



## Prevalência de depressão autorelata na população brasileira: fatores individuais e contextuais

### *Prevalence of self-reported depression in the Brazilian population: individual and contextual factors*

**Cátia Alessandra Varela Ataíde<sup>1\*</sup>, Hélyda de Souza Bezerra<sup>2</sup>, Arthur de Almeida Medeiros<sup>3</sup>,  
Isabelle Ribeiro Barbosa<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Mestre em Saúde Coletiva, docente da Universidade Anhaguera, Currais Novos/RN, Brasil; <sup>2</sup>Doutora em Saúde Coletiva, Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz/RN, Brasil; <sup>3</sup>Doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Docente da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande/MS, Brasil; <sup>4</sup>Doutora em Saúde Coletiva, Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz/RN, Brasil.

\*Autor correspondente: Hélyda de Souza Bezerra – Email: hellydasbezerra@hotmail.com

#### RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência de depressão autorreferida na população brasileira e sua associação com características individuais e contextuais em uma análise multinível. Métodos: Estudo transversal de abordagem quantitativa, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde. O desfecho foi elaborado com base na questão: Algum médico ou profissional de saúde mental já lhe diagnosticou depressão? Resultados: A prevalência de depressão na população brasileira foi de 9,9% e está associada a ser mulher, idade entre 30-59 anos, divorciada, com ensino superior), com renda per capita acima de 3 salários mínimos, residir na zona urbana, autoavaliação de saúde como regular, ruim ou muito ruim, que tenham outra doença crônica, tabagistas, e com tempo de tela de TV igual ou superior a 3 horas. 'Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)' e 'cobertura de atenção primária' foram associados ao desfecho. Conclusão: Nossos resultados apontam para o caráter emergencial do planejamento de políticas.

**Palavras-chave:** Análise Multinível. Depressão. Disparidades nos Níveis de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Inquéritos Epidemiológicos.

#### ABSTRACT

Objective: to analyze the prevalence of self-reported depression in the Brazilian population and its association with individual and contextual characteristics in a multilevel analysis. Methods: Cross-sectional study with a quantitative approach, using data from the National Health Survey. The outcome was developed based on the question: Has a doctor or mental health professional ever diagnosed you with depression? Results: The prevalence of depression in the Brazilian population was 9.9% and is associated with being a woman, aged between 30-59 years, divorced, with higher education), with a per capita income above 3 minimum months, residing in urban areas, self-rated health as fair, bad or very bad, who have another chronic illness, smokers, and with TV screen time equal to or greater than 3 hours. 'Human Development Index (HDI)' and 'primary care coverage' were associated with stage. Conclusion: Our results point to the emergency nature of policy planning.

**Keywords:** Depression. Health Status Disparities. Health Surveys. Multilevel Analysis. Socioeconomic Factors.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos são caracterizados como transtornos de humor, incluindo uma variedade de sintomas, como os emocionais (tristeza, perda de prazer); sintomas cognitivos (desesperança, baixa estima, perda da concentração e memória); sintomas motivacionais (passividade, falta de iniciativa) e os sintomas físicos (mudança de apetite, sono, fadiga, dores e mal-estar) que frequentemente causam incapacidades.<sup>1</sup>

O transtorno depressivo é uma condição de saúde altamente prevalente, causando impactos na saúde da população mundial, onde observa-se que mais de 300 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde,<sup>2</sup> a doença cresceu 18% entre os anos de 2005 e 2015, resultando em um aumento progressivo do número de casos no contexto mundial.

O número de pessoas com doenças mentais está crescendo em todo o mundo. Analisando a prevalência da depressão no mundo, observa-se que ela é maior nos países de baixa renda, pois a população está crescendo e cada vez mais pessoas vivem até a idade em que a depressão e a ansiedade ocorrem com frequência. As diferenças inter-regionais na prevalência da depressão são notáveis. Chama a atenção a baixa prevalência encontrada nos países asiáticos, principalmente quando comparada aos números encontrados nos países ocidentais.<sup>2,3</sup>

A depressão afeta 11,5 milhões de brasileiros (5,8% da população)<sup>2</sup> e é a quarta principal causa de incapacidade.<sup>3</sup> O país está no topo da lista de nações em desenvolvimento com maior prevalência de depressão e o número de brasileiros com a diagnóstico é equivalente a 10% das pessoas com depressão em todo o mundo.<sup>5</sup>

O transtorno depressivo está associado a algumas características individuais, como maior prevalência em cidadãos adultos e idosos, mulheres, aqueles com baixas condições econômicas, menor escolaridade, que fazem uso de bebidas alcoólicas e/ou cigarro e que não possuem rede de apoio social, seja ela é de um membro da família e/ou amigos. Essas características podem variar de acordo com

fatores contextuais e/ou regiões onde esses indivíduos estão inseridos.<sup>6</sup>

