

# Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil

*Depression among the elderly: a population-based study in Southern Brazil*

Inês Gullich<sup>I</sup>, Sueli Manjourani Silva Duro<sup>I</sup>, Juraci Almeida Cesar<sup>I,II</sup>

**RESUMO:** Este estudo mediu a prevalência e identificou fatores associados à ocorrência de depressão entre idosos em Arroio Trinta, Santa Catarina. Aplicou-se questionário domiciliar a todos aqueles com 60 anos ou mais de idade residentes nesse município em 2013. O desfecho foi avaliado pela Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15). Utilizou-se teste do  $\chi^2$  para comparar proporções e regressão de Poisson com ajuste robusto da variância na análise multivariável. A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências. A prevalência de depressão entre os 552 (de 568) idosos estudados foi de 20,4% (IC95% 17,3 – 23,8). Após análise ajustada conforme modelo hierárquico previamente definido, verificou-se maior razão de prevalências para depressão no sexo feminino, entre solteiros, de menor renda familiar, fumantes e que haviam sido hospitalizados nos 12 meses anteriores à entrevista. Participar de atividades coletivas de lazer, como baile e culto religioso, ou realizar atividade física regular mostraram-se protetores à ocorrência de depressão. Os resultados obtidos neste estudo revelam a necessidade e a possibilidade de tratamento e manejo dessa doença em nível coletivo.

**Palavras-chave:** Depressão. Idoso. Prevalência. Inquéritos epidemiológicos. Fatores de risco. Estudo observacional.

<sup>I</sup>Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

<sup>II</sup>Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande (RS), Brasil.

**Autor correspondente:** Inês Gullich. Rua Emiliano Ramos Branco, 73, Centro, CEP: 88502-250, Lages, SC, Brasil. E-mail: inesgullich@gmail.com

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Secretaria Municipal de Saúde de Arroio Trinta, Santa Catarina.

**ABSTRACT:** This study assessed the prevalence of depression and associated factors among Brazilian elderly in Arroio Trinta, Southern Brazil. During home visits, a questionnaire was administered to all people aged 60 or older living in the municipality in 2013. The Geriatric Depression Scale Short Form (GDS-15) was used. The  $\chi^2$  test was performed to compare proportions and Poisson regression with robust adjustment of variance in the multivariate analysis. The effect measure applied was the prevalence ratio. The prevalence of depression among 552 (out of 568) elderly studied was 20.4% (95%CI 17.3 – 23.8). An adjusted analysis conducted according to a predefined hierarchical model showed higher prevalence ratios of depression among females, single people, those with lower household income, smokers, and those who had been hospitalized in the 12 months preceding the interview. Engaging in leisure-time activities such as dances and religious activities or regular physical activity were protective factors for depression. Results from this study demonstrate the need of proper treatment and management of this condition at the community level.

**Keywords:** Depression. Aged. Prevalence. Health surveys. Risk factors. Observational study.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional aumentou a carga de doenças na população, especialmente no que se refere às doenças psiquiátricas, em particular a depressão<sup>1</sup>. Isso é particularmente relevante para o Brasil, porque estima-se que em 2045 o número de idosos será maior do que o número de crianças no país<sup>2</sup>.

A prevalência de depressão na população idosa na literatura varia de pouco mais de 2 a 50%, dependendo da escala utilizada, do local onde foi conduzido o estudo e da faixa etária incluída<sup>3-12</sup>. Os fatores de risco associados a sua ocorrência incluem pertencer ao sexo feminino, viver sozinho, ter baixo nível socioeconômico, consumir bebida alcoólica em excesso, ser portador de doença física crônica e referir história pessoal ou familiar de depressão<sup>13</sup>. A ocorrência de luto familiar, o comprometimento cognitivo e a perda da mobilidade funcional são outros fatores fortemente associados à ocorrência de depressão<sup>13,14</sup>. Dentre os fatores protetores incluem-se apoio social, realização de atividades sociais, sobretudo voluntariado, atividade física e participação em atividade religiosa<sup>15,16</sup>.

