

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

**CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS:
EVIDÊNCIAS DO PROJETO BAMBUÍ.**

por

Adriano Roberto Tarifa Vicente

BELO HORIZONTE

2015

TESE DCS-CPqRR

A.R.T. VICENTE

2015

Adriano Roberto Tarifa Vicente

**CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS:
EVIDÊNCIAS DO PROJETO BAMBUÍ.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências - área de concentração Epidemiologia.

Orientação: Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho

Co-orientação: Prof. Dr. Érico de Castro e Costa

BELO HORIZONTE

2015

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

V632f Vicente, Adriano Roberto Tarifa.
2015

Consumo de antidepressivos entre idosos: Evidências do projeto Bambuí / Adriano Roberto Tarifa Vicente. – Belo Horizonte, 2015.

xiii, 54 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 54 - 67

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Epidemiologia

1. Idoso 2. Uso de Medicamentos 3. Adaptação Psicológica/efeitos de drogas I. Título. II. Loyola Filho, Antônio Ignácio de (Orientação). III. Costa, Érico de Castro e (Co-orientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

Adriano Roberto Tarifa Vicente

**CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS:
EVIDÊNCIAS DO PROJETO BAMBUÍ.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências - área de concentração Epidemiologia.

Banca examinadora:

Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho	CPqRR/FIOCRUZ (Presidente)
Dr. Gil Sevalho	ENSP/FIOCRUZ (Titular)
Dra. Juliana Vaz de Melo Mambrini	CPqRR/FIOCRUZ (Titular)
Dr. Fernando Augusto Proietti	CPqRR/FIOCRUZ (Titular)
Dr. Francisco de Assis Acúrcio	FAFAR/UFMG (Titular)

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 06 de Novembro de 2015

Dedico este trabalho a
Alcides Vicente (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Quando fiz o concurso para o doutorado, mesmo sendo especialista em geriatria, tendo feito o mestrado, residência médica, e vários cursos de pós-graduação, eu não imaginava o esforço que seria necessário para me adaptar as fortes exigências de qualidade que esta instituição solicita. O convívio institucional permitiu meu aprimoramento como pesquisador. Ainda tenho um longo caminho a percorrer nesse aprimoramento, e sou muito agradecido pelo conhecimento adquirido ao longo do meu doutorado.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Antônio Inácio de Loyola Filho, que aceitou a difícil tarefa, sem nos conhecer, apresentou enorme paciência, pois teve que lidar com minhas diversas deficiências, e necessitou ensinar o abecedário do modelo científico. Foram muitos encontros e discussões, que valeram a pena cada instante.

Agradeço ao meu co-orientador, médico psiquiatra, Dr. Érico de Castro Costa, que auxiliou em muito no desenvolvimento da tese com sua experiência clínica e de pesquisa, e que foi fundamental para a redação deste manuscrito.

Agradeço Dra Maria Fernanda Lima-Costa, idealizadora e coordenadora do Projeto Bambuí, pela cessão do banco de dados em que a presente tese se baseia.

Agradeço à Dra. Josélia de Oliveira Firmo pelo apoio, pois talvez sem ela eu não teria trilhado os caminhos da Fiocruz. Ela oportunizou o primeiro contato com a instituição e muito me motivou para esta jornada.

Aos professores da FIOCRUZ, em especial a Prof.^a Virgínia Schall e Prof. Sérgio William Viana Peixoto, Prof.^a Juliana Vaz de Melo Mambrini pela atenção e dedicação dispensadas.

Ao Laboratório de Epidemiologia e Antropologia, à coordenação do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e à Secretaria de Pós-Graduação pelo auxílio nas horas necessárias. Às secretárias Andréia, Albelena, Cristiane e Aline pela disponibilidade com que sempre me atenderam. Na biblioteca tivemos grande apoio da Nuzia e do Segemar, que gentilmente sempre nos atenderam nossas solicitações de artigos científicos.

Aos diretores do CEFET, na posição do ex-diretor Prof. Vicente Donizetti da Silva e diretor Henrique José Avelar, pelo apoio institucional ao longo do meu doutoramento, condizente com a filosofia de valorização do servidor e do conhecimento científico.

Ao meu pai, Sr. Alcides Vicente (*in memoriam*), por ser um exemplo de vida; à minha mãe Ivany Tarifa Vicente, que lutou para todos filhos tivessem dignidade; ao meu irmão Alcides Vicente Junior que me ensinou a lutar pelos ideais.

E minha dedicação especial é a construção da própria família, aqui representada por minha esposa Luciana Namias Vicente, companheira há 24 anos, que vem construindo comigo e com nossos filhos, Francisco Namias Vicente, André Luiz Namias Vicente e Sthefany Domingos Candido Vicente, nossa bonita família,.

Agradeço, enfim, a todos que estiveram presentes nesta etapa de minha vida. Minha gratidão e meu reconhecimento.

Resumo

Objetivo - Investigar o uso de antidepressivos entre idosos residentes em comunidade, em termos da prevalência e dos fatores associados, além das classes farmacológicas e princípios ativos mais utilizados. **Metodologia** - Participaram deste estudo seccional 1.606 idosos (60 ou mais anos de idade), integrantes da linha da linha-base da coorte do Projeto Bambuí, um estudo longitudinal sobre envelhecimento e saúde, desenvolvido na cidade de mesmo nome, em Minas Gerais. A variável-evento foi o uso referido de antidepressivos nos últimos 90 dias, com verificação de embalagem. A classificação dos medicamentos foi baseada no *Anatomical Therapeutic Chemical Index* (ATC Code). Usuários e não usuários de antidepressivos foram comparados quanto a características sociodemográficas, de condição de saúde e uso de serviços de saúde, além de suporte social e religiosidade, por meio do teste do qui-quadrado de Pearson. O modelo de regressão logística foi utilizado para testar hipóteses de associação, gerando estimativas brutas e ajustadas de *odds ratios* e respectivos intervalos de confiança de 95%, considerando o nível de significância de 5%. **Resultados** - A prevalência do uso de antidepressivo foi de 8,4% (IC95%: 7,1%-9,8%). Os antidepressivos tricíclicos (ADT) foram aqueles mais utilizados (76,4%) e a amitriptilina (34,7%) foi o princípio ativo predominante entre os antidepressivos referidos. Após o ajustamento múltiplo, associações positivas e independentes foram observadas para o sexo feminino (OR=3,74; IC95% 2,15-6,49), auto-avaliação da saúde como ruim (OR=2,05; IC95% 1,15-3,65), número de consultas médicas (OR=1,06; IC95% 1,02-1,08) e cobertura por plano de saúde (OR=1,76; IC95% 1,11-2,80; associações negativas e independentes foram observadas para disfunção cognitiva (OR=0,43; IC95% 0,21-0,84) e frequência semanal ao culto religioso (OR=0,44; IC95% 0,28-0,71). **Conclusão** - Nossos resultados mostraram o sexo feminino como a característica mais fortemente associada ao uso de antidepressivos, e que, nessa população, a religiosidade possivelmente ocupa um lugar de destaque no arsenal de estratégias de enfrentamento de problemas de saúde, especialmente os mentais. Em razão disso, os profissionais de saúde devem considerar a religiosidade dos pacientes quando das orientações e tratamento propostos no enfrentamento do seu sofrimento mental.

Palavras-chave: uso de antidepressivos - idosos - religiosidade - Projeto Bambuí

Abstract

Aim - The present study aimed to investigate the prevalence of antidepressant use and its correlates in the elders living in the community. Additionally, it aimed to identify the most widely used antidepressants, in terms of their pharmacological class and active principle.

Methods - 1,606 elderly residents with 60 years or more on January 1st 1997 were identified and found eligible to constitute the baseline cohort of the Bambuí Project, a longitudinal study on aging and health, developed in the city of the same name, in Minas Gerais state. The dependent variable was the consumption of antidepressants, mentioned by participants and verified by inspection of the packaging. Drugs were coded using the Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC Code). The Pearson's chi-squared test was used to compare the antidepressant users with non-users in terms of sociodemographic characteristics, health and use of health services provided, as well as social support and religiousness. Factors statistically associated with antidepressant use were tested by logistic regression model, which generated crude and adjusted estimates of odds ratios and 95% confidence intervals, considering the significance level of 5%. **Results** - The prevalence of antidepressant use was 8.4% (95%CI:7.1%-9.8%). Tricyclic (pharmacological group) and amitriptyline (chemical substance) were the most frequently antidepressants used. After multiple adjustment, positive and independent associations were observed for females (OR=3.74; 95%CI:2.15-6.49), poor self-rated health (OR=2.05; IC95%:1.15-3.65), health insurance coverage (OR=1.76; 95%CI:1.11-2.80) and number of medical consultations (OR=1.06; 95%CI:1.02-1.08). Independent negative associations were observed for cognitive impairment (OR=0.43; 95%CI:0.21-0.84) and weekly church attendance (OR=0.44; 95% CI:0.28-0.71). **Conclusion**

- Our results showed female sex as the characteristic most strongly associated with the use of antidepressants, and that, in this population, religiousness occupies a prominent place in the arsenal of strategies for coping with health problems, especially mental health ones. As a result, healthcare professionals should consider the religiosity of patients when the proposed guidelines and treatment in addressing their mental suffering.

Key-words: antidepressants use - elderly - religiousness - Bambuí Project

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos antidepressivos disponíveis no Brasil.....	29
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição (%) do uso de antidepressivos segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, linha-base da coorte idosa de Bambuí, 1997.....	41
Tabela 2. Distribuição (%) do uso de antidepressivos segundo uso de serviços de saúde, suporte social e religiosidade, linha-base da coorte idosa de Bambuí, 1997.....	42
Tabela 3. Distribuição dos antidepressivos consumidos, segundo classe farmacológica e princípio ativo, linha-base da coorte idosa de Bambuí. 1997.....	43
Tabela 4. Resultado da análise da associação de características sociodemográficas, presença de sintomas depressivos e condições de saúde, com o uso de antidepressivos na linha-base da coorte idosa de Bambuí, 1997.....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD – Antidepressivos

ADT – Antidepressivos tricíclicos

DALYs – Disability Adjusted Life Years (Anos de Vida Perdidos por Incapacidade)

DCNT – Doença Crônica Não-Transmissível.

DP – Desvio padrão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISRS – Inibidores seletivos da receptação da serotonina

IMAO – Inibidores da monoaminoxidase

MS – Ministério da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – Odds Ratio (Razão de Chances)

OMS – Organização Mundial da Saúde

ORA - Odds Ratio ajustado (Razão de Chances Ajustada)

QIJ – Quociente Idoso-Jovem

SSP – Suporte Social Percebido

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	Introdução.....	14
1.1	Envelhecimento populacional.....	14
1.2	Transição Epidemiológica e a morbidade em uma população envelhecida	15
1.3	Suporte Social e saúde	18
1.4	Religiosidade e saúde.....	21
1.5	Suporte Social, Religiosidade e o enfrentamento da depressão.....	24
1.6	Uso de serviços de saúde e consumo de medicamentos por idosos.....	26
1.7	Consumo de antidepressivo pelo idoso.....	28
2	Objetivos.....	34
2.1	Objetivo Geral.....	34
2.2	Objetivos específicos	34
3	Aspectos metodológicos	35
3.1	Área e população de estudo	35
3.2	Variáveis do estudo e coleta de dados	35
3.3	Análise dos dados	37
4	Resultados.....	38
5	Discussão.....	45
5.1	Prevalência e antidepressivos mais utilizados	45
5.2	Características sociodemográficas associadas	46
5.3	Condições de saúde e uso de serviços de saúde associadas.....	47
5.4	Religiosidade e Suporte Social	48
5.5	Limitações e Vantagens	50
6	Considerações Finais	52
7	Referências	54

1 Introdução

1.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que se caracteriza por uma maior proporção do segmento idoso na composição da população total (Carvalho & Garcia, 2003). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera envelhecida uma população que apresenta 7,0% de idosos na sua composição, e quando a velocidade de crescimento desse segmento é maior que a velocidade de crescimento da população total (OMS, 1984). Nos países mais desenvolvidos, a OMS considera idoso o indivíduo com 65 anos ou mais de idade, ao passo que em países menos desenvolvidos, a idade considerada limite é a de 60 anos (OMS, 1984). Em todo o mundo, entre 1970 e 2010, a expectativa de vida entre homens aumentou aproximadamente 11 anos (de 56,4 para 67,5 anos), tendo sido esse aumento ligeiramente superior entre as mulheres (12 anos, passando de 61,2 para 73,3 anos) (Wong et al, 2012).

Embora seja um fenômeno observado mundialmente, o envelhecimento populacional ocorre de maneira diferenciada, em termos do momento histórico e do ritmo, e segundo o nível de desenvolvimento dos países. Esse fenômeno foi primeiramente observado em países mais desenvolvidos, e posteriormente, nos países com menor grau de desenvolvimento, tendo ocorrido nos últimos de forma mais acelerada (Carvalho & Garcia, 2003). Estima-se que entre 2010 e 2050, o número de pessoas idosas nos países menos desenvolvidos deve aumentar mais de 250%, em comparação ao aumento de 71% estimado para os países desenvolvidos (OMS, 2011).

O envelhecimento populacional é uma consequência da transição demográfica. Segundo Chesnais (1992), a transição demográfica é definida como processo de conversão global de um padrão demográfico “tradicional” para um padrão moderno. O padrão tradicional é marcado por altos níveis de mortalidade e de fecundidade, ao passo que o moderno caracteriza-se por baixos níveis desses dois elementos da dinâmica populacional. O autor define três paradigmas para esse processo: (a) o princípio da anterioridade do declínio da mortalidade sobre a queda da natalidade; (b) o modelo da transição reprodutiva em duas fases, com o declínio da nupcialidade antecedendo a limitação da natalidade; (c) a influência do processo de “modernização” no declínio da fecundidade (Chesnais, 1992).

No Brasil, o padrão demográfico recente é marcado por progressivos declínios das taxas de fecundidade e de mortalidade, alteração da estrutura etária com o aumento da

proporção de idosos e a rápida inversão na distribuição da população de áreas urbanas e rurais, com marcante predomínio das primeiras (Camarano, 2002). Na década de 40 do século passado, o Brasil começou a experimentar uma queda da mortalidade, enquanto seus níveis de fecundidade permaneciam elevados. A ocorrência simultânea desses dois eventos levou a um crescimento populacional vigoroso, que se manteve em taxas anuais em torno de 3,0%, até o final da década de 50. No começo dos anos 1960, inicia-se o processo de redução da fecundidade, impactando as taxas de crescimento populacional, que tiveram sua velocidade reduzida. Isso foi mais marcante a partir da década de 90, resultando em um crescimento populacional anual médio de apenas 1,1%, entre os anos de 2000 e 2010. Como salientam Carvalho e Rodríguez-Wong (2008), o declínio sustentado de fecundidade é o principal determinante do processo de envelhecimento de uma população.

A rapidez do processo de envelhecimento da população brasileira é expressiva: no Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 20 milhões em 2010, significando um aumento de aproximadamente sete vezes, em cinquenta anos (IBGE, 2011). Na Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho (Lima-Costa & Veras, 2003). Essas alterações estruturais da população são facilmente percebidas em outros descritores demográficos, como a pirâmide populacional e o Quociente Idosos-Jovens (QIJ), que representa a razão entre o número de idosos com 65 anos ou mais e o número de jovens abaixo de 15 anos em uma população. No primeiro caso, o tradicional formato de pirâmide da estrutura etária (base alargada) vai se modificando, de tal forma a configurar-se retangular (Carvalho & Rodríguez-Wong, 2008). Em relação ao QIJ, estima-se que ele será, em 2025, aproximadamente cinco vezes maior do que aquele observado em 1975, quando havia cerca de 46 idosos para cada 100 jovens menores de 15 anos. Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2033 a população brasileira contará com mais idosos que jovens; em 2035 a população idosa superará a jovem cerca de dois milhões, diferença esta que alcançará os 13 milhões em 2050 (IBGE, 2013).