O Relatório da Organização Mundial de Saúde<sup>7</sup> fornece provas de que fatores como a urbanização e as mudanças globais nos estilos de vida dos indivíduos, podem aumentar a morbidade causada pela depressão e outras doenças crônicas não transmissíveis. Em relação ao contexto do Brasil, o número de casos de depressão é crescente. Com isso, cada vez mais brasileiros convivem com limitações e incapacidades decorrentes dos sintomas causados por esse transtorno, o que exige maiores investimentos em saúde mental, com o objetivo de ampliar a oferta de programas de prevenção, detecção precoce e tratamento, com qualidade e tratamento suficientes.<sup>4</sup>

A dificuldade de acesso e tratamento da depressão está relacionada às desigualdades sociais, econômicas e geográficas, uma vez que aqueles que mais necessitam de cuidados, como os indivíduos pobres e aqueles que vivem em regiões com recursos limitados de saúde mental, têm maiores barreiras para receber cuidados adequados.<sup>8</sup> Além disso, atualmente o Brasil investe em saúde mental o valor de menos da metade do que é definido pela Organização Mundial da Saúde, dificultando o tratamento e o acompanhamento de indivíduos com transtornos mentais.<sup>9</sup>

Discutir a prevalência da depressão e seus fatores associados é imprescindível para compreender a realidade e elaborar planos de ação eficientes com vistas à prestação de cuidados integrais de saúde mental à população afetada. Nesse sentido, justifica-se a relevância desta pesquisa, com o propósito de fortalecer as políticas públicas existentes em saúde mental. Além disso, a partir do conhecimento dos fatores individuais e contextuais que estão ligados à depressão, é possível estabelecer medidas mais eficazes que possam minimizar o adoecimento por depressão no Brasil, através de ações de prevenção. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo analisar a prevalência de depressão autorreferida na população brasileira e sua associação com características individuais e contextuais em uma análise multinível.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversão com abordagem quantitativa, conduzido com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2019 (PNS)<sup>10</sup>, realizada entre os anos 2019 e 2020, que é um inquérito populacional domiciliar com objetivo de conhecer os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira, e constituir uma base de dados representativa da população brasileira.

### Participantes e amostra

O plano amostral da PNS utiliza a Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisa Domiciliar (SIPD), que permite maior abrangência territorial, e utiliza processo de amostragem por conglomerados em três estágios com amostra aleatória simples. O primeiro estágio é composto pelas Unidades Primárias de Amostragem (setores censitários), o segundo estágio são os domicílios selecionados, e o terceiro estágio são os moradores com 15 anos ou mais que foram selecionados em cada domicílio para responder a pesquisa.<sup>10,11</sup>

Ao final deste processo foram selecionados 108.457 domicílios, dos quais 100.541 estavam ocupados, e destes últimos, 94.114 pessoas optaram por participar voluntariamente da pesquisa.

Neste estudo a amostra foi composta por pessoas com 15 anos ou mais selecionadas para responder a pesquisa ( $n=94.114$ ) e a variável dependente, ou desfecho primário do estudo, foi ter o autorrelato de diagnóstico de depressão. Para tanto foi considerada a resposta, afirmativas ou negativas, da questão Q092 (Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?).

Quanto aos critérios de inclusão, participaram do estudo domicílios selecionados e pessoas com 15 anos ou mais que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. Foram excluídas crianças e domicílios que não foram incluídos na seleção da pesquisa.