A maioria dos estudos sobre depressão na terceira idade foi conduzida entre idosos residentes em áreas urbanas e em cidades de grande porte, onde vivem 85% da população brasileira. Há poucos estudos sobre os idosos residentes em pequenos municípios, sobretudo em área rural. Em virtude da expectativa de vida estar aumentando, quer seja em município de pequeno, médio ou grande porte, em área rural ou urbana, é de se supor que a população idosa irá aumentar, assim como a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais a depressão, um transtorno crônico, recorrente e incapacitante que onera o sistema público de saúde e muda o cotidiano das famílias. Nesses municípios, em geral muito distantes dos grandes centros urbanos, as dificuldades para lidar com esse tipo de problema

serão ainda maiores, não somente pela falta de profissionais habilitados, mas também pela ausência de infraestrutura por parte do serviço público de saúde.

O objetivo do presente estudo foi medir a prevalência e identificar fatores associados à ocorrência de depressão entre todas as pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes no município de Arroio Trinta, Santa Catarina.

## MÉTODOS

O presente estudo foi conduzido em Arroio Trinta, Santa Catarina, município de colonização italiana com cerca de 3.500 habitantes, localizado no Centro-oeste catarinense e distante 425 km de Florianópolis, a capital do estado.

A população alvo deste estudo foi constituída por todos aqueles com 60 anos ou mais de idade residentes nas áreas rural e urbana desse município entre os meses de setembro e dezembro de 2013. Foram excluídos idosos que, por limitação física ou cognitiva, apresentavam-se impossibilitados de responder ao questionário. Idosos que se encontravam viajando, hospitalizados ou que se recusaram a participar do estudo foram contabilizados como perdas.

O delineamento utilizado neste estudo foi do tipo transversal (ou de prevalência). Esse delineamento é o mais adequado para medir a ocorrência de eventos em saúde ou doença de forma rápida e a um custo aceitável em nível local<sup>17</sup>.

O instrumento aplicado constou de um questionário padronizado, pré-codificado, que buscava informações sobre características demográficas, socioeconômicas, ambientais, comportamentais, de morbidade e de utilização de serviços de saúde. A variável dependente (desfecho) foi construída a partir da Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15). Essa escala apresenta pontuação que varia de 0 a 15 pontos. O ponto de corte utilizado neste estudo foi 5/6 (não caso/caso). Esse ponto de corte para a EDG-15 produziu, segundo estudo anterior, índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior, de acordo com a CID-10<sup>18</sup>.

Para aplicar esse questionário foram recrutados 14 alunos provenientes da única escola de ensino médio do município. Esses alunos receberam treinamento ao longo de cinco dias consecutivos visando à aplicação desse questionário nos domicílios. Ao final do período de treinamento, dez deles foram escolhidos para realizar as entrevistas. Inicialmente, o município foi dividido em microáreas. Na área urbana, a divisão foi feita a partir das ruas, enquanto na área rural ela se deu com base em povoados, rios, pontes, montanhas ou estradas vicinais.

Em cada um dos domicílios visitados o entrevistador perguntava a um adulto a idade das pessoas ali residentes. A resposta era anotada em uma planilha impressa (folha de conglomerado). Caso houvesse alguém com 60 anos ou mais de idade, o estudante explicava o estudo e o convidava a participar. Nesse caso, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era dado para o morador assinar. Em caso de aceitação, e após a assinatura desse termo, procedia-se à aplicação do questionário, que era único, padronizado e com a quase totalidade das questões fechadas.

Ao final de cada dia de trabalho os entrevistadores revisaram os questionários aplicados e, no dia seguinte, os entregaram na sede do projeto, onde eram revisados e tinham as questões abertas codificadas. Em seguida, esses questionários foram duplamente digitados e comparados utilizando-se dos programas EpiData 3.1<sup>19</sup> e Epi Info<sup>17</sup>, respectivamente. Depois, os dados foram analisados no pacote estatístico Stata 11.2<sup>20</sup>, com o qual foi realizada análise bivariada buscando medir o nível de associação entre as variáveis independentes e o desfecho (ocorrência de depressão segundo a EDG-15). Para a comparação entre proporções foi utilizado o teste do  $\chi^2$ . Em seguida foram realizadas as análises brutas e ajustadas mediante regressão de Poisson com variância robusta<sup>21</sup>, obedecendo ao modelo hierárquico previamente definido. Cada bloco de variáveis de um determinado nível foi incluído na análise, e mantiveram-se no modelo todas aquelas variáveis cujo valor p foi  $\leq 0,20$  em relação ao desfecho. No primeiro nível ficaram as variáveis demográficas e socioeconômicas; no segundo nível, as variáveis ambientais; no terceiro nível foram colocadas as variáveis de utilização de serviço de saúde, comportamentais e de morbidade. Esse modelo de análise obedeceu ao proposto por Victora et al.<sup>22</sup>. A significância estatística de cada variável no modelo foi avaliada pelo teste de heterogeneidade e de tendência de Wald, de acordo com o seu tipo<sup>23</sup>.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal de Pelotas (Processo 320.865/2013).