1.2 Transição Epidemiológica e a morbidade em uma população envelhecida

O envelhecimento populacional vem acompanhado da transição epidemiológica, que consiste, basicamente, na substituição das doenças infectoparasitárias pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e pela violência, como o conjunto de agravos que compõem

majoritariamente o perfil de morbidade e de mortalidade de uma população (Omran, 1971). Geralmente, ela ocorre simultaneamente a outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Para Omran (1971), a teoria da transição epidemiológica não pretende substituir a teoria da transição demográfica, mas sim auxiliá-la a explicar as transformações das dinâmicas populacionais (Omran, 1971).

A transição epidemiológica engloba três mudanças básicas: (1) substituição das doenças transmissíveis por doenças crônicas não-transmissíveis e causas externas como principais causas da morbidade e mortalidade; (2) deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; e (3) a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (Schramm et al, 2004; Frenk et al, 1991). A relação entre os processos de transição epidemiológica e demográfica se estabelece a partir da mútua determinação. No princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população, mais especificamente, as crianças e as mulheres jovens. Os ganhos em expectativa de vida daí decorrentes levam as pessoas a conviverem com fatores de risco associados às DCNT, típicas de idade mais avançada, e que se tornam mais frequentes a partir do envelhecimento populacional (Chaimowicz, 1997).

Classicamente são descritos três modelos de transição epidemiológica, que se diferenciam em relação ao momento histórico em que ocorreram, ao seu ritmo e aos seus determinantes (Omran, 1971). O primeiro modelo observado foi o “clássico”, típico das sociedades europeias ocidentais, de evolução gradual e lenta, secundado historicamente pelo modelo denominado “acelerado”, de ritmo mais rápido, experimentado pelo Japão. Ambos os modelos foram determinados, fundamentalmente, por questões externas ao setor saúde, como revolução industrial, melhoras nas condições de vida e de saneamento básico. O terceiro modelo, mais recentemente observado, é chamado de contemporâneo (ou tardio), tendo sido vivenciado por países com menor grau de desenvolvimento após a segunda guerra mundial. Nele, a transição epidemiológica ocorre num ritmo bastante acelerado, é incompleta (embora sejam predominantes, as DCNT ainda convivem com as doenças infectoparasitárias e as carenciais) e é mais fortemente determinada pela tecnologia biomédica. Neste modelo, a transição epidemiológica apresenta ainda importantes contrastes internos quanto ao ritmo de ocorrência e nível de completude (Omran, 1971). A transição epidemiológica brasileira enquadra-se no terceiro modelo, apresenta contrastes internos que vêm se reduzindo recentemente, com o predomínio das doenças cardiovasculares e das neoplasias como principais causas de morbidade e mortalidade, seguidas da violência (Schramm et al, 2004;

Prata, 1992). No Brasil, as DCNT respondem por 66,3% da carga de doença e as causas externas por 10,2% (Schramm et al, 2004) e são responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde (Mendes, 2012).

A OMS inclui entre as doenças crônicas as enfermidades cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus, além de doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. A ocorrência de doenças crônicas aumenta com o envelhecimento (WHO, 1984).

No Brasil, 40,6% da população adulta apresenta pelo menos uma condição crônica de saúde (Barros et al, 2011), prevalência que é maior (75,1%) entre idosos (Lima-Costa et al, 2007) e entre mulheres (Barros et al, 2011; Alves et al, 2007). A hipertensão arterial (53,4%), as artropatias (33,8%) e as doenças cardíacas (20,6%) são as DCNT mais prevalentes entre idosos (Alves et al, 2007). As DCNT acarretam incapacidade e impactam fortemente o perfil de mortalidade no Brasil. Em 2007, elas foram responsáveis por 66% de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) e responderam por cerca de 72,0% dos óbitos na população brasileira (Schmidt et al, 2011; Alves et al, 2007). Entre as doenças incapacitantes, sobressaem os transtornos neuropsiquiátricos (19,0%), que superam as doenças cardiovasculares (13,0%), as doenças respiratórias crônicas (8,0%) e os cânceres (6,0%) (Schmidt et al, 2011).

Entre as DCNT, começa a ganhar destaque a depressão, cuja magnitude vem crescendo em todos os países, devendo configurar-se como a segunda causa de morbidade em 2020 (World Bank, 1993). No Brasil, a depressão tem uma prevalência na população geral de 16,2%, chegando a 22,7% entre idosos (Boing et al, 2012). A depressão guarda uma relação próxima com outras DCNT, de mútua determinação. A presença de uma patologia orgânica pode contribuir para a patogênese da depressão ou exacerbação de sua sintomatologia. Isso se dá por meio de efeitos diretos na função cerebral ou decorrentes de efeitos psicológicos ou psicossociais; por outro lado, a depressão pode precipitar o desenvolvimento de doenças crônicas (Duarte & Rego, 2007). No Brasil, a prevalência de depressão foi maior entre aqueles com duas ou mais DCNT, quando comparado a pessoas sem qualquer outra doença (Boing et al, 2012).

1.3 Suporte Social e saúde

A literatura apresenta várias definições para o suporte social. A primeira definição surgiu nos anos 1970 (Cobb, 1976) e embutia noções de pertencimento a uma rede social com compromissos mútuos e à percepção, por parte do indivíduo, de que ele é estimado e amado pelos componentes desta rede. Este conceito foi posteriormente aprofundado por Barrera (1986), que se refere ao suporte social como qualquer informação, auxílio material ou proteção, recebido e/ou oferecido por grupos e pessoas que mantêm entre si contato contínuo, e que resultam em efeitos emocionais ou comportamentais positivos (Barrera, 1986). Portanto, esta conceituação admite a existência da reciprocidade, implicando em uma troca, na qual são beneficiados tanto quem recebe como quem oferece apoio. Neste conceito, três categorias constituem o suporte social: (1) o enraizamento social; (2) o suporte social percebido e (3) o suporte social praticado (Barrera, 1986). O enraizamento social refere-se a conexões estabelecidas entre indivíduos e que são significativas para os envolvidos nela, tais como as relações conjugais e as organizações comunitárias. Já o suporte social percebido envolve uma avaliação cognitiva sobre a existência de um vínculo confiável entre indivíduos. A terceira categoria (suporte social praticado) envolve medidas complementares de suporte social, que dizem respeito ao que as pessoas realmente fazem quando fornecem suporte, e que são importantes na compreensão dos processos de *coping* e nos ajustamentos.

Intuitivamente, a prática do suporte social, traduzida em ações de ajuda aos outros, acontece em situações de adversidade para o indivíduo que é alvo das ações, especialmente as situações estressoras agudas. Para o autor, essas categorias, avaliadas em conjunto, podem mensurar adequadamente o suporte social. Por sua vez, Callaghan & Morrissey (1993) consideram dois componentes na forma de expressão do suporte social: a estrutural e a funcional. O primeiro remete ao tipo de relação social ou familiar existente (por exemplo, a amizade ou estado conjugal), ao tamanho da rede social e à frequência com que os seus membros interagem. Já o componente funcional se expressa por meio da oferta de suporte emocional, concreto ou por meio de informação, e que se origina, por sua vez, da forma estrutural; seu valor deriva fundamentalmente, da percepção de sua disponibilidade, mesmo que isso não ocorra. Portanto, os componentes aqui propostos guardam relação com as categorias propostas por Barrera (1986): o estrutural corresponderia ao enraizamento social, e o funcional corresponderia ao suporte social percebido e praticado.

Segundo Neri & Vieira (2013) o suporte social é um produto da atuação das relações sociais e pode ser classificado em suporte material (como ajuda financeira e com alimentos); suporte instrumental (auxílio em tarefas domésticas e transporte); suporte informativo (sobre saúde e legislação ou na tomada de decisões); suporte afetivo (inclui expressões como amor, afeição e encorajamento), e o suporte social percebido (SSP) que é a percepção da pessoa sobre a qualidade, a frequência e a adequação das ajudas que lhe são oferecidas, considerando-se suas necessidades (Neri & Vieira, 2013).

A literatura diferencia suporte social de rede social, um termo reservado para um conjunto de pessoas que compartilham relações de oferta e recebimento de auxílio e proteção. A aproximação entre esses dois conceitos dá-se, fundamentalmente, pelo fato de que a rede social constitui o meio pelo qual o suporte social é prestado. A rede social pode ser informal ou formal. Da primeira, participam familiares, amigos, colegas de trabalho e de estudo, além daqueles que integram as relações comunitárias (vizinhos, grupos religiosos, grupos de convivência, empregada doméstica); já a segunda inclui os profissionais de saúde, dos serviços públicos e privados (Alvarenga et al, 2011; Langford et al, 1997). É a rede social que viabiliza os componentes estrutural e funcional do suporte social.

Em geral, a mensuração do suporte social em pesquisa quantitativa se dá por meio de aplicação de questionários estruturados. As perguntas formuladas contemplam as diferentes questões relacionadas ao suporte social, como por exemplo, frequência de contatos com a rede social, oferta e recebimento de auxílio material e/ou financeiro, avaliação das relações sociais, grau de envolvimento em atividades recreativas ou de lazer, realização de ações comunitárias e de participação social, como o voluntariado, para mencionar algumas (Chiao et al, 2011; Rodriguez-Lazo et al, 2007). Neste processo, as perguntas podem ser analisadas separadamente, ou quando tomadas em conjunto, sustentam a construção de escalas, que são resultantes da somatória de pontos atribuídos a cada uma das perguntas. São exemplos desta última modalidade de mensuração os questionários das escalas The Duke Social Support and Stress Scale (1989) e The RAND Social Health Battery (1978) (McDowell, 2006; Koenig et al, 1993; Landerman et al, 1989; George et al; 1989). Alguns pesquisadores consideram a religiosidade como uma das dimensões de suporte social (Rodriguez-Lazo et al, 2007; Dalgard & Haheim, 1998; Kawachi et al, 1996; Berkman & Syme, 1979), mas isso não constitui unanimidade, e por vezes, ela é investigada como uma questão distinta do suporte social (Almeida et al, 2012; Blazer, 1982). A decisão por uma modalidade de mensuração, a inclusão ou não da religiosidade como um construto do suporte social é opção do pesquisador, ligado ao objetivo da pesquisa e ao contexto em que ela se dá.

Em sua teoria da integração social, Durkheim apontava o potencial benéfico das relações sociais para a saúde do indivíduo, a partir do sentimento de pertencimento à sociedade, e assim, protegendo-o de comportamentos desviantes (Su & Ferraro, 1997). De fato, o apoio material, emocional e afetivo proporcionado pelo suporte social pode contribuir para o bem-estar do indivíduo, assumindo um papel relevante na promoção e manutenção da saúde, assim como na prevenção de eventos adversos a ela (Pietrukowicz, 2001; Cohen & Wills, 1985), mesmo aquelas consequentes a grandes perdas ou rupturas emocionais (Rodin, 1986). Para Callaghan & Morrissey (1993), são três as maneiras pelas quais o suporte social pode afetar a saúde: (1) ajustando os pensamentos, sentimentos e comportamentos promotores da saúde; (2) fomentando a sensação individual de sentido da vida, e (3) facilitando comportamentos promotores de saúde.

As relações entre suporte social e saúde em nível populacional têm sido investigadas desde a época em que as bases conceituais do primeiro foram lançadas, mais precisamente, nos anos 1970, utilizando a mortalidade como descritor da condição de saúde dos indivíduos. Aparentemente, o primeiro estudo que investigou a associação entre suporte social e mortalidade foi realizado pelos autores Berkman e Syme junto a uma população adulta, o suporte social foi mensurado por meio de quatro variáveis, no caso, situação conjugal, contatos com amigos próximos ou familiares, afiliação à igreja e participação de associações formais e informais (Berkman & Syme, 1979). Os achados associaram o suporte social à redução da mortalidade, tendo sido a situação conjugal e a afiliação à igreja os preditores mais fortes do evento. Outros estudos epidemiológicos longitudinais confirmaram o papel do suporte social na redução da mortalidade (Dalgard & Haheim, 1998; Kawachi et al, 1996; Vogt et al, 1992). Também na população idosa, a presença de um alto grau suporte social pode significar uma maior sobrevivência (Chiao et al, 2013; Mazzela et al, 2010; Rodriguez-Laso et al, 2007; Seeman et al, 1993; Sabin, 1993; Ho, 1991; Blazer et al, 1982). Entre idosos, os itens de suporte social associados à redução de mortalidade foram ter um amigo próximo (Rodriguez-Laso et al, 2007), ser voluntário (Sabin, 1993), desempenhar um papel importante na vida de outras pessoas (Rodriguez-Laso et al, 2007; Seeman et al, 1993), visitar amigos ou vizinhos (Sabin, 1993; Seeman et al, 1993), ter laços familiares estabelecidos (especialmente no tocante ao estado conjugal) (Rodriguez-Laso et al, 2007; Seeman et al, 1993; Ho, 1991) e falar com amigos ao telefone (Sabin, 1993). O efeito do suporte social foi observado tanto em idosos saudáveis quanto naqueles enfermos (Sabin, 1993), e no caso destes, o efeito será mais intenso quanto maior for a comorbidade (Mazzela et al, 2010).

Outros estudos internacionais utilizaram a morbidade (geral ou específica) como aferidor da condição de saúde, na investigação da relação entre esta e o suporte social. Nessa linha de investigação, os estudos consideraram um espectro bastante variado de condições de saúde que podem ser afetadas pelo suporte social. Elas incluem doenças físicas, tais como a hipertensão arterial (Dessler et al, 1997; Strogatz & James, 1986), o câncer (Vogt et al, 1992), o acidente vascular encefálico (Vogt et al, 1996; Kawachi et al, 1996), a incapacidade funcional (D'Orsi et al, 2011), e também transtornos mentais, como a disfunção cognitiva (Hultsch et al, 1993) e depressão (Chiao et al, 2011; Cowan et al, 2008; Koizumi et al, 2005; Weinberger et al, 1987). Todas essas investigações têm em comum o fato de detectarem uma associação negativa entre suporte social e as condições de saúde investigadas. Ao nosso conhecimento, os estudos epidemiológicos brasileiros, de base populacional, que analisaram a relação entre suporte social e condições de saúde são poucos, e focam a saúde mental. A maioria deles demonstrou maiores chances de transtornos mentais comuns entre adultos com menor suporte social (Fortes et al, 2011; Costa et al, 2005; Ramos & Wilmoth, 2003). Entretanto, não há unanimidade nisso, pois na maior metrópole brasileira, a saúde mental não foi influenciada pelo suporte social (Corrêa et al, 2011).

1.4 Religiosidade e saúde

A religiosidade pode ser entendida como o grau em que um indivíduo acredita, segue, e/ou pratica uma religião (Koenig et al, 2001). Trata-se de um conceito distinto da espiritualidade, que constitui a busca pessoal por respostas às perguntas fundamentais sobre a vida e seu significado, e sobre a sua relação com o sagrado ou transcendente. Da mesma forma, não pode ser confundido com o conceito de religião, que é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para facilitar a proximidade do indivíduo com o sagrado ou transcendente (seja ele tomado como Deus, o poder mais alto ou a verdade suprema) (Koenig et al, 2001).

Inicialmente, a religiosidade era considerada um dos componentes do suporte social (Sabin, 1993; Berkman & Syme, 1979). Essa visão era sustentada, fundamentalmente, pela ideia de que o envolvimento religioso propiciava oportunidade para reforçar o suporte social, na medida em que a frequência aos cultos religiosos incrementava os contatos sociais, além do fato de que elas são mais propensas ao estabelecimento de relações familiares estáveis (Smith et al, 2003). O tratamento da religiosidade como um componente do suporte social é

observado em vários estudos epidemiológicos que investigaram sua relação com a mortalidade, nos quais a frequência a cultos religiosos (medida da religiosidade) figuravam como um dos itens de suporte social (Dalgard & Haheim, 1998; Kawachi et al, 1996; Seeman et al, 1993).

O construto de religiosidade envolve três componentes: a religiosidade organizada, a religiosidade não organizada e religiosidade intrínseca. A primeira refere-se a uma atividade pública, como a frequência à igreja/templo e trabalhos dentro da comunidade religiosa, permitindo dimensionar o engajamento do indivíduo em atividades religiosas. Já o segundo se refere às atividades privativas, tais como orações individuais, meditações e estudos bíblicos. Por fim, a religiosidade intrínseca, também denominada saliência religiosa, traduz a importância da religião para o indivíduo (Sun et al, 2012; King et al, 2007; Baetz et al, 2004).