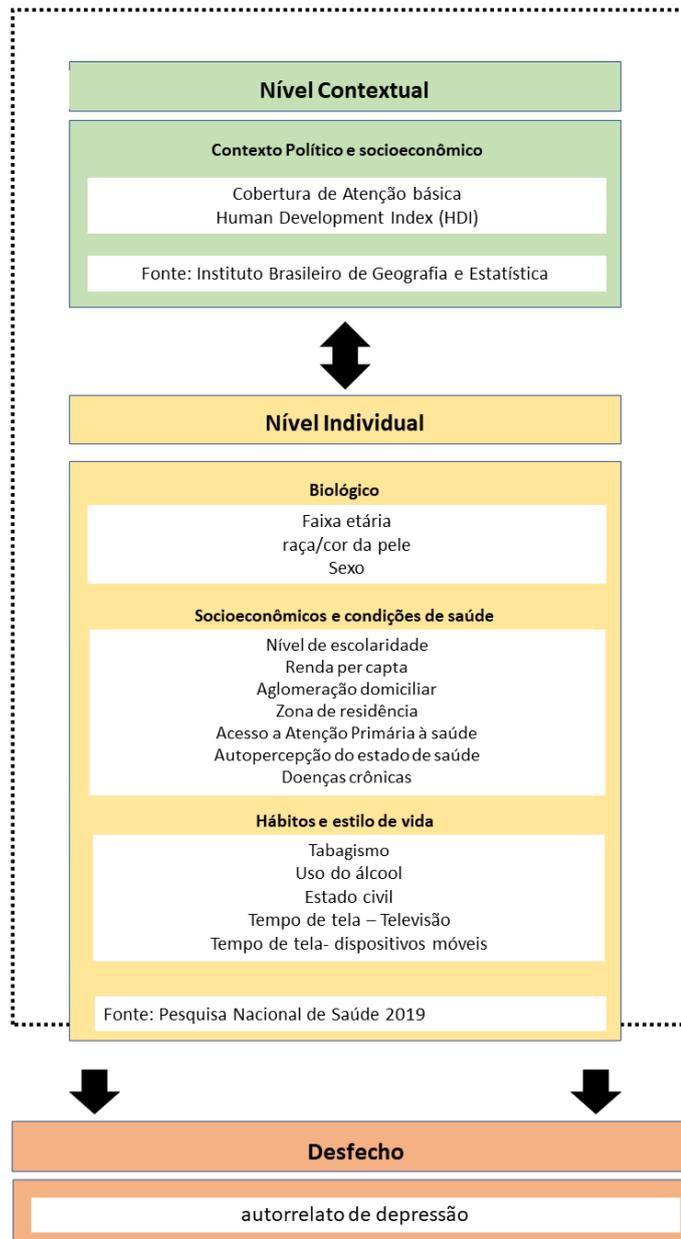
### Variáveis

Entre as variáveis independentes individuais, foram consideradas: o sexo (masculino ou feminino), a idade estratificada em faixas etárias (15-29 anos, 30-59 anos, 60 anos ou

mais), a Etnia (brancos, negros – pretos e pardos, indígenas ou asiáticos), estado civil (casado, divorciado, viúvo, solteiro), nível de escolaridade (sem escolaridade, nível fundamental, nível médio, nível superior), renda domiciliar per capita (até 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, acima de 3 salários), área de residência (urbano ou rural) e aglomeração domiciliar (1 morador; 2-3 moradores; >4 moradores).

Em relação ao estilo de vida e condições de saúde foram consideradas as seguintes variáveis: se possui cobertura da Estratégia Saúde da Família (sim, não) autoavaliação do estado de saúde (muito bom/bom; regular/ruim/muito ruim), se possui diagnóstico de outra doença crônica, física ou mental, condição crônica de saúde ou doença de longa duração (sim, não), uso de tabaco e seus derivados (fumante - atualmente fuma algum produto do tabaco; ex-fumante - no passado fumou algum produto do tabaco; nunca fumou), uso de bebida alcoólica (uso excessivo - cinco ou mais doses diárias em pelo menos uma única ocasião nos últimos 30 dias, considerando a dose padrão de 50 mL; uso moderado - uso habitual independentemente da dose consumida nos últimos 30 dias, porém inferior ao uso excessivo; e não bebe), tempo de tela na televisão (menos de 3 horas, 3 horas ou mais), tempo de tela em dispositivos móveis, excluindo o tempo dedicado ao trabalho (menos de 3 horas, 3 horas ou mais). Todas as variáveis independentes individuais foram coletadas na base de dados da própria PNS.

As variáveis contextuais selecionadas foram Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e cobertura de atenção básica, considerando as últimas informações disponíveis para cada unidade da federação. Os dados sobre o IDH foram extraídos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>). As informações relativas a cobertura de atenção primária a saúde foram obtidas no site de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor) do Ministério da Saúde, considerando como referência dezembro/2019. As variáveis foram categorizadas em quartis e o modelo conceitual das variáveis dependente e independentes está mostrado na Figura 1.



**Figura 1.** Framework do estudo

### Procedimentos e Análise estatística

Optou-se pela modelagem multinível, pois neste tipo de análise, as características contextuais podem ser consideradas como agregados sociais, visto que apresentam efeito significativo sobre as pessoas.<sup>12</sup> Sendo assim, as características individuais foram consideradas como o primeiro nível e as unidades da federação como o segundo nível.

Procedeu-se o cálculo da prevalência do desfecho em relação às variáveis individuais e contextuais, com apresentação dos respectivos

intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Em seguida, foi conduzida análise de Regressão de Poisson bivariada para estimar a razão de prevalências bruta (RP) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). As variáveis que apresentaram  $p \leq 0,20$  foram incluídas no modelo de análise multinível.