## RESULTADOS

Foram identificados 568 idosos residentes no município de Arroio Trinta. Desse total, 5 se recusaram a participar do estudo, 11 não foram encontrados nos domicílios e 8 não conseguiram responder a EDG-15. A taxa de respondentes foi de 96% (552/568).

A Tabela 1 mostra que cerca de dois terços dessa população residia em área urbana e possuía entre 60 e 69 anos de idade, pouco mais da metade (54%) pertencia ao sexo feminino e, na sua grande maioria (93%), os indivíduos eram de cor da pele branca; pelo menos 7 em cada 10 eram casados, 10% não sabiam ler nem escrever, 53% de suas famílias possuíam renda mensal de pelo menos 3 salários mínimos e 96% deles recebiam aposentadoria. Ainda, nessa mesma tabela, é possível verificar que 8% eram fumantes, ou seja, haviam fumado pelo menos 1 cigarro por dia nos últimos 30 dias; 28% praticaram alguma atividade física nos últimos 7 dias; e 81% referiram participar regularmente de alguma atividade de lazer. Por fim, 78% disseram usar diariamente algum tipo de medicamento, dois terços haviam se consultado com médico nos últimos 3 meses e cerca de 1 em cada 4 havia sido hospitalizado ou tido alguma queda nos últimos 12 meses. Cerca de dois em cada três deles afirmaram, segundo diagnóstico feito por médico, ser portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mel-litus e/ou depressão (Tabela 1). A prevalência de depressão segundo a EDG-15 na população estudada foi de 20,4%, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) 17,3 – 23,8.

A Tabela 2 apresenta a prevalência de depressão conforme a categoria da variável incluída no modelo e as análises bruta e ajustada. A prevalência de depressão nessa população variou

Tabela 1. Características dos idosos residentes no município de Arroio Trinta, Santa Catarina, 2013.

Característica	n	%
Área de residência		
Urbana	370	67,0
Rural	182	33,0
Idade dos idosos(as) (anos completos)		
60 a 69	326	59,1
70 a 79	169	30,6
80 ou mais	57	10,3
Sexo		
Masculino	251	45,5
Feminino	301	54,5
Cor da pele (autorreferida)		
Branca	513	92,9
Parda/morena	37	6,7
Preta	2	0,4
Estado civil		
Casado	396	71,7
Separado/viúvo	126	22,8
Solteiro	30	5,4
Escolaridade (anos completos)		
Nenhum	52	9,4
1 a 3	196	35,5
4	222	40,2
≥ 5	82	14,9
Renda familiar em salário(s) mínimo(s)		
Até 1,9	35	6,4
2,0 a 2,9	222	40,2
≥ 3	295	53,4
Recebe aposentadoria	530	96,0
Fumante	46	8,3
Prática de atividade física (últimos 7 dias)	157	28,4
Participação em evento religioso (últimos 30 dias)	424	77,4
Participação regular em atividades de lazer	449	81,3
Uso diário de algum medicamento	432	78,3
Consulta médica (últimos 3 meses)	369	66,8
Internação hospitalar (últimos 12 meses)	140	25,5
Queda nos últimos 12 meses	156	28,3
Portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou depressão (previamente diagnosticada)	360	64,7
Prevalência de depressão segundo o EDG-15 (n = 544)	111	20,4
Total	552	100,0

EDG-15: Escala de Depressão Geriátrica Reduzida.