A religiosidade pode ser medida por meio de questionários contemplando os componentes descritos acima, como no caso da escala denominada DUREL (Duke University Religion Index), composta de cinco itens que medem as três dimensões do envolvimento religioso (Koenig & Büsing, 2010). Por vezes, os estudos consideram a afiliação religiosa (que não constitui uma medida de religiosidade) para investigar se as relações entre religião e a saúde podem ser diferentemente afetadas em função da crença professada (Kim et al, 2014; Stroppa et al, 2013).

Assim como no caso do suporte social, as relações entre religiosidade e saúde têm sido exploradas em estudos epidemiológicos, nos quais as medidas de saúde se dão pela mortalidade e pela presença de condições de saúde. Já existe uma expressiva quantidade de estudos voltados para a investigação da relação entre religiosidade e mortalidade. Consistentemente, três metanálises indicam uma redução no risco de morte devido à religiosidade, redução esta que variou entre 18% e 30% (Chida et al, 2009; Powell et al, 2003; McCullough et al, 2000). Esses estudos indicam ainda que o efeito da religiosidade é mais intenso do que aquele decorrente da espiritualidade, e a associação existiu, independente de comportamentos de risco à saúde (tabagismo, etilismo, sedentarismo) (Gillum et al, 2008), de características sociodemográficas e de suporte social (Chida et al, 2009). De todos componentes da religiosidade a frequência religiosa é a que se mostrou mais fortemente associada com a redução da mortalidade (Kim et al, 2014).

Em relação à morbidade, é possível identificar estudos que investigaram a associação entre religiosidade e saúde em geral, tanto física quanto mental (Thege et al, 2012; Hank & Shann, 2008), além de diversas condições específicas de saúde, tais como limitação funcional (Santos et al, 2013; Hank & Schaan, 2008), declínio cognitivo (Corsentino et al, 2009; Hill et

al, 2006), câncer (Zaza et al, 2005), hipertensão arterial sistêmica (Banerjee et al, 2014; Hixson et al, 1998, Koenig et al, 1998a) e diabetes mellitus (Banerjee et al, 2014). Foram investigados ainda o uso e abuso de álcool e tabagismo (Lucchetti et al, 2012), além de medidas subjetivas da saúde, como a autoavaliação da saúde (Hank & Schaan, 2008). Koenig et al (1997) chamam a atenção para o fato de que as relações entre religiosidade organizacional e saúde física podem ser bidirecionais e mediadas pelo suporte social. Nesse aspecto, a frequência a cultos religiosos proporciona a expansão da rede social, favorecendo assim o monitoramento de problemas de saúde e a adesão ao tratamento, a redução de comportamentos de risco à saúde, além de prevenir o declínio funcional. Por outro lado, a preservação da mobilidade e da capacidade funcional favorecem a religiosidade organizacional, na medida em que capacitam o indivíduo para a frequência aos cultos. No campo da saúde mental, há evidências que apontam consistentemente para a existência de associação entre envolvimento religioso e uma menor frequência de transtornos depressivos, que é, de longe, a condição de saúde mental mais frequentemente contemplada nesta linha investigativa. Os estudos epidemiológicos que investigaram a relação entre religiosidade e sintomas depressivos, o fizeram em abordagens transversais (Hayward et al, 2012; Lucchetti et al, 2012; Maselko et al, 2009; Baetz et al, 2004; Parker et al, 2003; Strawbridge et al, 1998; Koenig et al, 1997) e longitudinais (Ronneberg et al, 2014; Zou et al, 2014; Rasic et al, 2013; Balbuena et al, 2013; Miller et al, 2012; Sun et al, 2012; Braam et al, 1997). Consistentemente, eles mostram uma associação negativa entre frequência a cultos religiosos e ocorrência de sintomas depressivos, seja em termos da sua prevalência (Maselko et al, 2009; Baetz et al, 2004, Strawbridge et al, 1998) ou incidência (Ronneberg et al, 2014; Zou et al, 2014; Rasic et al, 2013; Miller et al, 2012). Maiores níveis de religiosidade estiveram associados ainda à prevenção de transtornos depressivos (Ronneberg et al, 2014; Miller et al, 2012; Braam et al, 1997), à sua menor gravidade (Hayward et al, 2012; Koenig et al, 1997) ou à sua remissão (Ronneberg et al, 2014).

A associação negativa entre religiosidade organizacional e transtorno depressivo se mantém, mesmo quando ajustada pelo suporte social (Corrêa et al, 2011; Koenig et al, 1997), que favorece e é favorecido pela religiosidade organizacional. Assim como no caso da saúde física, cabe mencionar também a preocupação quanto à possibilidade de que essa associação seja bidirecional, na medida em que indivíduos deprimidos perderiam o interesse em frequentar os cultos (Rasic et al, 2013; Smith et al, 2003), e que o aumento da intensidade da depressão pode estar também relacionado com maior frequência aos cultos religiosos (Balbuena et al, 2014).

1.5 Suporte Social, Religiosidade e o enfrentamento da depressão

As relações entre religiosidade, suporte social e depressão são complexas (Zivin & Kales, 2008). Se considerarmos a religiosidade como um componente ou um *proxy* do suporte social, torna-se difícil mapear a contribuição isolada de cada um desses fatores para a ocorrência da depressão ou para o seu enfrentamento. Entretanto, quando tratados como fatores distintos, suporte social e religiosidade podem influenciar de maneira independente o enfrentamento da depressão (Bosworth et al, 2003). Por sua vez, esse enfrentamento pode ocorrer pela via farmacológica, por meio do uso de antidepressivo, e nessas situações, o uso do medicamento pode constituir um *proxy* da mesma (Sinokki et al, 2009). Existe, na literatura, farta documentação de pesquisas quantitativas focadas nas relações entre presença de sintomas depressivos e religiosidade ou suporte social (Zou et al, 2014; Bonelli & Koenig, 2013; Lucchetti et al, 2012; Oliveira et al, 2006; King et al, 2007; George et al, 1989). Todavia, são poucos os estudos voltados para a investigação do papel do suporte social e da religiosidade no uso de antidepressivos, e aqueles existentes, via de regra focam a adesão ou a resposta ao tratamento medicamentoso. Ao que parece, inexistem estudos epidemiológicos de base populacional que investigaram a associação entre suporte social e/ou religiosidade e o uso de antidepressivos.

Entre idosos, níveis mais elevados de suporte social influenciam positivamente a adesão ao tratamento com antidepressivos, embora essa influência seja mediada pela crença do indivíduo sobre a sua capacidade de controlar a própria enfermidade. Considerando os diferentes tipos de suporte social, o subjetivo, o instrumental e a interação não familiar foram aqueles relacionados à maior adesão ao tratamento, mas o mesmo não se observou para o tamanho da rede social (Voils et al, 2005). Em termos de resposta ao tratamento, os resultados vão na mesma direção: quanto maior o suporte social, melhor a resposta ao tratamento antidepressivo (Carter et al, 2012; Sinokki et al, 2009).

Numa perspectiva mais ampla, Koenig et al (2001) identifica na religiosidade um conjunto complexo de método de *coping* (enfrentamento) do estresse psicológico e suas consequências fisiológicas. O *coping* é definido como o conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com as demandas internas ou externas decorrentes de situações de stress, que sobrecarregam ou excedem seus recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984). Os quatro conceitos principais da teoria do *coping* são: a) interação entre o indivíduo e o ambiente; b) gerenciamento da situação estressora; c) necessidade de avaliação cognitiva do fenômeno vivenciado e d)

empreendimento de esforços cognitivos e comportamentais no manejo das demandas internas e externas (Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias de *coping* admitem dois focos distintos: o foco emocional e o foco no problema. As estratégias focadas na emoção caracterizam-se por um esforço regulatório do estado emocional associado ao *stress* e tem como foco reduzir a sensação física desagradável decorrente dele. Essa estratégia é utilizada principalmente em situações impossíveis de serem modificadas por qualquer iniciativa individual. Já a estratégia focada no problema é utilizada sempre em situações que são potencialmente modificáveis a partir de uma iniciativa individual. Ela pode ser dirigida externa ou internamente, e é direcionada à fonte do *stress*. No primeiro caso, o objetivo é modificar a relação entre a pessoa e o ambiente que a envolve, e inclui, por exemplo, resolução de conflitos interpessoais ou solicitação de ajuda de outra pessoa. No segundo caso, a estratégia envolve um processo cognitivo visando redefinir a fonte estressora (Folkman & Lazarus, 1980).

O uso de crenças e comportamentos religiosos para lidar com situações estressoras e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas da vida é chamado de *coping* (enfrentamento) religioso (Koenig et al, 1998b). O estudo do *coping* religioso deve ser amplo e fundamentado em uma visão funcional da religião e das funções que ela desempenha no enfrentamento. O enfrentamento religioso pode ser classificado em positivo e negativo. O enfrentamento positivo busca proporcionar um efeito benéfico, abrangendo estratégias como a busca do amor e proteção divinos, uma maior conexão com o transcendente, o suporte da congregação religiosa, a busca de ajuda e conforto nos livros religiosos, a oração pelo bem do próximo, a colaboração divina para a resolução dos problemas ou a redefinição do estressor como algo benéfico à sua vida. O enfrentamento negativo envolve estratégias prejudiciais ao indivíduo como o questionar a existência de Deus ou delegar tão somente a Ele a resolução dos seus problemas, ficar descontente com Deus ou com os membros da sua igreja e considerar o estressor uma punição divina (Pargament et al, 1998).

Pargament e col. (1998) admitem quatro estilos de enfrentamento religioso, baseados nas dimensões senso de controle (*locus of control*) e nível de atividades. No estilo autodirigido (*self-directing*) considera-se o indivíduo como o principal responsável pela resolução dos problemas, por meio de seu livre-arbítrio, ao passo que o estilo delegação (*deferring*) transfere para Deus toda a capacidade para resolução de seus problemas. O estilo colaborativo (*collaborative*), por sua vez, parte da premissa da corresponsabilidade entre as partes, enquanto o estilo súplica (*pleading*) pressupõe o recurso das orações e petições visando modificar a vontade divina. Wong-McDonald & Gorsuch (2000) propõem um quinto estilo, a que denominam renúncia (*surrender*), em que se renuncia à vontade pessoal em favor

da vontade divina. São considerados como *coping* positivo os estilos autodirigido, colaboração e súplica, e como *coping* negativo os estilos renúncia e delegação (Pargament et al, 2001).

A religiosidade pode ser entendida como uma estratégia de enfrentamento religioso, e nesse sentido, pode ser um fator determinante na escolha do tratamento da depressão. Todavia, em razão da carência de estudos populacionais voltados especificamente para esta questão, a sua discussão se restringe a especulações (Zivin & Kales, 2008). Podemos pensar, por exemplo, na religiosidade como um importante determinante da opção de enfrentamento. Neste caso, o menor uso de antidepressivos entre aqueles com maiores níveis de religiosidade indicariam que a prática religiosa é escolhida como forma de enfrentamento do problema de saúde, em detrimento do uso de medicamentos (Copper-Patrick et al, 1997). Outra possibilidade é que a religiosidade afete o resultado do tratamento medicamentoso. Um ensaio clínico desenvolvido junto a indivíduos sob tratamento farmacológico de transtornos depressivos maiores, a remissão dos sintomas foi mais frequente entre aqueles de religiosidade moderada, em comparação aos de baixa religiosidade (Schettino et al, 2011), mesmo ajustando-se pelo suporte social. A relação entre *coping* positivo e menor frequência de sintomas depressivos já foi evidenciado em estudos transversais e longitudinais, bem como em revisões sistemáticas (Haghighi, 2013; Bjørkløf et al 2013).

1.6 Uso de serviços de saúde e consumo de medicamentos por idosos

O conceito de uso de serviços de saúde compreende o contato entre usuário e serviço, tanto direto (consultas médicas e hospitalizações), quanto indireto (realização de exames preventivos e de diagnósticos). O uso de serviços de saúde depende de fatores individuais (predisponentes e de necessidades de saúde) e contextuais (aqueles relacionados às políticas de saúde e à oferta de serviços) (Travassos & Martins, 2004). Entre determinantes individuais da utilização de serviços de saúde, destacam-se a presença de sinais e sintomas de doenças e a avaliação da própria saúde (características de necessidades de saúde) (Capilheira & Santos, 2006), além do sexo feminino e a idade mais avançada (características predisponentes) (Ribeiro et al, 2006; Travassos & Martins, 2004).

Os idosos são o segmento populacional que utiliza mais intensamente os serviços de saúde (Veras, 2009; Sawyer et al, 2002), e essa utilização é comum aos diferentes tipos de serviços e níveis de atenção. Os idosos tendem a consultar mais o médico do que os adultos

jovens, e o fazem em excesso (mais de três vezes ao ano), seja na população geral (Capilheira & Santos, 2006; Sawyer et al, 2002) ou em populações específicas (Ham & Lee, 2007), nas quais a dificuldade para acessar os serviços de saúde é menor. Isso acontece também quando a finalidade precípua da consulta é preventiva, como é o caso da aferição e controle rotineiros da pressão arterial (Bezerra et al, 2013; Jahangir et al, 2012). O quadro não é diferente no tocante à hospitalização, pois percebe-se uma nítida desproporção entre o que os idosos representam para a população total brasileira e o que suas internações representam no conjunto de internações hospitalares no Brasil (Loyola Filho et al, 2004b). Embora os gastos globais com internações hospitalares de idosos não superem aqueles destinados ao custeio das internações da população adulta não idosa, o valor médio de cada internação entre os primeiros é mais elevado que entre os últimos (Peixoto et al, 2004). O cenário não é distinto em relação ao atendimento emergencial e transporte em ambulâncias, cuja utilização por idosos é maior. O crescimento da demanda dos idosos por esse tipo de atendimento tem se mostrado mais acelerado do que o crescimento desse segmento populacional (Lowthian et al, 2011).

No cenário da atenção à saúde, o medicamento é um recurso terapêutico cada vez mais presente, seja na abordagem de sintomas, seja no tratamento e prevenção de doenças. A importância do medicamento deriva não só da sua efetividade no manejo das condições de saúde, como também do seu simbolismo, na medida em que é visto como uma possibilidade de transição rápida da condição de doente para a de saudável (Lefèvre, 1983). Acrescente-se a isso o contínuo lançamento e a crescente disponibilidade de medicamentos que podem ser adquiridos sem a exigência da prescrição médica (Kaufman et al, 2002). Assim, a prescrição de um medicamento torna-se, muito frequentemente, um desdobramento natural do encontro paciente-profissional de saúde, e na ausência desse encontro, a automedicação, uma prática comum de autocuidado da saúde, a substitui (Loyola Filho et al, 2004a). Assim como no caso do uso de serviços de saúde, a presença de condições crônicas de saúde torna os idosos grandes consumidores de medicamentos (Veras & Parahyba, 2007). Muitas dessas condições, como hipertensão arterial essencial e diabetes são incuráveis, e o seu manejo e controle sustentam-se na utilização contínua de farmacoterapia (Galato et al, 2010). A prevalência do uso de medicamentos é mais elevada entre idosos, se comparado ao observado no segmento populacional adulto, como demonstram estudos internacionais (Al-Windi, 2005; Kaufman et al, 2002) e nacionais (Silva et al, 2012; Dias-da-Costa et al, 2011; Costa et al, 2011; Vera & Parahyba, 2007). No tocante à quantidade de medicamentos consumidos simultaneamente, os idosos também se destacam: utilizam em média mais medicamentos que o resto da população

(Costa et al, 2011; Al-Windi, 2005; Carvalho et al, 2005) e a polifarmácia é elevada entre eles (Costa et al, 2011; Qato et al, 2010; Rozenfeld et al, 2008; Loyola Filho et al, 2005).