A regressão de Poisson multinível foi iniciada com a análise do modelo nulo para identificar os efeitos aleatórios, usando o teste de razão de verossimilhança para verificar a significância. Na sequência a modelagem foi realizada incluindo as variáveis individuais e

contextuais. Mudanças na qualidade dos ajustes de cada modelo foram analisadas pelo teste da razão de verossimilhança e pelo percentual da variância explicada por cada modelo e seu respectivo intervalo de confiança. Adotou-se o modelo hierárquico e a entrada das variáveis no modelo multinível foi feita de acordo com a ordem crescente do valor de p. Permaneceram no modelo final apenas as variáveis que apresentaram significância estatística ( $p < 0,05$ ). Todas as análises foram realizadas utilizando-se o software Stata versão 13 (Stata Corp., College Station, United States).

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde sob o Parecer nº 3.529.376, de 23 de agosto de 2019. Os resultados da pesquisa são de domínio público e estão disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

## RESULTADOS

A amostra deste estudo é caracterizada por 52,4% do sexo feminino, 55,6% de pessoas de 30 a 59 anos e 24,6% de idosos (60 anos ou mais), 62% de cor de pele branca e 36,5% de negros, 44,9% de solteiros e 38,6% casados, 39,1% tinham ensino fundamental e 33% tinham ensino médio,

48,4% tinham renda de até 1 salário mínimo, 77,2% moram em zona urbana, 63% são cobertos pela estratégia saúde da família, 63,8% classificam sua saúde como Boa ou muito boa, 52,4% relatam ter sido diagnosticado com alguma doença crônica não transmissível, 61,0% relatam não fazer uso de álcool, 12,5% relatam ser fumantes, 78,3% relatam usar TV menos de 3 horas por dia e 80,0% relatam usar o computador menos de 3 horas por dia.

Das 94.114 pessoas que aceitaram participar da pesquisa, a prevalência de depressão na população brasileira foi de 9,9% (IC 95% 9,5-10,3). Considerando a população brasileira com mais de 15 anos (168.426.189 habitantes), essa prevalência indica que 16.660.665 brasileiros possuem diagnóstico de depressão dado por médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo).

Na Tabela 01 e Tabela 02, observamos que as maiores prevalências do desfecho estão distribuídas entre os indivíduos entre os idosos, do sexo feminino, entre os viúvos e divorciados, com nível de escolaridade mais elevada, que vivem em meio urbano, de cor da pele branca, que não usam álcool, entre os que autoavaliam sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, entre os que vivem sozinhos, que ganham acima de 3 salários mínimos, que possuem outra DCNT e entre fumantes.

**Tabela 01:** Prevalência de depressão autorreferida e razão de prevalências bruta entre o desfecho e as variáveis sociodemográficas da população brasileira. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Prevalência	Análise Bivariada		
		RPbruta	IC95%	p-valor
<b>Sexo</b>				
Masculino	4,57	1		
Feminino	13,27	2,91	2,76-3,06	<0,005
<b>Idade</b>				
15-29 anos	5,49	1		
30-59 anos	10,00	1,81	1,68-1,94	<0,005
60 ou +	10,41	1,81	1,68-1,95	<0,005
<b>Etnia</b>				
Branco	11,57	1		
Negro	7,79	0,84	0,80-0,89	<0,005

Variáveis	Prevalência	Análise Bivariada		
		RPbruta	IC95%	p-valor
Amarelo	7,94	0,73	0,56-0,96	0,028
Indígena	7,89	0,91	0,70-1,20	0,540
<b>Estado Civil</b>				
Casado	8,87	1		
Divorciado	15,32	1,64	1,53-1,76	<0,005
Viúvo	13,25	1,47	1,37-1,58	<0,005
Solteiro	7,52	0,92	0,87-0,96	0,001
<b>Escolaridade</b>				
Sem instrução	6,86	1		
Ensino Fundamental	9,44	1,18	1,08-1,30	<0,005
Ensino Médio	8,10	1,03	0,94-1,14	0,421
Ensino Superior	11,45	1,36	1,23-1,50	<0,005
<b>Renda per capita</b>				
< 1 salário mínimo	7,84	1		
de 1 a 3 salários	9,78	1,05	1,00-1,11	0,024
>3 salários	12,47	1,27	1,19-1,35	<0,005
<b>Aglomeración domiciliar</b>				
1 morador	11,27	1,14	1,08-1,21	<0,005
2-3 moradores	9,67	1		
4 ou mais moradores	7,26	0,81	0,77-0,86	<0,005
<b>Zona de residência</b>				
Rural	6,61	1		
Urbana	9,94	1,36	1,28-1,44	<0,005

