram-se voluntariamente e tinham o tempo de 7 anos ou mais de aposentadoria; 47,0% das mulheres e 58,0% dos homens exerciam atividade laboral após a aposentadoria (tabela 1).

Mais de 70% da população referiram pelo menos uma comorbidade; eles, um pouco mais. Proporcionalmente, mais mulheres do que homens sofreram pelo menos um evento estressor no último ano (tabela 1).

As distribuições de assalto e rompimento amoroso foram semelhantes para todas/os as/os participantes. Os homens referiram mais hospitalizações e as mulheres, mais falecimento de parentes e cerca do dobro de dificuldade financeira mais grave que a habitual nos últimos doze meses (gráfico 1).

A prevalência de sintomas depressivos foi de 13,2% em mulheres e 7,8% em homens ($p=0,000$) (tabela 2).

Dentre os/as que referiram tristeza nos últimos sete dias, destacaram-se as seguintes razões, para todos/as: situações na família, saúde física, relacionamento com esposo/a/ ou companheiro/a, problemas financeiros, trabalho/estudo ou falta de trabalho. Os resultados foram bastante semelhantes para os/as participantes, em todos os itens,

com exceção do último, no qual os homens se destacaram proporcionalmente (gráfico 2).

Os fatores associados aos sintomas depressivos em mulheres, na análise bivariada, foram: escolaridade fundamental e universitária, declarar-se de raça/cor preta e parda, ter filhos e, em relação ao trabalho anterior à aposentadoria, categoria ocupacional manual e média, natureza ocupacional manual rotineira e não manual rotineira; também se mostraram associadas a presença de pelo menos uma comorbidade e a ocorrência de pelo menos um evento estressor nos últimos doze meses (tabela 2). Dentre as mulheres com escolaridade universitária, 81,9% encontravam-se inseridas na categoria ocupacional média, enquanto 51,2% dos homens estavam nesta categoria de inserção (dados não apresentados).

Para os homens, não ser chefe de família e ter sofrido pelo menos um evento estressor nos últimos doze meses estiveram associados aos sintomas depressivos. Em relação à associação entre os tipos de eventos estressores sofridos nos últimos doze meses e sintomas depressivos, destacaram-se a presença de hospitalização e falecimento de parentes próximos para as aposentadas e dificuldade financeira mais grave que o habitual, para ambos (tabela 2).

Na análise simultânea pela regressão logística, as características que se mantiveram associadas aos sintomas depressivos nas aposentadas, foram: escolaridade fundamental (OR=1,82;IC95%:1,09-3,03) e universitária (OR=1,58;IC95%:1,14-2,20); presença de pelo menos uma comorbidade (OR=1,54;IC95%:1,06-2,25); hospitalização (OR=1,57;IC95%:1,02-2,39), falecimento de parente próximo (OR=1,57; IC95%:1,08-2,27) e dificuldade financeira mais grave do que o habitual nos últimos doze meses (OR=2,03;IC95%:1,47-2,82) (tabela 3).

Nos aposentados, após análise simultânea por regressão logística, mantiveram-se associadas aos sintomas depressivos as seguintes características: não ser chefe de família (OR=2,70; IC95%:1,24-5,86) e ter dificuldade financeira mais grave do que o habitual nos últimos doze meses (OR=3,43; IC95%:1,90-6,18) (tabela 4).

Discussão

Em relação aos eventos de vida estressores (EVE), tanto a experiência de assalto quanto de rompimento amoroso tiveram distribuição semelhante para todas/os as/os participantes. As hospitalizações foram relatadas de forma mais frequente pelos homens e o falecimento de parentes pelas mulheres, que também registraram dificuldades financeiras mais graves do que o habitual duas vezes mais do que eles. A ocorrência de EVE foi mais baixa do que o referido em estudo com pacientes da atenção primária do Rio e de São Paulo para falecimento de parentes próximos, rompimento amoroso e dificuldades financeiras nos últimos doze meses; para assalto e hospitalização, houve uma distribuição semelhante. Vale ressaltar que os resultados desse estudo não foram estratificados por sexo (PORTUGAL et al., 2016).

A prevalência de sintomas depressivos, tanto para homens quanto para mulheres, foi um pouco menor do que a encontrada para 1.451 idosas/os, em Pelotas (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

A ocorrência de sintomas depressivos foi maior em mulheres do que em homens, o que confirma os achados recorrentes da literatura científica, nacional e internacional (ANGST et al, 2002; GAZALLE et al, 2004; XIMENES PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009; VAN DE VELDE; BRACKE; LEVECQUE, 2010; CHOI; STEWART; DEWEY, 2013; VIRTANEN et al., 2015; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

Explicações predominantes na literatura para as diferenças da ocorrência de estados depressivos entre homens e mulheres são de cunho biológico, principalmente centradas nos hormônios masculinos e femininos, conforme revisão sistemática feita por Hammarström et al. (2009). As autoras discutem criticamente que, embora sejam mais frequentes as pesquisas biologicistas, aquelas com visão psicológica e sociocultural oferecem explicações mais consistentes, utilizando uma abordagem de gênero que leva em consideração vários aspectos da história de vida, incluindo-se o conflito trabalho-família.

Angst et al. (2002), em ampla pesquisa com seis países europeus, também buscaram discutir a menor prevalência de depressão entre os homens superando a dimensão biológica, a partir do achado de certa semelhança entre os sintomas depressivos encontrados para mulheres e homens, com exceção do choro, mais presente nas mulheres. Nesse sentido, algumas linhas teóricas, na cultura ocidental, propõem-se a explicar as diferenças da ocorrência de sintomatologia depressiva em homens e mulheres utilizando a referência da ideologia hegemônica de masculinidade, associada a ser branco, heterossexual, de classe média e possuir comportamentos que denotem assertividade, domínio, controle, força física e controle emocional (EVANS et al, 2011). Como desdobramento dessa teoria, tem-se o dispositivo de eficácia dos homens, construída socialmente por uma virilidade sexual e laborativa (ZANELLO, 2016), que explicaria alguns comportamentos masculinos, como a ausência de expressão da tristeza pela fala ou choro, o que dificultaria o diagnóstico pelos profissionais de saúde mental (WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016). Nessa mesma direção, poderia ser compreendido o impacto para os homens de não serem chefes de família, por comprometimento da sua função de provedores, socialmente estabelecida.

Em relação às razões que levaram à “tristeza nos últimos sete dias”, observou-se que situações familiares, saúde física, relacionamento com esposo/a/ ou companheiro/a, problemas financeiros, trabalho/estudo ou falta de trabalho foram as que mais se destacaram, com percentuais bem próximos para homens e mulheres, levando a pensar que, ao menos nessa população, gênero não influenciou as respostas para essa questão, provavelmente devido a certa homogeneidade entre eles e elas, no que se refere às condições de trabalho e de salário.

Nos achados do presente estudo, não houve associação entre atividade laboral após a aposentadoria e sintomas depressivos. Entretanto, um dos estressores referidos na literatura para os homens é a própria aposentadoria, que afeta diretamente a virilidade laborativa, caso eles retirem-se completamente do mundo do trabalho (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009). Além da virilidade laboral, a virilidade sexual é gradativamente afetada pela idade e, finalmente, deixar de ser chefe da família é algo que compromete diretamente sua função de provedor. Britto da Motta (1998) já apontava a ocupação, cada vez maior, do lugar de chefe de famílias monoparentais pelas

mulheres idosas, o que está de acordo com o presente estudo, no qual as mulheres se destacaram na chefia exclusiva da família.

Após análise simultânea das características associadas aos sintomas depressivos, aquelas que se mantiveram no modelo final, para as mulheres, foram: escolaridade fundamental e universitária, presença de pelo menos uma comorbidade, hospitalização, falecimento de parentes e dificuldade financeira mais grave que o habitual nos últimos doze meses.

A escolaridade mais baixa tem se mostrado associada a sintomas depressivos em todas as faixas etárias e, especificamente, entre idosos/as (BORGES et al,2013; GAZALLE et al, 2004; XIMENES PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009; CHOI; STEWART; DEWEY, 2013).

Embora tanto homens quanto mulheres com escolaridade alta apresentem menor prevalência de depressão do que aqueles/as com escolaridade mais baixa, a literatura revela que o impacto desse fator é maior nas mulheres (BUBER; ENGELHARDT, 2011). Ross e Mirowsky (2006) explicam, teoricamente, o maior impacto da escolaridade alta nas mulheres como forma de compensação das desigualdades em relação aos homens, ou seja, apesar dos menores rendimentos, a satisfação, o reconhecimento e o bem-estar de terem alcançado uma alta escolaridade poderiam explicar a maior proteção conferida a elas no que se refere aos sintomas depressivos.

A maior prevalência de sintomas depressivos naquelas com nível universitário, quando comparadas às de nível médio, pode ser parcialmente interpretada como resultante da insatisfação e frustração por não estarem ocupando funções compatíveis com sua escolaridade, uma vez que a grande maioria (81,9%) está inserida em categoria ocupacional classificada como média. Nesse caso, a referida proteção da escolaridade, na literatura, não poderia ser usufruída, na medida em que o nível universitário não estaria sendo necessário nem reconhecido para o desenvolvimento de seu trabalho.

A associação entre sintomas depressivos e comorbidades vem sendo estudada há algum tempo como tema de extrema relevância, uma vez que seus efeitos recíprocos exigem uma atenção para o diagnóstico e tratamento de ambos. Diabetes, infarto agudo

do miocárdio e hipertensão arterial, dentre outras doenças, podem apresentar uma associação em dupla direção, o que favorece a retroalimentação do adoecimento, seja físico ou psíquico (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; SEBBANI et al., 2014).

As experiências de hospitalização, falecimento de parente ou dificuldade financeira mais grave do que o habitual foram os três eventos estressores que melhor explicaram os sintomas depressivos nas mulheres. Outros estudos brasileiros evidenciaram associação de morte de familiar ou pessoa importante no último ano com sintomas depressivos, sem, entretanto, proceder a estratificação por sexo (GAZALLE et al, 2004; XIMENES PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009). Na Europa, essa relação foi observada em mulheres (ANGST et al., 2002). A associação de comorbidades, hospitalização e falecimento de parente próximo com sintomas depressivos, no modelo final da análise multivariada das mulheres, indica seu maior envolvimento, preocupação e desgaste com problemas familiares, com a própria saúde e a da família, o que vai ao encontro dos resultados de estudo desenvolvido em Juiz de Fora - MG, Brasil (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009).

Apenas a variável “dificuldades financeiras mais graves que o habitual nos últimos doze meses” permaneceu simultaneamente no modelo final de homens e de mulheres, após ajuste na regressão multivariada. Embora presente nos dois grupos, possivelmente há significados diferentes para cada um deles, o que demanda uma investigação mais aprofundada para que se possam observar semelhanças e diferenças entre os sexos, à luz das teorias de gênero e das masculinidades.

Depreende-se, dos resultados obtidos, que as diferenças de gênero estão presentes ao se observar a importância da chefia da família para os homens, símbolo da função de provedor, assim como da comorbidade, hospitalização e falecimento de parentes para as mulheres, vivências e preocupações mais presentes no universo familiar e da saúde. O olhar de gênero lançado sobre a interpretação da associação da escolaridade universitária aos sintomas depressivos, nas mulheres, reafirma o que vem acontecendo na realidade brasileira, uma crescente e intensa escolarização das mulheres, cada vez maior, como estratégia de entrada no mercado de trabalho e tentativa de diminuição das desigualdades de gênero sofridas no mundo do trabalho e da família, que, no entanto, ainda perduram (BRUSCHINI; RICOLDI; MERCADO, 2008).

Há necessidade de cautela na generalização dos resultados, por tratar-se de uma coorte ocupacional específica de servidores/as públicos/as, que não representa a população brasileira em todas as suas categorias; por outro lado, o ELSA-Brasil tem a grande vantagem de disponibilizar informações de uma coorte ampla de aposentados/as, o que permite a geração de conhecimentos inéditos no país.

A possibilidade de viés de memória não pode ser completamente afastada, uma vez que pessoas em estados depressivos podem lembrar-se de forma mais acentuada de eventos estressores de vida (SHRIRA; LITWIN, 2014), o que poderia contribuir para o aumento da força de associação entre eles e os sintomas depressivos.

Não foi possível obter a informação sobre as doenças que levaram 235 pessoas a se aposentarem, o que levou à exclusão de todos/as os/as aposentados/as por motivo de doença. Sabe-se que os transtornos mentais estão entre os principais motivos de afastamento por doença (SILVA, 2010) e de aposentadoria por invalidez (CEZÁRIO, 2008). Essas exclusões minimizam um limite concernente aos estudos transversais, que é a possibilidade de causalidade reversa, na medida em que exposições e desfecho ocorrem em um mesmo período, impossibilitando o estabelecimento de associações causais.

O estudo contou com a vantagem de poder utilizar uma ampla gama de informações de grande coorte laboral, de funcionários/as públicos/as, imprescindíveis para o estudo de um desfecho como sintomas depressivos. Alguns resultados inéditos e relevantes no campo epidemiológico emergiram, para as relações entre aposentadoria e sintomas depressivos, no Brasil, com a incorporação da categoria de gênero, que permite uma interpretação mais refinada dos resultados, tanto para que o conhecimento do tema seja cientificamente enriquecido quanto para que se possam subsidiar políticas públicas dirigidas aos aposentados/as, respeitando-se as diferenças e minimizando-se as desigualdades encontradas. Nesse sentido, abre-se uma linha de investigação que pode levar a novos campos de pesquisa, incentivando a geração de conhecimentos e o aprofundamento, cada vez maior, dessas relações.

Referências

- ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 796 - 802, 2009.
- ANGST, J. et al. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, v. 252, n. 5, p. 201-9, 2002.
- AQUINO, E. M. L. et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **Am J Epidemiol**, v. 175, n. 4, p. 315-24, 2012.
- AQUINO, E. M. L. et al. Aspectos Éticos em Estudos Longitudinais: O caso do ELSA - Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, supl. 2, p. 19-26, 2013.
- ARAÚJO, A. B. et al. The Relationship Between Depressive Symptoms and Male Erectile Dysfunction: Cross-Sectional Results From the Massachusetts Male Aging Study. **Psychosomatic Medicine**, v. 60, n.4, p. 458-65, 1998.
- ASSARI, S.; LANKARANI, M. M. Association Between Stressful Life Events and Depression: Intersection of Race and Gender. **J. Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 3, n. 2, p. 349-56, 2016.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 302-7, 2008.
- BERNARD, M. et al. Trabajo y jubilación marcados por el género. In: ARBER, S.; GINN, J. **Relación entre género y envejecimiento**. Enfoque sociológico. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones, 1996. p.89-104.
- BORGES, L. J. et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p.701-710, 2013.
- BRITTO DA MOTTA, A. B. Reinventando fases: a família do idoso. **Caderno CRH**, n. 29, p. 69-87, 1998.
- BRUSCHINI, C.; RICOLDI, A. M., MERCADO, C. M. Trabalho e gênero no Brasil até 2005: uma comparação regional. In: COSTA, A. O.; SORJ, B.; BRUSCHINI, C.; HIRATA, H. (Orgs.). **Mercado de Trabalho e Gênero: comparações internacionais**. Rio de Janeiro: FGV, 2008. p.15-34.
- BUBER, I.; ENGELHARDT, H. The Association Between Age and Depressive Symptoms Among Older Men and Women in Europe. Findings from SHARE. **Comparative Population Studies**, v. 36, n. 1, p. 103-125, 2011.
- CEZÁRIO, A.C. Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares como causas de concessão de aposentadoria por invalidez no Brasil. Dissertação (Mestrado Profissional). 2008. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

- CHOI, K. S.; STEWART, R.; DEWEY, M. Participation in productive activities and depression among older Europeans: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 28, n. 11, p. 1157- 65, 2013.
- CALASANTI, T. Retirement: Golden years for whom? In: SACKS, N.; MARRONE, C. **Gender and Work in today`s world**. USA: Westview Press, 2004. p. 443-455.
- CASTRO, M. G. O conceito de gênero e as análises sobre mulher e trabalho: notas sobre impasses teóricos. **Caderno CRH**, v. 5, n. 17, p. 80-105, 1992.
- EVANS, J. et al. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. **Journal of Men`s Health**, vol. 8, n.1, p. 7-15, 2011.
- FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estud. psicol**, v.14, n.1, p. 69-75, 2009.
- GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365-371, 2004.
- GEA, A. et al. Alcohol intake, wine consumption and the development of depression: the PREDIMED study. **BMC Medicine**, v.11 n.192, p 1-11, 2013.
- GONÇALVES, R. C. **A trajetória laboral de homens e mulheres no processo de desligamento das relações de trabalho pela aposentadoria**. 2006. Dissertação (Mestrado): Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro Sócio-Econômico. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- HAMMARSTRÖM, A. et al. Gender-related explanatory models of depression: a critical evaluation of medical articles. **Public Health**, v. 123, n. 10, p. 689-693, 2009.
- HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3575-3584, 2016.
- JANG, S. N. et al. Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLOSA). **Soc Sci Med**, v. 69, n. 11, p.1608-1615, 2009.
- KRELING, N. H. Gênero e trabalho na terceira idade. **Mulher e Trabalho**, v. 1, p. 97-104, 2001.
- LEWIS, G. et al. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. **Psychol Med.**, v. 22, n. 2, p. 465-86, 1992.
- LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 23, n. 3, p.126-33, 2001.

- LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p.1713-1720, 2003.
- MACHADO, L. Z. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. **Interface**, v. 5, n. 8, p. 11-26, 2001.
- MINAYO, M. C. S.; MENEGUEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2665-74, 2012.
- MIRANDA, F. A. N. et al.. Saúde mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p.711-716, 2009.
- MOUSSAVI et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. **The Lancet**, v. 370, n. 8-14, p. 851-858, 2007.
- NUNES, M. A. et al. Adaptação Transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule – Revised version) para o português no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). **Rev. HCPA**, v. 31, n. 4, p. 515-8, 2011.
- NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 38, n. 2, p. 91-97, 2016.
- OLIVEIRA, A. M. H. C. **Tipologias Ocupacionais aplicadas à análise socioeconômica da amostra Elsa**. Resumo do Relatório Técnico Projeto ELSA. CEDEPLAR/UFMG, Julho de 2013.
- OLIVEIRA, C.; TORRES, A. R. R.; ALBUQUERQUE, E. S. Análise do bem estar psicossocial de aposentados de Goiânia. **Psicologia em estudo**, v.14, n. 4, p.749-757, 2009.
- PANOZZO E.A.L.; MONTEIRO, J.K.Aposentadoria e saúde mental: uma revisão de literatura. **Cad. picol. soc. trab., São Paulo**, v.16., n.2, dez.2013.
- PARKES, C. M. Coping with loss: Bereavement in adult life. **BMJ**, v.316, n.7134, p.856–859, mar 1998. ???
- PIMENTA, F. A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n.1, p. 55-60, 2008.
- PORTUGAL, F. B. et al. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 497-508, 2016.

ROSS, C. E.; MIROWSKY, J. Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution? **Soc Sci Med.**, v. 63, n. 5, p. 1400-1413, 2006.

SAHLGREN, G. H. Work longer, live healthier: the relationship between economic activity, health and government policy. **IEA Discussion Paper**, n. 46, 2013.

SEBBANI, M. et al. Prevalence of type 2 diabetes and factors associated in depression. **Encephale**, v. 40, n. 1, p. 9-14, 2014.

SHRIRA, A; LITWIN, H. The Effect of Lifetime Cumulative Adversity and Depressive Symptoms on Functional Status. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 69, n. 6, p. 953-65, 2014.

SILVA, D. O. **Fatores associados à ocorrência e duração dos afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior da Bahia**. Dissertação (Mestrado). 2010. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

SINGLETON, N; LEE, A.; MELTZER, H. **Psychiatric Morbidity among adults living in private households, 2000: Technical Report**. London: Office for National Statistics, 2002.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. M. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

TRENTINI, C, M. et al. A relação entre variáveis de saúde mental e cognição em idosos viúvos. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 22, n. 2, p. 236-243, 2009.

VAN DER HEIDE, I. et al. Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1180, 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. **Soc Sci Med**, v. 71, n. 2, p. 305-13, 2010.

VIRTANEN, M. et al. Socioeconomic and psychosocial adversity in midlife and depressive symptoms post retirement: A 21-year follow-up of the Whitehall II Study. **American J Geriatr Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 99-109, 2015.

XIMENES PINHO, M.; CUSTODIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, vol.12, n.1, p.123-140, 2009.

WAHRENDORF et al. Working conditions in mid-life and mental health in older ages. **Advances in Life Course Research**, v.16, n.1, p.16-25, 2013.

WHARTON, A. S. **The Sociology of Gender. An Introduction to Theory and Research**. UK: Blackwell Publishing Ltd, 2005.

WINDMÖLLER, N.; ZANELLO, V. Depressão e masculinidades: uma revisão sistemática da literatura em periódicos brasileiros. **Psicologia em estudo**, v. 21, n. 3, p. 437-449, 2016.

WU, X; DeMARIS, A. Gender and marital status differences in depression: the effects of chronic strains. **Sex Roles**, v. 34, n. 5-6, p. 299-319, 1996.

ZANELLO, V. Saúde Mental, Gênero e Dispositivos. In: DIMENSTEIN, M. et al (Orgs). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: **Intermeios**, 2016. p. 223-245.

ZANELLO, V.; CAMPOS e SILVA, L.; HENDERSON, G. Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 31, n. 4, p. 543-550, 2015.

Tabela 1 - Distribuição de homens e mulheres aposentados/as, segundo características estudadas. ELSA-Brasil (2008-2010)

Características	Mulheres	Homens	Valor de p*
	%	%	
Faixa etária	1662	989	0,000
47 a 59 anos	31,7	12,0	
60 a 69 anos	54,5	54,8	
70 a 75 anos	13,8	33,2	
Escolaridade	1662	989	0,000
Pós graduação	52,7	56,1	
Universitário	31,2	20,3	
Médio	8,7	10,7	
Fundamental	7,4	12,9	
Cor/raça^a	1643	973	0,003
Branca	59,0	64,6	
Parda	24,4	23,3	
Preta	16,6	12,1	
União conjugal	1662	989	0,000
Sim	46,4	86,5	
Não	53,6	13,5	
Chefia da família	1661	989	0,000
Sim, exclusivamente	60,3	48,2	
Sim, em conjunto com o/a cônjuge	30,4	46,5	
Não	9,3	5,3	
Filhos	1662	989	0,000
Sim	77,7	93,0	
Não	22,3	7,0	
Categoria ocupacional^b	1616	961	0,000
Superior	41,3	52,5	
Médio	49,7	24,7	
Manual	9,0	22,8	
Natureza ocupacional	1616	961	0,000
Não manual não rotineira	56,4	60,5	
Não manual rotineira	33,4	17,6	
Manual não rotineira	1,4	7,0	
Manual rotineira	8,8	14,9	

Continua...