de 8,3%, entre aqueles que não fazem uso diário de qualquer tipo de medicamento ou que participam regularmente de pelo menos 3 atividades de lazer, até 64,0%, entre idosos solteiros. Na análise bruta, praticamente todas as variáveis do modelo mostraram-se significativamente associadas ao desfecho, exceto idade, número de moradores por domicílio e local de consulta médica. A análise ajustada mostrou que a razão de prevalências (RP) para depressão é substancialmente maior entre as mulheres, entre os solteiros(as), os de menor

Tabela 2. Análises bruta e ajustada para fatores associados à ocorrência de depressão segundo a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida entre idosos de Arroio Trinta, Santa Catarina, 2013 (n = 544).

Nível	Variável	Prevalência de depressão	RP (IC95%)	
			Bruta	Ajustada
I	Sexo		Valor p = 0,003	Valor p = 0,027*
	Masculino	14,6	1,00	1,00
	Feminino	25,2	1,73 (1,2 – 2,48)	1,49 (1,05 – 2,13)
	Idade dos idosos (anos completos)		Valor p = 0,062	Valor p = 0,614**
	60 a 69	17,0	1,00	1,00
	70 a 79	25,4	1,49 (1,05 – 2,13)	1,17 (0,82 – 1,68)
	80 ou mais	25,0	1,47 (0,88 – 2,45)	1,22 (0,73 – 2,03)
	Escolaridade (anos completos)		Valor p = 0,041	Valor p = 0,249**
	0 a 3	24,5	1,00	1,00
	4	19,5	0,79 (0,56 – 1,12)	0,83 (0,59 – 1,16)
	5 ou mais	11,0	0,44 (0,23 – 0,86)	0,62 (0,33 – 1,17)
	Estado civil		Valor p < 0,001	Valor p ≤ 0,001*
	Casado	15,0	1,00	1,00
	Separado/viúvo	28,6	1,90 (1,32 – 2,74)	1,57 (1,05 – 2,36)
	Solteiro	64,0	4,26 (2,92 – 6,21)	3,63 (2,32 – 5,70)
	Renda familiar em salário(s) mínimo(s)		Valor p < 0,001	Valor p = 0,003**
	≥ 3	14,5	1,00	1,00
2 a 2,9	25,0	1,72 (1,20 – 2,47)	1,79 (1,27 – 2,54)	
Até 1,9	40,0	2,75 (1,68 – 4,51)	1,69 (0,95 – 3,02)	
II	Número de moradores por domicílio		Valor p = 0,086	Valor p = 0,034**
	1	29,8	1,00	1,00
	2 ou 3	18,3	0,61 (0,39 – 0,96)	1,70 (0,91 – 3,18)
	4 ou mais	23,1	0,77 (0,45 – 1,32)	2,34 (1,22 – 4,49)

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Nível	Variável	Prevalência de depressão	RP (IC95%)	
			Bruta	Ajustada
III	Prática de atividade física (últimos 7 dias)		Valor p = 0,004	Valor p = 0,083*
	Não	23,8	1,00	1,00
	Sim	12,1	0,51 (0,32 – 0,80)	0,64 (0,41 – 1,06)
	Fumante		Valor p < 0,001	Valor p = 0,026*
	Não	18,7	1,00	1,00
	Sim	39,1	2,09 (1,40 – 3,14)	1,67 (1,06 – 2,64)
	Uso de bebida alcoólica (últimos 30 dias)		Valor p = 0,010	Valor p = 0,344*
	Não, nunca usa	22,7	1,00	1,00
	Não, mas usava	35,0	1,54 (0,83 – 2,89)	0,93 (0,56 – 1,53)
	Sim, usou	12,1	0,54 (0,33 – 0,87)	1,45 (0,85 – 2,46)
	Participação em evento religioso (último mês)		Valor p < 0,001	Valor p = 0,029*
	Não	35,2	1,00	1,00
	Sim	15,9	0,45 (0,33 – 0,63)	0,70 (0,50 – 0,96)
	Número de atividades de lazer realizadas		Valor p < 0,001	Valor p = 0,004**
	Nenhuma	42,9	1,00	1,00
	1	23,8	0,55 (0,37 – 0,82)	0,66 (0,41 – 0,98)
	2	18,3	0,43 (0,28 – 0,66)	0,63 (0,21 – 0,97)
	3 a 5	8,3	0,19 (0,11 – 0,33)	0,37 (0,21 – 0,65)
	Hospitalização (últimos 12 meses)		Valor p < 0,001	Valor p = 0,001*
	Não	15,6	1,00	1,00
	Sim	34,5	2,22 (1,61 – 3,06)	1,55 (1,12 – 2,14)
	Consultas médicas (últimos 3 meses)		Valor p = 0,001	Valor p = 0,020**
	Nenhuma	15,2	1,00	1,00
	Uma	16,1	1,05 (0,64 – 1,72)	1,11 (0,71 – 1,72)
	Duas ou mais	28,6	1,88 (1,24 – 2,83)	1,66 (1,12 – 2,45)