RP<sub>b</sub>: Razão de Prevalência Bruta; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

**Tabela 02.** Prevalência de depressão e razão de prevalências brutas entre o desfecho e as variáveis de estilo de vida e condições de saúde da população brasileira. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

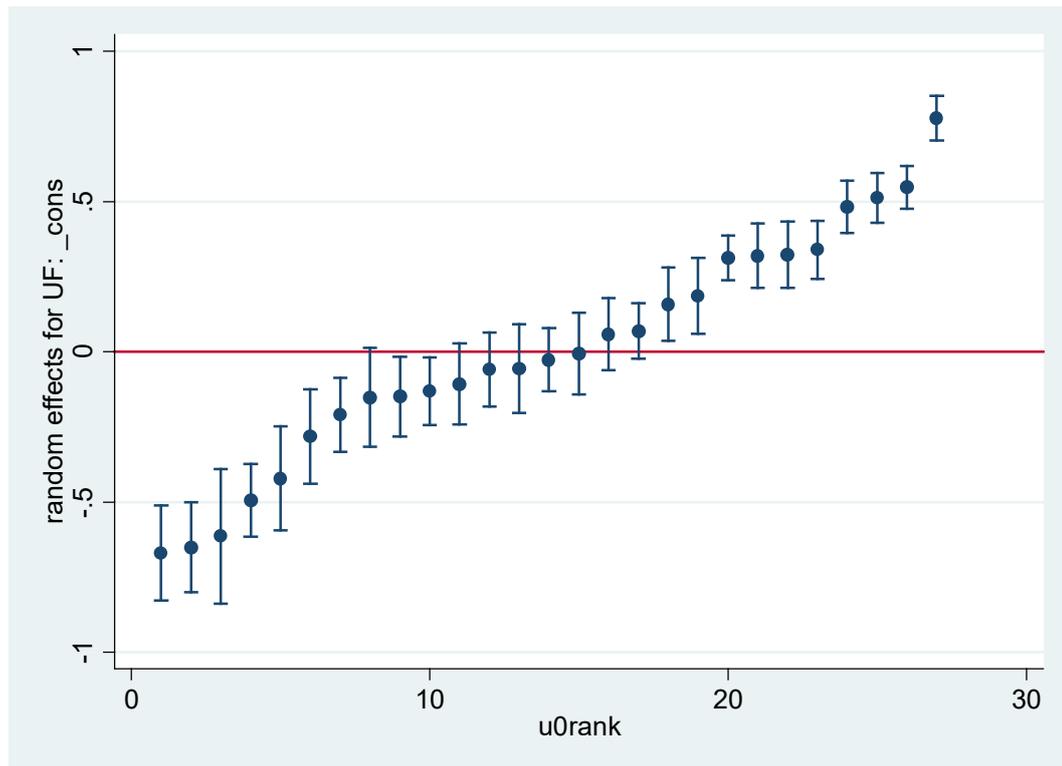
Variáveis	Prevalência	Análise Bivariada		
		RPbruta	IC95%	p-valor
<b>Cadastro na ESF</b>				
Sim	9,23	1		
Não	9,30	1,01	0,96-1,07	0,506
<b>Autoavaliação saúde</b>				
Muito bom/ bom	6,33	1		
Regular/ruim/muito ruim	14,12	2,46	2,35-2,57	<0,005
<b>Possui outra DCNT</b>				
Não	4,01	1		
Sim	15,13	3,6	3,40-3,81	<0,005

Variáveis	Prevalência	Análise Bivariada		
		RPbruta	IC95%	p-valor
<b>Uso do álcool</b>				
Não usa	10,16	1		
Uso moderado	8,76	0,75	0,71-0,80	<0,005
Uso excessivo	6,08	0,58	0,54-0,62	<0,005
<b>Tabagismo</b>				
Não fuma	8,15	1		
Ex-fumante	10,69	1,26	1,20-1,32	<0,005
Fumante	10,89	1,27	1,19-1,35	<0,005
<b>Tempo de tela - TV</b>				
menos de 3 horas	8,79	1		
3 horas ou mais	10,55	1,19	1,13-1,25	<0,005
<b>Tempo de tela em dispositivos móveis</b>				
Menos de 3 horas	9,18	1		
3 horas ou mais	9,14	0,99	0,94-1,05	0,898

RP<sub>b</sub>: Razão de Prevalência Bruta; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.  
 DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis; ESF: Estratégia de Saúde da família.