Tabela 1 – continuação

Características	Mulheres	Homens	Valor de p
	%	%	
Idade da aposentadoria	1662	989	0,000
Menor ou igual a 49 anos	35,4	15,1	
De 50 a 59 anos	51,4	59,7	
Maior ou igual a 60 anos	13,2	25,2	
Principal motivo da aposentadoria ^c	1661	989	0,008
Voluntária	70,4	75,3	
Compulsória	13,6	12,8	
Outros motivos ^d	16,0	11,9	
Tempo de aposentadoria	1662	989	0,167
Menor ou igual a 2 anos	19,1	22,1	
De 3 a 6 anos	13,8	12,9	
Maior ou igual a 7 anos	67,1	65,0	
Atividade laboral após a aposentadoria	1662	989	0,000
Sim	47,0	58,0	
Não	53,0	42,0	
Pelo menos uma comorbidade ^e	1662	989	0,002
Não	27,7	22,4	
Sim	72,3	77,6	
Pelo menos um evento estressor ^f	1662	989	0,000
Não	58,4	67,2	
Sim	41,6	32,8	

*Teste de qui-quadrado de Pearson

^a Foram excluídas 77 pessoas amarelas (2,8% do total) e 26 indígenas (1% do total)

^b Ex Superior: engenheiro, repórter, médico, enfermeira, docente, etc.

Ex Manual: auxiliar de higienização, carpinteiro, copeiro, cuidador de animais, jardineiro, etc

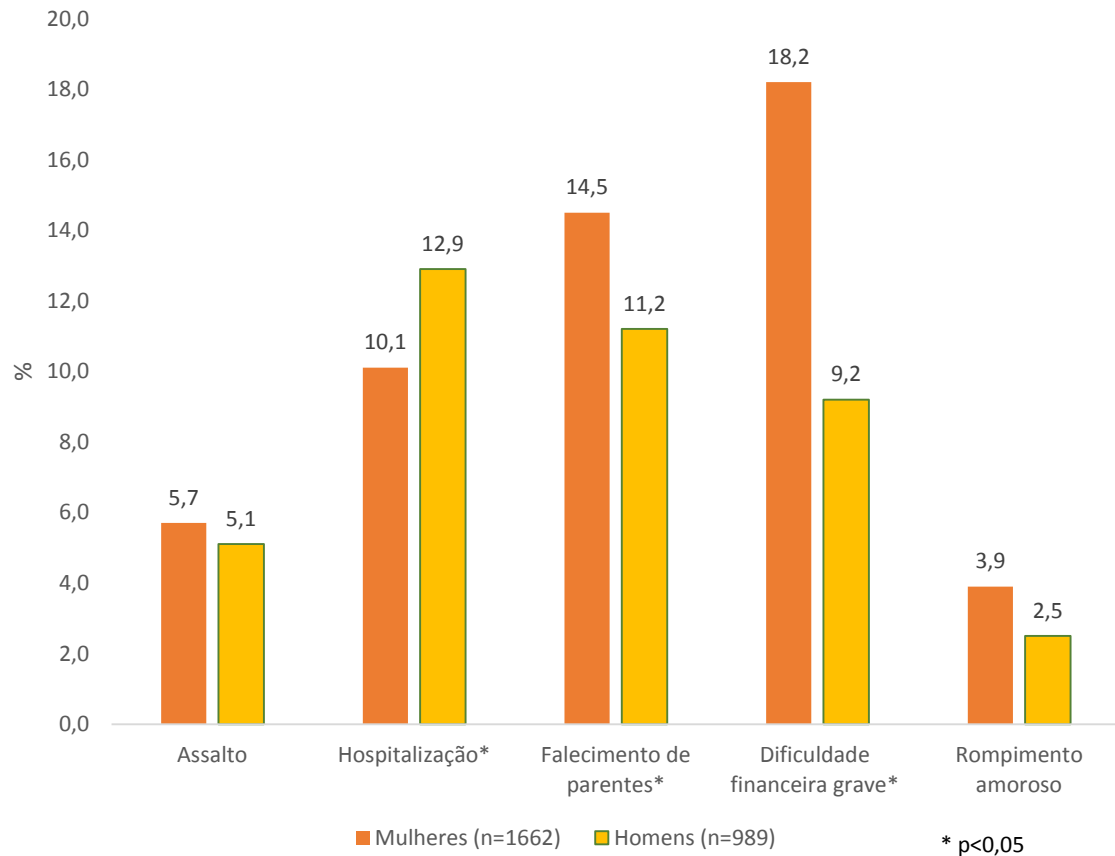
^c Excluídas 235 pessoas que referiram doença como o principal motivo da aposentaria

^d No caso de haver mais de um motivo desencadeador da aposentadoria e a/o participante não distinguir o principal

^e Com pelo menos uma das seguintes morbidades: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, enxaquecas, doença arterial periférica

^f Assalto, hospitalização, falecimento de parente próximo, rompimento amoroso e dificuldade financeira mais grave do que o habitual nos últimos doze meses

Gráfico 1 - Distribuição de aposentadas/os, segundo a ocorrência de eventos estressores. ELSA-Brasil (2008-2010)



*Teste de qui-quadrado de Pearson

Tabela 2 – Prevalência de sintomas depressivos, segundo características dos/as aposentados/as. ELSA-Brasil (2008-2010)

Características dos/as aposentados/as	Mulheres			Homens		
	N	Prevalência (%)	OR (IC 95%)	N	Prevalência (%)	OR (IC 95%)
Total	1662	13,2 ^a	-	989	7,8 ^a	-
Faixa etária	1662			989		
47 a 59 anos	526	13,7	1,0	119	8,4	1,0
60 a 69 anos	906	12,7	0,91 (0,66 - 1,25)	542	7,9	0,93 (0,45 - 1,92)
70 a 75 anos	230	14,4	1,05 (0,67 - 1,64)	328	7,3	0,86 (0,39 - 1,85)
Escolaridade	1662			989		
Pós graduação	876	9,8	1,0	555	6,0	1,0
Universitário	519	16,8	1,84 (1,34 - 2,54)	201	10,0	1,69 (0,95 - 3,01)
Médio	145	15,2	1,64 (0,99 - 2,72)	106	10,4	1,90 (0,95 - 3,78)
Fundamental	122	20,5	2,36 (1,44 - 3,87)	127	10,2	1,68 (0,86 - 3,27)
Cor/raça^b	1643			973		
Branca	969	11,2	1,0	628	7,5	1,0
Preta/Parda	674	16,2	1,53 (1,15 - 2,04)	345	8,4	1,13 (0,70 - 1,83)
União conjugal	1662			989		
Sim	771	13,0	1,0	856	7,1	1,0
Não	891	13,5	1,04 (0,78 - 1,38)	133	12,0	1,78 (0,99 - 3,19)
Chefe da família	1661			989		
Sim, exclusivamente	1002	13,9	1,0	477	8,8	1,0
Sim, em conjunto com o/a cônjuge	504	12,3	0,87 (0,63 - 1,19)	460	5,4	0,59 (0,35 - 0,89)
Não	155	12,3	0,86 (0,51 - 1,44)	52	19,2	2,46 (1,15 - 5,26)
Possui filhos	1662			989		
Não	1292	9,5	1,0	920	13,0	1,0
Sim	370	14,3	1,59 (1,09 - 2,34)	69	7,4	0,53 (0,25 - 1,11)
Categoria ocupacional^c	1616			961		
Superior	667	10,3	1,0	505	5,9	1,0
Médio	803	15,4	1,58 (1,15 - 2,16)	237	9,7	1,70 (0,96 - 2,99)
Manual	146	16,4	1,70 (1,03 - 2,82)	219	8,7	1,50 (0,82 - 2,73)
Natureza ocupacional	1616			961		
Não manual não rotineira	912	11,7	1,0	582	6,4	1,0
Não manual rotineira	539	15,2	1,34 (0,99 - 1,89)	169	9,5	1,54 (0,83 - 2,89)
Manual não rotineira	23	8,7	0,71 (0,16 - 3,09)	67	9,0	1,44 (0,58 - 3,57)
Manual rotineira	142	18,3	1,68 (1,05 - 2,69)	143	9,1	1,47 (0,76 - 2,85)
Atividade laboral após a aposentadoria	1662			989		
Sim	781	11,7	1,0	574	6,6	1,0
Não	881	14,6	1,30 (0,97 - 1,73)	415	9,4	1,46 (0,91 - 2,33)

Continua...

Tabela 2 - Continuação

Características do/as aposentados/as	Mulheres			Homens		
	N	Prevalência (%)	OR (IC 95%)	N	Prevalência (%)	OR (IC 95%)
Idade da aposentadoria	1662			989		
Menor ou igual a 49 anos	588	13,6	1,0	149	8,1	1,0
De 50 a 59 anos	854	13,2	0,96 (0,71 - 1,31)	591	8,3	1,03 (0,53 - 1,99)
Maior ou igual a 60 anos	220	12,3	0,88 (0,55 - 1,41)	249	6,4	0,78 (0,36 - 1,70)
Motivo da aposentadoria^d	1661			989		
Voluntária	1170	13,4	1,0	745	8,5	1,0
Compulsória	226	12,4	0,91 (0,59 - 1,40)	127	3,9	0,44 (0,17 - 1,12)
Cutros motivos ^e	265	12,8	0,94 (0,63 - 1,41)	117	7,7	0,90 (0,43 - 1,86)
Tempo de aposentadoria	1662			989		
Menor ou igual a 2 anos	318	13,2	1,0	219	7,7	1,0
De 3 a 6 anos	229	14,0	1,06 (0,65 - 1,75)	127	5,5	0,69 (0,27 - 1,71)
Maior ou igual a 7 anos	1115	13,1	0,99 (0,68 - 1,43)	643	8,2	1,06 (0,60 - 1,88)
Pelo menos uma comorbidade^f	1662			989		
Não	460	8,5	1,0	221	7,7	1,0
Sim	1202	15,1	1,91 (1,32 - 2,75)	768	7,8	1,01 (0,58 - 1,78)
Eventos estressores^g	1662			989		
Não	971	9,7	1,0	665	6,2	1,0
Sim	691	18,2	2,08 (1,56 - 2,77)	324	11,1	1,90 (1,19 - 3,04)
Assalto/roubo^g	1662			988		
Não	1567	12,9	1,0	938	7,8	1,0
Sim	95	19,0	1,57 (0,92 - 2,69)	50	8,0	1,03 (0,36 - 2,94)
Hospitalização^g	1662			989		
Não	1495	12,6	1,0	861	7,2	1,0
Sim	167	19,8	1,72 (1,14 - 2,59)	128	11,7	1,71 (0,94 - 3,10)
Falecimento de parente^g	1662			989		
Não	1421	12,3	1,0	878	7,4	1,0
Sim	241	18,7	1,63 (1,13 - 2,34)	111	10,8	1,51 (0,79 - 2,90)
Dificuldade financeira grave^g	1661			988		
Não	1358	11,0	1,0	897	6,6	1,0
Sim	303	23,4	2,48 (1,81 - 3,40)	91	19,8	3,50 (1,96 - 6,25)
Rompimento amoroso^g	1662			989		
Não	1598	13,1	1,0	964	7,6	1,0
Sim	64	17,2	1,37 (0,70 - 2,68)	25	16,0	2,32 (0,77 - 6,95)

OR=Odds Ratio

^a p<0,05 (teste de qui-quadrado de Pearson)^b Foram excluídas 77 pessoas amarelas (2,8% do total) e 26 indígenas (1% do total) e 26 indígenas (1% do total)^c Superior. Ex: engenheiro, repórter, médico, enfermeira, docente, etc.

Médio. Ex: assistente administrativo, telefonista, técnico de laboratório, de enfermagem, etc

Manual. Ex: auxiliar de higienização, carpinteiro, copeiro, cuidador de animais, jardineiro, etc

^d Excluídas 235 pessoas que se aposentaram por doença^e No caso de haver mais de um motivo desencadeador da aposentadoria e a/o participante não distinguir qual o principal^f Com pelo menos uma das seguintes morbidades: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, enxaquecas, doença arterial periférica^g Nos últimos doze meses

Gráfico 2 - Distribuição dos/as aposentados/as segundo a principal razão da tristeza nos últimos 7 dias. ELSA-Brasil 2008-2012

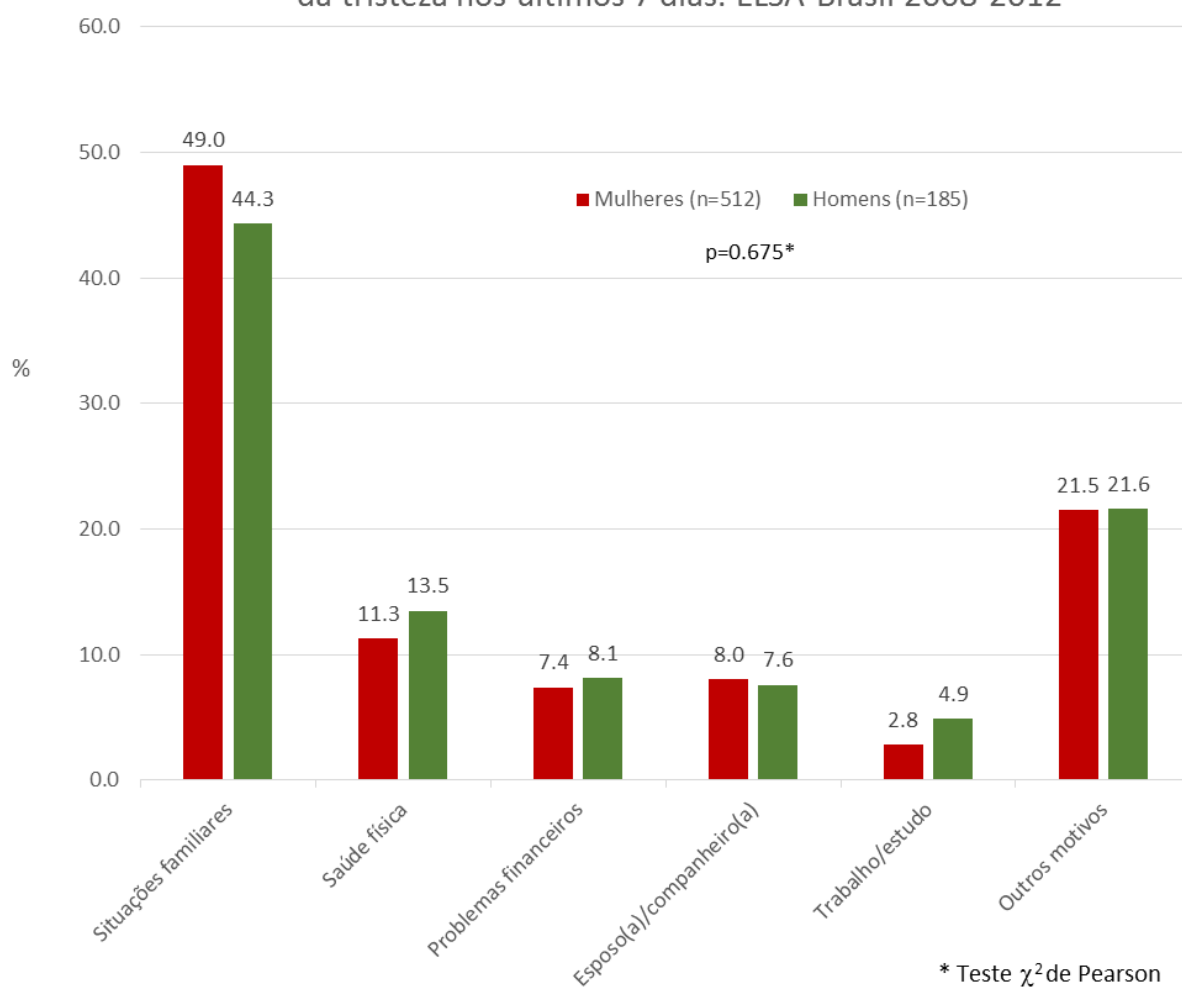


Tabela 3 - Modelos de regressão logística multivariada da associação entre características das mulheres aposentadas e sintomas depressivos. ELSA-Brasil (2008-2010)

Características	Modelo 1 OR (IC 95%) (N=1662)	Modelo 2 OR (IC 95%) (N=1643)	Modelo 3 OR (IC 95%) (N=1662)	Modelo 4 OR (IC 95%) (N=1616)	Modelo 5 OR (IC 95%) (N=1616)	Modelo 6 OR (IC 95%) (N=1662)	Modelo 7 OR (IC 95%) (N=1662)	Modelo 8 OR (IC 95%) (N=1662)	Modelo final OR (IC 95%) (N=1661)
Escolaridade									
Pós graduação	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Universitário	1,84 (1,34 - 2,54)	1,71 (1,22 - 2,41)	1,80 (1,30 - 2,49)	1,61 (1,08 - 2,41)	1,72 (1,21 - 2,45)	1,73 (1,25 - 2,39)	1,74 (1,26 - 2,41)	1,72 (1,24 - 2,38)	1,58 (1,14 - 2,20)
Médio	1,64 (0,99 - 2,72)	1,49 (0,87 - 2,52)	1,55 (0,93 - 2,59)	1,49 (0,84 - 2,63)	1,54 (0,88 - 2,68)	1,50 (0,90 - 2,50)	1,53 (0,91 - 2,55)	1,55 (0,93 - 2,58)	1,43 (0,85 - 2,40)
Fundamental	2,36 (1,44 - 3,87)	2,18 (1,30 - 3,67)	2,23 (1,36 - 3,66)	2,25 (1,22 - 4,19)	2,19 (1,19 - 4,00)	2,13 (1,29 - 3,51)	2,09 (1,27 - 3,45)	2,08 (1,26 - 3,43)	1,82 (1,09 - 3,03)
Raça/cor									
Branca		1,0							
Preta/Parda		1,23 (0,90 - 1,68)							
Filhos									
Sim			1,0						
Não			1,46 (0,99 - 2,14)						
Categoria ocupacional*									
Superior				1,0					
Médio				1,16 (0,78 - 1,72)					
Manual				0,98 (0,51 - 1,86)					
Natureza ocupacional									
Não manual não rotineira						1,0			
Não manual rotineira						1,05 (0,74 - 1,49)			
Manual não rotineira						0,55 (0,12 - 2,44)			
Manual rotineira						1,05 (0,58 - 1,90)			
Comorbidade[†]									
Não						1,0	1,0	1,0	1,0
Sim						1,70 (1,17 - 2,46)	1,66 (1,15 - 2,41)	1,66 (1,14 - 2,41)	1,54 (1,06 - 2,25)
Hospitalização[‡]									
Não							1,0	1,0	1,0
Sim							1,65 (1,09 - 2,51)	1,69 (1,11 - 2,58)	1,57 (1,02 - 2,39)
Morte de parente[‡]									
Não								1,0	1,0
Sim								1,62 (1,12 - 2,34)	1,57 (1,08 - 2,27)
Dificuldade financeira grave[‡]									
Não									1,0
Sim									2,03 (1,47 - 2,82)

OR= Odds ratio com Intervalo de 95% de confiança

* **Superior** - ex: engenheiro, repórter, médico, enfermeira, docente, etc. **Médio** - ex: assistente administrativo, telefonista, técnico de laboratório, de enfermagem, etc.

Manual - ex: auxiliar de higienização, carpinteiro, copeiro, cuidador de animais, jardineiro, etc

[†]Com pelo menos uma das seguintes morbidades: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, enxaquecas, doença arterial periférica

[‡]Nos últimos 12 meses

Tabela 4 - Modelos de regressão logística multivariada da associação entre características dos homens aposentados e sintomas depressivos. ELSA-Brasil (2008-2010)

Características dos aposentados	Modelo 1 OR (IC 95%) (N=989)	Modelo Final OR (IC 95%) (N=989)
Chefia da família		
Sim, exclusivamente	1,0	1,0
Sim, em conjunto com o/a cônjuge	0,59 (0,35 - 0,99)	0,64 (0,38 - 1,08)
Não	2,46 (1,15 - 5,26)	2,70 (1,24 - 5,86)
Dificuldade financeira mais grave do que o habitual nos últimos 12 meses		
Não		1,0
Sim		3,43 (1,90 - 6,18)

OR=*Odds ratio* com Intervalo de 95% de confiança

Artigo 2 - Gênero, dificuldades financeiras e sintomas depressivos em aposentadas/os do ELSA-Brasil: há diferenças no efeito da renda e da atividade laboral?

Introdução

A partir da década de 70, no Brasil, começam a surgir estudos acerca do trabalho das mulheres, que podem ser agrupados em três conjuntos: estudos quantitativos sobre as tendências de incremento do emprego feminino; estudos de caso, visando à compreensão das diferenças de gênero presentes no cotidiano do trabalho; estudos sobre o trabalho das mulheres a partir da análise da unidade doméstica, centrando a problemática na família (CASTRO; GUIMARÃES, 1997). Nesse período dos estudos iniciais, o olhar dirigia-se para as mulheres que produziam e reproduziam, não contemplando, ainda, as idosas.

Após um processo marcado por sucessivas expressões da importância das idosas, no Brasil, seja na participação em movimentos contra a ditadura, na maioria das vezes como mães e esposas, seja no aparecimento dos chamados movimentos da terceira idade ou, ainda, na militância de bairro, na década de 80, e nas reivindicações de aposentados/as, nos anos 90, elas “começam a aparecer”, inclusive nos estudos acadêmicos (BRITTO DA MOTTA, 1998; BRITTO DA MOTTA, 2012). Também neste período, no Reino Unido, autoras e autores iniciam o desenvolvimento de linha teórica e de estudos empíricos para delinear temas e referências na abordagem da velhice e suas particularidades de gênero, inclusive no que tange à aposentadoria (GINN; ARBER, 1996).