O elevado consumo de medicamentos tem implicações nas condições de saúde e no custeio da atenção à saúde da população idosa. Num organismo envelhecido, os benefícios esperados na utilização de um determinado fármaco concorrem com os riscos envolvidos nessa prática. As modificações fisiológicas típicas do envelhecimento impõem alterações na farmacodinâmica e na farmacocinética dos medicamentos, aumentando a probabilidade da ocorrência de efeitos indesejáveis (interações e reações adversas), especialmente quando uma maior quantidade é utilizada simultaneamente (Baldoni et al, 2013; Tamblyn, 1996). No que diz respeito ao custeio da atenção à saúde da população idosa, cabe ressaltar que existe um importante comprometimento da renda mensal dos idosos na aquisição dos medicamentos por eles utilizados (Luz et al, 2009; Lima-Costa et al, 2003).

1.7 Consumo de antidepressivo pelo idoso

Os antidepressivos e suas indicações

A história dos antidepressivos se inicia nos anos 1950, com a síntese das fenotiazinas e o uso clínico da clorpromazina para tratamento da psicose. As modificações moleculares das fenotiazinas levaram à síntese da imipramina, o primeiro antidepressivo tricíclico (ADT). A partir de 1960, amplia-se o uso dos antidepressivos tricíclicos (como a amitriptilina) e dos inibidores da monoaminoxidases (IMAO). De 1970 a 1990, são desenvolvidas novas drogas antidepressivas, no caso, os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), tais como fluoxetina, citalopram e sertralina (Lieberman, 2003). A utilização desses fármacos na prática médica passou a incorporar outras indicações clínicas, como transtornos ansiosos e condições dolorosas (Howard et al, 2012; Gardastottir et al, 2007). O crescimento da prescrição dos ISRS se deveu também à baixa taxa de efeitos colaterais, em comparação aos tricíclicos. Os antidepressivos de dupla ação (inibição da recaptção de noradrenalina e serotonina) surgem em 1990, apresentam menos efeitos colaterais e passam a ser utilizados também no tratamento da dor crônica (McQuay et al, 1996). O Quadro 1 descreve as classes dos antidepressivos em uso, discriminados de acordo com o subgrupo químico e princípio ativo (Bezchlibnyk-Butler & Jeffries, 1999).

Quadro 1. Classificação dos antidepressivos disponíveis no Brasil

Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)

Tranilcipromina (não seletivo e irreversível)

Moclobemida (inibidores reversíveis da MAO A)

Inibidores não seletivos de recaptura de serotonina e noradrenalina (ADT)

Imipramina; Clomipramina; Amitriptilina; Nortriptilina; Maprotilina

Inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS)

Fluoxetina; Fluvoxamina; Sertralina; Citalopram; Escitalopram; Paroxetina

Inibidores seletivos de recaptura de serotonina e noradrenalina (ISRSN)

Venlafaxina; Desvenlafaxina; Duloxetina

Inibidores de recaptura de serotonina e antagonistas ALFA-2 (IRSA)

Trazodona

Estimulantes da recaptura de serotonina (ERS)

Tianeptina

Inibidores seletivos de recaptura de noradrenalina (ISRN)

Reboxetina

Inibidores seletivos de recaptura de dopamina (ISRD)

Bupropiona

Antagonistas de alfa-2 adrenoceptores

Mianserina; Mirtazapina

Agonista de receptores melatoninérgicos e antagonista de serotonina

Agomelatina

FONTE: Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. Clinical handbook of psychotropic drugs. 9th ed. Toronto (Canada): Hogrefe & Huber Publishers; 1999.

Atualmente, tem sido observada uma gradativa alteração no padrão de prescrição de antidepressivos, com o aumento dos ISRS em detrimento da prescrição dos IMAO e ADT (Lockhart & Guthrie, 2011; Hollingworth et al, 2010; Olfson & Marcus, 2009; Percudani et al, 2004). A prevalência de prescrições dos ADT tem se mantido estável, em doses cada vez menores (Lockhart & Guthrie, 2011, 2011), com redução da observação de efeitos adversos decorrentes do uso desses fármacos (Coupland et al, 2011).

Apesar da boa indicação do uso desses medicamentos, alguns estudos têm associado os antidepressivos à ocorrência de efeitos adversos, que variam de acordo com o subgrupo químico. Entre os tricíclicos, destacam-se a hipotensão ortostática, o ganho de peso, a constipação intestinal, boca seca, distúrbios cognitivos (desorientação, confusão mental, agitação e alucinações), que decorrem da ação anticolinérgica do medicamento (Coupland et al, 2011; MacDonald et al, 1996). Já os ISRS podem provocar diarreia, cefaleia, insônia e náusea (Willian-Jr et al, 2000). Os ISRS, quando comparados aos ADT e aos IMAO,

apresentam menor risco de overdose fatal e de efeitos colaterais (Bottino et al, 2012; Birrer & Vemuri, 2004), embora, em um estudo recente, tenham sido associados à mortalidade por todas as causas (Coupland et al, 2011). Os efeitos adversos mais comuns relacionados ao uso dos IMAO são a hipotensão ortostática grave, a diarreia e o angioedema. Além disso, os IMAO apresentam interação medicamentosa com diversos fármacos e alimentos que contêm tiramina, um aminoácido precursor da catecolamina. Esta combinação pode provocar crise hipertensiva potencialmente fatal e hemorragia intracraniana (Howard et al, 2012).

Consumo de antidepressivos ao nível populacional

Estudos internacionais indicam que a prevalência do consumo de antidepressivos na população geral varia entre 4,4% e 13,4% (Lockhart & Guthrie, 2011; Pratt et al, 2011; Kuo et al, 2011; Harris et al, 2011; Sihvo et al, 2010; Serna et al, 2010; Demyttenaere et al, 2008; Percudani et al, 2004), tendo sido observada, mais recentemente, uma tendência de aumento da sua prescrição (Lockhart & Guthrie, 2011; Soudry et al, 2008). Entre as razões para esse aumento de consumo, destaca-se o surgimento de novos antidepressivos (mencionado anteriormente) como fluoxetina, sertralina, paroxetina e citalopram, da classe dos ISRS (Gareri et al, 2000), que apresentam melhor tolerabilidade e segurança (Mamdani et al, 2000; McQuay et al, 1996). Outras tendências que acompanharam o aumento da prescrição de antidepressivos foram o seu uso crônico ou prolongado (Lockhart & Guthrie, 2011; Sihvo et al, 2010; Gareri et al, 2000) e a sua utilização no manejo de outras condições de saúde, como por exemplo, enxaqueca (Goldenberg et al, 2004), síndrome do intestino irritável (Andresen et al, 2011), tratamento do tabagismo (Hughes et al, 2007). Além disso, cabe mencionar o marketing agressivo dos antidepressivos patenteados mais recentemente (Reid & Barbuli, 2010).

As características consistentemente associadas ao uso de antidepressivos na população adulta podem ser agrupadas em dois blocos: as sociodemográficas e as de condições de saúde. Entre as primeiras, destacam-se o sexo feminino (Lockhart & Guthrie, 2011; Pratt et al, 2011; Kuo et al, 2011; Serna et al, 2010; Demyttenaere et al, 2008), idade acima de 65 anos (Kuo et al, 2011; Harris et al, 2011; Serna et al, 2010; Demyttenaere et al, 2008; Percudani et al, 2005; Percudani et al, 2004), escolaridade e renda baixas (Von Soest et al, 2012). Já em relação às condições de saúde, são mencionadas o histórico de depressão e de ansiedade (Harris et al, 2011; Demyttenaere et al, 2008), distúrbios do sono (Harris et al, 2011), condições físicas

crônicas e limitações funcionais (Harris et al, 2011), além da procura de ajuda para problemas de saúde mental ou emocional (Demyttenaere et al, 2008).

Especificamente em relação à depressão e transtornos depressivos, indicação primeira para o uso dos antidepressivos, o crescimento da prescrição desses medicamentos aparentemente acompanhou um progressivo aumento da prevalência da depressão em vários países, como Estados Unidos (Marcus & Olfson, 2010; Compton et al, 2006), Inglaterra (Spiers et al, 2012) e Dinamarca (Andresen et al, 2011). Todavia, na década subsequente, a tendência de aumento de depressão em níveis populacionais não se sustentou, observando-se ora redução (Moore et al, 2009), ora estabilidade (Spiers et al, 2012; Zhang et al, 2010) ou mesmo elevação (Andresen et al, 2011; Marcus & Olfson, 2010). Assim, verifica-se atualmente um aparente descompasso entre a presença de depressão e o uso de antidepressivos. Alguns estudos têm detectado um baixo consumo de antidepressivo entre os portadores de depressão, seja na população adulta (entre 24% e 30%) (Hämäläinen et al, 2009; Demyttenaere et al, 2008), seja na idosa (entre 10,9% e 35,7%) (Zhang et al, 2010; Sonnenberg et al, 2008). Por outro lado, detecta-se um crescente consumo de antidepressivo na população não deprimida, para tratamento de outras morbidades (Patten et al, 2007).

Consumo de antidepressivo pela população idosa

Os estudos internacionais sobre consumo de antidepressivos entre idosos revelaram uma variação da sua prevalência, entre 6,0% a 11,5% (Zhang et al, 2010; Sonnenberg et al, 2008; Percudani et al, 2004; Mamdani et al, 2000), valores esses que se enquadram na amplitude das prevalências detectadas na população adulta em geral. Também tem sido observada semelhança entre o consumo de antidepressivos por idosos e pela população adulta, seja em termos de tendência histórica da prevalência, das classes mais consumidas ou dos fatores associados. Assim, o consumo de antidepressivos entre idosos tem aumentado (Zhang et al, 2010; Soudry et al, 2008; Sonnenberg et al, 2008; Hansen et al, 2007; Mamdani et al, 2000), inclusive na faixa etária mais avançada (acima de 85 anos) (Lockhart & Guthrie, 2011; Hollingworth et al, 2010; Serna et al, 2010; Soudry et al, 2008; Sonnenberg et al, 2008). Em termos das classes medicamentosas, os ISRS têm sido mais prescritos e utilizados, em detrimento dos ADT (Reid & Barbui, 2010; Sonnenberg et al, 2008; Soudry et al, 2008).

Entre os fatores sociodemográficos associados ao consumo de antidepressivos entre idosos destacam-se o sexo (Zhang et al, 2010; Soudry et al, 2008; Brown et al, 1995), a escolaridade (Soudry et al, 2008) e raça (Brown et al, 1995). No tocante às condições de

saúde, o uso desses medicamentos foi mais elevado entre aqueles que avaliaram negativamente sua saúde (Zhang et al, 2010; Soudry et al, 2008; Brown et al, 1995), que apresentavam um histórico de depressão (Zhang et al, 2010; Soudry et al, 2008; Sonnenberg et al, 2008), encontravam-se em pior estado de saúde (Zhang et al, 2010) ou limitados funcionalmente (Sonnenberg et al, 2008). No campo das características descritoras de utilização de serviços de saúde, o uso de antidepressivos apresentou-se associado ainda a um consumo mais elevado de medicamentos não psicotrópicos (Soudry et al, 2008) e a um maior número de consultas médicas no último ano (Brown et al, 1995), sendo que os idosos residentes em comunidade utilizam menos antidepressivos que seus pares institucionalizados (Zhang et al, 2010).

Estudos nacionais sobre consumo de antidepressivo

No Brasil, os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam especificamente o consumo de antidepressivos são escassos. A maioria deles investigou o uso de antidepressivos num contexto mais amplo, qual seja, o da investigação do consumo de psicofármacos em geral (Quintana et al, 2013; Rodrigues et al, 2006; Lima et al, 1999; Almeida et al, 1994), tendo sido realizados junto a populações adultas (Quintana et al, 2013; Garcias et al, 2008; Rodrigues et al, 2006; Lima et al, 1999; Almeida et al, 1994). Os estudos que investigaram especificamente o consumo de antidepressivos são mais recentes (Brunoni et al, 2013; Garcias et al, 2008), sendo um deles desenvolvido junto a uma população de servidores públicos (Brunoni et al, 2013). Nos estudos junto à população geral, a prevalência do uso de antidepressivos variou de 1,1%, na cidade do Rio de Janeiro, a 9,3% em Pelotas (Garcias et al, 2008; Almeida et al, 1994). Da mesma forma que nos internacionais, os estudos brasileiros mostram um crescimento do uso de antidepressivos em anos mais recentes (Quintana et al, 2013; Rodrigues et al, 2006). Em relação aos fatores associados, no Brasil, o uso de antidepressivos mostrou-se associado ao sexo feminino (Brunoni et al, 2013; Quintana et al, 2013; Garcias et al, 2008) e ao aumento da idade (Lima et al, 1999), de forma semelhante ao observado nos estudos internacionais. Mas diferentemente destes, o uso de antidepressivos entre brasileiros foi mais elevado entre aqueles de nível socioeconômico e de escolaridade mais elevadas (Brunoni et al, 2013; Garcias et al, 2008). Em relação às condições de saúde, os estudos nacionais mostraram o uso de antidepressivos associado à presença de transtornos ansiosos e de um maior número de condições crônicas de saúde (Brunoni et al, 2013). Um único estudo de base populacional (Garcias et al, 2008) investigou

se a religiosidade estaria associada ao uso de antidepressivos na população geral, mas não ela não foi significativa.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Investigar o uso de antidepressivos entre idosos residentes em comunidade, em termos da prevalência e fatores associados, além das classes farmacológicas e princípios ativos mais utilizados.

2.2 Objetivos específicos

Estimar a prevalência do uso de antidepressivos;

Identificar os antidepressivos mais consumidos, em termos da sua classe farmacológica e princípio ativo;

Investigar as características sociodemográficas, condições de saúde e uso de serviços de saúde, associadas ao uso de antidepressivos;

Investigar a existência de associação entre religiosidade e suporte social e o uso de antidepressivos.

3 Aspectos metodológicos

3.1 Área e população de estudo

Este trabalho utilizou dados do Projeto Bambuí, um estudo longitudinal sobre envelhecimento e saúde, estabelecido em 1997 e desenvolvido na cidade de mesmo nome, localizada no sudoeste do estado de Minas Gerais. À época, o município de Bambuí contava com aproximadamente 21.000 habitantes, dos quais 15.000 residiam na sua sede. Bambuí foi uma área endêmica para a doença de Chagas, que teve seu ciclo de transmissão interrompido nos anos 1970, pelo uso maciço de inseticidas. A esperança de vida ao nascer era de 70,2 anos, sendo o acidente vascular encefálico (AVE), a doença de Chagas e a doença isquêmica do coração as principais causas de morte entre idosos (Lima-Costa et al, 2011). A escolha da área de estudo foi baseada na baixa taxa de migração da população (observou-se uma razoável estabilidade populacional nas três décadas que precederam o estudo), nas características sociodemográficas e perfil de mortalidade e na viabilidade do estudo em função da cooperação da população.

Todos os habitantes da cidade com 60 ou mais anos de idade, em 1º de janeiro de 1997, foram identificados censitariamente e considerados elegíveis para constituir a linha-base da coorte. Dos 1.742 moradores na faixa etária considerada, 1.606 (92,2%) constituíram a linha de base desta coorte e foram selecionados para o presente trabalho.

3.2 Variáveis do estudo e coleta de dados

A variável dependente foi o consumo referido de antidepressivos. Aos participantes foi perguntado se haviam utilizado algum medicamento nos últimos 90 dias, e em caso positivo foi indagado o nome e tempo de uso. Os medicamentos referidos foram identificados, desdobrados em seus princípios ativos, e posteriormente classificados de acordo com o Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC Index), desenvolvido pelo World Health Organization Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology (WHO, 2012). Esse sistema de codificação classifica o medicamento de acordo com o sítio anatômico sobre o qual ele age, sua ação terapêutica e suas propriedades farmacológicas e químicas. Foram considerados antidepressivos todos os medicamentos identificados pelo ATC Index com o código N06A. As embalagens e/ou receitas médicas foram solicitadas, durante a entrevista, para conferência.

As variáveis explicativas incluíram características sociodemográficas, descritores de condição de saúde e de utilização de serviços de saúde, além do suporte social e religiosidade. As características sociodemográficas consideradas nesta investigação foram sexo, idade (60-69; 70-79; 80 ou mais anos), situação conjugal (casado/união consensual; viúvo; solteiro/divorciado), escolaridade em anos de frequência à escola (0-3 anos; 4-7 anos e 8 ou mais anos), renda familiar mensal em número de salários mínimos (1 SM = US\$ 120, à época), e morar sozinho (sim/não).