A figura 02 demonstra a distribuição dos resíduos da Regressão de Poisson multinível para a prevalência do desfecho por unidades da federação. Pode-se perceber que um número considerável de UF apresenta intervalos completamente acima ou completamente abaixo da linha equivalente ao zero, indicando uma variabilidade significativa entre as unidades de agregação. Isto indica que é possível prosseguir

com a análise multinível, ou seja, existe um efeito do aglomerado no desfecho, quando se considera sua distribuição entre as unidades da federação. Pelo valor do Loglikelihood e do valor da significância do teste (LR  $\chi^2(1) = -0,70$ ; p-valor  $> \chi^2 = 1.0000$ ), o modelo escolhido para ser aplicado nesta análise multinível foi o de intercepto aleatório.



LR chi2(1) = -0,70; Prob > chi2 = 1,000

**Figura 02.** Gráfico dos resíduos da regressão de Poisson multinível para a prevalência da depressão por unidade da federação.

Na primeira etapa da análise multinível, o desfecho foi testado em um modelo nulo para verificar o efeito contextual. Na tabela 03, é possível observar que houve efeito contextual em nível de unidade da federação, já que o valor da Razão de verossimilhança foi significativo, mostrando a adequação da amostra para a realização da análise. A segunda etapa foi a realização do modelo multinível incluindo somente as variáveis do nível individual. No Modelo 1, o desfecho esteve associado a ser do sexo feminino (RP=2,28), idade de 30-59 anos (RP=1,14), divorciados (RP=1,26), com ensino superior (RP=1,70), com renda per capita acima de 3 salários mínimos (RP=1,23), que vivem na zona urbana (RP=1,14), que avaliam sua saúde como regular, ruim ou muito ruim (RP=1,89), que possuem outra DCNT (RP=2,81), fumantes (RP=1,49) e com tempo de tela em TV de 3 horas ou mais (RP=1,06). A Razão de verossimilhança observada para o modelo 1 em relação ao modelo nulo variou de 1073,74 para 570,76, indicando um importante efeito das unidades da federação

no desfecho e sobre as variáveis individuais (Tabela 03).

No modelo final, todas as variáveis individuais que apresentaram significância estatística no modelo 1 permaneceram significativas no modelo final. As variáveis 'Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)' e 'cobertura de atenção básica' foram associados ao desfecho, mostrando que a depressão é menos prevalente em áreas com menor desenvolvimento humano e com menor cobertura de atenção básica. A Razão de verossimilhança observada para o modelo final mostra a adequação da análise à modelagem multinível (Tabela 03).

**Tabela 03:** Análise de Regressão de Poisson multinível para a prevalência da depressão de acordo com variáveis individuais e do contexto da unidade federativa. Brasil, 2019.

Variáveis	Null model RP (IC 95%)	valor- p	Model 1 RP (IC 95%)	valor- p	Final Model RP (IC 95%)	valor- p
<b>Nível individual</b>						
Sexo Feminino			2,28 (2,16-2,41)	<0,00 5	2,28 (2,16-2,41)	<0,00 5
Idade: 30-59 anos			1,14 (1,05-1,23)	<0,00 5	1,14 (1,05-1,23)	<0,00 5
Idade: 60 ou +			0,77 (0,69-0,84)	<0,00 5	0,77 (0,70-0,84)	<0,00 5
Raça ou cor da pele: Negra			0,86 (0,82-0,90)	<0,00 5	0,86 (0,82-0,91)	<0,00 5
Raça ou cor da pele: Amarela			0,73 (0,55-0,96)	0,025	0,73 (0,55-0,96)	0,026
Raça ou cor da pele: Indígena			0,95 (0,72-1,25)	0,721	0,94 (0,72-1,25)	0,698
Estado Civil: Divorciado			1,26 (1,17-1,35)	<0,00 5	1,26 (1,17-1,35)	<0,00 5
Estado Civil: Viúvo			1,03 (0,96-1,07)	0,407	1,03 (0,95-1,11)	0,405
Estado Civil: Solteiro			1,02 (0,95-1,06)	0,441	1,02 (0,96-1,07)	0,436
Escolaridade: Ensino Fundamental			1,28 (1,16-1,41)	<0,00 5	1,28 (1,16-1,41)	<0,00 5
Escolaridade: Ensino Médio			1,37 (1,23-1,52)	<0,00 5	1,37 (1,23-1,52)	<0,00 5
Escolaridade: Ensino Superior			1,70 (1,52-1,91)	<0,00 5	1,70 (1,52-1,90)	<0,00 5
Renda per capita: de 1 a 3 salários			1,02 (0,97-1,07)	0,404	1,02 (0,97-1,07)	0,404
Renda per capita: >3 salários			1,23 (1,13-1,33)	<0,00 5	1,22 (1,13-1,33)	<0,00 5
Zona de residência: Urbana			1,14 (1,07-1,21)	<0,00 5	1,14 (1,07-1,21)	<0,00 5
Autoavaliação saúde: Regular/ruim/muito ruim			1,89 (1,80-1,99)	<0,00 5	1,89 (1,80-1,99)	<0,00 5
Possui outra DCNT: Sim			2,81 (2,64-2,98)	<0,00 5	2,80 (2,64-2,98)	<0,00 5
Uso do álcool: Uso moderado			0,81 (0,76-0,86)	<0,00 5	0,81 (0,76-0,86)	<0,00 5
Uso do álcool: Uso excessivo			0,78 (0,72-0,84)	<0,00 5	0,78 (0,72-0,84)	<0,00 5
Tabagismo: Ex-fumante			1,23 (1,16-1,30)	<0,00 5	1,22 (1,16-1,30)	<0,00 5
Tabagismo: Fumante			1,49 (1,39-1,60)	<0,00 5	1,49 (1,39-1,60)	<0,00 5
Tempo de tela - TV: 3 horas ou mais			1,06 (1,00-1,11)	<0,00 5	1,06 (1,00-1,11)	0,022
<b>Nível Contextual</b>						
IDH						
0,638-0,719					0,52 (0,42-0,65)	<0,00 5
0,722-0,740					0,57 (0,46-0,70)	<0,00 5
0,743-0,774					0,71 (0,58-0,87)	0,001
0,787-0,850					1	
Cobertura de atenção básica						
58,33-70,22					0,72 (0,59-0,88)	0,001