Assim como a velhice, a aposentadoria não é uma experiência homogênea e será vivenciada de acordo com as características de gênero, raça e classe social dos indivíduos. Embora o que ocorra, de uma maneira geral, seja um empobrecimento tanto de homens e de mulheres nesta etapa da vida, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que se observa, em particular, são desigualdades de gênero refletidas na renda e nos empregos de idosos e de idosas, que definirão a forma de se

viver a aposentadoria (GINN; ARBER, 1996; BERNARD et al, 1996; FARRÉ, 1996; KRELING, 2001; MINAYO; COIMBRA, 2002; VLACHANTONI, 2012).

Nesse sentido, Calasanti, (2004), nos EUA, refere que os “anos dourados” da aposentadoria fazem parte do mito do sonho norte-americano e que seriam reservados especificamente aos homens brancos de classe média, ressaltando que os negros e as mulheres, devido às desigualdades raciais e de gênero, não conseguiriam uma aposentadoria que permitisse uma qualidade de vida satisfatória.

A renda na velhice guarda estreitas relações com as desigualdades de gênero, que se acumulam ao longo da vida de mulheres, na dupla responsabilidade do trabalho profissional e de cuidados da família (FARRÉ, 1996).

Nos países desenvolvidos, o reflexo da dupla responsabilidade é observado na maior inserção de mulheres, do que de homens, em trabalhos parciais, precarizados e interrompidos, procurados por possibilitarem a conciliação com os trabalhos domésticos e, especialmente, com o cuidado dos filhos. Trabalhos parciais geram contribuições e benefícios diferentes dos trabalhos de tempo integral, o que terá consequências relevantes na preparação para a aposentadoria e, depois, nos ganhos auferidos. Além disso, as sucessivas interrupções do trabalho profissional para a procriação interferem de forma extremamente negativa na construção de uma carreira que possibilite assegurar maiores ganhos salariais e benefícios (FINCH, 2013; Di GESSA et al., 2017). Para os/as funcionários/públicos/as, há uma situação específica, considerando as condições semelhantes de trabalho existentes para homens e mulheres, assim como a estabilidade no emprego, plano de carreiras, que os aproximam. Ressalva-se que isso não significa que não haja desigualdades de gênero também no serviço público, caracterizadas por desproporcionalidade na ocupação de cargos ou coordenações, situações de assédio sexual, discriminação, violência verbal/física, que atingem majoritariamente às mulheres.

Há poucos anos, diante do quadro de austeridade e redução de benefícios, alguns países europeus vêm se movimentando na direção de rever as regras de aposentadoria, para que possam ser levadas em consideração as peculiaridades do trabalho parcial,

assim como a contagem de tempo para as mulheres que tenham cuidado de filhos pequenos (VLACHANTONI, 2012).

No Brasil, um país de média renda, a situação é diferente, considerando as condições de vida e de trabalho de homens e mulheres, que os/as obrigam a trabalhar após a aposentadoria para manter ou ajudar na manutenção da família (ANTUNES, M. H; MORÉ, 2014; MEIRA; LEITE, 2015). Em relação ao trabalho anterior à aposentadoria, ressalta-se que, apesar do aumento da inserção laboral feminina, as mulheres têm, além da diferença salarial, uma jornada total (remunerada somada à doméstica) superior à dos homens (BRITO et al., 2012). Assim, *o tempo do assalariamento é condicionado pelo tempo do trabalho doméstico* (HIRATA, 2003, p. 67).

Condições socioeconômicas, gênero, idade, seguro social e, conseqüentemente, remuneração na aposentadoria, estão diretamente relacionados à experiência de dificuldades financeiras mais graves. As diferenças de gênero na velhice, no que se refere aos rendimentos da aposentadoria, têm relação com o fato dos sistemas de pensão não levarem em consideração uma maior diversidade no trabalho e nos padrões de cuidado das mulheres, que incluem as suas tarefas domésticas (VLACHANTONI, 2012).

A ocorrência de dificuldades financeiras tem sido avaliada principalmente pela percepção dos próprios indivíduos. No Brasil, algumas pesquisas sobre as relações entre dificuldades financeiras e sintomas depressivos abordam a questão em conjunto com outros eventos estressores de vida (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009; XIMENES PINHO; CUSTODIO; MAKDISSE, 2009; PORTUGAL, 2016).

Diferenciais de gênero têm sido observados na forma de lidar com os eventos de vida estressores. Enquanto os eventos relacionados ao mundo do trabalho são os que mais atormentam os homens, a própria saúde e a da família preocupam mais às mulheres, delineando-se mundos claramente distintos para eles e para elas (ASSARI; LANKARANI, 2015). Isso decorre da construção social dos papéis de gênero, em que às mulheres é designado, socialmente, o papel de cuidadora da família, em

contraposição à “virilidade laboral” atribuída aos homens, recoberta de grande valorização social (ZANELLO; GOMES, 2010).

Estudos internacionais evidenciam forte associação positiva entre dificuldade financeira e depressão (BUTTERWORTH; RODGERS; WINDSOR, 2009; SELENKO; BATINIC, 2011; ASSARI; LANKARANI, 2015). Da mesma forma, estudo norte-americano com adolescentes demonstrou associação entre dívida financeira, que se aproxima de dificuldade financeira, com estresse, depressão e outras doenças, mesmo após ajuste por renda (SWEET et al., 2013). A literatura refere maior dificuldade financeira em mulheres, porque mais comumente elas têm menor renda e crianças para cuidar, piores trabalhos e despreparo para a aposentadoria devido aos empregos de horários parciais (WU; DeMARIS, 1996; VLACHANTONI, 2012). Entretanto, na literatura, há a ressalva de que nem sempre são as pessoas mais pobres que apresentam dificuldade financeira, incluindo-se os mais velhos (LEVY, 2016).

Levando-se em conta os achados da literatura que destacam a importância de conhecerem-se as vulnerabilidades de idosos e de idosas no que tange a gênero, renda, condições de trabalho passadas ou atuais, para o entendimento da forma de vivenciar-se a aposentadoria e possíveis dificuldades financeiras (VLACHANTONI, 2012), considera-se relevante que estudos dessa natureza sejam realizados no Brasil, com geração de conhecimentos que possibilitem o aprofundamento científico do tema.

Diante do exposto, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de investigar a associação entre dificuldades financeiras mais graves que o habitual nos últimos doze meses e sintomas depressivos em aposentados/as, à luz das teorias de gênero.

Métodos

Desenho e população de estudo

Esta pesquisa integra o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), coorte multicêntrica que congregou, na linha de base (2008-2010), 15.105 participantes entre 35 e 74 anos, ativos e aposentados, que faziam parte de seis instituições públicas

de ensino e pesquisa: UFRS, USP, UFMG, UFES, UFBA e Fundação Osvaldo Cruz/RJ. A população de estudo do ELSA-Brasil foi composta por 75% de voluntários e 25% de pessoas recrutadas ativamente. Detalhes metodológicos podem ser encontrados em Aquino et al. (2012).

O presente estudo é de corte transversal e inclui os dados dos/as aposentados/as que foram recrutados/as na linha de base do ELSA-Brasil. Das 3009 pessoas inicialmente selecionadas para o estudo, além das 254 pessoas excluídas porque se aposentaram por doença e tinham informações incongruentes, foram também perdidas três pessoas que não tinham informações sobre dificuldades financeiras, totalizando, no final, 2752 pessoas (62,8% de mulheres e 37,2% de homens).

Produção de dados

Entre 2008 e 2010 (onda 1), foram realizados diversos exames e aplicado questionário estruturado multidimensional que contemplava, dentre outros instrumentos, o CIS-R (*Clinical Interview Schedule Revised*), elaborado por Lewis et al. (1992) e validado na língua inglesa. Este instrumento avalia sintomas de depressão em sua seção G (NUNES et al., 2011; SINGLETON; LEE; MELTZER, 2002). Considera-se a presença de sintomas depressivos se o ponto de corte for igual a 2 em um score que varia de 0 a 4.

A variável desfecho do estudo foi “sintomas depressivos nos últimos sete dias” e a variável de exposição principal originou-se da seguinte questão: “Nos últimos doze meses o(a) senhor(a) enfrentou dificuldades financeiras mais graves do que as habituais?” A partir das respostas: 1. Não; 2. Sim, uma vez; 3. Sim, mais de uma vez, foi feita a dicotomização em “Não” e “Sim”, reunindo as questões 2 e 3. Essa pergunta estava contida no bloco dos cinco eventos estressores, cujas questões foram selecionadas a partir de perguntas formuladas pelo estudo Pró Saúde, que realizou testes de confiabilidade com resultados satisfatórios tanto para homens quanto para mulheres, nas questões referentes a: internação hospitalar, falecimento de parente próximo, dificuldades financeiras severas, rompimento de relação amorosa e assalto/roubo nos últimos doze meses (LOPES; FAERSTEIN, 2001; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

As covariáveis foram: faixa etária, cor/raça, escolaridade, renda familiar mensal líquida, união conjugal, chefia de família, filhos, atividade laboral e comorbidades.

Escolaridade foi categorizada em pós-graduação, universitária e ensino médio e fundamental, os dois últimos reunidos em uma só categoria para viabilizar as análises, uma vez que o número de pessoas na categoria “fundamental” era muito pequeno.

Processamento e análise dos dados

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva dos dados, com delineamento do perfil da população, de acordo com a variável de exposição principal “dificuldades financeiras mais graves do que as habituais nos últimos doze meses” e covariáveis. A análise estratificada foi realizada, para que fossem detectadas possíveis modificadoras de efeito, observando-se se a medida pontual de cada categoria das variáveis extrapolou os limites do intervalo de confiança das outras categorias no estrato específico. As variáveis que apresentaram uma diferença de pelo menos 10% entre a bruta e a ajustada foram consideradas possíveis confundidoras. Posteriormente, procedeu-se a regressão logística multivariada, utilizando-se a medida de associação *odds ratio*, com intervalo de 95% de confiança e valor de alfa igual a 0,05. Para confirmar a modificação de efeito, utilizou-se o teste da razão de máxima verossimilhança. Foi definido teoricamente que os dados da análise multivariada seriam estratificados por renda líquida familiar mensal.

Sexo foi considerada uma variável de estratificação fundamental, o que determinou que toda a análise fosse feita separadamente para homens e para mulheres e permitiu uma abordagem teórica de gênero na interpretação dos resultados.

O processamento e a análise dos dados foram efetuados com o *Software Stata* versão 12.

Aspectos éticos

O protocolo do ELSA-Brasil foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa das seis instituições envolvidas e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do

Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS). Todos os participantes do ELSA-Brasil são voluntários e expressaram sua concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na leitura e assinatura do documento (AQUINO et al., 2013).

Resultados

Observa-se que 51,2% das mulheres apresentaram renda familiar líquida menor do que 8 salários mínimos (SM), enquanto uma percentagem menor de homens (41,7%) encontrava-se nessa faixa de rendimentos. Ademais, quase o dobro das mulheres (18,2%) referiu dificuldade financeira (DF), em relação aos homens (9,2%) (gráfico 1).

Dentre aquelas/es que referiram DF, em relação às pessoas que não a referiram, havia mais negras/os, sem formação de pós-graduação, com renda menor do que 8 SM, mais chefes de família exclusivos, menor inserção no mercado de trabalho após a aposentadoria e maior ocorrência de sintomas depressivos, com destaque para os homens, que apresentaram 3 vezes mais sintomas. As mulheres com DF ainda tinham maior percentual de filhos e comorbidades, em relação às que não referiram DF (tabela 1).

Comparando mulheres e homens com dificuldade financeira, destacam-se as seguintes diferenças: um maior percentual de mulheres era mais jovem, referiu não ter filhos e apresentou comorbidades, enquanto um percentual bem menor delas possuía união conjugal - 58,9% -, em relação a 84,0% dos homens; menos mulheres relataram atividade laboral após a aposentadoria. Em relação aos sintomas depressivos, os percentuais entre mulheres e homens que referiram dificuldade financeira se aproximaram (23,9%, e 20,2%, respectivamente), enquanto que a ocorrência de sintomas depressivos em quem não tinha dificuldade financeira foi de 11,0% para mulheres e 6,6% para homens (tabela 1).

A atividade laboral confirmou-se como modificadora de efeito da associação principal para as mulheres. Não foram identificadas possíveis confundidoras para homens e mulheres (tabela 2).

Observa-se associação entre DF e SD em mulheres que tinham renda familiar mensal menor do que 8 SM e trabalhavam (OR=4,56; IC95%:2,40 – 8,65) e naquelas

que tinham renda familiar mensal menor do que 8 SM e não trabalhavam (OR=1,71; IC95%:1,09-2,67) (tabela 3).

Os homens seguiram o mesmo padrão de resultados apresentados pelas mulheres, com associação entre DF e SD nos que tinham renda familiar mensal menor do que 8 SM e trabalhavam (OR=5,17; IC95%:1,49-17,88) e naqueles que tinham renda familiar mensal menor do que 8 SM e não trabalhavam (OR=3,01; IC95%:1,29-7,04) (tabela 3).

Discussão

Na análise inicial, as mulheres apresentaram menor renda e mais dificuldade financeira do que os homens, o que está de acordo com a literatura que, logo de início, embasou a construção teórica do estudo sobre as desigualdades de gênero presentes ao longo da vida das mulheres, que se refletirão na sua aposentadoria e velhice (GINN; ARBER, 1996; BERNARD et al, 1996; FARRÉ, 1996; KRELING, 2001; MINAYO; COIMBRA, 2002; CALASANTI, 2004; VLACHANTONI, 2012). Aqueles/as com percepção de dificuldade financeira maior do que o habitual pertenciam, em maior percentual, à faixa de renda mais baixa. Ainda que se tratando de uma coorte ocupacional de serviço público, onde as diferenças de gênero relacionadas ao trabalho poderiam ser menos marcadas, as mulheres apresentaram menor renda e relataram mais dificuldade financeira do que os homens.

Quando se observa a ocorrência de SD em mulheres e em homens com DF, evidencia-se que os valores se aproximam, ao contrário dos percentuais apresentados por aposentados/as que não têm dificuldade financeira. Quando homens e mulheres não apresentam dificuldade financeira, a ocorrência de SD segue o descrito na literatura, uma prevalência de 1,5 a 3 vezes maior entre as mulheres (VAN DE VELDE; BRACKE; LEVECQUE, 2010). A presença de DF aproximou muito mais os valores de SD entre eles/as, aumentando cerca de três vezes nos aposentados e duas vezes nas aposentadas, enquanto que, na ausência de DF, a ocorrência de SD nas mulheres foi cerca de duas vezes maior do que os homens. Esses dados levantam a possibilidade de as mulheres resistirem mais às situações adversas e à própria dificuldade financeira (COUTO-OLIVEIRA, 2007).

É possível que as mulheres estejam mais acostumadas aos inúmeros desafios da vida marcada por responsabilidades e papéis diversos e não se cobrem tanto quando a DF acontece em suas vidas. Além disso, há algumas evidências de que as mulheres podem ser mais suscetíveis aos efeitos de eventos estressores inter-relacionais, dos quais dificuldade financeira não faz parte. Pode-se fazer uma analogia com a evidência de maior resiliência de pessoas negras a eventos de vida estressores e às suas consequências na saúde psíquica (ASSARI; LANKARANI, 2015), uma vez que tanto mulheres quanto pessoas negras sofrem constantes desigualdades decorrentes das relações de poder.

Na literatura, relata-se que as diferenças de gênero estão presentes na forma com que mulheres e homens reagem e lidam com eventos estressores. Nas relações entre eventos de vida estressores e depressão, os eventos que mais atingem os homens são dificuldades de trabalho e separações, enquanto para as mulheres destacam-se doenças graves e mortes de pessoas próximas, delineando-se dois mundos marcadamente distintos (ASSARI; LANKARANI, 2015).

Nessa mesma direção, no que se refere à distribuição da dificuldade financeira, diferenças relacionadas ao mundo familiar na análise descritiva, como ter união conjugal e filhos, foram observadas entre as mulheres, ao passo que para os homens não fez diferença estar ou não casado e ter ou não filhos. As mulheres com dificuldade financeira têm menos união conjugal e menos filhos do que os homens, o que se supõe que signifique, nessa etapa da vida, menos apoio para o bem estar e, quiçá, para o equilíbrio financeiro. Uma possibilidade de explicação para as diferenças em relação à união conjugal é que, nessa faixa etária estudada, o valor dado ao homem mais velho é consideravelmente superior a uma mulher idosa, fruto de uma construção social carregada de preconceitos de que o bom e o belo vinculam-se apenas ao jovem, quando se trata das mulheres (ZANELLO, 2016). Por outro lado, há que se considerar a maior expectativa de vida das mulheres e um número maior de viúvas do que de viúvos, na velhice.

As mulheres com DF apresentaram maior ocorrência de comorbidades, em relação às que não referiram DF, enquanto que, para os homens, o fato de apresentarem DF não interferiu nos resultados de comorbidades. Cabe aventar-se a possibilidade de

uma associação em dupla direção, ou seja, as pessoas com comorbidades têm mais DF, devido aos gastos com tratamento, e as pessoas com DF têm mais comorbidades, devido às menores oportunidades de cuidar-se para preveni-las. Já no mundo do trabalho, o que se observou foi uma menor percentagem de mulheres exercendo atividade laboral, reforçando, em alguma medida, a divisão casa/trabalho, mesmo entre aquelas que trabalharam toda a vida.

Com base teórica, decidiu-se previamente que os modelos seriam estratificados por renda, na análise multivariada. Como atividade laboral também se constitui em um fator de importância teórica (SWEET et al., 2013) e foi confirmada como modificadora de efeito para as mulheres, decidiu-se que também para os homens os dados seriam estratificados por essa variável, visando à análise da associação entre dificuldade financeira e sintomas depressivos, mantendo sob controle as mesmas condições.

Os resultados da regressão multivariada evidenciaram o efeito da renda na associação entre DF e SD, na medida em que apenas os homens e as mulheres com renda menor do que 8 SM apresentaram esta associação, independentemente de trabalharem ou não. Embora sem consenso na literatura, os achados apontam nessa mesma direção (LITWIN; SAPIR, 2009; SWEET et al, 2013; LEVY, 2015). Entretanto, Butterworth, Rodgers e Windsor (2009) criticam a renda como único indicador socioeconômico, defendendo a adequação de se usar informações sobre privações diversas, como dificuldade de acesso a alimentos e medicações e utilização de recursos oriundos de programa estatal de transferência de renda, para avaliar-se a real situação socioeconômica das pessoas que apresentam associação entre DF e SD.

Por outro lado, homens e mulheres que tinham renda maior do que 8 SM, com ou sem atividade laboral, não apresentaram associação entre DF e SD, ou seja, o padrão foi, mais uma vez, igual para ambos.

É possível que o sofrimento dos homens sob a forma de SD, na presença de DF, tenha a ver com a pressão deles terem que ser o principal responsável pelas despesas da casa e a frustração de não corresponder a essa expectativa, o que, por sua vez, tem como pano de fundo o modelo hegemônico de masculinidade, que constrói (e cobra) socialmente o lugar do homem como o grande provedor financeiro da família. Para

aqueles que não trabalham, acrescenta-se a referência de Oliffe et al. (2013) de que os ideais masculinos influenciam os homens a continuarem trabalhando para evitar as perdas associadas à aposentadoria.

Pode-se fazer interpretações diversas para a contextualização da ocorrência de SD na presença de DF. Entretanto, os modelos finais do estudo, estratificados por renda e atividade laboral, não apresentaram diferenças de gênero para a associação entre DF e SD. Ao contrário, a experiência de DF na aposentadoria aproxima homens e mulheres quanto aos SD naquelas pessoas que têm uma renda familiar mensal inferior a 8 SM. Como referido anteriormente, a velhice será vivenciada de acordo com condições socioeconômicas, raciais e de gênero. Da mesma forma, mesmo sem terem sido detectados possíveis confundidores, não se pode descartar a existência de outros que não tenham sido contemplados no presente estudo.

Os resultados instigam a realização de novos estudos de cunho qualitativo para investigar possíveis diferenças no significado das DF para eles e para elas. Dessa forma, seria possível complementar essas informações com aspectos mais subjetivos do que significa passar por DF em idade avançada, sendo homem, com todos os imperativos sociais de virilidade produtiva, e, sendo mulher, depois de atravessar longo período de desigualdades sofridas, principalmente, no curso da vida laboral.

Um ponto a ser mais uma vez ressaltado é que a população de estudo foi composta por funcionários/as públicos/as de Instituições de Ensino Superior, constituindo uma coorte ocupacional com alguns aspectos em comum. Trata-se de homens e de mulheres que foram selecionados, muitos deles, por concursos públicos, recebem salários iguais por funções iguais e têm o mesmo plano de carreira. Entretanto, ainda há desigualdades no que se refere à ocupação de cargos de chefia ou coordenação e diferenças existem nos critérios de aposentadoria, uma vez que a idade mínima e o tempo de contribuição são menores para as mulheres.

Considerando os aspectos semelhantes dos modelos finais, pode-se explicar os resultados encontrados, que não evidenciam diferenças de gênero, até onde pôde alcançar o presente estudo. Muito provavelmente, por tratar-se da investigação da associação entre DF e SD, tema intrinsecamente relacionado às condições

socioeconômicas, o que teve maior relevância foi a renda familiar, especialmente por serem pessoas que se aproximam nas condições de trabalho e na pauperização após a aposentadoria, especialmente devido a maiores gastos com saúde e necessidades especiais. Além disso, fenômeno que vem se tornando cada vez mais frequente, precipuamente para as mulheres, é a chefia de famílias que acolhem e mantêm parentes próximos como filhos/as e netos/as, muitos/as deles/as sem trabalho, consequência de sucessivas crises econômicas que o país vem atravessando (BRITTO DA MOTTA, 1998). Diante dessas evidências, chega-se à conclusão de que as condições de gênero foram sobrepujadas pela situação socioeconômica, nesta investigação, o que não quer dizer que elas não existam.