RP: razão de prevalências; IC95%: intervalo de confiança de 95%; \*teste de heterogeneidade; \*\*teste de tendência linear. Variáveis de ajuste segundo modelo hierárquico de análise: nível I, ajustado para sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar; nível II, ajustado para sexo, estado civil e renda familiar, com quem reside e número de moradores no domicílio; nível III, ajustado para sexo, estado civil, renda familiar e número de moradores no domicílio, prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool, participação em evento religioso e atividade de lazer, ocorrência de hospitalização nos últimos 12 meses e realização de consultas médicas nos últimos 3 meses.

renda familiar, os fumantes e os hospitalizados nos últimos 12 meses. Essa mesma análise ajustada mostrou que a prática de atividade física nos últimos sete dias, a participação em evento religioso e a realização regular de atividades de lazer atuaram como fatores de proteção contra a ocorrência de depressão entre os idosos residentes no município de Arroio Trinta, Santa Catarina.

## DISCUSSÃO

Um em cada cinco idosos de Arroio Trinta sofre de depressão, segundo a EDG-15. Os maiores riscos para essa condição foram observados entre aqueles do sexo feminino, solteiros(as), de pior renda familiar, fumantes e que se consultaram com médico e foram hospitalizados nos últimos 3 e 12 meses antecedentes à entrevista, respectivamente. Participar de evento religioso e realizar alguma atividade física e/ou de lazer com regularidade protegeu contra a ocorrência de depressão.

Vinte por cento dos idosos incluídos neste estudo sofrem de depressão segundo a escala utilizada. A prevalência de depressão entre idosos depende da escala e do ponto de corte utilizados e das características sociodemográficas da população estudada. Estudos nacionais que utilizaram a EDG-15 mostraram prevalências que variaram de 21 a 50%<sup>7,9-12</sup>. Os estudos que utilizaram  $\geq 6$  como ponto de corte para o desfecho alcançaram as maiores prevalências (38 e 50%)<sup>9,12</sup>. Apesar de este estudo apresentar prevalência inferior à dos demais — o que pode ser decorrente de diferenças relacionadas às características socioeconômicas e demográficas —, fica evidente a elevada prevalência dessa doença. Trata-se, portanto, de uma doença comum que necessita de manejo adequado em nível individual, mas, sobretudo, populacional.

Praticar atividade física nos sete dias precedentes à entrevista conferiu proteção contra a ocorrência de depressão na população estudada com RP = 0,62 (IC95% 0,40 – 0,97). Há evidência suficiente dos efeitos benéficos da atividade física sobre a depressão em pessoas idosas. Essa proteção pode ser decorrente do bem-estar psicológico causado por essa interação ou da formação de redes de relações afetivas proporcionadas por essa prática<sup>24</sup>. Um estudo controlado randomizado mostrou que, ao se sentir menos deprimido, o indivíduo mostra-se mais propenso a se manter fisicamente ativo e, fazendo isso, diminui a probabilidade de retorno dos sintomas depressivos<sup>25</sup>.

A RP para depressão entre idosos fumantes comparados a idosos não fumantes foi de 1,75 (IC95% 1,11 – 2,77). Essa associação já foi estudada em diferentes delineamentos. Estudos de coorte mostram bidirecionalidade nessa relação, ou seja, tanto a depressão pode levar ao tabagismo quanto esse pode levar à depressão<sup>26</sup>. O fato é que, em Arroio Trinta, tabagismo e depressão encontram-se fortemente associados, e, como ambos são indesejáveis ao indivíduo, devem ser combatidos.