72,52-76,39	1,00 (0,80-1,24)	0,988
77,12-86,82	0,95 (0,77-1,17)	0,673
87,67-99,60	1	

Random effects	Variance (95%CI)	Variance (95%CI)		Variance (95%CI)	
Department level	0,144 (0,083-0,25)	0,100 (0,055-0,175)		0,027 (0,014-0,051)	
LR test ( $\chi^2$ ; p-value)	1073,74	<0,005	570,76	<0,005	<0,005

CI = Confidence Interval; PRadj = adjusted Prevalence Ratio; LR

## DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou que a prevalência da depressão na população brasileira foi de 9,9%. Estudo com dados da pesquisa nacional de saúde de 2013 mostrou que a prevalência da depressão autorreferida em adultos foi de 7,6%<sup>13</sup>, demonstrando aumento da prevalência da depressão nos últimos anos e confirmando estimativas da Organização Mundial da Saúde de aumento dos números de transtornos depressivos.<sup>2</sup>

Em estudo realizado em 18 países no ano de 2010, apontou-se que entre os países em desenvolvimento, o Brasil se encontrava em primeiro lugar na lista de países com maior prevalência de depressão, com prevalência pontual de 10,4% e de 18,4% a prevalência da depressão ao longo da vida. Esses dados demonstram que o país mantém altos índices de depressão ao longo dos anos, necessitando de medidas de controle e prevenção dos principais fatores de risco para este transtorno.<sup>14</sup>

Quanto aos fatores individuais, a prevalência de depressão demonstrou ser significativa no sexo feminino. Estudos recentes mostram que a prevalência de depressão e sofrimento mental no Brasil e em outros países é maior entre as mulheres.<sup>15,16</sup> O sexo feminino possui fatores de risco que desencadeiam sintomas depressivos, como questões fisiológicas e hormonais. Além disso, a mulher costuma se dividir entre os múltiplos papéis da sociedade, como as atividades do lar e do trabalho, trazendo para esta uma alta carga de fatores estressantes, que podem levar a sintomas de tristeza e depressão.<sup>17</sup> As mulheres apresentam maior autopercepção da doença, fazendo com que

procurem mais facilmente os serviços de saúde em busca de diagnóstico e tratamento. Portanto, o acesso das mulheres aos serviços de saúde mental também se torna mais fácil.<sup>15,16</sup>

Quanto a idade, indivíduos de 30 a 59 anos demonstram possuir maior prevalência de depressão. O adulto muitas vezes possui uma rotina exaustiva, onde frequentemente precisa dividir seu tempo entre diversas tarefas, envolvendo trabalho e até mesmo estudo. Em contrapartida, alguns adultos também sofrem com desemprego ou condições precárias de trabalho, e estes fatores podem desencadear sintomas de estresse e sofrimento. Além disso, nas últimas décadas, houve aumento significativo do número de adultos que vivem sozinhos, isolados e sem companheiros. Estas pessoas que sofrem de solidão são vulneráveis ao isolamento social e provavelmente chegarão a necessitar de cuidados psicológicos devido aos sentimentos depressivos.<sup>18</sup>