As variáveis descritoras de condição de saúde incluíram medidas objetivas e uma medida subjetiva, no caso, auto-avaliação da saúde (muito bom/bom; razoável; ruim/muito ruim). As medidas objetivas de saúde consideraram a presença de transtornos depressivos e de disfunção cognitiva (sim; não), incapacidade funcional (sim; não) e número de condições crônicas de saúde selecionadas. A presença de sintomas depressivos foi aferida por meio do General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg & Hillier, 1979) em sua versão de 12 perguntas. Nesta população, o GHQ-12 apresentou um desempenho semelhante ao GDS-30 para o rastreamento de sintomas depressivos, utilizando para tal o ponto de corte igual ou superior a 5 (Costa et al, 2006). O Mini-exame do Estado Mental - MEEM (Castro-Costa et al, 2008; Folstein et al, 1975) foi utilizado na avaliação cognitiva, sendo considerado sem disfunção todo participante que apresentou escore ≥ 22 para o exame. As condições crônicas incluídas foram a hipertensão arterial, diabetes, doença coronariana (angina e/ou infarto do miocárdio), doença de chagas e artrite/reumatismo, baseadas no autorrelato de diagnóstico médico para as mesmas. A incapacidade funcional foi definida a partir do relato de não conseguir, sem a ajuda de outra pessoa, realizar pelo menos uma das seguintes atividades básicas de vida diária (ABVD): vestir-se, alimentar-se, deitar/levantar da cama e/ou cadeira, usar banheiro e mover-se pelos cômodos da casa. As variáveis descritoras de utilização de serviços de saúde foram o número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses (discretizada) e cobertura por plano de saúde (não; sim).

As variáveis de suporte social incluíram o grau de satisfação nos relacionamentos pessoais (satisfeito; indiferente; insatisfeito), ter amigos a quem visita ou que o visitam (sim; não), participar de associação comunitária (sim; não), receber auxílio (financeiro, moradia, companhia) da família (sim; não). No tocante ao recebimento de ajuda, foi considerada a resposta positiva a pelo menos um dos tipos de ajuda mensurados. A frequência aos cultos religiosos foi utilizada para aferir a religiosidade. Participantes que relataram frequência semanal à igreja foram classificados como tendo nível alto de religiosidade, os com frequência mensal foram classificados como tendo nível moderado de religiosidade e aqueles

que frequentaram menos de uma vez por mês ou nunca frequentaram foram categorizados como de religiosidade baixa ou nenhuma. Na análise dos dados, a categoria moderada foi utilizada como referência.

A coleta de dados se deu por meio de questionários padronizados, aplicados domiciliarmente por equipe coletora de dados devidamente treinada e calibrada pelos pesquisadores. Os coletores de dados eram residentes na comunidade e apresentavam escolaridade igual ou superior a 11 anos completos.

Os participantes assinaram um termo de consentimento esclarecido informado, e as investigações foram aprovadas pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

3.3 Análise dos dados

A prevalência do consumo de antidepressivos foi calculada utilizando como denominador o total de respondentes. Na identificação das classes farmacológicas e dos princípios ativos mais consumidos, em termos proporcionais, utilizou-se como denominador o total de antidepressivos referidos.

O teste do qui-quadrado de Pearson foi utilizado na comparação dos usuários de antidepressivos com os não usuários, em relação às características sociodemográficas e de condições de saúde, serviços de saúde, suporte social e religiosidade. O modelo de Regressão Logística foi utilizado para testar as associações entre o consumo de antidepressivos e as variáveis explicativas. Esse modelo de regressão permite estimar *Odds Ratios* (OR), brutos e ajustados, e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A modelagem multivariada foi feita sequencialmente, com entrada de variáveis em bloco, de acordo com os conjuntos de variáveis descritos anteriormente. Foram estimados, em sequência, três modelos: (1) características sociodemográficas; (2) condições de saúde e uso de serviços de saúde e (3) suporte social e religiosidade. Eram incluídos no modelo seguinte apenas aquelas variáveis que estiveram associadas ao uso de antidepressivos ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foram consideradas independentemente associadas ao evento as variáveis que, no modelo final (modelo 3), apresentassem um valor de $p < 0,05$. A adequação do modelo foi verificada por meio do teste de Hosmer-Lemeshow e a presença de multicolinearidade foi testada por meio do teste de detecção de fatores inflatores da variância. O software estatístico Stata, versão 13 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos) foi utilizado na análise dos dados.

4 Resultados

Participaram do presente estudo 1.606 idosos residentes em Bambuí. A prevalência do uso de antidepressivo foi de 8,4% (IC95%: 7,1%-9,8%). As tabelas 1 e 2 descrevem a população de estudo segundo as características sociodemográficas, de condições de saúde, de utilização de serviços de saúde, suporte social e religiosidade, bem como os resultados das análises univariadas para testar associação dessas características e o uso de antidepressivos.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (60,1%), com idade entre 60 e 69 anos (58,1%; média=69,3 e dp=7,4), não morava sozinho (84,1%), e de baixo nível socioeconômico (65,3% com escolaridade abaixo de 4 anos e 68,0% com renda familiar mensal abaixo de 3 SM); quase a metade (48,9%) era casada ou mantinha uma união estável. No tocante às condições de saúde investigadas, a proporção de idosos com escore positivo para o GHQ foi de 38,5%, cerca de um quinto apresentaram prejuízo cognitivo (19,5%) e avaliaram negativamente a própria saúde (20,2%), aproximadamente quatro em 10 (41,7%) relataram histórico de comorbidade crônica (2 ou mais condições crônicas presentes) e 8,1% eram incapazes de realizar pelo menos uma ABVD (Tabela 1).

Entre as características sociodemográficas, apenas o sexo esteve associado ($p < 0,05$) ao evento, ao passo que entre as características da condição de saúde, não foi observada associação estatística somente para a capacidade funcional. A chance de uso de antidepressivos foi significativamente maior entre os idosos do sexo feminino, entre aqueles que avaliaram pior a sua própria saúde, com sintomas depressivos e portadores de uma ou mais condição crônica de saúde, mas foi significativamente menor entre aqueles com disfunção cognitiva (Tabela 1).

Em média, os participantes consultaram o médico 3,4 (dp=4,9) vezes nos últimos 12 meses, e aproximadamente dois em cada dez (19,3%) era coberto por plano de saúde. Em relação às características de suporte social, a maior parte declarou-se satisfeita com suas relações pessoais (88,0%), visitava ou recebia visita de amigos (87,6%), recebia algum tipo de ajuda da família (63,6%) e não participava de associação comunitária (83,2%). Em termos de religiosidade, a frequência semanal a culto religioso foi de 40,7%, sendo que 36,4% disseram fazê-lo com uma frequência mensal e 22,9% o faziam anualmente ou não frequentavam (Tabela 2).

As análises univariadas revelaram que os idosos cobertos por plano de saúde e aqueles que consultaram o médico maior número de vezes tiveram chances mais elevadas de

utilizarem antidepressivos ($p < 0,05$). Com exceção de uma variável (ter amigos a quem visita e que o visitam), as chances de utilização de antidepressivos foram maiores entre aqueles idosos com pior suporte social, mas nenhuma delas se mostrou significativa ao nível de $p < 0,05$. Já para religiosidade, as chances de utilização de antidepressivo foram menores para os idosos de religiosidade alta, bem como para aqueles de religiosidade baixa ou nenhuma, em comparação aos de religiosidade moderada, e a associação foi significativa ($p = 0,001$) (Tabela 2).

Na Tabela 3 podem ser vistos os antidepressivos mais consumidos, em termos do subgrupo farmacológico e princípio ativo. No primeiro caso, os antidepressivos tricíclicos (ADT) foram aqueles mais utilizados (76,4%), seguido dos inibidores da recaptura da serotonina (ISRS) (18,1%) e dos inibidores da monoaminoxidase (IMAO) (5,6%). Em termos de princípio ativo, a Amitriptilina (34,7%) e a Imipramina (13,9%) foram os mais utilizados entre os ADTs, enquanto entre os ISRSs predominou o uso de Fluoxetina (13,2%); já entre os inibidores da monoaminoxidase (IMAO), a Moclobemida foi o princípio ativo mais consumido (4,2%).

Os resultados das análises multivariadas sequenciadas dos fatores associados ao uso de antidepressivos são mostrados na Tabela 4. Na análise multivariada do modelo 1, restrito às características sociodemográficas, permaneceram significativamente associadas ao uso de antidepressivos o sexo feminino ($OR = 4,14$; $IC_{95\%}$; 2,54-6,76) e a situação conjugal, restrita à categoria solteiro/separado ($OR = 0,43$; $IC_{95\%}$ 0,22-0,84). As demais características sociodemográficas deixaram de ser associadas no ajustamento pelas demais variáveis do bloco.

No modelo 2 foram testadas as hipóteses de associação do conjunto de variáveis de condições de saúde e uso de serviços de saúde, ajustadas mutuamente e pelas variáveis sexo e situação conjugal. Após o ajustamento múltiplo, apenas a disfunção cognitiva ($OR = 0,41$; $IC_{95\%}$ 0,21-0,78) e auto-avaliação da saúde como ruim ($OR = 1,86$; $IC_{95\%}$ 1,06-3,26), entre as condições de saúde permaneceram significativamente associadas. A presença de sintomas depressivos e o número de doenças crônicas perderam a significância na presença das demais condições de saúde, do sexo e da situação conjugal. Estas características sociodemográficas mantiveram-se significativamente associadas ao evento, mesmo na presença das condições de saúde (Tabela 4).

No modelo 3 (modelo final) foram acrescentadas as variáveis descritoras do uso de serviços de saúde, do suporte social e da religiosidade, para ajuste mútuo e pelas características sociodemográficas e de condições de saúde remanescentes do modelo 2. Entre

as variáveis remanescentes do modelo 2, apenas a situação conjugal não permaneceu independentemente associada ao uso de antidepressivos, embora tenha sido *borderline* ($p=0,05$). Sexo feminino (OR=3,74; IC95% 2,15-6,49), presença de disfunção cognitiva (OR=0,43; IC95% 0,21-0,84) e auto-avaliação da saúde como ruim (OR=2,05; IC95% 1,15-3,65) apresentaram-se independentemente associadas ao evento. Ambos os descritores de uso de serviços de saúde (número de consultas médicas, OR=1,05; IC95% 1,02-1,08 e cobertura por plano de saúde, OR=1,76; IC95% 1,11-2,80) apresentaram-se positiva e independentemente associadas ao uso de antidepressivos. O nível elevado de religiosidade (frequência semanal ao culto religioso) mostrou-se negativa e independentemente associada (OR=0,44; IC95% 0,28-0,71), mas o nível baixo de religiosidade (frequência anual ou não frequência ao culto religioso) perdeu significância estatística na presença das demais variáveis incluídas no modelo.

Tabela 1. Distribuição (%) do uso de antidepressivos segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, linha-base da coorte idosa de Bambuí, 1997.

Características sociodemográficas	População total (n=1.606)	Uso de antidepressivos (n=135)	OR Bruto (IC95%)
<i>Sexo</i>			
Masculino	39,9	3,9	1,00
Feminino	60,1	11,4	3,17 (2,03 - 4,95)
<i>Faixa Etária (anos)</i>			
60 - 69	58,1	8,7	1,00
70 - 79	30,6	7,9	0,91 (0,61-1,35)
≥ 80	11,3	8,2	0,95 (0,53-1,68)
<i>Escolaridade (anos)</i>			
0 - 3	65,3	7,9	1,00
4 - 7	26,8	8,6	1,10 (0,73-1,64)
≥ 8	7,9	11,9	1,57 (0,88-2,82)
<i>Situação Conjugal</i>			
Casado/União estável	48,9	8,8	1,00
Viúvo	35,4	9,3	1,07 (0,73-1,55)
Solteiro/Separado	15,7	5,2	0,56 (0,31-1,04)
<i>Renda Familiar Mensal (em SM)</i>			
< 2	30,2	6,9	1,00
2 - 2,9	37,8	9,5	1,42 (0,91-2,22)
≥ 3	32,0	8,8	1,32 (0,83-2,10)
<i>Morar sozinho</i>			
Não	84,1	8,7	1,00
Sim	15,9	6,3	0,73 (0,44-1,21)
<i>Escore GHQ-12</i>			
< 5	61,5	6,7	1,00
≥ 5	38,5	10,7	1,67 (1,15-2,41)
<i>Disfunção Cognitiva</i>			
Não	80,5	9,3	1,00
Sim	19,5	3,7	0,38 (0,20-0,71)
<i>Auto-avaliação da saúde</i>			
Muito bom/bom	34,4	5,8	1,00
Razoável	45,5	8,9	1,59 (1,03-2,46)
Ruim/Muito ruim	20,2	11,7	2,16 (1,32-3,53)
<i>Número de doenças crônicas</i>			
Nenhuma	23,1	5,7	1,00
1	35,2	7,6	1,37 (0,80-2,35)
2	27,1	10,1	1,88 (1,09-3,22)
3 - 5	14,7	11,5	2,16 (1,19-3,91)
<i>Incapacidade para realização de pelo menos uma ABVD</i>			
Não	91,9	8,4	1,00
Sim	8,1	7,7	0,91 (0,46-1,77)

OR Bruto (IC95%) = Odds Ratio bruto (Intervalo de Confiança 95%), estimadas pelo modelo de regressão logística.

SM = Salário Mínimo Nacional (=US\$ 120 à época); ABVD = Atividade Básica de Vida Diária

Tabela 2. Distribuição (%) do uso de antidepressivos segundo uso de serviços de saúde, suporte social e religiosidade, linha-base da coorte idosa de Bambuí, 1997.

Características	População total (n=1.606)	Uso de antidepressivos (n=135)	OR Bruto (IC95%)
<i>Número médio de consultas médicas nos últimos 12 meses</i>	3,4 (dp=4,9)	5,5 (dp=6,2)	1,06 (1,03 – 1,09)
<i>Cobertura por plano de saúde</i>			
Não	80,7	7,6	1,00
Sim	19,3	11,6	1,59 (1,06 – 2,38)
<i>Grau de satisfação com as relações sociais</i>			
Satisfeito	88,0	7,9	1,00
Indiferente	6,1	12,4	1,64 (0,87 – 3,09)
Insatisfeito	5,9	10,6	1,38 (0,70 – 2,74)
<i>Tem amigos que visita ou que o visitam</i>			
Sim	87,6	8,8	1,00
Não	12,4	6,6	0,73 (0,41 – 1,33)
<i>Participação em associações comunitárias</i>			
Não	83,2	8,3	1,00
Sim	16,8	8,6	1,04 (0,65 – 1,67)
<i>Recebe auxílio da família</i>			
Sim	63,6	8,4	1,00
Não	36,4	8,4	1,01 (0,70 – 1,45)
<i>Frequência a culto religioso</i>			
Semanal	40,7	6,2	0,50 (0,33 – 0,74)
Mensal	36,4	11,8	1,00
Anual/Nunca	22,9	7,2	0,58 (0,36 – 0,93)

OR Bruto (IC95%) = Odds Ratio bruto (Intervalo de Confiança 95%), estimadas pelo modelo de regressão logística.

dp = desvio-padrão;

Tabela 3. Distribuição dos antidepressivos consumidos, segundo classe farmacológica e princípio ativo, linha-base da coorte idosa de Bambuí. 1997.

Antidepressivo	n	%
Tricíclicos (N06AA)	110	76,4
Amitriptilina (N06AA09)	50	34,7
Imipramina (N06AA 02)	20	13,9
Nortriptilina (N06AA 10)	14	9,7
Maprotilina (N06AA 21)	11	7,6
Clomipramina (N06AA 04)	8	5,6
Amineptina (N06AA 19)	7	4,9
ISRS ^a (N06AB)	26	18,1
Fluoxetina (N06AB03)	19	13,2
Paroxetina (N06AB05)	5	3,5
Sertralina (N06AB06)	2	1,4
IMAO ^b (N06AF e N06AG)	8	5,6
Moclobemida (N06AG02)	6	4,2
Tranilcipromina (N06AF04)	2	1,4

(a) Inibidores Seletivos de Recaptura da Serotonina

(b) Inibidores da Monoaminoxidase

Tabela 4. Resultado da análise da associação de características sociodemográficas, presença de sintomas depressivos e condições de saúde, com o uso de antidepressivos na linha-base da coorte idosa de Bambuí, 1997.