A vantagem da informação sobre DF referir-se aos doze meses anteriores diminui bastante a chance de ocorrência de causalidade reversa, possibilidade presente nos estudos transversais.

Como o ELSA-Brasil é composto apenas por funcionários/as públicos/as, é preciso cuidado na generalização dos resultados, que não representam todo o conjunto de trabalhadores/as brasileiros. Entretanto, há que se ressaltar que o ELSA-Brasil contém uma coorte ampla e inédita de aposentados/as, no país.

O estudo trouxe informações epidemiológicas importantes sobre gênero, aposentadoria e sintomas depressivos no contexto brasileiro, o que pode contribuir para novas investigações, que poderão enriquecer as discussões sobre o tema no meio acadêmico, gerando novos conhecimentos.

Além disso, considera-se que os resultados suscitarão discussões importantes com os/as servidores/as públicos/as, tanto no que se refere à prevenção da depressão quanto às relações entre aposentadoria e gênero aqui levantadas, especialmente em um momento histórico de reformas governamentais que pretendem prolongar a idade para o exercício do direito do seguro social, sem considerar o contexto em que se inserem as aposentadorias de homens e mulheres, suas particularidades de gênero e as repercussões sobre a saúde dos/as idosos/as.

Referências

- ANTUNES, M. H.; MORE, C. L.O. O. Família, trabalho e aposentadoria: uma revisão da produção científica no cenário brasileiro. **Contextos Clínic**, v.7, n.2, p.145-154, 2015.
- AQUINO, E. M. L. et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **Am J Epidemiol**, v. 175, n. 4, p. 315-24, 2012.
- AQUINO, E. M. L. et al. Aspectos Éticos em Estudos Longitudinais: O caso do ELSA - Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, supl. 2, p. 19-26, 2013.
- ASSARI, S.; LANKARANI, M.M. Association between Stressful Life Events and Depression: Intersection of Race and Gender. **J Racial Ethnic Health Dispar**, v.3, n. .2, p. 349 -356, 2016.
- BERNARD, M. et al. Trabajo y jubilación marcados por el género. In: Arber, S. e Ginn, J. **Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico**. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones, 1996. p.89-104.
- BRITTO DA MOTTA, A. Reinventando fases: a família do idoso. **Caderno CRH**, n.29, p.69-87, 1998.
- BRITTO DA MOTTA, A. Mulheres velhas - Elas começam a aparecer... In: PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M (org.). **Novas Histórias das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2012. p.84-104.
- BRITO, J. C. et al. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 37, n. 126, p.316-329, 2012.
- BUTTERWORTH, P.; RODGERS, B.; WINDSOR, T. D. Financial hardship, socio-economic position and depression: Results from the PATH Through Life Survey. **Soc Sci Med**, v. 69, n. 2, p. 229-237, 2009.
- CALASANTI, T. Retirement: Golden years for whom? In: SACKS, N.; MARRONE, C. **Gender and Work in today`s world**. USA: Westview Press, 2004. p. 443-455.
- CASTRO, N. A.; GUIMARÃES, I. B. Divisão sexual do trabalho, produção e reprodução. In: CASTRO, N. A. **Relações de trabalho, relações de poder**. Brasília: UnB, 1997. p.101-130.
- COUTO-OLIVEIRA, V. Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência. **Rev. abordagem gestalt**. v.13, n.2, p. 280-281, 2007.
- Di GESSA, G. et al. Is being in paid work beyond state pension age beneficial for health? Evidence from England using a life-course approach. **J Epidemiol Community Health**, v.71, n. 5, p. 431-438, 2017.

FARRÉ, A. F. Prólogo a la edición española. In: ARBER, S.; GINN, J. **Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico**. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones, 1996. p. 7-9.

FINCH, N. Why are women more likely than men to extend paid work? The impact of work-family life history. **Eur J Ageing** , v.11, n. 1, p. 31-39, 2014.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estud. psicol.**, v.14, n.1, p. 69-75, 2009.

GINN, J.; ARBER, S.; “Mera conexión”. Relaciones de género y envejecimiento. In: ARBER, S.; GINN, J. **Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico**. Madrid: Ediciones Narcea, 1996. p 17-34

HIRATA, H. O Conceito de trabalho. In: Emilio, M. et al (orgs). **Trabalho e cidadania Ativa para as Mulheres: Desafios para as Políticas Públicas**. Prefeitura Municipal de São Paulo-Coordenadoria Especial da Mulher. São Paulo: Casa de Edição, 2003, p 65-69.

KRELING, N. H. Gênero e trabalho na terceira idade. **Mulher e Trabalho**. v. 1, p. 97-104, 2001.

LEVY, H. Income, Poverty, and Material Hardship Among Older Americans. The Russell Sage Foundation. **Journal of the Social Sciences-RFS**, v.1, n.1, p.55-77, 2015.

LEWIS, G. et al. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. **Psychol Med.**, v. 22, n. 2, p. 465–86, 1992.

LITWIN, H.; SAPIR, E. V. Perceived Income Adequacy Among Older Adults in 12 Countries: Findings From the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. **The Gerontologist**, v. 49, n. 3, p. 397-406, 2009.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde. **Rev Bras Psiquiatr**, vol 23, n. 3, p.126-33, 2001.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n.6, p.1713-1720, 2003.

MEIRA, V. R. A.; LEITE, Y. U. F. O que leva professores aposentados retornarem à docência? **Nuances: estudos sobre Educação**, v.26, n.1, p. 219-233, 2015.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. (orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

NUNES, M. A. et al. Adaptação Transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule – Revised version) para o português no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). **Rev. HCPA**, v. 31, n. 4, p. 515-8, 2011.

OLIFFE, J. L. et al. Masculinities, Work, and Retirement among Older Men who Experience Depression. **Qual Health Res**, v. 23, n. 2, p. 1626-37, 2013.

PORTUGAL, F. B. et al. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 497-508, 2016.

SELENKO, E.; BATINIC, B. Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health. **Soc. Sci. Med.**, v.73, n. 12, p.1725-1732, 2011.

SILVA, D. O. **Fatores associados à ocorrência e duração dos afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior da Bahia**. Dissertação (Mestrado). 2010. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

SINGLETON, N; LEE, A.; MELTZER, H. **Psychiatric Morbidity among adults living in private households, 2000: Technical Report**. London: Office for National Statistics, 2002.

SWEET, E. et al. The high price of debt: Household financial debt and its impact on mental and physical health. **Soc Sci Med**, v.91, p. 94-100, 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. **Soc Sci Med**, v. 71, n.2, p.305-13, 2010.

VLACHANTONI, A. Financial inequality and gender in old people. **Maturitas**, v.72, n.2, p.104-107, 2012.

XIMENES PINHO, M.; CUSTODIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, vol.12, n.1, p.123-140, 2009.

WU, X; DeMARIS, A. Gender and marital status differences in depression: the effects of chronic strains. **Sex Roles**, v. 34, n. 5/6, p. 299-319, 1996.

ZANELLO, V. Saúde Mental, Gênero e Dispositivos. In: DIMENSTEIN, M. et al (Orgs). Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. São Paulo: **Intermeios**, 2016. p.223-245.

ZANELLO, V.; GOMES, T. Xingamentos masculinos: A falência da virilidade e da produtividade. **Caderno Espaço Feminino (UFU)**, v. 23, n. 1/2., p. 265-280, 2010.

Gráfico 1 -Proporção de aposentadas/os, segundo a renda familiar líquida e a experiência de dificuldade financeira grave. ELSA-Brasil 2008-2010

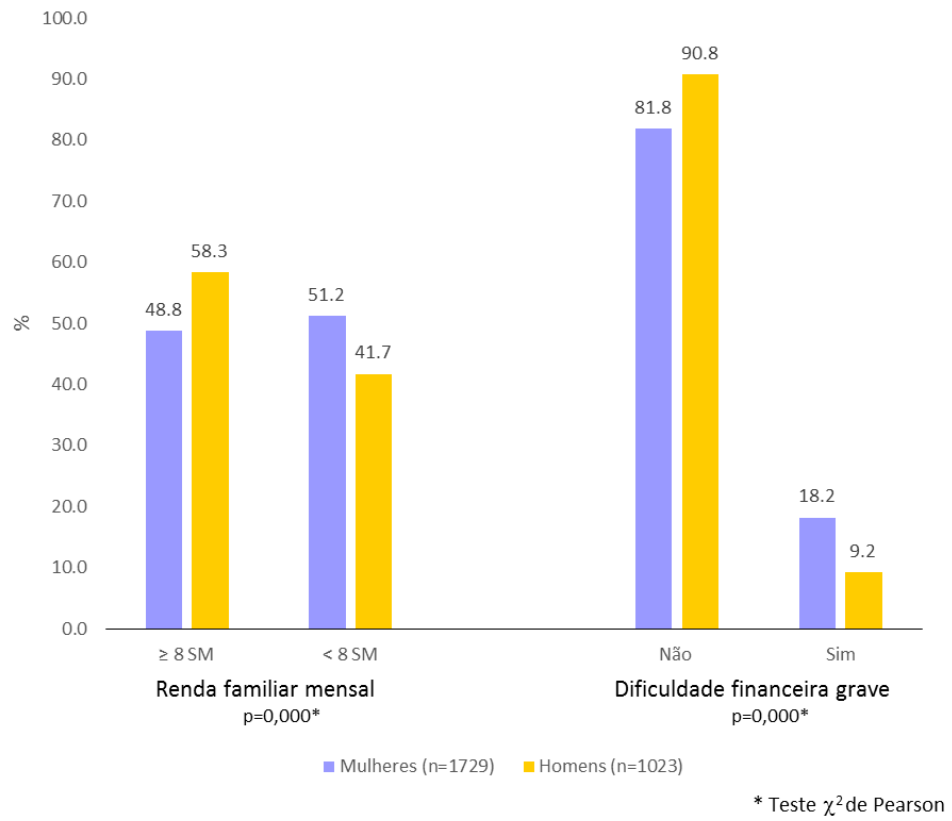


Tabela 1 - Distribuição de aposentados/as, segundo a presença de dificuldades financeiras mais graves do que o habitual nos últimos doze meses e características estudadas.
ELSA-Brasil, 2008-2010

Características	Mulheres (n=1729)			Homens(n=1023)		
	Dificuldades financeiras mais graves que o habitual nos últimos doze meses			Dificuldades financeiras mais graves que o habitual nos últimos doze meses		
	Sim %	Não %	P*	Sim %	Não %	P*
Faixa etária	(n=314)	(n=1415)	0,740	(n=94)	(n=929)	0,836
47 a 70 anos	90,4	89,8		73,4	74,4	
71 a 75 anos	9,6	10,2		26,6	25,6	
Cor/raça	(n=306)	(n=1404)	0,000	(n=92)	(n=914)	0,000
Branca	39,9	60,3		38,0	64,7	
Parda	29,7	22,1		32,6	21,6	
Preta	26,8	13,5		26,1	10,3	
Amarela	2,3	3,5		0,0	2,2	
Indígena	1,3	0,6		3,3	1,2	
Escolaridade	(n=314)	(n=1415)	0,000	(n=94)	(n=929)	0,000
Pós graduação	35,0	56,8		37,2	58,2	
Universitário	40,8	28,9		28,7	19,1	
Médio e Fundamental	24,2	14,3		34,1	22,7	
Renda familiar líquida em salários mínimos	(n=311)	(n=1408)	0,000	(n=94)	(n=926)	0,000
Maior ou igual a 8 SM	24,8	54,0		29,8	61,2	
Menor do que 8 SM	75,2	46,0		70,2	38,8	
União conjugal	(n=314)	(n=1415)	0,037	(n=94)	(n=929)	0,482
Sim	58,9	52,4		84,0	86,6	
Não	41,1	47,6		16,0	13,4	
Chefe da família	(n= 313)	(n=1415)	0,007	(n=94)	(n=929)	0,040
Sim	68,1	58,7		60,6	46,9	
Sim, em conjunto com o/a cônjuge	23,3	31,6		35,1	47,7	
Não	8,6	9,7		4,3	5,4	
Filhos	(n= 314)	(n=1415)	0,000	(n=94)	(n=929)	0,738
Não	14,3	24,6		6,4	7,3	
Sim	85,7	75,4		93,6	92,7	
Atividade laboral	(n= 314)	(n=1415)	0,001	(n=94)	(n=929)	0,005
Sim	38,2	48,8		44,7	59,7	
Não	61,8	51,2		55,3	40,3	
Pelo menos uma comorbidade**	(n= 314)	(n=1415)	0,000	(n=94)	(n=929)	0,935
Não	15,6	30,1		22,3	22,7	
Sim	84,4	69,9		77,7	77,3	
Sintomas depressivos	(n= 314)	(n=1415)	0,000	(n= 94)	(n=928)	0,000
Não	76,1	89,0		79,8	93,4	
Sim	23,9	11,0		20,2	6,6	

*Teste de qui-quadrado de Pearson; **Com pelo menos uma das seguintes morbididades: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, enxaquecas, doença arterial periférica

Tabela 2 - Associação entre dificuldades financeiras graves e sintomas depressivos em aposentados/as, bruta e estratificada pelas características estudadas. ELSA-Brasil, 2008-2010

Características	Mulheres	Homens
	OR (IC95%)*	OR (IC95%)*
Bruta	2,53 (1,83 - 3,47)	3,60 (1,92 - 6,48)
Faixa etária		
47 a 70 anos	2,48 (1,75 - 3,50)	3,01 (1,35 - 6,24)
71 a 75 anos	2,86 (1,13 - 6,90)	5,24 (1,65 - 14,9)
Ajustada*	2,53 (1,86 - 3,45)	3,58 (2,03 - 6,30)
Cor/raça**		
Branca	2,85 (1,72 - 4,62)	2,80 (0,90 - 7,39)
Preta/Parda	2,14 (1,36 - 3,34)	3,97 (1,63 - 9,26)
Ajustada*	2,41 (1,76 - 3,31)	3,45 (1,90 - 6,28)
Escolaridade		
Pós graduação	1,98 (1,06 - 3,55)	3,65 (1,14 - 9,91)
Universitário	2,57 (1,53 - 4,25)	3,30 (0,93 - 10,37)
Médio/Fundamental	2,18 (1,09 - 4,31)	3,00 (0,95 - 8,45)
Ajustada*	2,28 (1,66 - 3,12)	3,29 (1,85 - 5,85)
Renda familiar líquida em salários mínimos		
Maior ou igual a 8	1,78 (0,80 - 3,62)	2,61 (0,62 - 8,22)
Menor do que 8	2,36 (1,60 - 3,44)	3,61 (1,66 - 7,58)
Ajustada*	2,22 (1,61 - 3,06)	3,31 (1,84 - 5,96)
União conjugal		
Sim	2,56 (1,54 - 4,17)	2,97 (1,40 - 5,89)
Não	2,51 (1,62 - 3,84)	6,84 (1,64 - 26,19)
Ajustada*	2,53 (1,85 - 3,44)	3,59 (2,03 - 6,34)
Chefe da família		
Sim	2,49 (1,66 - 3,70)	5,00 (2,28 - 10,59)
Sim, em conjunto com o/a cônjuge	2,46 (1,23 - 4,71)	1,82 (0,33 - 6,57)
Não	3,10 (0,93 - 9,41)	1,51 (0,02 - 21,44)
Ajustada*	2,53 (1,86 - 3,45)	3,56 (1,92 - 6,48)
Filhos		
Não	3,26 (1,29 - 7,62)	8,71 (0,93 - 74,89)
Sim	2,33 (1,64 - 3,30)	3,31 (1,68 - 6,24)
Ajustada*	2,44 (1,79 - 3,32)	3,66 (2,07 - 6,47)
Atividade laboral		
Sim	3,68 (2,19 - 6,09)	3,97 (1,46 - 9,71)
Não	1,91 (1,24 - 2,90)	3,06 (1,28 - 6,86)
Ajustada*	2,44 (1,80 - 3,33)	3,41 (1,92 - 6,03)
Pelo menos uma comorbidade***		
Não	2,40 (0,89 - 5,77)	2,17 (0,36 - 8,77)
Sim	2,36 (1,65 - 3,33)	4,09 (2,02 - 7,91)
Ajustada*	2,36 (1,73 - 3,22)	3,59 (2,04 - 6,33)

OR = Odds Ratio com Intervalo de 95% de Confiança; *Teste de homogeneidade de Mantel-Haenszel

**Retiradas 77 pessoas amarelas e 26 indígenas para esta análise

***Com pelo menos uma das seguintes morbididades: diabetes, hipertensão, infarto do miocárdio, enxaqueca e D.A.P.

Tabela 3 – Modelos finais de regressão logística para a associação entre dificuldades financeiras graves e sintomas depressivos em aposentadas/os, bruta e estratificada por renda familiar e atividade laboral. ELSA-Brasil, 2008-2010

Modelos	Dificuldades financeiras graves	
	OR(IC95%) Não	OR(IC95%) Sim
Mulheres		
Bruta (n=1729)	1,0	2,53 (1,86 - 3,44)
Renda familiar maior ou igual a 8 salários mínimos		
Com atividade laboral	1,0	1,93 (0,80 - 4,60)
Sem atividade laboral	1,0	1,60 (0,52 - 4,94)
Renda familiar menor do que 8 salários mínimos		
Com atividade laboral	1,0	4,56 (2,40 - 8,65)
Sem atividade laboral	1,0	1,71 (1,09 - 2,67)
Homens		
Bruta (n=1022)	1,0	3,60 (2,04 - 6,34)
Renda familiar maior ou igual a 8 salários mínimos		
Com atividade laboral	1,0	3,36 (0,90 -12,51)
Sem atividade laboral	1,0	1,56 (0,18 - 13,42)
Renda familiar menor do que 8 salários mínimos		
Com atividade laboral	1,0	5,17 (1,49 -17,88)
Sem atividade laboral	1,0	3,01 (1,29 - 7,04)

OR=*Odds Ratio*

Artigo 3 - Relações entre gênero e inserção no trabalho após a aposentadoria em estudo longitudinal do ELSA-Brasil: qual o efeito de deixar de trabalhar sobre a ocorrência de sintomas depressivos?

Introdução

O trabalho, estruturante para a saúde psíquica, é fonte de grandes sofrimentos para os/as trabalhadores/as, mas, em condições específicas, pode oferecer-se como lugar de redirecionamento do sofrimento para o prazer, contando, para isso, com o processo de sublimação e criatividade. Outros elementos do trabalho podem apresentar-se como fatores de proteção à saúde psíquica, citando-se a solidariedade, a ética, a construção da identidade no trabalho e o reconhecimento dos pares, como alguns deles (DEJOURS, 1994).

Nesse sentido, funciona também o trabalho após a aposentadoria. O gênero e as condições socioeconômicas, escolaridade e, conseqüentemente, remuneração na aposentadoria, a relação de prazer/desprazer com o trabalho anterior, o tipo de seguro social e a idade estão diretamente envolvidos na decisão ou obrigatoriedade de continuar trabalhando e nas repercussões desse trabalho sobre a saúde psíquica e o bem estar (FINCH, 2014; Di GESSA, 2017).

Na literatura científica internacional, há um debate intenso acerca da escolha de manter-se, ou não, trabalhando após a aposentadoria. Nessa discussão, devem ser levadas em consideração as diferenças entre regiões do planeta, especialmente em relação às condições de trabalho, antes e depois da aposentadoria, e aos valores das pensões percebidos pelos/as aposentados/as. Nesse sentido, com a literatura científica principalmente europeia e norte americana, uma vez que não foram localizados estudos epidemiológicos com população de aposentados/as no Brasil, há que se ter cautela na comparação de resultados de países de alta renda com a realidade de um país de média renda, como o Brasil (FRANÇA et al., 2013).

A possibilidade de estender-se a vida laboral está diretamente relacionada com o envelhecimento (NILSSON, 2016), que, por sua vez, será vivenciado de acordo com contextos sociais, raciais e de gênero (MINAYO; COIMBRA, 2002). Para que haja

pessoas idosas trabalhando na velhice, é imprescindível que as sociedades considerem esses fatores, além das especificidades de cada país, com seu nível de desenvolvimento e condições socioeconômicas e política.

Outro ponto importante para ser levado em consideração nesse debate é a terminologia adotada para a situação de trabalho após a aposentadoria, denominada *bridge job* ou *bridge employment*. Enquanto nos Estados Unidos da América a expressão significa o padrão de trabalho remunerado depois que o emprego de tempo integral termina, Dingemans, Henkens e Solinge (2016) utilizam a expressão para aqueles/as que exercem um trabalho remunerado, dentre os/as que recebem pensão de aposentadoria; entretanto, ambas as definições passam pela ponderação de que se trata de um trabalho intermediário entre trabalho de carreira e aposentadoria completa e permanente.

Nesse estudo holandês, sobre acesso ao trabalho após a aposentadoria, partiu-se de um quadro teórico que incluía aspectos socioeconômicos e psicológicos, estado de saúde e contexto social, para explicar porque trabalhadores/as de grandes empresas, que se retiraram do trabalho em tempo integral, inseriam-se em *bridge employment*, enquanto outras/os não conseguiam encontrar trabalho dessa natureza. Os/as trabalhadores/as que saíram involuntariamente da carreira de trabalho (aposentadoria involuntária) foram os/as que apresentaram maior probabilidade de ter insucesso na busca de um *bridge employment*. Em relação ao impacto do *bridge employment* no bem estar das pessoas mais velhas, a motivação existente em relação às suas atividades laborais anteriores à aposentadoria sobressaiu-se mais do que qualquer outro elemento (DINGEMANS; HENKENS; SOLINGE, 2016).

No Brasil, são vários os estudos qualitativos que buscam entender o momento de aposentar-se e continuar trabalhando (FRANÇA et al., 2013), as relações entre sentidos do trabalho e representações da aposentadoria (BITENCOURT et al., 2011), o que leva ao retorno ao trabalho após a aposentadoria (MEIRA; LEITE, 2015) e relações entre trabalho, aposentadoria e a saúde psíquica (HOFFMANN; ZILLE, 2017).

Nesses estudos, o trabalho é referido, pelos/as aposentados/as pesquisados/as, como importante para o desenvolvimento da identidade e de laços sociais

(BITENCOURT et al., 2011), assim como para a obtenção de renda extra devido aos baixos salários (MEIRA; LEITE, 2015). Da mesma forma, Antunes e Moré (2014), em revisão de artigos nacionais sobre família, trabalho e aposentadoria, observaram que a necessidade de sentir - se produtivo, de realização pessoal, interação e atualização foram fatores preponderantes na decisão de continuar trabalhando, assim como a necessidade de complementação de renda.