A RP para depressão entre mulheres foi de 1,49 (IC95% 1,05 – 2,13) em relação aos homens. Esse achado está de acordo com o encontrado em outros estudos, segundo os

quais esse maior risco de depressão é decorrente da sobrecarga de funções da mulher, sobretudo as de origem familiar (de esposa, mãe, cuidadora de enfermos, educadora, entre outras), da maior taxa de viuvez, da maior taxa de sobrevivência, do isolamento social e da privação de estrogênio<sup>27,28</sup>.

Chegar solteiro na terceira idade conferiu  $RP = 3,63$  ( $IC95\% 2,32 - 5,70$ ) para depressão em relação aos que se encontravam casados nessa idade. A condição de solteiro implica quase sempre viver sozinho e, por conseguinte, a solidão, condição associada à depressão<sup>13</sup>. Aquele que se encontra casado possui, invariavelmente, além do companheiro(a), outros familiares em decorrência dessa união. Isso resulta na necessidade de contínua interação, diálogo e exercício do convívio diário, o que contribui para a manutenção de um indivíduo ativo, tirando-o da introspecção, condição comum ao estado depressivo<sup>8</sup>.

Idosos com renda inferior a 3 salários mínimos mensais apresentaram  $RP$  cerca de 70% maior para ocorrência de depressão em relação àqueles de maior renda. O envelhecimento, particularmente após os 60 anos de idade, cursa com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e, por conseguinte, maior gasto em saúde, especialmente em medicamentos. Além disso, no Brasil, em decorrência da aposentadoria, há substancial perda do poder aquisitivo. O aumento dos gastos e a diminuição dos rendimentos geram ansiedade e preocupações nessa população, podendo contribuir tanto para o surgimento quanto para a manutenção de quadro depressivo. Essa relação entre renda familiar e depressão foi evidenciada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1998), que mostrou que o aumento de 1% na renda familiar *per capita* diminuía em 4% o risco de depressão<sup>29</sup>.

Entre os idosos que foram identificados como portadores de depressão segundo a escala utilizada, a  $RP$  para realização de consulta médica nos últimos 3 meses e ocorrência de hospitalização nos últimos 12 meses foi 1,66 ( $IC95\% 1,12 - 2,45$ ) e 1,55 ( $IC95\% 1,12 - 2,14$ ) vezes maior em relação aos demais, respectivamente. A PNAD revelou que a taxa de hospitalização entre os que se declaram portadores de depressão foi cerca de 3 vezes maior em relação aos demais (18,0 *versus* 6,6%)<sup>30</sup>. Isso pode ser reflexo da condição de cronicidade da doença, com consequente uso dos serviços de saúde<sup>31</sup>.

Entre os idosos de Arroio Trinta, participar de evento religioso diminui o risco de depressão com  $RP = 0,69$  ( $IC95\% 0,51 - 0,96$ ). A religiosidade parece atuar como fator psicossocial de extrema importância para a saúde mental. Possuir alguma religião, bem como frequentar igrejas, favorece pregar a solidariedade, estimular a caridade, ajudar e ser ajudado, satisfazer-se com o feito realizado, melhorar sua autoestima e aumentar seu potencial de resiliência<sup>32</sup>.

A participação regular em atividades de lazer diminui substancialmente o risco de depressão na população estudada. Para idosos que participaram de 3 ou mais atividades de lazer nos últimos 30 dias, a proteção chegou a 62% ( $RP = 0,38$ ;  $IC95\% 0,20 - 0,69$ ). É amplamente sabido que participar de algum grupo (dança, jogos, viagem, entre outros) como forma de lazer é extremamente positivo, pois estimula a integração social, a comunicação, a troca de experiências e a recreação. Essas atividades ajudam na quebra de preconceitos, diminuem a discriminação em relação à terceira idade e melhoram a autoestima, o que influencia positivamente no humor.