Variáveis	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2 OR (IC95%)	Modelo 3 OR (IC95%)
Feminino	4,14 (2,54 – 6,76)	3,19 (1,89 – 5,37)	3,74 (2,15 – 6,49)
<i>Idade</i> (ref: 60-69 anos)			
70-79 anos	0,96 (0,63 – 1,43)	0,87 (0,56 – 1,35)	0,85 (0,54 – 1,33)
80/+ anos	0,97 (0,52 – 1,78)	1,00 (0,50 – 1,98)	0,85 (0,41 – 1,74)
<i>Escolaridade</i> (ref: 0-3 anos)			
4 – 7 anos	1,18 (0,74 – 1,89)	-	-
8/+ anos	1,32 (0,81 – 2,15)	-	-
<i>Situação Conjugal</i> (ref: casado)			
Viúvo	0,70 (0,45 – 1,09)	0,75 (0,49 – 1,15)	0,77 (0,49 – 1,20)
Solteiro/Separado	0,43 (0,22 – 0,84)	0,43 (0,22 – 0,85)	0,49 (0,24 – 1,00)
<i>Renda Familiar em SM^a</i> (ref: < 2,0)			
2,0 - 2,9	1,40 (0,85 – 2,30)	-	-
≥ 3,0	1,26 (0,73 – 2,17)	-	-
<i>Morar sozinho</i> (ref: não)			
Sim	0,90 (0,48 – 1,67)	-	-
<i>Escore do GHQ-12</i> (ref: <5)			
≥ 5		1,46 (0,98 – 2,17)	-
<i>Disfunção cognitiva</i> (ref: não)			
Sim		0,41 (0,21 – 0,78)	0,43 (0,21 – 0,84)
<i>Auto-avaliação da saúde</i> (ref: muito bom/bom)			
Razoável		1,31 (0,81 – 2,11)	1,56 (0,96 – 2,52)
Ruim		1,86 (1,06 – 3,26)	2,05 (1,15 – 3,65)
<i>Número de doenças crônicas</i> (ref: nenhuma)			
1		1,32 (0,72 – 2,44)	-
2		1,50 (0,80 – 2,82)	-
3 - 5		1,56 (0,78 – 3,13)	-
<i>Incapacidade para ABVD^(b)</i> (ref: não)			
Sim		0,45 (0,16 – 1,30)	-
<i>Número consultas médicas nos últimos 12 meses</i>			1,05 (1,02 – 1,08)
<i>Cobertura por plano de saúde</i> (ref: não)			
Sim			1,76 (1,11 – 2,80)
<i>Grau de satisfação com as relações sociais</i> (ref: satisfeito)			
Indiferente			1,40 (0,65 – 3,02)
Insatisfeito			1,05 (0,45 – 2,44)
<i>Tem amigos que visita ou que o visitam</i> (ref: sim)			
Não			1,21 (0,64 – 2,32)
<i>Participação em associações comunitárias</i> (ref: não)			
Sim			1,07 (0,63 – 1,82)
<i>Recebe auxílio da família</i> (ref: sim)			
Não			1,06 (0,71 – 1,60)
<i>Frequência a culto religioso</i> (ref: mensal)			
Semanal			0,44 (0,28 – 0,71)
Anual/Nunca			0,84 (0,48 – 1,44)

OR (IC95%) = Odds Ratio (Intervalo de Confiança 95%), estimadas pelo modelo de regressão logística.

Modelo 1 = sociodemográficas; Modelo 2: sociodemográficas + condições de saúde;

Modelo 3 (final): sociodemográficas + condições de saúde + uso serviços de saúde + suporte social + religiosidade; (a) 1 SM = US\$ 120,00; (b) ABVD = atividades básicas de vida diária

5 Discussão

5.1 Prevalência e antidepressivos mais utilizados

Nossos resultados mostraram uma prevalência de 8,4% para o uso de antidepressivos, sendo os tricíclicos (ADT) os mais utilizados, e a amitriptilina o princípio ativo mais consumido.

Comparações das nossas estimativas de prevalência do uso de antidepressivo com outras populações idosas brasileiras são difíceis, dado que, no Brasil, são escassos estudos semelhantes ao nosso, em termos de objetivos e população de estudo. Em uma cidade brasileira de médio porte, foi encontrada uma prevalência de 10,0% para o consumo de antidepressivos por idosos (Garcias et al, 2008). Estudos internacionais encontraram prevalências variadas: elas apresentaram valores mais baixos nos Estados Unidos, situando-se entre 2,4% e 4,1% (Brown et al, 1995), e na Holanda, variando de 2,0% a 5,3% (Sonnenberg et al, 2008). Nossos resultados estão mais próximos daqueles observados na Itália (9,5%) (Percudani et al, 2005), na Inglaterra e País de Gales (10,7%) (Harris et al, 2012) e no Canadá (11,5%) (Mamdani et al, 2000).

Comparações de prevalências em estudos farmacoepidemiológicos são dificultadas por várias questões. A prevalência do uso de medicamento pode ser influenciada pelo padrão de morbidade da população, pela época em que o estudo foi realizado, bem como pelo período recordatório adotado na pergunta sobre consumo de medicamento. Num aspecto mais geral, é possível que prevalências mais elevadas para o uso de medicamentos derivem de períodos recordatórios mais longos. No caso específico dos antidepressivos, estudos de tendência (Sonnenberg et al, 2008; Mandani et al, 2000) têm evidenciado um aumento na prescrição e consumo dessa classe de medicamentos, e assim, estudos mais antigos tenderiam a apresentar um menor consumo do que o observado em estudos mais recentes.

Em relação aos antidepressivos consumidos, houve um predomínio dos tricíclicos, seguidos dos ISRSs e dos IMAOs. Entre essas classes de antidepressivos mencionadas, os ISRSs são os de lançamento mais recente, e vêm substituindo progressivamente os tricíclicos (Lockhart & Guthrie, 2011; Zhang et al, 2010; Sonnenbeg et al, 2008). Nesse sentido, provavelmente os nossos resultados refletem a época da coleta dos dados, realizada anteriormente a estudos mais recentes, que atestam a preferência pela utilização dos ISRSs, em comparação aos tricíclicos (Brunoni et al, 2013; Harris et al, 2012). Investigações mais próximas da nossa na linha do tempo encontraram, assim como em Bambuí, um consumo de

antidepressivos em que os tricíclicos foram majoritários (Mandani et al, 2000; Brown et al, 1995). Essa mesma tendência foi observada nos sobreviventes da coorte de Bambuí com idade igual ou superior a 75 anos (Loyola Filho et al, 2014).

Outro fator que pode influenciar o padrão de consumo de antidepressivos é a indicação terapêutica. Os ISRSs são utilizados preferencialmente no manejo de transtornos depressivos maiores e transtornos de ansiedade, ao passo que os tricíclicos apresentam um espectro de indicação clínica mais ampla. Sua utilização na abordagem de insônia, dor crônica, incontinência urinária, entre outras indicações, é frequente na prática médica (Petty et al, 2006; Beck et al, 2005). Todavia, nossos dados não permitem avaliar se o maior consumo de tricíclicos nessa população se deveu a indicações outras que não os transtornos depressivos.

5.2 Características sociodemográficas associadas

Nesta população idosa, a única característica sociodemográfica que apresentou-se independentemente associada ao uso de antidepressivos o sexo (feminino), sendo que situação conjugal apresentou uma associação *borderline*, sendo que entre solteiros ou separados, o consumo de antidepressivos foi menor.

O sexo foi a característica mais fortemente associada ao uso de antidepressivos, o que é consistente com resultados de estudos conduzidos em outros países (Zhang et al, 2010; Soudry et al, 2008; Garcias et al, 2008; Hansen et al, 2007; Percudani et al, 2005; Brown et al, 1995), provavelmente em função da maior prevalência de sintomas depressivos entre mulheres que entre homens (Grunebaum et al, 2008), o que foi observado em Bambuí (43,5% versus 30,7%). Estudos têm evidenciado que mulheres também apresentam maior prevalência de condições de saúde e sintomas físicos dolorosos, em relação aos homens (Demyttenaere et al, 2008). Como os antidepressivos são utilizados na abordagem de outros problemas de saúde que não a depressão, a maior utilização desses medicamentos pelas mulheres poderia ser parcialmente explicado por esses motivos. No entanto, nesta população, a associação permaneceu significativa, mesmo na presença dessas variáveis.

Devemos considerar ainda a possibilidade de que, na raiz da maior utilização de antidepressivos pelas mulheres, encontre-se certa feminização da depressão. Isso se deve ao fato de que as mulheres tendem a reconhecer, como sintomas psiquiátricos, sensações difusas e inespecíficas de sofrimento psicológico, explicitam seus problemas emocionais mais rápido e facilmente que os homens e por conseguinte, procuram o auxílio psiquiátrico para sua

superação (Kessler et al, 1981). Já entre os homens, são identificadas barreiras socioculturais que inibem ou impedem a procura por serviços de saúde, na presença de problemas emocionais. Essas barreiras derivam de construtos socioculturais de masculinidade e feminilidade, em que homens e mulheres percebem o seu próprio corpo e as questões de saúde de forma diferente. Entre as últimas, a saúde é percebida como bem-estar emocional e social, ao passo que os homens percebem o seu próprio corpo como uma máquina, que demanda pouco cuidado para permanecer em atividade. Assim, entre os homens, o reconhecimento da enfermidade e a procura por ajuda, representam uma ameaça à sua identidade masculina, sendo associada à perda de controle e autonomia e à dependência (Möller-Leimkünler, 2002). O reflexo disso poderia ser tanto o subdiagnóstico de transtornos depressivos entre os homens, quanto a menor utilização de medicamentos para tratá-los.

Neste estudo, os idosos solteiros ou separados utilizaram menos antidepressivos que os casados. No Canadá, um estudo realizado junto à população adulta observou uma menor utilização de antidepressivos entre solteiros com diagnóstico de depressão (Beck et al, 2005). Em Bambuí, idosos solteiros e viúvos apresentaram prevalências semelhantes de sintomas depressivos (43,8% e 44,0%, respectivamente) superiores àquela observada entre os casados (33,0%). O'Brien et al (2005) ressaltam a importância do companheiro (especialmente do sexo feminino) em estimular a procura por atendimento aos problemas de saúde. Talvez isso ajude a explicar o menor consumo de antidepressivo por parte dos idosos solteiros.

5.3 Condições de saúde e uso de serviços de saúde associadas

Entre as características descritoras das condições de saúde, apenas a auto-avaliação da saúde e a disfunção cognitiva apresentaram-se independentemente associadas ao uso de antidepressivos: aqueles idosos que avaliaram pior sua saúde consumiram mais o medicamento, contrariamente àqueles com disfunção cognitiva, cujas chances de consumo foram menores.

A associação entre a auto-avaliação da saúde e o uso de antidepressivos foi observada entre idosos australianos (Zhang et al, 2010), franceses (Soudry et al, 2008) e norte-americanos (Brown et al, 1995). A autoavaliação de saúde é uma medida subjetiva e abrangente da condição de saúde do indivíduo (Idler & Benyamini, 1997) e agrega informações sobre a saúde e o contexto de vida individual (Benyamini et al, 2003). Ela incorpora julgamentos sobre severidade e evolução da condição de saúde e possivelmente

capta sintomas de doenças ainda não diagnosticadas no indivíduo (Idler & Benyamini, 1997). Na presença da auto-avaliação da saúde, a associação entre medidas objetivas de saúde (sintomas depressivos e número de condições crônicas de saúde) e uso de antidepressivos deixaram de ser significativas. Isso sugere que, nesta população, a avaliação subjetiva da própria saúde é um aspecto importante na decisão de utilizar o medicamento.

A menor utilização de antidepressivos entre os idosos com disfunção cognitiva pode decorrer do fato de os médicos não reconhecerem ou identificarem a presença de sintomas depressivos nesse grupo de indivíduos. Além do mais, o risco de piora da função cognitiva na presença de antidepressivos tricíclicos (os mais utilizados por essa população) pode ter desestimulado ou mesmo impedido a prescrição desses medicamentos.

As associações positivas com o número de consultas médicas e cobertura por plano de saúde corroboram resultados verificados em outras populações (Ambresin et al, 2015; Von Soest et al, 2012; Brown et al, 1995). As explicações para tais achados são intuitivas, decorrendo, no primeiro caso, da obrigatoriedade legal da prescrição médica para dispensação do medicamento, e no segundo caso, do fato da afiliação ao plano de saúde facilitar o acesso à consulta médica.

5.4 Religiosidade e Suporte Social

A associação entre religiosidade e sintomas depressivos tem sido investigada em diferentes populações, e na maior parte delas, a religiosidade mais intensa associa-se à menor frequência de sintomas depressivos (Sun et al, 2012; Lucchetti et al, 2012; Hayward et al, 2012; Baetz et al, 2004; Bosworth et al, 2003; Koenig et al, 1997), à sua redução (Zou et al, 2014) ou remissão (Ronneberg et al, 2014; Schettino et al, 2011). Até o momento, só conseguimos identificar um estudo epidemiológico de base populacional (Garcias et al, 2008) que testou hipóteses de associação entre esse construto e o uso de antidepressivos, e a associação não se revelou significativa. A carência de produção científica com propósitos semelhantes aos da presente investigação dificultam a discussão dos resultados observados.

Os percursos pelos quais a religiosidade e a saúde se relacionam envolvem aspectos comportamentais, sociais, psicológicos e até mesmo fisiológicos (Idler et al, 2003). Numa perspectiva mais ampla, as práticas religiosas se sustentam num universo simbólico que confere um caráter espiritual a eventos como doença e morte, aumentando a capacidade individual de entendimento e aceitação desses eventos adversos à saúde (Bosworth et al,

2003; Idler et al, 2003). No campo das relações entre religiosidade e saúde, o *coping* religioso tem sido destacado como um importante preditor de resultados em saúde (Brewer et al, 2014; Panzini & Bandeira, 2007). A frequência a cultos religiosos (expressão da religiosidade extrínseca) favorece a adoção do *coping* religioso (Panzini & Bandeira, 2007), a partir do suporte social recebido pelo indivíduo no convívio com outros membros da igreja, com quem interagem nos cultos (Krause et al, 2002). O *coping* religioso pode constituir uma terapia adjuvante na abordagem de problemas de saúde (Banerjee et al, 2014). Suspeitamos que, para a população idosa de Bambuí, a religiosidade pode representar uma estratégia de *coping* religioso para lidar com os transtornos depressivos. Reforça nossa suspeita o fato da associação ter sido observada entre os idosos com transtornos depressivos, diferentemente do ocorrido entre aqueles sem essa condição, em que a associação não foi significativa (resultados não mostrados em tabela). Em Bambuí, um estudo etnográfico mostrou que para a população idosa, o *coping* religioso é importante no enfrentamento da incapacidade funcional, ocasionando a aceitação dessa condição como algo inerente ao processo de envelhecimento, e permitindo uma convivência menos aflitiva com ela, ao estabelecer uma ponte espiritual entre duas situações: uma real e difícil de suportar (incapacidade), e outra utópica e aspirada (autonomia) (Santos et al, 2013).

Religiosidade e suporte social estão fortemente interligados (Koenig et al, 1997), pois a frequência a cultos religiosos favorece a interação social, minimizando o isolamento e a solidão, eventos estes que por sua vez, potencializam a depressão (Ronneberg et al, 2014; Krause et al, 2002; Koenig et al, 1997). Por outro lado, o suporte social tem sido associado ao uso de antidepressivos (Thielen et al, 2011) e à adesão ao tratamento medicamentoso da depressão (Lee et al, 2010). Assim, a inclusão de variáveis de suporte social visou não só a investigação de uma associação específica, mas também saber se o suporte social poderia atuar como elemento mediador ou como fator de confusão numa eventual associação entre religiosidade e uso de AD (Baetz et al, 2004; Koenig et al, 1997). Nesta investigação, as medidas de suporte social incluídas traduzem oportunidades para integração e interação social, e avaliam o grau de satisfação com as relações sociais. No entanto, em Bambuí, assim como em outra população idosa brasileira (Corrêa et al, 2011), o suporte social não foi importante na explicação do uso de antidepressivos, e tampouco a associação entre religiosidade e uso de antidepressivos foi mediada ou confundida por ele.