A condição de saúde, o *status* no trabalho, a situação laboral do cônjuge, ter dependentes financeiros, altos salários e benefícios completos são fatores que se associam positivamente à decisão de inserir-se em um *bridge employmentt* em estudo norte-americano, assim como a menor idade à época da aposentadoria (KIM; FELDMAN, 2000, apud FRANÇA et al., 2013).

Em uma direção inversa à que é tomada no presente artigo, Giatti e Barreto (2003), a partir de dados do PNAD de 1998, evidenciaram indicadores de autonomia e mobilidade física como fatores preditivos da permanência dos idosos na vida laboral. A variável dependente foi “situação de idosos no mercado de trabalho” (aposentados ou trabalhando), que não contemplava as pessoas que já eram aposentadas e continuavam trabalhando separadamente daquelas que trabalhavam, ou seja, não se observou a aposentadoria prévia no caso dos idosos trabalharem. Por outro lado, a ausência de mulheres no estudo, por razões metodológicas explicitadas, impediu que diferenciais de gênero fossem observados.

Insônia, hipertensão arterial, dores musculares, depressão, sentimento de desvalia, síndrome do pânico, redução do convívio social e dificuldade de administração do tempo em relação aos afazeres cotidianos são algumas das consequências biopsicossociais atribuídas à aposentadoria por aposentados/as que não trabalhavam, residentes em Belo Horizonte (HOFFMANN; ZILLE, 2017).

Na literatura internacional, os estudos *Survey of Health Ageing and Retirement in Europe - SHARE* (Europa), *Health and Retirement Study* (EUA) e o Estudo Longitudinal de Envelhecimento de Singapura, realizados com grandes coortes formadas por pessoas com mais de 50 anos, identificaram um efeito protetor do trabalho após a aposentadoria sobre a saúde, incluindo-se depressão ou sintomas depressivos

(ALAVINIA; BURDORF, 2008; DAVE; RASHAD; SPASOJEVIC, 2008; SCHWINGEL; NITI; TANG, 2009). Na mesma direção, Quadagno (2013) e Magalhães (2018) assinalam que idosos que trabalham referem mais saúde boa ou excelente, quando comparados aos aposentados que não trabalham.

Por outro lado, Di Gessa et al (2017), utilizando dados do *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), não encontraram associação entre trabalho após aposentadoria e sintomas depressivos, após ajuste por estado de saúde anterior e história de trabalho. Os autores interpretaram esses resultados como decorrentes da permanência no trabalho apenas de um seleto grupo de idosos saudáveis; para quem tem boa saúde e vantagens socioeconômicas, estender o tempo de trabalho para além da pensão é benéfico, enquanto que, no estudo SHARE, evidenciou-se o impacto positivo da aposentadoria na saúde daqueles/as que tinham um trabalho caracterizado por alto nível de carga física (MAZZONA; PERACCHI, 2015).

A abordagem de gênero relaciona os achados de trabalho após a aposentadoria com a vida ocupacional progressa, discutindo a trajetória laboral de mulheres e a continuidade das iniquidades entre homens e mulheres na velhice (FINCH, 2014; LORETTO; VICKERSTAFF, 2015). Os últimos autores chamam a atenção para a lacuna de estudos que abordem o trabalho após a aposentadoria por um enfoque de gênero, explicando que essa lacuna seria decorrente dos pesquisadores ignorarem as desigualdades de gênero na vida laboral e na aposentadoria, ou simplesmente por tomarem apenas a trajetória masculina como referência.

Finch (2013) discute a inserção das mulheres no mercado de trabalho após a aposentadoria e sua posterior retirada definitiva. A partir de dados do *British Household Panel Survey*, foram enfocadas as relações trabalho-família, permeadas por gênero. Embora não seja foco direto do presente artigo, entende-se como relevante trazer algumas informações para esta discussão, pois, indiretamente, pode-se apreender mais das desigualdades entre homens e mulheres no mundo do trabalho e na aposentadoria, que funciona como uma extensão daquele. Os achados evidenciam que as mulheres trabalham mais tempo para compensar baixas fontes financeiras, reflexo de sua vida laborativa caracterizada por trabalho parcial e interrupções para cuidar dos filhos

pequenos. E que, embora sejam as que mais estendem o trabalho na velhice, são as que têm mais dificuldade de conseguir trabalho, pelas razões já descritas de desigualdades.

Levando-se em conta os achados controversos da literatura sobre o fator protetor do trabalho após a aposentadoria em relação aos sintomas depressivos, e, especialmente, as diferenças sociais, econômicas e políticas entre países de alta e média renda, considera-se relevante iniciar estudos dessa natureza no contexto do Brasil, com geração de conhecimentos que possibilitem o aprofundamento científico do tema. Indo um pouco mais além, acredita-se na relevância de levar em consideração diferenças de renda, de inserção ocupacional e de gênero na aposentadoria, este último conceito imprescindível para que se possam interpretar diferenças e/ou desigualdades entre homens e mulheres idosas, ressaltadas em estudos empíricos e teóricos (BERNARD et al, 1996; FARRÉ, 1996; KRELING, 2001; CALASANTI, 2004; FINCH, 2014).

Para investigar a hipótese de que o trabalho é um fator de proteção para os sintomas depressivos nos/as aposentados/as, calcada em grande parte da literatura internacional, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de averiguar o efeito de deixar de trabalhar sobre a ocorrência de sintomas depressivos em aposentados/as que trabalhavam, à luz das teorias de gênero.

Métodos

Desenho e população de estudo

Esta investigação utilizou dados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), coorte que recrutou, na linha de base (2008-2010), 15.105 pessoas, com idade entre 35 e 74 anos, ativos e aposentados, pertencentes a seis instituições públicas de ensino e pesquisa: UFBA, UFES, UFMG, USP, UFRGS e Fundação Oswaldo Cruz/RJ. A coorte foi composta de cerca de 75% de voluntários e 25% de pessoas recrutadas ativamente. Detalhes do delineamento do estudo podem ser encontrados em Aquino et al. (2012).

A cada quatro anos, os/as participantes são convidados/as para retornarem aos Centros de Investigação (CIs) para entrevistas, com aplicação de questionário e

realização de exames. Já foram realizadas as ondas 1 e 2 (2008-2010; 2012-2014, respectivamente) e encontra-se em andamento a onda 3 (2016-2018). Os participantes têm sido acompanhados, entre as ondas, pelos CIs de cada unidade, utilizando-se, para tal, entrevistas telefônicas anuais, onde é monitorada a ocorrência de eventos de saúde, com especial atenção àqueles relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e diabetes, entre outras. Atendimentos médicos e internamentos são ativamente questionados; neste último caso, se houver qualquer suspeita de relação com os desfechos estudados, há visitas aos locais de internamento para levantamento de informações, incluindo-se óbitos, que são compiladas por cada CI e reunidas em seguida.

A presente investigação utilizou dados das ondas 1 e 2 e contava, inicialmente, com uma população de estudo composta por 3009 aposentadas/os que participaram da onda 1 (2008-2010). Além das 254 pessoas excluídas porque se aposentaram por doença e tinham informações incongruentes, também foram excluídas 1000 pessoas que não trabalhavam, 264 que apresentavam sintomas depressivos e 325 pessoas que não participaram da onda 2, totalizando 1166 pessoas. Além disso, perderam-se duas pessoas que não tinham informação sobre inserção laboral, perfazendo, no final, um total de 1164 participantes (57,4% de mulheres e 42,6% de homens).

Produção de dados

Entre 2008 e 2010, foram realizados exames e aplicado questionário estruturado multidimensional que continha, dentre outros instrumentos, o CIS-R (*Clinical Interview Schedule Revised*), elaborado por Lewis et al. (1992), que avalia sintomas de depressão em sua seção G (SINGLETON; LEE; MELTZER, 2002; NUNES et al., 2011). Em 2012 a 2014, quatro anos depois do início do estudo, novo questionário foi aplicado e incluiu a seção G do CIS-R.

O escore da seção G do CIS-R varia de 0 a 4 e tem o valor 2 como ponto de corte indicativo de sintomas depressivos.

A variável desfecho do estudo foi “sintomas depressivos nos últimos sete dias”, mensurados na onda 2 pela seção G (“depressão”) do CIS-R, e a variável de exposição

principal começou a ser construída a partir das seguintes perguntas dos questionários: na onda 1, a questão de número 16 do bloco da história ocupacional (HOC), explicitada a seguir: “Atualmente, apesar de aposentado (a), o (a) senhor (a) está trabalhando?”; na onda 2, a pergunta 01b, dirigida exclusivamente àquelas pessoas que já eram aposentadas na linha de base: “O (a) senhor (a) está trabalhando, no momento?”, com as seguintes opções de resposta: 1. “Sim, está trabalhando na (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO ELSA)”; 2. “Sim, está trabalhando em outro local”; 3. “Não, continua aposentado e não está trabalhando”. As respostas 1 e 2 foram reunidas em uma só, como “Sim”, e a 3 continuou como “Não”. Depois disso, considerando as pessoas que trabalhavam na onda 1, foi construída a variável “deixar de trabalhar”, a partir de dois grupos que contemplavam a situação laboral dos/as participantes nas duas ondas: Grupo 1 - pessoas que trabalhavam tanto na onda 1 como na onda 2; Grupo 2 - pessoas que trabalhavam na onda 1 e deixaram de trabalhar entre as duas ondas. Com essas informações, a variável, foi dicotomizada em “Não” e “Sim”. A categoria de referência foi composta por aqueles/as que não deixaram de trabalhar.

As covariáveis foram: faixa etária, escolaridade, raça/cor, renda familiar *per capita* mensal, união conjugal, chefia de família, docência, idade, motivo e tempo de aposentadoria, tempo de trabalho após a aposentadoria e pelo menos uma comorbidade.

Processamento e análise dos dados

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva dos dados, com delineamento do perfil da população, de acordo com a variável de exposição principal e covariáveis. Análise estratificada foi realizada, com estimativa da *odds ratio* bruta e ajustada para cada covariável, utilizando-se o teste de homogeneidade de Mantel-Haenszel. As possíveis modificadoras de efeito foram as variáveis cuja medida pontual de cada categoria extrapolou os limites do intervalo de confiança das outras categorias no estrato específico. Foram consideradas, em princípio, como confundidoras, as variáveis que apresentaram uma diferença de pelo menos 10% entre a bruta e a ajustada. Posteriormente, procedeu-se a regressão logística multivariada não condicional, utilizando-se a medida de associação *odds ratio*, com intervalo de 95% de confiança e valor de alfa igual a 0,05. As variáveis selecionadas para o modelo foram as confundidoras e modificadoras de efeito previamente indicadas na análise estratificada,

a serem confirmadas na multivariada por meio do teste da razão de máxima verossimilhança.

Todas as análises foram feitas separadamente para homens e para mulheres, por considerar-se que sexo é uma variável de estratificação fundamental.

Aspectos éticos

O protocolo do ELSA-Brasil foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa das seis instituições envolvidas e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS). Todos os participantes do ELSA-Brasil são voluntários e expressaram sua anuência na leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (AQUINO et al., 2013).

Resultados

O percentual das aposentadas e aposentados que trabalhavam e deixaram de trabalhar entre as duas ondas foi de 35,5% e 46,4%, respectivamente.

As mulheres que deixaram de trabalhar, proporcionalmente, eram mais escolarizadas, com maior renda *per capita* mensal e não docentes. Nas que continuaram trabalhando, a proporção de sintomas depressivos foi maior (10,6%) do que nas que deixaram de trabalhar (6,7%) (tabela 1).

Nos homens, observou-se que, proporcionalmente, aqueles que deixaram de trabalhar eram mais escolarizados e docentes, tinham uma renda maior do que 5 salários mínimos, mais tempo de aposentadoria e de trabalho após a aposentadoria. A ocorrência de sintomas depressivos foi de 9,4% nos que se mantiveram trabalhando nas duas ondas e 4,8% nos que deixaram de trabalhar entre as duas ondas (tabela 1).

Comparando aposentados e aposentadas que trabalhavam na primeira onda e deixaram de trabalhar entre as duas ondas, chamaram a atenção as seguintes diferenças: um maior percentual de mulheres era mais jovem e um percentual bem menor delas

tinha união conjugal – 45,5% -, enquanto os homens com união perfaziam 88,7%; os homens apresentaram um percentual maior de docentes e as mulheres aposentaram-se mais novas (tabela 1).

Na análise estratificada, observou-se que as variáveis que se mostraram possíveis modificadoras de efeito, posteriormente confirmadas na regressão logística multivariada, foram renda *per capita* mensal e docência, para as mulheres. A possível confundidora, com diferença de 10% entre a *Odds Ratio* bruta e ajustada, foi escolaridade, para as mulheres, que não se sustentou na análise multivariada (tabela 2).

As mulheres não docentes e com renda *per capita* menor ou igual a 5 salários mínimos, que deixaram de trabalhar entre as duas ondas, tiveram uma chance 81% menor de apresentar sintomas depressivos, quando comparadas às que não deixaram de trabalhar (OR=0,19; IC95%:0,04 - 0,82) (tabela 3).

Os homens que deixaram de trabalhar entre as duas ondas mostraram um resultado limítrofe de ter uma chance 52% menor de apresentarem sintomas depressivos, em comparação aos que continuaram trabalhando (OR=0,48; IC95%:0,23 - 1,00) (tabela 3).

Discussão

A associação de trabalho após aposentadoria e saúde é tema de discussão em vários países, especialmente nos Estados Unidos e na Europa, sem que haja um consenso sobre as consequências sobre a saúde, incluindo-se a ocorrência de sintomas depressivos. Este estudo traz algumas contribuições para o debate, atentando para as especificidades do contexto brasileiro, um país de média renda.

As mulheres aposentadas que trabalhavam e que deixaram de trabalhar entre as duas etapas do estudo eram, proporcionalmente, mais jovens, mais escolarizadas, com renda familiar *per capita* maior, não docentes, aposentaram-se mais cedo, tinham menos união conjugal, um tempo de aposentadoria um pouco maior, menos comorbidades e mais sintomas depressivos do que os homens. Por outro lado, raça/cor, chefia de família, motivo da aposentadoria e tempo de trabalho após a aposentadoria estiveram

distribuídos de forma semelhante entre homens e mulheres que deixaram de trabalhar. Este último achado é diverso do encontrado na literatura internacional, na qual se refere que as mulheres estendem mais seu período de trabalho após a aposentadoria do que os homens (FINCH, 2013; Di GESSA et al., 2016), devido às desigualdades do mundo do trabalho que as desfavorecem na pavimentação da sua aposentadoria e as obrigam a buscar uma complementação de renda.

Provavelmente, as mulheres estudadas não prolongaram mais do que os homens seu tempo de trabalho após a aposentadoria, por tratar-se de uma população de funcionários/as públicos/as, o que diminui, em certa medida, as desigualdades de gênero nessa natureza de inserção no trabalho, devido a funções, salários e tipo de aposentadoria bastante semelhantes. Porém, ao se pensar nas mulheres brasileiras mais amplamente, não se pode deixar de ressaltar que, se há adversidades na busca de trabalho na velhice para aquelas em países de alta renda, provavelmente as dificuldades enfrentadas pelas idosas no Brasil são bem maiores, com menor oportunidade de trabalho, o que pode expulsá-las mais cedo do que os homens do mercado de trabalho (KRELING, 2001).

Ainda que não tenha havido associação bruta entre deixar de trabalhar e sintomas depressivos nas mulheres e uma associação limítrofe nos homens, interessava, especialmente, a investigação de modificadores de efeito e confundidores. Neste estudo, observou-se a presença de dois modificadores de efeito importantes para as mulheres, renda e docência. Entretanto, escolaridade não se sustentou como confundidora na análise multivariada. Para os homens, não foram evidenciados modificadores de efeito nem confundidores. Apesar disso, não se pode descartar a possibilidade de que eles não tenham sido selecionados entre as variáveis disponíveis ou de que venham a ser detectados com maior tempo de acompanhamento da população.

Os resultados desta investigação evidenciaram que deixar de exercer atividade laboral após essa prática durante a aposentadoria foi benéfico para as mulheres que não eram docentes e tinham *renda per capita* menor ou igual a cinco salários mínimos, indicando que a saída do mercado de trabalho, nessa situação, é um fator de proteção. Para os homens, os resultados não foram tão evidentes, mas pode-se fazer uma

discussão que vai na mesma direção das mulheres, no sentido da proteção ao se deixar de trabalhar após a aposentadoria.

É possível que as pessoas do presente estudo tenham deixado de trabalhar em um momento desejado, favorecidas pela condição de serem funcionárias públicas com aposentadoria integral, o que possibilita que deixem de trabalhar e se beneficiem dessa escolha, ainda que não possuam uma renda alta. Nos Estados Unidos, observou-se que tanto uma aposentadoria precoce, quando se espera trabalhar por mais tempo, quanto o contrário, quando se trabalha e a expectativa é de aposentar-se, estão associados com aumento significativo de sintomas depressivos (FALBA; GALLO; SINDELAR, 2009). No estudo SHARE, o benefício da aposentadoria esteve relacionado ao tipo de trabalho desenvolvido anteriormente, ou seja, as pessoas se beneficiaram ao saírem de trabalhos com maior sobrecarga física (MAZZONA; PERACCHI, 2015), o que, provavelmente, no presente estudo, atinge mais as trabalhadoras não docentes do que as docentes.

Considerando essa divisão laboral assumida, de docentes e não docentes, acredita-se que seria mais complexa e difícil a decisão de deixar um trabalho como o de docência, tido como gratificante, reconhecido, com prestígio, *status* e maiores oportunidades de criação e sublimação. Simbolicamente, encerrar um trabalho dessa natureza pode representar perda importante, o que repercutiria sobre a saúde psíquica. Manutenção do *status* por mulheres que tinham uma carreira consolidada no trabalho e que prolongavam sua atividade laboral após a aposentadoria foi evidenciada em estudo na Grã Bretanha (FINCH, 2014). Nesse sentido, supõe-se que encerrar as atividades laborais em ocupações não docentes não teria o mesmo impacto simbólico negativo, o que guarda coerência com os achados deste estudo, de proteção desse grupo para os sintomas depressivos, ao deixarem de trabalhar.

Uma interpretação parcial para o achado de associação limítrofe de deixar de trabalhar e sintomas depressivos em homens é que a depressão nos homens apresenta peculiaridades que podem estar conectadas à concepção hegemônica de masculinidade; os homens em estado depressivo tendem a se defender ficando agressivos ou recolhidos, envergonhados por não darem conta de seu papel masculino, especialmente centrados na virilidade sexual e produtiva, esta última representada pelo trabalho (APESOA-VARANO; BARKER; HINTON, 2015). Estes autores colocam que, com o

envelhecimento, os homens têm a possibilidade de alcançar uma sabedoria que faz com que escapem ao modelo hegemônico de masculinidade e possam desenvolver qualidades outras de afetuosidade, com os netos, ou de sabedoria, à medida que o envelhecimento se acentua.

Nesse sentido, os homens mais velhos podem deixar-se relaxar com o avançar da idade no que tange à exigência de corresponder a uma expectativa social de desempenho de competências alinhada com a concepção hegemônica de masculinidades. Com o avançar da idade, a complacência social é maior e a cobrança social é menor, o que torna mais plausível a incorporação de valores alternativos, como exposto acima, permitindo que os idosos encarem a realidade de parar de trabalhar em definitivo com mais naturalidade e tranquilidade. É possível que um maior número de homens na faixa etária acima de 70 anos evidenciasse um efeito protetor mais claro para os sintomas depressivos naqueles que deixaram de trabalhar, por todos os elementos discutidos anteriormente.

Por outro lado, há que se considerar que parte desses idosos estavam inseridos em ocupações de sobrecarga de trabalho, sem um retorno subjetivo de reconhecimento e satisfação. Sendo assim, supõe-se que muitos deles vivenciaram prazer ao sair de trabalhos pouco gratificantes, protegendo-se dos sintomas depressivos.

A escolha de delimitar o trabalho no exercício da docência dificulta alcançar as especificidades dos vários setores e ocupações presentes nas instituições acadêmicas. Por outro lado, foi uma estratégia tomar essa função como referência, pois, além de haver um número razoável de pessoas nessa ocupação, pôde-se favorecer a discussão de aspectos subjetivos e simbólicos do trabalho, tidos como relevantes na ocorrência de sintomas depressivos (DEJOURS,1999).

Outro ponto a destacar é a limitação do instrumento utilizado, que mensura sintomas depressivos apenas na última semana. Nesse sentido, optou-se por excluir as pessoas que referiram sintomas depressivos na linha de base para evitar viés de seleção, o que, ainda assim, não permite que se fale em casos novos (incidência), uma vez que outros momentos de ocorrência de sintomas depressivos podem ter acontecido nos quatro anos que separaram a primeira da segunda onda.

Considera-se que a adesão ao ELSA-Brasil é bastante satisfatória e ela advém da própria estratégia de definição da população, no início do estudo. A escolha de trabalhar com funcionários/as público/as, na sua maioria voluntários/as, foi pensada para garantir maior adesão ao estudo, minimizando perdas de seguimento a longo prazo, principal fonte de viés em estudo de coorte, assim como para viabilizar a concretização do estudo. Embora não tenha havido uma representatividade da população de origem, porque não houve uma amostra probabilística, tomou-se cuidado para que houvesse uma descrição detalhada da coorte permitindo que os resultados sejam generalizados para populações semelhantes. Além disso, vale lembrar que a ausência de representatividade da amostra em relação à população de referência não interfere na validade das medidas de associação mensuradas (AQUINO; BARRETO; SZKLO, 2012).

Embora não se tenha a informação exata de quando os/as aposentados/as deixaram de trabalhar no período de quatro anos entre as duas ondas, sabe-se que a investigação dos sintomas depressivos disse respeito aos últimos sete dias, o que fala a favor da sequência temporal entre os dois eventos, deixar de trabalhar e apresentar sintomas depressivos.