## CONCLUSÃO

A ocorrência de depressão no município de Arroio Trinta é uma condição comum entre os idosos estudados. Apesar de não ter identificado novo fator de risco ou proteção, o presente estudo deu consistência aos achados dos grandes centros urbanos. Além disso, há que destacar o fato de tratar-se de um censo com nível mínimo de perdas, acontecimento raro nos demais estudos sobre o tema. É certo que esses fatores precisam ser trabalhados individualmente durante consulta médica, mas o que parece mesmo imprescindível, já que os fatores de proteção advêm da interação entre os idosos, é promover atividades coletivas, com prioridade para aquelas de lazer, nas quais mais se evidencia o efeito benéfico. Isso se torna ainda mais importante em um município distante de um grande centro urbano, que, por ter infraestrutura voltada para a atenção básica, não oferece, em nível local, cuidados especializados nessa área e dificilmente o fará no futuro. Por fim, há que se destacar a necessidade de avaliar as hipóteses aqui levantadas por meio de delineamento longitudinal, a fim de resolver em definitivo essa limitação da temporalidade e, dessa forma, eliminar de vez o viés de causalidade reversa que tanto afeta a abordagem desse problema na população idosa.

## AGRADECIMENTOS

Aos entrevistadores e idosos que participaram deste estudo e à Secretaria Municipal de Saúde de Arroio Trinta, Santa Catarina, pelo apoio logístico e financeiro. Os autores também gostariam de agradecer os comentários feitos pelos professores Juvenal Soares Dias da Costa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e Raul Mendoza-Sassi da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

## REFERÊNCIAS

1. Mann A. Depression in the elderly: findings from a community survey. *Maturitas* 2001; 38(1): 53-8.
2. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Estud Popul* 2006; 23(1): 5-26.
3. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* 1999; 14(4): 249-54.
4. Veras RP, Coutinho E. Prevalência da síndrome cerebral orgânica em população de idosos de área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(1): 26-37.
5. Silberman C, Souza C, Wilhems F, Kipper L, Wu V, Diogo C, et al. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Rev Saúde Pública* 1995; 29(6): 444-50.
6. Blay SL, Bickel H, Cooper B. Mental illness in a cross-national perspective. Results from a Brazilian and a German community survey among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991; 26(6): 245-51.
7. Borges DT, Dalmolin BM. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2012; 7(23): 75-82.
8. Rosa PV. Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda – RS [tese de doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul; 2007.

9. Gonçalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís - MA). *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010; 13(2): 289-300.
10. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59(3): 190-7.
11. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(1): 26-33.
12. Bandeira CB. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2008; 4(15): 189-204.
13. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord* 2008; 106(1-2): 29-44.
14. Bruce ML. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biol Psychiatry* 2002; 52(3): 175-84.
15. Hong SI, Hasche L, Bowland S. Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. *Gerontologist* 2009; 49(1): 1-11.
16. Koenig HG. Religion and depression in older medical inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15(4): 282-91.
17. Silva IS. *Cancer epidemiology: principles and methods*. Lyon: World Health Organization & International Agency for Research on Cancer; 1999.
18. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(10): 858-65.
19. Lauritsen JM. *EpiData data entry, data management and basic statistical analysis system*. Odense: EpiData Association; 2000-2008.
20. Stata Corp. *Stata statistical software: release 11.2*. College Station: Stata Corporation; 2011.
21. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 21.
22. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1): 224-7.
23. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential medical statistics*. Oxford: Blackwell; 2003.
24. Guimarães JMN, Caldas CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(4): 481-92.
25. Babyak MA, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* 2000; 62(5): 633-8.
26. Munafo MR, Araya R. Cigarette smoking and depression: a question of causation. *Br J Psychiatry* 2010; 196(6): 425-6.
27. Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1): 12-8.
28. Tuesta-Molina R, Herrera NF, Sosa AM, Martínez FO, Arjona YP, Cueto JP, et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colômbia. *Rev Esp Salud Publica* 2003; 77(5): 595-604.
29. Bós AMG, Bós AJG. Fatores determinantes e consequências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. *Rev Bras Ciên Envelhecimento Humano* 2005; 2(2): 36-46.
30. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(Suppl 1): 98-112.
31. Máximo, GC. Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
32. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(4): 440-5.

Recebido em: 01/09/2015

Versão final apresentada em: 04/06/2016

Aprovado em: 08/09/2016