5.5 Limitações e Vantagens

Uma das limitações do presente estudo é o seu caráter transversal, que impede a distinção, no tempo, entre as variáveis-exposição e o evento (uso de antidepressivos). No tocante a variáveis inatas, como é o caso do sexo, ou para associações de interpretação intuitiva, como no caso dos descritores de uso de serviços de saúde utilizados, esse limite pode não ser de maior importância. No entanto, para características como a função cognitiva, auto-avaliação da saúde e especialmente, para a religiosidade, não se pode descartar a ocorrência de causalidade reversa. Diversos autores alertam para o caráter bidirecional das relações entre religiosidade e eventos de saúde (Brewer et al, 2014; Rasic et al, 2013; Schettino et al, 2011), o que dificulta o entendimento se a religiosidade intensa é decorrente de boa saúde ou a influencia positivamente, especialmente se levarmos em conta a religiosidade em sua expressão pública, como é o caso aqui. Assim, não é possível definir com clareza se uso de antidepressivos é influenciado ou influencia a religiosidade.

Ainda em relação à religiosidade, outro limite diz respeito à ausência de medidas do acesso ao medicamento ou a outro tipo de tratamento, ou mesmo daquelas específicas do *coping* religioso. É possível que a adoção de outra estratégia que não a farmacológica no enfrentamento do problema de saúde decorra da inacessibilidade ao medicamento, ou que a associação entre religiosidade e o uso de antidepressivos possa ser confundida pela adoção de psicoterapia. A presença dessas variáveis no modelo certamente forneceria elementos para uma análise mais precisa dos dados e uma interpretação menos especulativa dos resultados.

Cabe lembrar ainda o fato de que os dados utilizados nesta investigação foram coletados em 1997, o que demanda a necessidade de contextualizar as comparações dos seus resultados à luz de estudos desenvolvidos à mesma época, como comentado anteriormente (Mamdani et al, 2000; Brown et al, 1995). Essa questão é especialmente válida para os resultados relativos à prevalência e classe de antidepressivos mais utilizados. A presente investigação foi desenvolvida em uma pequena cidade do Brasil e em razão disso, o padrão de utilização de antidepressivos pode não refletir o padrão de utilização de outras populações, no Brasil mesmo ou em outros países.

Por outro lado, o estudo apresenta qualidades importantes, como o seu caráter de base populacional e a elevada taxa de resposta (92%). Ressalte-se ainda o cuidado metodológico no seu desenvolvimento, visível no uso de instrumentos validados para a coleta de dados, bem como a adequada padronização de seus procedimentos a partir de treinamento exaustivo dos

entrevistadores. Tudo isso confere uma maior precisão aos resultados, reforçando a sua validade interna. Ademais, ao nosso conhecimento, trata-se do primeiro estudo de base populacional brasileiro a investigar os fatores associados ao uso de antidepressivos entre idosos, e um dos poucos estudos nacionais que investigou a associação entre suporte social e religiosidade e uso de antidepressivos. Nesse sentido, a presente investigação tem o mérito de constituir uma das primeiras tentativas, no Brasil, de abordagem epidemiológica de uma questão que ganha visibilidade cada vez maior no cenário científico internacional.

6 Considerações Finais

Os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM), um campo de investigação da Farmacoepidemiologia no qual se insere o presente trabalho, têm sido incentivados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um mecanismo de promoção do uso racional de medicamentos. Eles permitem conhecer o padrão de utilização de medicamentos de uma população, avaliando se são condizentes com o padrão de morbidade ou mesmo identificar situações em que o uso do medicamento pode representar um risco, e não um benefício à saúde.

No cenário de rápido e consolidado envelhecimento da população brasileira, todas as questões que cercam o uso de medicamentos por este segmento populacional não podem ser negligenciadas na assistência farmacêutica, especialmente porque os idosos constituem o grupo populacional que mais utiliza medicamentos.

Nesse sentido, a presente investigação espera poder constituir uma importante contribuição para o entendimento mais aprofundado da utilização de antidepressivos pela população idosa brasileira. Ao nosso conhecimento, este estudo constitui um dos poucos, de base populacional realizados no Brasil, que investigou este evento focado exclusivamente no segmento populacional idoso.

Nossos resultados guardam semelhança com aqueles observados em vários estudos conduzidos em países de maior renda, em termos de prevalência e fatores associados. Chamaram a atenção especialmente as associações com o sexo feminino e a religiosidade. No primeiro caso, os profissionais de saúde devem estar atentos à possibilidade de que homens estejam subutilizando os medicamentos necessários ao tratamento da depressão, em consequência de traços culturais que introjetam na população masculina noções de uma pretensa invulnerabilidade ao sofrimento mental e inibem a explicitação de seus problemas de saúde mental no encontro paciente-profissional. Em relação à religiosidade, é possível que ela ocupe, para a população idosa, um lugar de destaque no arsenal de estratégias de enfrentamento de problemas de saúde, especialmente os mentais. Em razão disso, os profissionais de saúde que atendem este segmento específico da população (idosos com transtornos depressivos) devem considerar a religiosidade dos pacientes quando das orientações e tratamento propostos no enfrentamento do seu sofrimento mental.

A realização de novos estudos epidemiológicos de base populacional sobre a temática deve ser estimulada, especialmente para verificar se o padrão de consumo e de associações aqui verificado não sofreu alteração mais recentemente.

7 Referências

- Almeida OP, Draper B, Snowdon J, Lautenschlager NT, Pirkis J, Byrne G, Sim M, Stocks N, Flicker L, Pfaff JJ. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *Br J Psychiatry*. 2012;201(6):466-72.
- Almeida, LM, Coutinho, ESF, Pepe, VLE. Consumption of Psychotropic Drugs in an Administrative Region of the City of Rio de Janeiro: Ilha do Governador. *Cad Saúde Públ* 1994;10(1):05-16.
- Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Cienc saude coletiva*. 2011; 16(5): 2603-611.
- Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos ME, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8):1924-1930.
- Al-Windi A. Determinants of medicine use in a Swedish primary health care practice population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2005; 14(1):47-51.
- Andresen V, Keller J, P Christian, Schemann M, Preiss J, Layer P. Irritable Bowel Syndrome—The Main Recommendations. *Dtsch Arztebl. Int* 2011; 108(44): 751–60.
- Baetz M, Griffin R, Bowen R, Koenig HG, Marcoux E. The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(12):818-22.
- Balbuena L, Baetz M, Bowen R. Religious attendance after elevated depressive symptoms: is selection bias at work? *PeerJ*. 2014 Mar 13;2:e3111.
- Balbuena L, Baetz M, Bowen R. Religious attendance, spirituality, and major depression in Canada: a 14-year follow-up study. *Can J Psychiatry*. 2013;58(4):225-32.
- Baldoni AO, Ayres LR, Martinez EZ, Dewulf NLS, Santos V, Obreli-Neto PR. Pharmacoepidemiological profile and polypharmacy indicators in elderly outpatients. *Braz. J. Pharm. Sci*. 2013; 49(3):443-452.
- Banerjee AT, Strachan PH, Boyle MH, Anand SS, Oremus M. Attending religious services and its relationship with coronary heart disease and related risk factors in older adults: a qualitative study of church pastors' and parishioners' perspectives. *J Relig Health*. 2014;53(6):1770-85.
- Barrera MJ. Distinctions between social support concepts, measure, and models. *Am J Community Psychol*. 1986; 14:413-445.
- Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(9): 3755-3768.

- Beck CA, Patten SB, Williams JV, Wang JL, Currie SR, Maxwell CJ, El-Guebaly N. Antidepressant utilization in Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(10):799-807.
- Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. *Soc Sci Med* 2003; 56(8): 1661-7.
- Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol.* 1979;109(2):186-204.
- Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. *Clinical handbook of psychotropic drugs.* 9th ed. Toronto (Canada): Hogrefe & Huber Publishers; 1999.
- Bezerra VM, Andrade ACS, Cesar CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad. Saude Publica.* 2013;29(9):1889-1902
- Birrer R, Vemuri S. Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *Am Fam Physician.* 2004;69(10):2375-82.
- Blazer DG: Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol* 1982; 115:684-94.
- Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Kouwenhoven SE, Helvik AS. Coping and depression in old age: a literature review. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2013;35(3-4):121-54.
- Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Rev Saude Publica.* 2012; 46(4):617-23.
- Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *J Relig Health.* 2013;52(2):657-73.
- Bosworth HB, Park KS, McQuoid DR, Hays JC, Steffens DC. The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18(10):905-14.
- Bosworth HB, Voils CI, Potter GG, Steffens DC. The Effects of antidepressant medication adherence as well as psychosocial and clinical factors on depression outcome among older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:129-134.
- Bottino CMC, Barcelos-Ferreira R, Ribeiz SRI. Treatment of Depression in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4):289-97.
- Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, Van Tilburg W. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; Results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 1997;96(3):199–205.
- Brewer G, Robinson S, Sumra A, Tatsi E, Gire N. The Influence of Religious Coping and Religious Social Support on Health Behaviour, Health Status and Health Attitudes in a British Christian Sample. *J Relig Health* 2014; Oct 25.

Brown SL, Salive ME, Guralnik JM, Pahor M, Chapman DP e Blazer D. Antidepressant use in the elderly: Association with demographic characteristics, health-related factors, and health care utilization. *J Clin Epidemiol*. 1995; 48(3):445-453.

Brunoni AR, Nunes MA, Figueiredo R, Barreto SM, da Fonseca Mde J, Lotufo PA, Benseñor IM. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. The Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *J Affect Disord*. 2013;151(1):71-7.

Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. *J Adv Nurs*. 1993;18:203-10

Camarano AA. Envelhecimento da população Brasileira: Uma contribuição demográfica. Texto para discussão n 858; Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf. Acesso em 17 de junho de 2015.

Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev. Saude Publica*. 2006;40(3):436-443.

Carter GC, Cantrell RA, Victoria Zarotsky, Haynes VS, Phillips G et al. Comprehensive review of factors implicated in the heterogeneity of response in depression. *Depress Anxiety*. 2012; 29(4):340-54.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19:725-33.

Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(3):597-605.

Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Características da utilização de medicamentos na população brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:S100-S108.

Castro-Costa E, Fuzikawa C, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Norms for the Mini-Mental State Examination – Adjustment of the cut-off point in population-based studies (evidences from the Bambuí health aging study). *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66(3A):524-8.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século 21: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. 1997; 31(2):184-200.

Chesnais JC. *The Demographic: Transition –Stages, Patterns, and Economic Implications*. New York: Claredon Press/Oxford University Press, 1992.

Chiao C, Lee S, Liao W, Yen C, Lin Y, Li C et al. Social Participation and Life Expectancy – The Case of Older Adults in Taiwan from 1996 to 2003. *Int J Gerontology*. 2013;7:97-101.

Chiao C, Weng L, Botticello A. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC Public Health* 2011;11:292.

Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychother Psychosom*. 2009;78:81-90.

- Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.* 1976; 38(5):300-14.
- Cohen S, Wills TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin.* 1985;98:310-357.
- Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry.* 2006;163(12):2141-7.
- Cooper-Patrick L, Powe NR, Jenckes MW, Gonzales JJ, Levine DM, Ford DE. Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *J Gen Intern Med.* 1997;12(7):431-8.
- Corrêa AAM, Moreira-Almeida A, Menezes PR, Vallada H, Scazufca M. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev Bras Psiq.* 2011;33(2):157-64.
- Corsentino EA, Collins N, Sachs-Ericsson N, Blazer DG. Religious attendance reduces cognitive decline among older women with high levels of depressive symptoms. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009;64(12):1283-9.
- Costa AG, Ludemir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2005;21(1):73-79.
- Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Prince M. Is the GDS-30 better than the GHQ-12 for screening depression in elderly people in the community? The Bambuí Health Aging Study (BHAS). *Int Psychogeriatr* 2006; 18(3): 493-503.
- Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(4):649-658.
- Coupland CA, Dhiman P, Barton G, Morriss R, Arthur A, Sach T, Hippisley-Cox J. A study of the safety and harms of antidepressant drugs for older people: a cohort study using a large primary care database. *Health Technol Assess.* 2011;15(28):1-202.
- Cowan MJ, Freedland KE, Burg MM, Saab PG, Youngblood ME, Cornell CE, Powell LH, Czajkowski SM; ENRICH Investigators. Predictors of Treatment Response for Depression and Inadequate Social Support – The ENRICH Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom.* 2008;77(1):27-37.
- Dalgard OS, Lund Håheim L. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *J Epidemiol Community Health.* 1998;52(8):476-81.
- Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, De Girolamo G, Gasquet I, Kovess V, Haro JM, Alonso J. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *J Affect Disord.* 2008;110(1-2):84-93.

- Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad. Saúde Pública* 2011;27(5): 868-876.
- D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev. Saúde Pública*. 2011;45(4):685-92.
- Dressler WW, Balieiro MC, Dos Santos JE. The cultural construction of social support in Brazil: associations with health outcomes. *Cult Med Psychiatry*. 1997;21(3):303-35.
- Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(3):691-700.
- Folstein MF, Folstein Se, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
- Folkman S, Lazarus RS. An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *J Health Soc Behav*.1980;21:219-239.
- Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) centers in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):32-7.
- Frenk J, Frejka T, Bobadilla JI, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, José M. La transición epidemiológica en America Latina. *Bol. Oficina Sanit. Panam*. 1991; 111:485-96.
- Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(6):2899-2905.
- Garcias CMM, Pinheiro RT, Garcias GL, Horta BeL, Brum CB. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. *Cad. Saude Publica*. 2008;24(7):1565-71.
- Gardarstottir H, Heerdink ER, Dijk LV, Egberts ACG. Indications for antidepressant drug prescribing in general practice in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*. 2007;98:109-115.
- Gareri P, Falconi U, Fazio P, Sarro G. Conventional and new antidepressant drugs in the elderly. *Progress in Neurobiology*. 2000;61:353-396.
- George LK, Blazer DG, Hughes DC, et al: Social support and the outcome of major depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154:478-485.
- Gillum RF, King DA, Obsisesan TO, Koenig HG. Frequency of Attendance at Religious Services and Mortality in a US National Cohort. *Ann Epidemiol*. 2008;18(2):124-9.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(1):139-45.
- Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*. 2004;292(19):2388-2395.

- Grunebaum MF, Oquendo MA, Manly JJ. Depressive symptoms and antidepressant use in a random community sample of ethnically diverse, urban elder persons. *J Affect Disord.* 2008;105(1-3):273-7.
- Haghighi F. Correlation between religious coping and depression in cancer patients. *Psychiatria Danubina.* 2013;25(3):236-340.
- Ham OK; Lee CY. Predictors of health services utilization by hypertensive patients in South Korea. *Public Health Nursing.* 2007;24(6):518–528.
- Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Kiviruusu O, Pirkola S, Lönnqvist J. Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Depress Anxiety.* 2009;26(11):1049-59.
- Hank K, Schaan B. Cross-National Variations in the correlation between frequency of prayer and health among older Europeans. *Res Aging.* 2008;30(1):36-54.
- Hansen DG, Rosholm JU, Gichang A, Vach W. Increased use of antidepressants at the end of life: population-based study among people aged 65 years and above. *Age Ageing.* 2007; 36: 449–454.
- Harris MG, Burgess PM, Pirkis J, Siskind D, Slade T, Whiteford HA Correlates of antidepressant and anxiolytic, hypnotic or sedative medication use in an Australian community sample. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011;45(3):249-60.
- Hayward RD, Owen AD, Koenig HG, Steffens DC, Payne ME. Religion and the presence and severity of depression in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012;20(2):188-92.
- Hill TD, Burdette AM, Angel JL, Angel RJ. Religious Attendance and Cognitive Functioning Among Older Mexican Americans. *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2006;61(1):3-9
- Hixson KA, Gruchow HW, Morgan DW. The relation between religiosity, selected health behaviors, and blood pressure among adult females. *Prev Med.* 1998;27(4):545-52.
- Ho SC. Health and social predictors of mortality in an elderly Chinese cohort. *Am J Epidemiol.* 1991;133:907-921.
- Hollingworth SA, Burgess PM, Whiteford HA Affective and anxiety disorders: prevalence, treatment and antidepressant medication use *Aust N Z J Psychiatry.* 2010;44(6):513-9.
- Howard P, Twycross R, John S, Mary M, Wilcock A. Antidepressant Drugs. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2012;44(5):763-783.
- Hughes J, Stead L, Lancaster T: Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD000031.
- Hultsch DF, Hammer M, Small BJ. Age differences in cognitive performance in later life: relationships to self-reported health and activity life style. *J Gerontol.* 1993;48(1):1-11.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo demográfico. Rio de Janeiro; 2011.