A escolha do CIS-R, traduzido com rigor e adaptado à língua portuguesa, provavelmente minimiza a possibilidade de viés de informação, especialmente porque a seção G do CIS-R, que avalia a presença de sintomas depressivos, é relativamente simples. Além disso, o tempo estabelecido para a avaliação dos sintomas depressivos, circunscrito aos últimos sete dias, igualmente contribui nessa direção.

Como não se tem o registro de quais as doenças que podem ter levado à aposentadoria, as pessoas que se aposentaram por esse motivo tiveram que ser excluídas para evitar a causalidade reversa de sintomas depressivos impedirem o trabalho após a aposentadoria, tornando os dados do estudo mais confiáveis, principalmente porque a depressão é uma das principais causas de afastamento temporário do trabalho (SILVA, 2010) e de aposentadoria por invalidez (CEZÁRIO, 2008).

Este estudo traz alguns aspectos relevantes para a discussão do trabalho de aposentados e, especificamente, aposentadas, em um contexto de gênero. Algumas informações sobre o tema foram geradas e ainda há muito a ser estudado em investigações brasileiras, que virão aprofundar aspectos aqui delineados. Estudos longitudinais possibilitam o avanço do conhecimento com o passar do tempo, quando novos dados poderão favorecer uma discussão mais dinâmica.

A hipótese do estudo não foi confirmada, ou seja, o trabalho não se mostrou um fator de proteção para os sintomas depressivos. Ao contrário, as pessoas que deixaram de trabalhar, especialmente as mulheres não docentes que tinham renda *per capita* familiar menor ou igual a 5 salários mínimos, foram beneficiadas. Essa hipótese, como já referido, foi construída a partir da literatura internacional, especialmente europeia e norte-americana. Sabe-se que a realidade socioeconômica desses países é bastante diversa da encontrada no Brasil, especificamente no que diz respeito a condições de trabalho, renda e pensões de aposentadoria. Também não se pode deixar de assinalar que a conquista de direitos iguais ou semelhantes entre mulheres e homens, nos EUA e Europa, encontra-se em um patamar diferente do encontrado no Brasil.

Além disso, um trabalho com melhores condições, gratificante e reconhecido, torna-se favorável à saúde, incluindo-se a saúde psíquica. Os estudos internacionais, que se preocuparam em distinguir os trabalhos que trazem maior satisfação e recompensa daqueles com piores condições, demonstraram impactos diferentes sobre a saúde psíquica (MAZZONA; PERACCHI, 2015). Mais evidente para as mulheres, a separação entre docentes e não docentes possibilitou demonstrar diferenças entre os grupos de quem trabalhava e de quem deixou de trabalhar.

Nesse sentido, pode-se concluir que houve semelhanças e diferenças entre as mulheres e os homens. Ambos estiveram protegidos contra os sintomas depressivos ao deixarem de trabalhar, embora os homens tenham apresentado resultados limítrofes. Por outro lado, ficou mais claro entre as mulheres o papel da atividade laboral desenvolvida, ou seja, a proteção conferida contra os sintomas depressivos particularmente às não docentes. Duas questões, pelo menos, emergem: as mulheres, quando lhes é permitido economicamente, vinculam-se mais ao trabalho nos seus aspectos simbólicos e subjetivos? Aos homens, ainda resta a marca do provedor que precisa demarcar a sua

virilidade produtiva, transformando a energia laboral principalmente em ganhos materiais? Questões que não puderam ser aprofundadas no escopo deste trabalho, mas que podem instigar o delineamento de novas investigações para darem continuidade a essa linha de pesquisa.

Outro aspecto a ser sinalizado é o momento específico pelo qual vem passando o país, com um intenso debate sobre reforma previdenciária, que poderá atingir diretamente os/as trabalhadores/as, tanto na sua saúde quando nas suas condições financeiras e de vida. Na literatura internacional, este debate vem sendo feito de forma intensa, na direção de reconhecer-se o trabalho das mulheres no cuidado dos filhos no momento da aposentadoria (VLACHANTONI, 2012).

No Brasil, pode-se discutir, de imediato, a necessidade das políticas de reforma de pensões levarem em consideração o momento da aposentadoria e os efeitos benéficos que esta pode causar sobre a saúde de muitos/as trabalhadores/as, conforme recomendado por Mazzona e Peracchi (2015), considerando-se o contexto em que se insere o trabalho desenvolvido e suas particularidades de gênero nas repercussões sobre a saúde dos/as idosos/as.

Referências

- ALAVINIA, S.; BURDORF, A. Unemployment and retirement and ill-health: A cross-sectional analysis across European countries. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 82, p. 39-45, 2008.
- ANTUNES, M. H.; MORÉ, C. L. O. O. Família, trabalho e aposentadoria: uma revisão da produção científica no cenário brasileiro. **Contextos Clínicos**, v.7, n. 2, p.145-154, 2014.
- APESOA-VARANO, E. C.; BARKER, J. C.; HINTON, L. Shards of sorrow: Older men's accounts of their depression experience. **Social Science & Medicine**, v.124, p.1-8, 2015.
- AQUINO, E. M. L. et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, v. 175, n. 4, p. 315-24, Jan. 2012.
- AQUINO, E. M. L. et al. Aspectos Éticos em Estudos Longitudinais: O caso do ELSA - Brasil. **Revista de Saúde Pública**, suplemento 2, v. 47, p. 19-26, Jun. 2013.
- AQUINO, E. M. L.; BARRETO, S.; SZKLO, M. Estudos de Coorte. In: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L.(orgs). **Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 203 - 214.
- BERNARD, M. et al. Trabajo y jubilación marcados por el género. In: Arber, S. e Ginn, J. **Relación entre género y envejecimiento**. Enfoque sociológico. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones, 1996. p. 89-104.
- BITENCOURT, B.M. et al. Para além do tempo do emprego: o sentido do trabalho no processo de aposentadoria. **Revista de Ciências da Administração**, v.13, n.31, p. 30-57, 2011.
- CALASANTI, T. Retirement: Golden years for whom? In: SACKS, N.; MARRONE, C. **Gender and Work in today's world**. USA: Westview Press, 2004. p. 443-455.
- CEZÁRIO, A.C. Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares como causas de concessão de aposentadoria por invalidez no Brasil. Dissertação (Mestrado Profissional). 2008. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.
- DAVE, D., RASHAD, I. SPASOJEVIC, J. The effects of Retirement on Physical and Mental Outcomes. **Working paper**, v.1, n. 5, Jan. 2008.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. Tradução de BETIOL, M. I. S. et al. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, C. **Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap, 1999.

- Di GESSA, G. et al. Is being in paid work beyond state pension age beneficial for health? Evidence from England using a life-course approach. **J Epidemiol Community Health**, v.71, n. 5, p. 431-438, 2017.
- DINGEMANS, E.; HENKENS, K.; SOLINGE, H. van. Access to Bridge Employment: Who Finds and Who Does Not Find Work After Retirement? **The Gerontologist**, vol 56, n.4, p.630-640. 2016.
- FALBA, T. A.; GALLO, W. T.; SINDELAR, J.L. Work expectations, realizations, and Depression in Older Workers. **J Ment Health Policy Econ.**, v.12, n.4, p. 175-186, 2009.
- FARRÉ, A. F. Prólogo a la edición española. In: Arber, S.; Ginn, J. In: **Relación entre género y envejecimiento**. Enfoque sociológico. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones, 1996. p.7-9.
- FRANÇA, L. H. F. P. et al. Aposentar-se ou continuar trabalhando? O que influencia essa decisão? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n. 3, 2013.
- FINCH, N. Why are women more likely than men to extend paid work? The impact of work-family life history. **Eur J Ageing** , v.11, p. 31-39, 2014.
- GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.759-771, 2003.
- HOFFMANN, C.D.; ZILLE, L.P. Centralidade do Trabalho, Aposentadoria e seus desdobramentos biopsicossociais. **REUNA**, v.22, n.1, p.83-102, 2017.
- KRELING, N. H. Gênero e trabalho na terceira idade. **Mulher e Trabalho**, v. 1, 2001.
- LEWIS, G. et al. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. **Psychol Med.**, v. 22, n. 2, p. 465–86, 1992.
- LORETTO, W.; VICKERSTAFF, S. Gender, age and flexible working in later life. **Work, employment and society**, v.29, n.2, 2015.
- MAGALHÃES, M. O. C. **Autoavaliação da saúde por pessoas idosas do ELSA-Brasil**. 2018. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2018.
- MAZZONNA, F.; PERACCHI, F. **Unhealthy retirement? Evidence of occupation heterogeneity**. - IEP Economic Papers, n.1, 2014. Center for Economic and Political Research on Aging (CEPRA).
- MEIRA, V.R.A.; LEITE, Y.U.F. O que leva professores aposentados retornarem à docência? **Nuances: estudos sobre Educação**, v.26, n.1, p. 219-233, 2015.
- MINAYO, M.C.S.; COIMBRA Jr., C.E.A.(orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- NILSSON, K. Conceptualisation of ageing in relation to factors of importance for extending working life – a review. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 44, p.

490-505, 2016.

NUNES, M. A. et al. Adaptação Transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule – Revised version) para o português no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). **Revista HCPA**, v. 31, n. 4, p. 515-8, 2011.

QUADAGNO, J. Work and Retirement. In: **Aging and The Life Course: An Introduction to Social Gerontology**. Chapter 10. Editora: Hardcover, 6th ed, 2013.

SCHWINGEL, A.; NITI, M.; TANG, C. Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. **Age and Ageing**, v. 38, p. 531–537, 2009.

SILVA, D. O. **Fatores associados à ocorrência e duração dos afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior da Bahia**. Dissertação (Mestrado). 2010. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

SINGLETON, N; LEE, A.; MELTZER, H. Psychiatric Morbidity among adults living in private households, 2000: Technical Report. London: **Office for National Statistics**, 2002.

VLACHANTONI, A. Financial inequality and gender in old people. **Maturitas**, v.72, p.104-107, 2012.

**Tabela 1 - Distribuição de aposentados/as, de acordo com deixar de trabalhar após a aposentadoria entre as duas ondas.
ELSA-Brasil (2008-2010; 2012-2014)**

Características	Deixar de trabalhar entre as duas ondas			
	Mulheres(n=668)		Homens (n=496)	
	Não	Sim	Não	Sim
Faixa etária	(n=444)	(n=224)*	(n=266)	(n=230)
50 a 70 anos	85,8	79,5	59,0	58,7
71 a 79 anos	14,2	20,5	41,0	41,3
Escolaridade	(n=444)	(n=224)*	(n=266)	(n=230)*
Pós Graduação	60,8	86,6	60,2	80,9
Universitária	28,2	11,2	18,4	9,1
Médio e fundamental	11,0	2,2	21,4	10,0
Cor/raça	(n=440)	(n=223)	(n=263)	(n=222)
Branca	64,3	71,8	65,4	75,2
Parda	20,4	17,9	17,9	14,4
Preta	10,9	7,6	11,0	8,1
Amarela	3,9	2,7	3,4	1,8
Indígena	0,5	-	2,3	0,5
Renda familiar per capita mensal	(n=444)	(n=224)*	(n=266)	(n=230)
Maior do que 5 salários mínimos	48,2	62,5	50,0	56,1
Menor ou igual a 5 salários mínimos	51,8	37,5	50,0	43,9
União conjugal	(n=444)	(n=224)	(n=266)	(n=230)
Sim	47,1	45,5	83,8	88,7
Não	52,9	54,5	16,2	11,3
Chefia de família	(n=443)	(n=224)	(n=266)	(n=230)
Sim	61,2	64,3	64,3	63,0
Sim, em conjunto com o/a cônjuge	19,4	20,5	26,7	27,0
Não	19,4	15,2	9,0	10,0
Docente	(n=444)	(n=224)*	(n=266)	(n=230)*
Sim	30,4	46,4	42,9	60,0
Não	69,6	53,6	57,1	40,0
Idade aposentadoria	(n=444)	(n=224)*	(n=266)	(n=230)*
Igual ou menor do que 49 anos	31,3	49,1	10,5	17,0
De 50 a 59 anos	52,7	44,6	54,5	60,0
Igual ou maior do que 60 anos	16,0	6,3	35,0	23,0
Motivo aposentadoria**	(n=444)	(n=224)*	(n=266)	(n=230)*
Voluntária	68,9	71,9	68,1	77,8
Compulsória	14,9	8,5	19,9	9,1
Outros motivos***	16,2	19,6	12,0	13,1

Continua...

Tabela 1 -continuação

Características	Deixar de trabalhar entre as duas ondas			
	Mulheres		Homens	
	Não	Sim	Não	Sim
Tempo de aposentadoria	(n=444)	(n=224)*	(n=266)	(n=230)*
Igual ou menor do que 2 anos	36,9	10,3	44,8	15,7
De 3 a 6 anos	36,7	46,4	32,3	45,6
Igual ou maior do que 7 anos	26,4	43,3	22,9	38,7
Tempo de trabalho após a aposentadoria	(n=443)	(n=223)*	(n=266)	(n=230)*
10 anos ou menos	71,3	52,9	70,3	52,2
Mais de 10 anos	28,7	47,1	29,7	47,8
Pelo menos uma comorbidade****	(n=444)	(n=224)	(n=266)	(n=230)
Não	32,7	39,7	23,3	25,2
Sim	67,3	60,3	76,7	74,8
Sintomas depressivos	(n=444)	(n=224)	(n=266)	(n=230)*
Não	89,4	93,3	90,6	95,2
Sim	10,6	6,7	9,4	4,8

*p < 0,05 (teste de chi quadrado de Pearson)

**Excluídas 235 pessoas que se aposentaram por doença (66,4% de mulheres e 33,6% de homens)

***No caso de haver mais de um motivo desencadeador da aposentadoria e a/o participante não distinguir o principal

****Com diagnóstico referido de pelo menos uma das seguintes morbidades: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, enxaquecas, doença arterial periférica

Tabela 2 – Associação entre deixar de trabalhar após a aposentadoria entre as duas ondas e sintomas depressivos, bruta e estratificada pelas características das/os participantes. ELSA-Brasil (2008-2010; 2012-2014)

Características das/os participantes	Deixar de trabalhar entre as duas ondas	
	Mulheres OR(IC95%)	Homens OR(IC95%)
Bruta	0,60 (0,33 - 1,11)	0,48 (0,23 - 1,00)
Faixa etária		
50 a 70 anos	0,63 (0,30 - 1,24)	0,98 (0,38 - 2,47)
71 a 79 anos	0,52 (0,04 - 3,42)	0,00 (0,00 - 0,33)
<i>Ajustada*</i>	0,62 (0,33 - 1,13)	0,48 (0,23 - 1,01)
Escolaridade		
Pós Graduação	0,94 (0,41 - 2,08)	0,45 (0,17 - 1,13)
Universitária	0,18 (0,00 - 1,26)	0,56 (0,01 - 6,21)
Médio e Fundamental	2,20 (0,03 - 1,13)	0,47 (0,00 - 4,63)
<i>Ajustada</i>	0,74 (0,39 - 1,40)	0,47 (0,22 - 0,99)
Raça/cor**		
Branca	0,65 (0,29 - 1,34)	0,47 (0,17 - 1,19)
Parda/Preta	0,50 (0,08 - 1,90)	0,56 (0,05 - 3,73)
<i>Ajustada</i>	0,61 (0,33 - 1,12)	0,50 (0,24 - 1,04)
Rendapercapita mensal		
Maior do que 5 salários mínimos	1,24 (0,51 - 2,94)	0,44 (0,09 - 1,63)
Menor ou igual a 5 salários mínimos	0,22 (0,04 - 0,76)	0,54 (0,18 - 1,47)
<i>Ajustada</i>	0,63 (0,34 - 1,17)	0,50 (0,24 - 1,04)
União conjugal		
Sim	0,34 (0,08 - 1,06)	0,58 (0,23 - 1,38)
Não	0,83 (0,35 - 1,83)	0,20 (0,00 - 1,79)
<i>Ajustada</i>	0,60 (0,32 - 1,10)	0,49 (0,23 - 1,03)
Chefia da família		
Sim, exclusivamente	0,73 (0,32 - 1,52)	0,45 (0,15 - 1,21)
Sim, em conjunto com o/a cônjuge	0,30 (0,03 - 1,52)	0,55 (0,08 - 2,72)
Não	0,40 (0,01 - 3,55)	0,50 (0,01 - 10,41)
<i>Ajustada</i>	0,59 (0,32 - 1,08)	0,48 (0,23 - 1,01)
Docente		
Sim	3,17 (0,69 - 19,41)	0,29 (0,07 - 0,91)
Não	0,43 (0,16 - 0,96)	0,81 (0,24 - 2,44)
<i>Ajustada</i>	0,69 (0,37 - 1,28)	0,49 (0,23 - 1,01)
Idade aposentadoria		
50 anos ou menos	0,63 (0,24 - 1,59)	1,91 (0,28 - 21,39)
51 a 59 anos	0,53 (0,17 - 1,32)	0,35 (0,09 - 1,07)
60 anos ou mais	0,00 (0,00 - 3,90)	0,17 (0,00 - 1,37)
<i>Ajustada</i>	0,55 (0,29 - 1,02)	0,44 (0,20 - 0,95)

Continua...

Tabela 2 - Continuação

Características das/os participantes	Deixar de trabalhar entre as duas ondas	
	Mulheres	Homens
	OR(IC95%)	OR(IC95%)
Motivo aposentadoria***		
Voluntária	0,65 (0,28 - 1,37)	0,39 (0,13 - 1,03)
Compulsória	0,00 (0,00 - 1,54)	0,39 (0,01 - 3,60)
Outros motivos****	0,80 (0,16 - 3,23)	1,66 (0,17 - 21,19)
<i>Ajustada</i>	0,59 (0,32 - 1,10)	0,49 (0,23 - 1,04)
Tempo de aposentadoria		
Igual ou menor do que 2 anos	0,32 (0,01 - 2,27)	0,64 (0,06 - 3,23)
De 3 a 6 anos	0,43 (0,12 - 1,28)	0,33 (0,07 - 1,27)
Igual ou maior do que 7 anos	1,09 (0,37 - 3,14)	0,54 (0,12 - 2,27)
<i>Ajustada</i>	0,62 (0,33 - 1,18)	0,47 (0,22 - 1,00)
Tempo de trabalho após a aposentadoria		
10 anos ou menos	0,58 (0,22 - 1,33)	0,36 (0,08 - 1,18)
11 anos ou mais	0,68 (0,21 - 1,97)	0,52 (0,15 - 1,68)
<i>Ajustada</i>	0,62 (0,33 - 1,14)	0,44 (0,20 - 0,93)
Pelo menos uma comorbidade*****		
Não	1,03 (0,32 - 3,07)	0,40 (0,03 - 2,63)
Sim	0,46 (0,17 - 1,04)	0,50 (0,19 - 1,20)
<i>Ajustada</i>	0,61 (0,33 - 1,13)	0,48 (0,23 - 1,01)

OR=Odds Ratio

*Teste de homogeneidade de Mantel-Haenszel

**Foram excluídas desta análise 77 pessoas amarelas (2,8%) e 26 indígenas (1% do total)

***Excluídas 235 pessoas que se aposentaram por doença (66,4% de mulheres e 33,6% de homens)

****Não há informação sobre a especificidade de "outros motivos".

*****Diabetes, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, enxaquecas, doença arterial periférica

**Tabela 3 – Modelos de regressão logística para a associação entre deixar de trabalhar após a aposentadoria entre as duas ondas e sintomas depressivos, bruta e estratificada por renda *per capita* e por docência.
ELSA-Brasil (2008-2010; 2012-2014)**

Modelos	Deixar de trabalhar entre as duas ondas	
	OR (IC95%) Não	OR (IC95%) Sim
Homens (n=496)		
Bruta	1,0	0,48 (0,23 - 1,00)
Mulheres (n=668)		
Bruta	1,0	0,60 (0,33 - 1,11)
Renda <i>per capita</i> maior do que 5 salários mínimos		
Docentes	1,0	4,29 (0,84 - 21,88)
Não docentes	1,0	0,79 (0,28 - 2,21)
Renda <i>per capita</i> menor ou igual a 5 salários mínimos		
Docentes	1,0	1,33 (0,17 - 10,15)
Não docentes	1,0	0,19 (0,04 - 0,82)

OR=Odds Ratio

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação teve como objeto empírico central as relações entre aspectos da aposentadoria de servidores/as públicos/as de seis capitais brasileiras e sintomas depressivos, guiado, todo o tempo, por um eixo teórico de gênero e das masculinidades. Mesmo que não se tenha apresentado as linhas teóricas existentes, nem optado por uma delas, ainda assim as diretrizes a serem adotadas na interpretação e discussão dos resultados de homens e mulheres, separadamente, foram claramente delineadas e poderiam ser retomadas a partir da ideia de que gênero é socialmente construído nas relações de poder que se estabelecem ao longo da vida e nos diversos espaços de atuação, que determinam comportamentos a serem desempenhados por homens e mulheres, com desfavorecimento das últimas na balança das desigualdades, o que pode levá-las ao sofrimento.

Na mesma linha de pensamento, a teoria hegemônica das masculinidades é construída a partir da ideia de espaços, comportamentos, exercício de poder “inerentes” e peculiares aos homens, favorecendo-os, na balança das possibilidades. Aos homens é permitido demonstrar, da forma como lhes interessa, a sua virilidade sexual e produtiva, esta última representada pela capacidade de trabalho e recompensa financeira para prover a família em suas necessidades essenciais. Se aí existe uma posição de poder que é exercida sem cerimônia, também há uma cobrança social de desempenho de uma masculinidade que oprime e também pode levar ao sofrimento, por vias diferentes daquelas percorridas pelas mulheres.

Duas considerações, ao menos, precisam ser feitas: a primeira diz respeito a que as relações sociais são permeadas pelo poder e aos homens ainda cabe o lugar de comando. Portanto, não pode ser igualado o sofrimento que advém desses lugares diversos ocupados por elas e eles. A segunda diz respeito à dinâmica das relações de poder e, conseqüentemente, às possibilidades de mudanças, que vêm sendo observadas mais intensamente nas últimas décadas e que, justamente, tendem a equilibrar o poder e a minimizar a desigualdade. Em quanto tempo, não se sabe...