IBGE. Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm. Acesso em 19 de junho de 2015.

Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1): 21-37.

Idler EL; Musick MA; Ellison CG; Geroge LK; Krause N; Ory MG; Pargament KI; Powell LH; Underwood LG; Williams DR. Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research. *Research on Aging* 2003; 25(4): 327-365.

Jahangir E, Irazola V, Rubinstein A. Need, Enabling, Predisposing, and Behavioral Determinants of Access to Preventative Care in Argentina: Analysis of the National Survey of Risk Factors. *PLoS ONE*. 2012;7(9):e45053.

Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent Patterns of Medication Use in the Ambulatory Adult Population of the United States: The Slone Survey. *JAMA*. 2002;287(3):337-344.

Kawachi I, Colditz G, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, Willett WC. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996;50:245-251.

Kessler RC, Brown RL, Broman CL. Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *J Health Soc Behav*. 1981;22(1):49-64.

Kim J, Smith TW, Kang JH. Religious Affiliation, Religious Service Attendance, and Mortality. *J Relig Health*. 2014 Jun 18.

King DA, Lyness JM, Duberstein PR, He H, Tu XM, Seaburn DB. Religious involvement and depressive symptoms in primary care elders. *Psychological Medicine*. 2007;37(12):1807-15.

Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*. 2010;(1):78-85.

Koenig HG, George LK, Hays JC, Larson DB, Cohen HJ, Blazer DG. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *Int J Psychiatry Med*. 1998a;28(2):189-213.

Koenig HG, Hays JC, George LK, Blazer DG, Larson DB, Landerman LR. Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support and depressive symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1997;5:131-144.

Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001.

Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medical ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis*. 1998b;186(9):513-21.

Koenig HG, Westlund RE, George LK, Hughes DC, Blazer DG, Hybels C. Abbreviating the Duke Social Support Index for use in chronically ill elderly individuals. *Psychosomatics*. 1993 Jan-Feb;34(1):61-9.

- Koizumi Y, Awata S, Kuriyama S, Ohmori K, Hozawa A, Seki T et al. Association between social support and depression status in the elderly: Results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005;59:563–9.
- Krause N. Church-based social support and health in old age: exploring variations by race. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002;57(6):S332-47.
- Kuo CC, Chien IC, Lin CH, et al, Prevalence, correlates, and disease patterns of antidepressant use in Taiwan. 2011;52:662-669.
- Landerman R, George LK, Campbell RT, et al: Alternativemodels of the stress-buffering hypothesis. *Am J Community Psychol* 1989; 17:625–642.
- Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Advan Nurs*. 1997;25:95-100.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company, New York, 1984.
- Lee MS, Lee HY, Kang SG, Yang J, Ahn H, Rhee M, Ko YH, Joe SH, Jung IK, Kim SH. Variables influencing antidepressant medication adherence for treating outpatients with depressive disorders. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):216-21.
- Lefèvre F. A função simbólica dos medicamentos. *Rev. Saúde Pública*. 1983;17(6): 500-503.
- Lieberman JA. History of the Use of Antidepressants in Primary Care. *J Clin Psychiatry*. 2003;5(7):6-9.
- Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clin*. 1999;26:225035.
- Lima-Costa MA, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2467-2478.
- Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:735-43.
- Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. Cohort Profile: The Bambuí (Brazil) Cohort Study of Ageing. *Int J Epidemiology* 2011; 40:862-867.
- Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3): 700-701.
- Lockhart P, Guthrie B. Trends in primary care antidepressant prescribing 1995-2007: a longitudinal population database analysis. *Br J Gen Pract*. 2011;61(590):e565-72.
- Lowthian JA, Jolley DJ, Curtis AJ, Currell A, Cameron PA, Stoelwinder JU, McNeil JJ. The challenges of population ageing: accelerating demand for emergency ambulance services by older patients, 1995-2015. *Med J Aust*. 2011;194(11):574-8.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA e Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):545-553.

Loyola Filho AI, Lima-Costa MF, Uchôa E. Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cad. Saúde Pública*. 2004a;20(6):1661-1669.

Loyola Filho AI; Matos DL; Giatti L; Afradique ME; Peixoto SV; Lima-Costa MF. Causas das internações hospitalares brasileiras no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2004b;13(4):229-238.

Loyola Filho AI, Castro-Costa E, Firmo JOA, Peixoto SV. Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2014;48(6):857-865.

Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MFP, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Religiousness, Health and Depression in Older Adults from a Brazilian Military Setting. *ISRN Psychiatry*. 2012;940747.

Luz TCB, Loyola Filho AI, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(7):1578-1586.

MacDonald TM, McMahon AD, Reid IC, Fenton GW, McDevitt DG. Antidepressant drug use in primary care: a record linkage study in Tayside, Scotland. *BMJ* 1996;313:860-1.

Mamdani MM, Parikh SV, Austin PC, Upshur RE. Use of antidepressants among elderly subjects: trends and contributing factors. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(3):360-7.

Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(12):1265-73.

Maselko J, Gilman SE, Buka S. Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression. *Psychological Medicine*. 2009;39:1009-17.

Mazzela F, Cacciatore F, Galizia G et al. Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Arch Gerontology and Geriatrics*. 2010;51:323-328.

McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, et al. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol*. 2000;19:211-222.

McDowell I. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Social Health. Pag 158-160. Ed. Oxford, 2006. Disponível em <http://www.a4ebm.org/sites/default/files/Measuring%20Health.pdf>. Acesso em 09/09/15.

McQuay HJ, Tramér M, Nye BA, Carroll D, Wiffen PJ, Moore RA. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. *Pain*. 1996;68(2-3):217-227.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2012. Cap 01: A crise fundamental do SUS. p. 39-36.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
acesso em 29/10/2013.

Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten-Year Prospective Study. *American Journal of Psychiatry* 2012;169:1;89-94.

Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord.* 2002;71(1-3):1-9.

Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ.* 2009 Oct 15;339:b3999.

Neri AL, Vieira LAM. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev Bras Gerontol.* 2013;16(3):419-432.

O'Brien R, Hunt K, Hart G. 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Soc Sci Med.* 2005;61(3):503-16.

Olfson M, Marcus SC. National patterns in antidepressant medication treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66:848-56.

Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalence of depression among the elderly population who frequent community centers. *Rev Saude Publica.* 2006;40(40)-734-6.

Omran AR. The epidemiologic Transition. *The Milbank Memorial Fund Quartely.* 1971; 49(4):509-538.

Organização Mundial de Saúde. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: WHO; 1984. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_706.pdf. Acesso em 17 de julho de 2015.

Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. Global Health and Aging, 2011. Disponível em http://www.who.int/entity/ageing/publications/global_health.pdf. Acesso em 17 de junho de 2015.

Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiqu Clin* 2007; 34 (1):126-35

Pargament KI, Smith BW, Koenig H.G.; Perez, L.M. - Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig.* 1998;37(4):710-724.

Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med.* 2001;13(27):1881-5.

Parker M, Lee Roff L, Klemmack DL, Koenig HG, Baker P, Allman RM. Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging Ment Health.* 2003;7(5):390-7.

- Patten SB, Esposito E, Carter B. Reasons for antidepressant prescriptions in Canada. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007;16(7):746-52.
- Peixoto SV; Giatti L; Afradique ME; Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2004;13(4):229-23.
- Percudani M, Barbui C, Fortino I, Petrovich L. Antidepressant drug prescribing among elderly subjects: a population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20(2):113-8.
- Percudani M, Barbui C, Fortino I, Petrovich L. Antidepressant drug use in Lombardy, Italy: a population-based study. *J Affect Disord.* 2004;83(2-3):169-75.
- Petty DR, House A, Knapp P, Raynor T, Zermansky A. Prevalence, duration and indications for prescribing of antidepressants in primary care. *Age Ageing.* 2006;35(5):523-6
- Pietrukowicz MCLC. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. Linkages to physical health. *Am Psychol.* 2003;58:36-52.
- Prata RR. The Epidemiologic Transition in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 1992;8(2):168-175.
- Pratt LA, Brody DJ e Gu Q. Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005–2008. NCHS data brief, no 76. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2011. Disponível em <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db76.pdf>. Acesso em 05/06/2013
- Qato DM, Alexander GC, Conti BM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *JAMA.* 2010; 300:2867-78.
- Quintana MI, Andreoli SB, Moreira FG et al. Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. *PLoS ONE.* 2013;8(5): e62270.
- Ramos M, Wilmoth J. Social relationships and depressive symptoms among older adults in southern Brazil. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2003;58(4):253-61.
- Rasic D, Asbridge M, Kisely S, Langille D. Longitudinal associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk among adolescents in Nova Scotia. *Can J Psychiatry.* 2013;58(5):291-9.
- Reid S, Barbui C. Long term treatment of depression with selective serotonin reuptake inhibitors and newer antidepressants. *BMJ.* 1010;340:c1468.
- Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio Fde A. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica.* 2008;42(4):724-732.
- Rodin J. Aging and health: effects of the sense of control. *Science.* 1986;233(4770):1271-1276. Doi: 10.1126/Science.3749877.

- Rodrigues MAP, Facchini LA e Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):107-14.
- Rodriguez-Laso A, Zunzunegui MV, Otero A. The effect of social relationships on survival in elderly residents of a Southern European community: a cohort study. *BMC Geriatr*. 2007; 1:7-19.
- Ronneberg CR, Miller EA, Dugan E, Porell F. The Protective Effects of Religiosity on Depression: A 2-Year Prospective Study. *Gerontologist*. 2014 Jul 25. pii: gnu073.
- Rozenfeld S, Fonseca MJ, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):34-43.
- Sabin EP. Social Relationships and Mortality Among the Elderly. *J Applied gerontology*. 1993;12(1):44-60.
- Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7:757-76.
- Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JO. Coping with functional disability among the elderly by means of religious beliefs. *Cien Saude Colet*. 2013;18(8):2319-28.
- Schettino JR, Olmos NT, Myers HF, Joseph NT, Poland RE, Lesser IM. Religiosity and treatment response to antidepressant medication: A prospective multi-site clinical trial. *Ment Health Relig Cult*. 2011;14(8):805-818.
- Schmidt MA, Duncan BB, Azevedo e Silva G, AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet* 2011;377(9781):1949-1961.
- Schramm JMA, Oliveira FA, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):897-908.
- Seeman TE, Beckman LF, Kohout F, Lacroix A, Glynn R, Blazer D. Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly. A comparative analysis of three communities. *Ann Epidemiol*. 1993;3:325-335.
- Serna C, Cruz I, Galván L, Real J, Gascó E, Soler-González J. Evolution of the prevalence and incidence of consumption of antidepressants in a Spanish region (2002–2007). *Mental Health in Family Medicine*. 2010;7:9–15.
- Sihvo S, Wahlbeck K, McCallum A, Sevon T, Arffman M, Haukka J, Keskimäki I, Hemminki E. Increase in the duration of antidepressant treatment from 1994 to 2003: a nationwide population-based study from Finland. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19(11):1186-93.
- Silva GO, Gondim AP, Monteiro MP, Frota MA, Meneses ALL. Continuous-use medication and associated factors in the elderly living in Quixadá, Ceará, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):386-95.

- Sinokki M, Hinkka K, Ahola K, Koskinen S, Kivimäki M, Honkonen T et al. The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: The Health 2000 Study. *J Affect Disord.* 2009;115(1-2):36-45.
- Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull.* 2003; 129: 614–36.
- Sonnenberg CM, Deeg DJH, Comijs HC, Van Tilburg W, Beekman ATF. Trends in antidepressant use in the older population: Results from the LASA-study over a period of 10 years. *Journal of Affective Disorders.* 2008;111:299–305.
- Soudry A, Dufouil C, Ritchie K Ritchie K, Dartigues JF, Tzourio C, Alperovitch A. Factors associated with changes in antidepressant use in a community-dwelling elderly cohort: the Three-City Study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2008;64(1):51-9.
- Spiers N, Brugha TS, Bebbington P, McManus S, Jenkins R, Meltzer H. Age and birth cohort differences in depression in repeated cross-sectional surveys in England: the National Psychiatric Morbidity Surveys, 1993 to 2007. *Psychol Med.* 2012;42(10):2047-55.
- Strawbridge WJ, Shema SJ, Cohen RD, Roberts RE, Kaplan GA Religiosity buffers effects of some stressors on depression but exacerbates. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1998;53:118–126.
- Strogatz DS, James SA. Social support and hypertension among blacks and whites in a rural, southern community. *Am J Epidemiol.* 1986;124(6):949-56
- Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2013;15:385-93.
- Su YP, Ferraro KF. Social relations and health assessments among older people: do the effects of integration and social contributions vary cross-culturally? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1997;52(1):S27-36.
- Sun F, Park NS, Roff LL, Klemmack DL, Parker M, Koenig HG, Sawyer P, Allman RM. Predicting the trajectories of depressive symptoms among southern community-dwelling older adults: the role of religiosity. *Aging Ment Health.* 2012;16(2):189-98.
- Tamblyn R. Medication use in seniors: challenges and solutions *Therapie.* 1996;51(3):269-82.
- The World Bank. World development report: investing in health. Washington DC: World Bank and Oxford University Press, 1993. Disponível em <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/5976/WDR%201993%20-%20English.pdf?sequence=1> Acesso em 9 de setembro de 2015.
- Thege BK, Pilling J, Székely A, Kopp MS. Relationship Between Religiosity and Health: Evidence from a Post-communist Country. *Int J Behav Med.* 2013;20:477–486.
- Thielen K, Nygaard E, Rugulies R, Diderichsen F. Job stress and the use of antidepressant medicine: a 3.5 year follow up study among Danish employees. *Occup Environ Med.* 2011;68(3):20510.

- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(2):190-198.
- Veras R, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(10):2479-2489.
- Vogt TM, Mullooly JP, Ernst D, Pope CR, Hollis JF. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *J Clin Epidemiol*. 1992;45(6):659-66.
- Voils CI, Steffens DC, Flint EP, Bosworth HB. Social support and locus of control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(2):157-65.
- Von Soest T, Bramness JG, Pedersen W, Wichstrøm L. The relationship between socioeconomic status and antidepressant prescription: a longitudinal survey and register study of young adults. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012; 21(1):87-95.
- Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2071–94.
- Weinberger M, Hiner SL, Tierney WM. Assessing social support in elderly adults. *Soc Sci Med*. 1987;25(9):1049-55.
- WHO. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs). Disponível em <http://www.whocc.no/atcddd/indexdatabase/>. Acesso em 10/09/15.
- William-Jr JW, Mulrow C, Chiquette E, Noel PH, Aguilar C, Cornell J. A Systematic Review of Newer Pharmacotherapies for Depression in Adults: Evidence Report Summary. *Ann Intern Med*. 2000;132:743-756.
- Wong-McDonald A, Gorsuch RL. Surrender to God: an additional coping style? *J Psychol Theol*. 2000;28(2):149-161.
- Zaza C, Sellick SM, Hillier LM. Coping with cancer: what do patients do? *J Psychosoc Oncol*. 2005;23:55–73.
- Zhang Y, Chow V, Vitry AI, Ryan P, Elizabeth E, Roughead EE et al. Antidepressant use and depressive symptomatology among older people from the Australian Longitudinal Study of Ageing. *International Psychogeriatrics*. 2010; 22(3):437–444.
- Zivin K, Kales HC. Adherence to depression treatment in older adults: a narrative review. *Drugs Aging*. 2008;25(7):559-71.
- Zou J, Huang Y, Maldonado L, Kasen S, Cohen P, Chen H. The efficacy of religious service attendance in reducing depressive symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(6):911-8.