As marcas da aposentadoria, sublinhadas no presente estudo, foram a diversidade e a ambiguidade. Ressaltado em mais de uma passagem da tese, a vivência da aposentadoria dependerá das condições de gênero, raça e classe social. Fazendo parte desse conjunto, destacam-se as condições de trabalho, salário, carreira, que pavimentarão o caminho até a chegada da aposentadoria, que reproduzirá desigualdades de acordo com o vivido anteriormente. A ambiguidade, talvez, possa ser pensada como um desdobramento da diversidade, com acento na subjetividade. Aposentadoria será vivenciada como prazer, decorrente do tempo livre, da realização de sonhos, da recompensa de tantos anos dedicando sua energia para a produção. Além das condições concretas logo acima sinalizadas, há que se pensar também em como o sujeito se posicionará diante dessa nova realidade, que oferece oportunidades para que o novo emergja. Por outro lado, a aposentadoria traz consigo, reforçado pelo imaginário coletivo, um conjunto de perdas: de laços sociais construídos no trabalho ao longo de toda uma vida laboral; de *status*; de sujeito produtivo; do lugar de ser útil socialmente; do reconhecimento de ser produtivo; de um espaço possível de criatividade e sublimação.

Via de regra, a aposentadoria vem acompanhada pelo envelhecimento, da mesma forma carregado de ambiguidades, pois trata-se de um momento em que, a partir do vazio instalado por perdas de natureza diversas como morte de pessoas queridas, mobilidade, independência, saúde, laços sociais, um processo de elaboração pode advir e a vivência do envelhecimento/aposentadoria dar-se de forma enriquecedora.

Um ponto a ser resgatado é que, em todo o tempo da pesquisa, não se perdeu de vista que, em estudos anteriores do ELSA-Brasil, não houve associação entre estar aposentado e apresentar episódios depressivos, em comparação aos trabalhadores/as ativos/as. Apesar dessa informação inicial, seguiu-se adiante, pois o que se queria era estudar os fatores associados aos sintomas depressivos em aposentados/as e observar a associação entre deixar de trabalhar e sintomas depressivos, assim como também entre dificuldade financeira grave e sintomas depressivos, detectando-se os modificadores de efeito dessas relações. Com o desenvolvimento e amadurecimento do estudo, ficou claro porque a associação entre aposentadoria e sintomas depressivos não é consenso na literatura. Primeiro, foi preciso entender mais claramente como as questões de gênero, de classe social e de inserções laborais prévias podem fazer com que essa associação seja positiva ou negativa.

A referência de sintomas depressivos pelos/as participantes foi escolhida como desfecho deste trabalho. Não foi uma escolha tranquila, porque havia a opção de escolher-se um indicador de episódio depressivo, ganhando-se em profundidade e perdendo-se em magnitude e possibilidades analíticas. Escolher sintomas depressivos foi optar por abranger um maior número de pessoas como estratégia analítica e também para, ao final do estudo, atingir mais interessados na divulgação dos resultados e no desenvolvimento de trabalho educativo e preventivo da depressão. Isso porque a presença de sintomas depressivos pode ser pensada como um estágio anterior ao advento do quadro clínico das depressões. Além disso, pensou-se na maior adequação da escolha à contextualização do mal estar na contemporaneidade, que não diz respeito exatamente a diagnósticos, mas, principalmente, a situações sintomáticas.

No primeiro artigo, que teve o objetivo de estudar as associações entre características dos/as aposentados/as e sintomas depressivos, observou-se, para as mulheres, o destaque de escolaridade, comorbidades e eventos estressores como falecimento de parentes próximos e hospitalização, considerando-se haver um recorte de gênero nesses achados, conforme já discutido.

Para os homens, chefia de família foi a característica específica encontrada, que gerou uma discussão sobre masculinidade hegemônica e a importância do papel de provedor para eles, com as consequências psíquicas quando não ocupam esse lugar. Dificuldade financeira grave foi destaque nos modelos finais tanto de aposentados quanto de aposentadas, mostrando uma semelhança entre eles e elas.

Com o objetivo de aprofundar a análise desse último achado, desenvolveu-se o artigo 2, para testar a hipótese de associação entre dificuldades financeiras graves e sintomas depressivos, sob o olhar de gênero. Os resultados nesse segundo artigo corroboraram a semelhança encontrada no artigo exploratório, mesmo se estratificando por renda e atividade laboral. Renda destacou-se como a característica de relevância para os resultados finais, uma vez que apenas as pessoas que tinham renda familiar líquida mensal igual ou menor do que oito salários mínimos apresentaram associação entre dificuldade financeira e sintomas depressivos. Ainda que a literatura internacional faça ressalvas sobre o papel da renda em relação às dificuldades financeiras, ficou claro

nos resultados deste artigo que a renda teve um papel preponderante como modificadora de efeito para a associação sob estudo. Depois de uma discussão que passa pela consideração de tratar-se de uma coorte laboral de funcionários/as públicos/as que são contemplados por condições de trabalho e de aposentadoria semelhantes, chega-se à conclusão de que a dimensão socioeconômica sobrepujou o gênero no tema estudado.

O terceiro artigo teve um desenho longitudinal, envolvendo informações das ondas 1 e 2 sobre mudança de inserção no trabalho após a aposentadoria e associação com sintomas depressivos. Analisaram-se as pessoas que estavam trabalhando depois da aposentadoria, à época da linha de base, e as mudanças observadas após quatro anos. Alguns desafios aconteceram nesse artigo e foram sendo ultrapassados, paulatinamente. Observou-se, no início, que as mulheres não apresentaram associação bruta significativa entre deixar de trabalhar e sintomas depressivos e os homens apresentaram resultados limítrofes. Seguiu-se em frente porque o que mais impulsionava a investigação era detectar modificadores de efeito para as associações que estavam sendo estudadas. Para eles, não houve modificadores de efeito, e, para elas, renda *per capita* e docência foram evidenciadas. Mais uma vez, a renda teve um papel relevante nos resultados das mulheres que deixaram de trabalhar. As que tinham renda *per capita* menor ou igual a 5 salários mínimos e não eram docentes mostraram-se protegidas para sintomas depressivos, ao deixarem de trabalhar. Os homens também se mostraram protegidos para sintomas depressivos, em resultado bruto limítrofe, ao deixarem de trabalhar. Nesse sentido, os resultados entre aposentados e aposentadas tiveram a mesma direção, embora a força da associação tenha sido maior para as mulheres.

Nesse último artigo, a literatura ajudou a encaminhar a discussão, precipuamente, para condições de trabalho, significados do trabalho e associação com saúde psíquica. Mais uma vez, as diferenças claras de gênero não estiveram presentes e a interpretação caminhou na direção de ressaltar as semelhanças nas condições de trabalho e de aposentadoria entre eles e elas. Pode-se supor, a partir desses resultados, que, mantidas as condições laborais e sociais equiparáveis entre mulheres e homens, as diferenças de gênero diminuem e prepondera a dimensão socioeconômica.

Outro ponto relevante desse artigo foi que os achados contrariaram a literatura internacional hegemônica, que refere o fator protetor do trabalho para aposentados/as.

Há que se considerar, logo de início, as diferenças da realidade dos países de alta e de média renda. Condições de trabalho, tipo de trabalho desenvolvido, salários, avanços nas conquistas de gênero são algumas das diferenças que podem ser citadas. Considerando esses fatores, pôde-se discutir e interpretar os resultados.

Houve um achado que chamou a atenção em toda a tese: a falta de associação das variáveis de trabalho e de aposentadoria com os sintomas depressivos nas análises multivariadas. Nenhuma dessas variáveis manteve-se nos modelos finais do artigo 1. Para os outros artigos, no que se refere aos aspectos ocupacionais, sobressaiu-se docência como modificadora de efeito para o artigo 3. Surgiram algumas questões: teria sido a forma de classificar as categorias, principalmente as de aposentadoria? Seria a própria forma de construir as variáveis ocupacionais? Escolaridade e renda são mais relevantes? Ficam questões a serem respondidas, futuramente, em estudos posteriores.

A renda sobressaiu-se como importante modificadora de efeito e responsável principal pelos achados nos artigos 2 e 3. A determinação econômica salta aos olhos ao se examinar os resultados norteados pela renda, seja a familiar, seja a *per capita*. No primeiro artigo, renda não foi selecionada, devido à forte colinearidade entre ela e escolaridade. Escolheu-se escolaridade, pois havia o interesse de observar o comportamento dessa variável de acordo com o gênero, uma vez que a literatura científica ressalta a sua relevância, especialmente para as mulheres, que se escolarizam cada vez mais como estratégia de compensar as injustiças cometidas no mundo do trabalho. Ser escolarizada traz um reconhecimento social que leva à satisfação e ao prazer, desde que ela seja utilizada e aproveitada na sua inserção laboral, o que, provavelmente, não ocorreu no presente estudo com as mulheres que apresentaram associação entre nível escolar universitário e sintomas depressivos, que estavam majoritariamente ocupando funções de nível médio.

Os limites e vantagens do estudo foram exhaustivamente discutidos nos artigos. Vale ressaltar apenas que o ELSA-Brasil é composto por uma população de servidores/as públicos/as, o que exige cautela na generalização dos resultados. Por outro lado, é a primeira coorte brasileira que tem um grande número de aposentados/as.

Ressalta-se a relevância de estudos com aposentados/as respaldados na teoria de gênero e das masculinidades, no Brasil, que possam gerar novos conhecimentos, especialmente em um momento histórico de reformas governamentais que pretendem prolongar a idade para o exercício do direito do seguro social, sem considerar o contexto em que se inserem as aposentadorias de homens e mulheres, suas particularidades de gênero e as repercussões sobre a saúde dos/as idosos/as.

Espera-se que esse estudo possa ser utilizado como referência para a elaboração de políticas públicas de prevenção da depressão, para idosos/as, com um olhar de gênero. Além disso, a inserção da autora na FUNDACENTRO, instituição pública que desenvolve ações educativas na área de saúde e segurança no trabalho, favorecerá a discussão dos resultados com os funcionários/as público/as ativos/as e aposentados/as, ampliando-se a abordagem da aposentadoria em suas facetas diversas e da prevenção dos quadros depressivos em suas várias formas de apresentação, tomando como referência as teorias de gênero.

REFERÊNCIAS

- ALAVINIA, S.; BURDORF, A. Unemployment and retirement and ill-health: A cross-sectional analysis across European countries. **Inter Arch Occup Environ Health**, v. 82, n. 1, p. 39-45, 2008.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Soc Sci Med**, v. 59, n. 7, p. 1339-1353, 2004.
- ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.4, 796 - 802, dez. 2009.
- ANGST, J. et al. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.**, v.252, n.5, p.201-9, 2002.
- ANTUNES, M. H.; MORÉ, C. L. O. O. Família, trabalho e aposentadoria: uma revisão da produção científica no cenário brasileiro. **Contextos Clínic**, v.7, n.2, p.145-154, 2015.
- APESOA-VARANO, E. C.; BARKER, J.C.; HINTON, L. Shards of sorrow: Older men's accounts of their depression experience. **Soc Sci Med**, v.124, p.1-8, 2015.
- AQUINO, E. M. L. et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, v. 175, n. 4, p. 315-24, Jan. 2012.
- AQUINO, E. M. L. et al. Aspectos Éticos em Estudos Longitudinais: O caso do ELSA - Brasil. **Revista de Saúde Pública**, suplemento 2, v. 47, p. 19-26, Jun. 2013.
- AQUINO, E. M. L.; BARRETO, S.; SZKLO, M. Estudos de Coorte. In: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L. (orgs). **Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p.203-214.
- ARAÚJO, A. B. et al. The Relationship Between Depressive Symptoms and Male Erectile Dysfunction: Cross-Sectional Results From the Massachusetts Male Aging Study. **Psychosomatic Medicine**, v. 60, n.4, p. 458-65, July 1998.
- ASSARI, S.; LANKARANI, M. M. Association between Stressful Life Events and Depression: Intersection of Race and Gender. **J Racial and Ethnic Health Disparities**, 2015.DOI10.1007/s40615-015-0160-5.
- BAMIA, C.; TRICHOPOULOU, TRICHOPOULOS, D. A. Age at Retirement and Mortality in a General Population Sample - The Greek EPIC Study. **American Journal of Epidemiology**, v. 167, n.5, p.561-569, 2007.

- BARATA,R.B.;WERNECK,G.L. Observação e registro dos fenômenos epidemiológicos (Tempo, Espaço, Indivíduos e Populações). In: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L.(orgs). **Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p.127-149.
- BARBIERI, N. A escuta da depressão no envelhecimento. Mesa: Depressão na contemporaneidade. In: **III Congresso Iberoamericano de Psicogerontologia – “DIVERS-IDADES: Subjetividade, Cultura e Poder”**. São Paulo, 03 a 05/11/2009.
- BARRETO, M.; NETTO, N. B.; PEREIRA, L. B. **Do Assédio Moral à Morte de Si: Significados Sociais do Suicídio no trabalho**. São Paulo: Gráfica e Editora Matsunaga, 2011.
- BASTOS, A. V. B.; PINHO, A. P. M.; COSTA, C. A. Significado do Trabalho - um Estudo Entre Trabalhadores Inseridos em Organizações Formais. **RAE- Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 6, p.20-29, nov-dez. 1995.
- BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos** (trad. Carlos Alberto Medeiros). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.
- BENEDETTI, T.R.B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 302-7, 2008.
- BENSEÑOR, I. M. et al. Subclinical thyroid dysfunction and psychiatric disorders: cross-sectional results from the Brazilian Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Clinical endocrinology**, v. 84, n. 2, p. 250-256, 2016.
- BERNARD, M. et al. Trabajo y jubilación marcados por el género. In: Arber, S. e Ginn, J. **Relación entre género y envejecimiento**. Enfoque sociológico. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones, 1996. p.89-104.
- BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- BIRMAN, Joel. **O mal estar na pós-modernidade**. Portalpead. 08/05/2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cyDrrpRuwsE>
- BITENCOURT, B. M. et al. Para além do tempo do emprego: o sentido do trabalho no processo de aposentadoria. **Revista de Ciências da Administração**, v.13, n.31, p. 30-57, 2011.
- BLAZER,D. et al. The Association of Age and Depression Among the Elderly: An Epidemiologic Exploration. *J Gerontol*, v.46, n.6, p 210-215, 1991.
- BORGES, L.J. et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, aug. 2013
- BOSCHLOO, L. Alcohol-use disorder severity predicts first-incidence of depressive disorders. **Psychol Med.**, v.42, n.4, p. 695-703, Apr 2012.

- BOTEGA, N.J. et al. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. **Soc Psychiatry Epidemiol**, v.30, p.127-131, 1995.
- BRITTO DA MOTTA, A. B. Reinventando fases: a família do idoso. **Caderno CRH**, n.29, p.69-87, 1998.
- BRITTO DA MOTTA, A. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos pagu**, n.1, p.191-221, 1999.
- BRITTO DA MOTTA, A. Mulheres velhas - Elas começam a aparecer... In: PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M (org.). **Novas Histórias das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2012. p.84-104.
- BRITO, J. C. et al. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 37, n. 126, p.316-329, 2012.
- BRUNONI, A. R. et al. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. The Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Journal of affective disorders**, v. 151, n. 1, p. 71-77, 2013.
- BRUNONI, A. R. et al. Bereavement and common mental disorders in middle-aged adults: Results from the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Journal of affective disorders**, v. 152, p. 369-374, 2014.
- BRUNONI, A. R. et al. Acute suicidal ideation in middle-aged adults from Brazil. Results from the baseline data of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Psychiatry research**, v. 225, n. 3, p. 556-562, 2015.
- BRUSCHINI, C.; RICOLDI, A. M. e MERCADO, C. M. **Trabalho e gênero no Brasil até 2005: uma comparação regional**. In: COSTA, A. O.; SORJ, B.; BRUSCHINI, C. e HIRATA, H. (Orgs.). Mercado de Trabalho e Gênero: comparações internacionais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.
- BUBER, I, ENGELHARDT, H. The Association between Age and Depressive Symptoms among Older Men and Women in Europe. Findings from SHARE. **Comparative Population Studies**, v. 36, n. 1, may 2011.
- BUTTERWORTH, P.; RODGERS, B.; WINDSOR, T. D. Financial hardship, socio-economic position and depression: Results from the PATH Through Life Survey. **Soc Sci Med**, v 69, n. 2, p. 229-237, 2009.
- CALASANTI, T. Retirement: Golden years for whom? In: SACKS, N.; MARRONE, C. **Gender and Work in today`s world**. USA: Westview Press, 2004. p. 443-455.
- CAMARANO, A. A. **O idoso brasileiro no mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: IPEA, out. 2001 (Texto para Discussão, 830).
- CAMARANO, A. A. KANSO, S; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de

Janeiro: IPEA, 2004.

CAPITÃO, C.G. A incidência de depressão no mundo do trabalho. In: Ferreira, J.J. (coord.). **Saúde Mental no Trabalho**: Coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás. Goiânia: Cir Gráfica, 2013. p 445-456.

CARVALHO, I.S.; COELHO, V. L. D. Mulheres na maturidade e queixa depressiva: compartilhando histórias, revendo desafios. **Revista Psico-USF**, Itatiba, v. 11, n. 1, p. 113-122, jan./jun. 2006.

CASTRO, M. G. O conceito de gênero e as análises sobre mulher e trabalho: notas sobre impasses teóricos. **Caderno CRH**, v. 17, p. 80-105, 1992.

CASTRO, N. A.; GUIMARÃES, I. B. Divisão sexual do trabalho, produção e reprodução. In: CASTRO, N. A. **Relações de trabalho, relações de poder**. Brasília: UnB, 1997. p.101-130.

CHOI, K. S; STEWART, R; DEWEY, M. Participation in productive activities and depression among older Europeans: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **Int J Geriatr Psychiatry**., v. 28, n. 11, p. 1157- 65, 2013.

CHOR, D. et al. Questionário do ELSA – Brasil: desafios na elaboração de instrumento. **Rev. de Saúde Pública**, suplemento 2, v. 47, n. 2, p. 27-36, Jun. 2013.

COUTO-OLIVEIRA, V. Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência. **Rev. abordagem gestalt**. v.13, n.2, p. 280-281, 2007.

DAVE, D., RASHAD, I. SPASOJEVIC, J. The effects of Retirement on Physical and Mental Outcomes. Southern **Economic Journal**, v. 75, n. 2, p. 497-523. 2008.

DEBERT, G.G. Gênero e envelhecimento. **Estudos Feministas**, ano 2, n. 1, p.33-51, 1994.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap: EAESP/FGV, 1999.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v.14, n.3, p 27-34, 2004.

DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES,A.M.; LIMA, S.C.C.; FACAS, E.P.(orgs). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007. p.13-26.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e Trabalho: o que fazer?** Brasília: Paralelo 15, 2010.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, p. 6-11, 1999.

DEL PORTO, J. A. Conceito de depressão e seus limites. In: LAFER, B. et al. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.20-28.

Di GESSA, G. et al. Is being in paid work beyond state pension age beneficial for health? Evidence from England using a life-course approach. **J Epidemiol Community Health**, v.71, n. 5, p. 431-438, 2017.

DINGEMANS, E.; HENKENS, K.; SOLINGE, H. v.. Access to Bridge Employment: Who Finds and Who Does Not Find Work After Retirement? **The Gerontologist**, v. 56, n.4, p.630-640, 2016..

EVANS, J. et al. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. **Journal of Men`s health**, vol.8, n.1, 7-15, March 2011.

FALBA, T. A.; GALLO, W.T.; SINDELAR, J.L. Work expectations, realizations, and Depression in Older Workers. **J Ment Health Policy Econ.**, v.12, n.4, p. 175-186, 2009.

FARRÉ, A. F. Prólogo a la edición española. In: ARBER, S.; GINN, J. **Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico**. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones, 1996. p. 7-9.

FERNANDES, N. G; ZORDAN, M. S. - Relações entre Trabalho, Saúde e Aposentadoria da Pessoa Idosa: Uma Abordagem Teórica. **Rev. Científica da Faculdade de Balsas**, Ano III, n.3, 2012.

FINCH, N. Why are women more likely than men to extend paid work? The impact of work-family life history. **Eur J Ageing** , v.11, n. 1, p. 31-39, 2014.

FONSECA, N.A. Ética, Direitos e Relações de Gênero no Trabalho - a recriação do sentido do trabalho do ponto de vista dos Direitos Humanos. In: COSTA, A..A; MENICUCCI, De O; EDNALVA, M.;SOARES,V. (Org.). **Reconfiguração das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT Brasil, 2004. p.119-130.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estud. psicol.**, v.14, n.1, p. 69-75, 2009.

FRANÇA, L. H. F. P. et al. Aposentar-se ou continuar trabalhando? O que influencia essa decisão? **Psicol. cien. prof.**, v.33, n. 3, p. 548-563, 2013.

FREUD, S. Além do princípio de prazer. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago,1920/1974.

FREUD, S. O mal estar na civilização. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol XXI. Rio de Janeiro: Imago,1930/1974.

GAZALLE, F.K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, 2004.

GEA, A. et al. Alcohol intake, wine consumption and the development of depression: the PREDIMED study. **BMC Medicine**.v.11, n.192, 2013.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.759-771, 2003.

GINN, J.; ARBER, S.;. “Mera conexión”. Relaciones de género y envejecimiento. In: ARBER, S.; GINN, J. **Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico**. Madrid: Ediciones Narcea, 1996. p 17-34

GONÇALVES, E. “Remar o próprio barco”: a centralidade do trabalho no mundo das mulheres “sós. **cadernos pagu**, n. 34, p. 235-268, jan-jun 2010.

GONÇALVES, R.C. **A trajetória laboral de homens e mulheres no processo de desligamento das relações de trabalho pela aposentadoria**. Dissertação (Mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

GOTTER, M.E.M. A manifestação de episódios depressivos na velhice: o corpo, as ideias hipocondríacas e o desamparo. Mesa: Depressão na contemporaneidade. In: **III Congresso Iberoamericano de Psicogerontologia – “DIVERS-IDADES: Subjetividade, Cultura e Poder”**. São Paulo, 03 a 05/11/2009.

GRANT, P. et al..The impacts of anxiety and depression on patients within a large type 1 diabetes insulin pump population. Na observational study. **Diabetes Metab**, v.39, n.5, p.439-44, oct 2013.

HAMMARSTRÖM, A. et al. Gender-related explanatory models of depression: a critical evaluation of medical articles. **Public Health**, v. 123: 689-693, 2009.

HEILBORN, M. L. Gênero, sexualidade e Saúde. In: **Saúde e Reprodução – compartilhando responsabilidades**. SILVA, D. P. M. (Org.) RJ: Editora da UERJ, 1997, 0.101-110.

HELLWIG, N.;MUNHOZ,T.N.;TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, , pp. 3575-3584, nov.2016.

HIRATA, H. O Conceito de trabalho. In: Emilio, M. et al (orgs). **Trabalho e cidadania Ativa para as Mulheres: Desafios para as Políticas Públicas**. Prefeitura Municipal de São Paulo-Coordenadoria Especial da Mulher. São Paulo: Casa de Edição, 2003, p 65-69.

- HOFFMANN, C. D.; ZILLE, L. P. Centralidade do Trabalho, Aposentadoria e seus desdobramentos biopsicossociais. **REUNA**, v.22, n.1, p.83-102, 2017.
- HOHWEDDER, S.; WILLIS, R. J. Mental Retirement. *Journal of Economic Perspectives*, 24(1):119-138, 2010.
- JANG, S - N et al. Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLOSA). **Social Science & Medicine**, v. 69, n 11, p. 1608-1615, 2009.
- JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 84-92, jan./jun. 2011.
- KEHL, M.R. **O tempo e o cão** - a atualidade das depressões (2ª ed.). São Paulo: Boitempo, 2014. 310 p.
- KEMP, A. H. et al. Effects of depression, anxiety, comorbidity, and antidepressants on resting-state heart rate and its variability: an ELSA-Brasil cohort baseline study. **American Journal of Psychiatry**, 2014.
- KEMP, A. H. et al. The association between mood and anxiety disorders, and coronary heart disease in Brazil: a cross-sectional analysis on the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Frontiers in psychology**, v. 6, 2015.
- KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: Emilio, M. et al (orgs). **Trabalho e Cidadania Ativa para as Mulheres: Desafios para as Políticas Públicas**. Prefeitura Municipal de São Paulo-Coordenadoria Especial da Mulher. São Paulo:Casa de Edição, 2003, p 55-64.
- KING, A.L.S.; NAIRDIL, A. E.; CRUZ, M.S. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.1, 2006.
- KRELING, N. H. Gênero e trabalho na terceira idade. **Mulher e Trabalho**. v. 1, p. 97-104, 2001.
- LACAN, J. **A angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. (O Seminário – Livro 10).
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-41, Junho 2005.
- LEVY, H. Income, Poverty, and Material Hardship Among Older Americans. The Russell Sage Foundation. **Journal of the Social Sciences-RFS**, v.1, n.1, p.55-77, 2015.
- LEWIS, G.; WESSELY, S. Comparison of the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale Screening for psychiatric disorder in the physically ill. **British Journal of Psychiatry**, v. 157, p. 860–864, 1990.
- LEWIS, G. et al. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. **Psychol Med.** , v. 22, n. 2, p. 465–86, 1992.

LITWIN, H.; SAPIR, E. V. Perceived Income Adequacy Among Older Adults in 12 Countries: Findings From the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. **The Gerontologist**, v. 49, n. 3, p. 397-406, 2009.

LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde. **Rev Bras Psiquiatr**, vol 23, n. 3, pp.126-33, 2001.

LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol 19, n.6, pp.1713-1720, 2003.

LORETTO, W.; VICKERSTAFF, S. Gender, age and flexible working in later life. **Work, employment and society**, v.29, n.2, p. 233-249, 2015.

MACHADO, L. Z. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.4, n.8, p.11-26, 2001.

MAGALHÃES, M. O. C. **Autoavaliação da saúde por pessoas idosas do ELSA-Brasil**. 2018. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2018.

MARMOT, M.G.; SHIPLEY, M.J. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. **BMJ**, v.313, n.1177, 1996.

MAZZONNA, F.; PERACCHI, F. Unhealthy retirement? Evidence of occupation heterogeneity. - **IdEP Economic Papers**, n.1, 2014. Center for Economic and Political Research on Aging (CEPRA).

McDOWELL, I. Depression. In: _____. **Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires** (3ª ed.). New York: Oxford University Press, 2006. p 329-393.

MEANING OF WORKING RESEARCH TEAM. *Meaning of working*. London: Academic Press, 1987 apud BASTOS, A. V. B.; PINHO, A. P. M.; COSTA, C. A. Significado do Trabalho - um Estudo Entre Trabalhadores Inseridos em Organizações Formais. **RAE- Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 6, nov-dez, p.20-29, 1995.

MEIRA, V. R. A.; LEITE, Y. U. F. O que leva professores aposentados retornarem à docência? **Nuances: estudos sobre Educação**, v.26, n.1, p. 219-233, 2015.

MENDES, A. M. **Trabalho e Saúde: O sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá Editora, 2008.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. (orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, MCS.; MENEGUEL, SN.; CAVALCANTE, FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p. 2665-74, 2012.

MIRANDA, F. A. N. et al.. Saúde mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p.711-716, 2009.

MIROWSKY, J.; ROSS, C. E. Age and depression. **J Health Soc Behav.**, v.33, n.3, p.187-205,1992.

MOUSSAVI et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. **The Lancet**, v.370, n.8/14, p.851-858, 2007.

NILSSON, K. Conceptualisation of ageing in relation to factors of importance for extending working life – a review. **Scand J Public Health**, v. 44, n. 5, p. 490-505, 2016.

NUNES, M. A. et al. Adaptação Transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule – Revised version) para o português no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). **Revista HCPA**, v. 31, n. 4, p. 515-8, 2011.

NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 2, p. 91-97, 2016.

OLIFFE, J. L. et al. Masculinities, Work, and Retirement among Older Men who Experience Depression. **Qual Health Res**, v. 23, n. 2, p. 1626-37, 2013.

OLIVEIRA, A. M. H. C. **Tipologias Ocupacionais aplicadas à análise socioeconômica da amostra Elsa**. Resumo do Relatório Técnico Projeto ELSA. CEDEPLAR/UFMG, Julho de 2013.

OLIVEIRA, C.; TORRES, A.R.R.; ALBUQUERQUE, E.S. Análise do bem estar psicossocial de aposentados de Goiânia. **Psicologia em estudo**, v.14, n.4, p.749-757, 2009.

PANOZZO E.A.L.; MONTEIRO, J.K. Aposentadoria e saúde mental: uma revisão de literatura. **Cad. psicol. soc. trab., São Paulo**, v.16., n.2, dez.2013.

PARKES, C. M. Coping with loss: Bereavement in adult life. **BMJ**, v.316, n.7134, p.856–859, mar 1998.

PIMENTA, F. A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n.1, p. 55-60, 2008.

PONDÉ, Luiz Felipe. O diagnóstico de Zygmunt Bauman para a pós modernidade. Café Filosófico- Tv Cultura. 09/03/2006. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6xt-k2kkvb4>.

PORTUGAL, F. B. et al. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 497-508, 2016.

QUADAGNO, J. Work and Retirement. In: **Ageing and The Life Course: An Introduction to Social Gerontology**. 6th ed. Editora: Hardcover, 2013, Cap.10.

QUICK, H. E.; MOEN, P. Gender, Employment, and Retirement Quality: A Life Course Approach to the Differential Experiences of Men and Women. **Journal of Occupational Health Psychology Copyright**, v. 3, n. 1, p. 44–64, 1998.

ROESLER, V. R.; SOARES, D. H. P. O que é aposentadoria? Morte social, culpa e constrangimento ou dever cumprido, prazer e liberdade? In: **I Jornada Internacional de Práticas Clínicas no Campo Social** - “Diálogos entre a sociologia clínica, a psicossociologia e a psicodinâmica do trabalho”. Maringá, 03 a 05/11/2010.

ROSS, C. E.; MIROWSKY, J. Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution? **Soc Sci Med.**, v. 63, n. 5, p. 1400 - 1413, 2006.

SAHLGREN, G. H. Work longer, live healthier: the relationship between economic activity, health and government policy. **IEA Discussion Paper**, n.46, May 2013.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, 2013.

SANTOS, I. S. et al. Anxiety and depressive symptoms are associated with higher carotid intima-media thickness. Cross-sectional analysis from ELSA-Brasil baseline data. **Atherosclerosis**, v. 240, n. 2, p. 529-534, 2015.

SARTI, C.A. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças? In: Brêtas et al. **Trabalho, Saúde e Gênero na Era da Globalização**. Goiânia: AB, 1997. p.51-60.

SCAZUFCA, M. Intervenções psicossociais para idosos com depressão cadastrados na Estratégia Saúde da Família baseadas em cuidado colaborativo e task shifting. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 10, 2017, Florianópolis. Anais eletrônicos... Florianópolis, ABRASCO, 2017. Mesa Redonda. Aspectos epidemiológicos e prevenção nas três dimensões para o envelhecimento harmonioso: humor, capacidade funcional e cognição. Disponível em <http://epi.org.br/programacao/index.php>.

SCHWINGEL, A.; NITI, M.; TANG, C. Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. **Age Ageing**, v. 38, n. 5, p. 531-537, 2009.

SEBBANI, M. et al. Prevalence of type 2 diabetes and factors associated in depression. **Encephale**, v. 40, n.1, p.9-14, 2014.

SELENKO, E.; BATINIC, B. Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health. **Soc. Sci. Med.**, v.73, n. 12, p.1725-1732, 2011.

SELIGMANN-SILVA, E. Precarização da saúde mental no trabalho precarizado. In: Ferreira, J.J. (coord.). **Saúde Mental no Trabalho: Coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás**. Goiânia: Cir Gráfica, 2013. p 283-331.

SHRIRA, A; LITWIN, H. The Effect of Lifetime Cumulative Adversity and Depressive Symptoms on Functional Status. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 69, n. 6, p. 953-65, 2014.

SILVA, D. O. **Fatores associados à ocorrência e duração dos afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior da Bahia**. Dissertação (Mestrado). 2010. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

SINGLETON, N; LEE, A.; MELTZER, H. **Psychiatric Morbidity among adults living in private households, 2000: Technical Report**. London: Office for National Statistics, 2002.

SOUZA, R. F; MATIAS, H. A; BRÊTAS, A. C. P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.6, 2010.

SWEET, E. et al. The high price of debt: Household financial debt and its impact on mental and physical health. **Soc Sci Med**, v.91, p. 94-100, 2013.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. M. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 32, n.3, p. 149-159, 2005.

TERRA, L. P. **Taxa de atividade econômica e saúde mental: a relação entre um choque na atividade econômica e a saúde mental das mulheres maduras**. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, MG, 29/09 a 03/10/2008.

TOLFO, S. R. et al. Revisitando abordagens sobre sentidos e significados. In: **Anais do Fórum CRITEOS**. Porto Alegre: UFRGS, 2005 .

TOLFO, S. da R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 19, n. spe, p. 38-46, 2007.

TRENTINI, C, M. et al . A relação entre variáveis de saúde mental e cognição em idosos viúvos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 236-243, 2009.

VAN DER HEIDE, I. et al. Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. **BMC public health**, v. 13, n. 1, 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. **Soc Sci Med**, v. 71, n.2, p.305-13, 2010.

VARELA, M.G.A. **Significado do trabalho e Aposentadoria**: um estudo entre os docentes de uma instituição federal de ensino. [dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Potiguar, 2013.

VERAS, R.P. **País Jovem com Cabelos Brancos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

VIRTANEN, M. et al. Socioeconomic and psychosocial adversity in midlife and depressive symptoms post retirement: A 21-year follow-up of the Whitehall II Study. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 1, 2015.

VLACHANTONI, A. Financial inequality and gender in old people. **Maturitas**, v.72, n.2, p.104-107, 2012.

XIMENES PINHO, M.; CUSTODIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, vol.12, n.1, p.123-140, 2009.

WAHRENDORF et al. Working conditions in mid-life and mental health in older ages. **Advances in Life Course Research**, v.16, n.1, p.16-25, March 2013.

WHARTON, A.S. **The Sociology of Gender. An Introduction to Theory and Research**. UK: Blackwell Publishing Ltd, 2005.

WINDMÖLLER, N.; ZANELLO, V. Depressão e masculinidades: uma revisão sistemática da literatura em periódicos brasileiros. **Psicologia em estudo**, v.21, n. 3, 437-449, jul-set 2016.

WU, X; DeMARIS, A. Gender and marital status differences in depression: the effects of chronic strains. **Sex Roles**, v. 34, n. 5/6, p. 299-319, 1996.

ZANELLO, V. Saúde Mental, Gênero e Dispositivos. In: DIMENSTEIN, M. et al (Orgs). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016. p.223-245.

ZANELLO, V.; CAMPOS e SILVA, L.; HENDERSON, G. Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 31, n. 4, p. 543-550, 2015.

ZANELLO, V.; GOMES, T. Xingamentos masculinos: A falência da virilidade e da produtividade. **Caderno Espaço Feminino (UFU)**, v. 23, n. 1/2., p. 265-280, 2010.

ANEXO – Questionário do ELSA-Brasil

CIS-R: SEÇÃO G	
G1. Às vezes, as pessoas se sentem tristes ou deprimidas. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS , o(a) Sr(a) tem se sentido triste ou deprimido(a)?	
[] Sim ----->	G4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS , o(a) Sr(a) se sentiu triste ou deprimido(a)?
	[] Sim
	[] Não
[] Não	
G2. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS , o(a) Sr(a) foi capaz de gostar ou se interessar pelas coisas como costumava fazer?	
[] Sim	
[] Não, não me divirto ou me interesseo ----->	G5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS , o(a) Sr(a) foi capaz de gostar ou se interessar pelas coisas como costumava fazer?
	[] Sim
	[] Não, não me divirto ou me interesseo
G3. Entrevistador(a): verifique	SE G1 = NÃO e G2 = SIM, PULE PARA SEÇÃO I
	SE G1 = NÃO e G5 = SIM, PULE PARA SEÇÃO I
	SE G4 = NÃO E G2 = SIM, PULE PARA SEÇÃO I
	SE G4 = NÃO e G5 = SIM, PULE PARA SEÇÃO I
	SE G4= SIM OU G5= NÃO, APLIQUE G6
G6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS , em quantos dias o (a) Sr(a) se sentiu [triste, deprimido(a)/incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas]?	
[] 4 dias ou mais	
[] 2 a 3 dias	
[] 1 dia	
G7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS , o(a) Sr(a) se sentiu [triste, deprimido(a)/incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas], por mais de 3 horas no total em algum dia?	
[] Sim	
[] Não	

G8. (a) **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS**, o que deixou o(a) Sr(a) [triste, deprimido(a)/incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas]? O(a) Sr(a) pode escolher uma ou mais opções deste cartão?
Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS04

	(a) múltipla escolha	(b) Qual a PRINCIPAL razão?
Situações com membros da sua família	[]	[]
Relacionamento com esposo(a)/companheiro(a)	[]	[]
Relacionamentos com amigos	[]	[]
Moradia	[]	[]
Problemas financeiros	[]	[]
Sua saúde física	[]	[]
Sua saúde mental	[]	[]
Trabalho /estudo ou falta de trabalho	[]	[]
Problemas com a justiça	[]	[]
Problemas políticos /notícias	[]	[]
Outros	[]	[]
Não sabe informar/nada em especial	[]	[]

G9. **NOS ÚLTIMOS 7 DIAS**, quando o(a) Sr(a) estava [triste, deprimido(a)/se sentindo incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas], alguma vez o(a) Sr(a) se sentiu mais alegre quando algo de bom aconteceu ou quando estava acompanhado?

[] Sim, pelo menos uma vez

[] Não

G10. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem se sentido [triste, deprimido(a)/incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas] do modo como o(a) Sr(a) me descreveu? **Entrevistador(a):** MOSTRE O CARTÃO CIS01

[] Menos que duas semanas

[] Entre duas semanas e menos de seis meses

[] Entre seis meses e menos de um ano

[] Entre um ano e menos de dois anos

[] Dois anos ou mais

ID NUMERO:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

Código Formulário: HOC
Versão: 01/06/2009

BLOCO EXCLUSIVAMENTE PARA FUNCIONÁRIOS APOSENTADOS

As perguntas seguintes se referem ao trabalho que realizava na (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO).

11. Em que ano o(a) senhor(a) se aposentou da (CITAR O NOME INSTITUIÇÃO)?
<p> _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>ANO</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SABE / NÃO QUER RESPONDER</p>
12. Qual foi o principal motivo para o(a) senhor(a) se aposentar da (CITAR O NOME INSTITUIÇÃO)? LEIA AS ALTERNATIVAS
<p><input type="checkbox"/> Atingiu a idade limite para aposentadoria</p> <p><input type="checkbox"/> Contagem de tempo permitida</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Outro motivo</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SABE / NÃO QUER RESPONDER</p>
13. Em que ano o(a) senhor(a) começou a trabalhar na (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO)?
<p> _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>ANO</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SABE / NÃO QUER RESPONDER</p>
14. Por favor, descreva as principais atividades que o(a) senhor(a) desenvolveu <u>durante a maior parte do tempo</u> em que trabalhou na (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO): Entrevistador(a): REGISTRE EXATAMENTE AS PALAVRAS DITAS PELO PARTICIPANTE
15. Por quanto tempo o(a) senhor(a) desempenhou essas atividades na (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO)?

__ __ anos SE MENOR DO QUE 01 MARQUE 00 <input type="checkbox"/> NÃO SABE / NÃO QUER RESPONDER	
16. Atualmente, apesar de aposentado(a), o(a) senhor(a) está trabalhando?	
<input type="checkbox"/> Não	(PULE PARA A QUESTÃO 01 DO BLOCO EVE)
1.1.1.1.1.1.1.1.1.1 <input type="checkbox"/> NÃO QUER RESPONDER	
1.1.1.1.1.1.1.1.1.2 <input type="checkbox"/> Sim	
17. Onde o(a) senhor(a) trabalha atualmente? LEIA AS ALTERNATIVAS	
<input type="checkbox"/> Apenas nesta instituição <input type="checkbox"/> Apenas em outro local <input type="checkbox"/> Em mais de um local, incluindo esta instituição <input type="checkbox"/> Em mais de um local fora desta instituição <input type="checkbox"/> NÃO QUER RESPONDER	
18. O seu trabalho atual é remunerado?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> NÃO QUER RESPONDER	
19. Desde que o(a) senhor(a) se aposentou, há quanto tempo o(a) senhor(a) está trabalhando? Se for o caso, desconte os períodos em que ficou sem trabalhar.	
__ __ anos SE MENOR DO QUE 01 MARQUE 00 <input type="checkbox"/> NÃO SABE/NÃO QUER RESPONDER	

ID NUMERO:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

Código Formulário: HOC
Versão: 12/10/2012

Informações Administrativas:

0a. Data da entrevista: / / **0b. Nº Entrevistador(a):**

HISTÓRIA OCUPACIONAL (HOC)

Neste bloco, as perguntas se referem a aspectos do seu trabalho, seja na (CITAR NOME DA INSTITUIÇÃO) ou fora dela, desde a sua primeira visita ao ELSA.

Entrevistador(a): Identifique o status do(a) participante na linha de base ou Onda 1 (dado fornecido pelo sistema)	
<input type="checkbox"/> ativo na linha de base → (SIGA PARA A QUESTÃO 1a)	
<input type="checkbox"/> aposentado na linha de base → (SIGA PARA A QUESTÃO 1b)	
Entrevistador(a): Se era funcionário(a) ativo(a) na linha de base, entregue o cartão HOC 01a e pergunte:	
01a. Qual é a sua situação de trabalho atualmente? Por favor, escolha uma das opções deste cartão.	
<input type="checkbox"/> Continua funcionário(a) ativo(a) na (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO ELSA)	PULE PARA A QUESTÃO 18 DO MÓDULO 3: EXCLUSIVAMENTE PARA FUNCIONÁRIOS ATIVOS OU APOSENTADOS TRABALHANDO NA INSTITUIÇÃO ELSA OU EM OUTRA INSTITUIÇÃO
<input type="checkbox"/> Saiu da (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO ELSA) e <u>não</u> está trabalhando atualmente	PULE PARA A QUESTÃO 01 DO BLOCO VIZ
<input type="checkbox"/> Saiu da (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO-ELSA) e <u>está</u> trabalhando atualmente	PULE PARA A QUESTÃO 09 DO MÓDULO 2: EXCLUSIVAMENTE PARA FUNCIONÁRIOS QUE SAÍRAM DA INSTITUIÇÃO ELSA E ESTÃO TRABALHANDO

ID NUMERO:

Código Formulário: HOC
Versão: 12/10/2012

[] Aposentou-se após sua primeira visita ao ELSA e <u>não está</u> trabalhando atualmente	VÁ PARA A QUESTÃO 02 DO MÓDULO 1: EXCLUSIVAMENTE PARA PARTICIPANTES APOSENTADOS
[] Aposentou-se após sua primeira visita ao ELSA e <u>está</u> trabalhando atualmente	VÁ PARA A QUESTÃO 02 DO MÓDULO 1: EXCLUSIVAMENTE PARA PARTICIPANTES APOSENTADOS
Entrevistador(a): Se era funcionário(a) aposentado(a) na linha de base, entregue o cartão HOC 01b e pergunte:	
01b. O(A) senhor(a) está trabalhando, no momento? Por favor, escolha uma das opções deste cartão.	
[] Sim, está trabalhando na (CITAR O NOME DA INSTITUIÇÃO ELSA)	PULE PARA A QUESTÃO 18 DO MÓDULO 3: EXCLUSIVAMENTE PARA FUNCIONÁRIOS ATIVOS OU APOSENTADOS TRABALHANDO NA INSTITUIÇÃO ELSA OU EM OUTRA INSTITUIÇÃO
[] Sim, está trabalhando em outro local	PULE PARA A QUESTÃO 19 DO MÓDULO 3: EXCLUSIVAMENTE PARA FUNCIONÁRIOS ATIVOS OU APOSENTADOS TRABALHANDO NA INSTITUIÇÃO ELSA OU EM OUTRA INSTITUIÇÃO
[] Não, continua aposentado e não está trabalhando	PULE PARA A QUESTÃO 01 DO BLOCO VIZ