Este estudo demonstrou uma menor prevalência de depressão em idosos. Isso pode ser explicado pelos laços sociais significativos que os idosos criam com seus familiares, bem como com outros idosos, o que para essa fase da vida, serve como um fator de proteção contra a solidão e sintomas de tristeza, gerando consequências positivas para a saúde mental<sup>19,20</sup>, além disso, os idosos podem ter dificuldade em reconhecer a presença de um transtorno mental, fazendo com que estes não demonstrem importância aos sintomas.<sup>20</sup> O fato dos idosos não buscarem os serviços de saúde em decorrência aos sintomas associados à depressão pode levar a dificuldades no diagnóstico.

Houve maior prevalência de depressão entre indivíduos divorciados. Silva et al.<sup>22</sup> corrobora quando afirma que ter um

companheiro pode ser considerado um fator de proteção psicossocial, pois melhora o apoio mútuo e o enfrentamento de situações adversas. Apesar do fator individual 'ser viúvo' não ter tido associação significativa na análise multinível, a viuvez traz sintomas de solidão e tristeza, desencadeando a depressão, principalmente em idosos.<sup>23</sup> A solidão pode levar à exclusão social, pois o indivíduo que sente solidão pode demonstrar certa insatisfação com suas relações interpessoais, no entanto, sensações de vazio podem ocorrer mesmo que o indivíduo tenha pessoas ao seu redor.<sup>20</sup> A partir dos dados, pode-se evidenciar que a solidão é um dos fatores de risco para desencadear sintomas depressivos, desta forma, manter relações sociais, torna-se uma medida de prevenção.

Quanto a escolaridade, os dados encontrados nesse estudo mostram que há um gradiente de prevalência de depressão no Brasil ao aumentar o nível de escolaridade dos indivíduos. Elevadas taxas de depressão já estão presentes em estudantes universitários, bem como após a sua formação. Isso pode estar relacionado ao medo e a insegurança gerado pelo mercado de trabalho, o que faz com que estes indivíduos tenham uma quantidade de sono insuficiente, relacionamento com amigos e familiares insatisfatório e uma rotina estressante, gerando sintomas de depressão e ansiedade.<sup>24</sup> Além disso, Marasine et al.<sup>25</sup> traz em seu estudo que pessoas com formação superior se tornam vítimas de depressão quando não tem um trabalho equivalente à sua qualificação, principalmente quando o pagamento é insatisfatório e sem oportunidade de implementar seus conhecimentos e habilidades.

A renda per capita acima de 3 salários mínimos também esteve associada a depressão. Alguns estudos mostram que a depressão está presente em indivíduos com uma menor renda, no entanto, estes possuem maiores dificuldades para acesso ao tratamento.<sup>4,26</sup> Estudos realizados no Brasil indicam que indivíduos que têm boas condições econômicas e plano de saúde privado possuem melhor acesso aos serviços de saúde, o que facilita o diagnóstico e tratamento para doenças crônicas. Além disto, estes indivíduos também referem ter ensino superior completo, residir em áreas urbanas e apresentam um bom estado de saúde autorreferida.<sup>27,28,29</sup> Logo, a partir

dos dados encontrados, pode-se deduzir possuir maior renda pode ter influenciado o acesso mais facilitado aos serviços de saúde e consequentemente, o diagnóstico precoce da depressão, o que leva estes a afirmarem que possuem o transtorno.

Residir na zona urbana foi associado a uma maior prevalência de depressão. As regiões com maior número de diagnósticos autorreferidos de depressão são as regiões urbanas e as regiões mais industrializadas. Estes dados estão associados ao estilo de vida nos centros urbanos mais desenvolvidos, o que impacta diretamente na saúde dos indivíduos, devido a condições relacionadas ao trânsito, violência urbana, transporte público ineficiente, condições precárias de moradia, etc.<sup>28</sup> Estes fatores estressantes da vida urbana fazem com que os indivíduos desenvolvam sintomas de estresse e consequentemente, depressão.

Quanto à autoavaliação de saúde, avaliar a saúde como regular, ruim ou muito ruim esteve relacionado à maior prevalência de depressão. Estudos mostram que uma boa avaliação em saúde é um indicador importante do baixo impacto da depressão sobre o bem-estar dos indivíduos.<sup>6,16</sup> Logo, possuir sintomas depressivos, levam os indivíduos a caracterizarem sua saúde negativamente.

A depressão também está associada ao diagnóstico de outras doenças crônicas não transmissíveis. Estudo realizado no Brasil mostrou que possuir doenças crônicas tem associação com sintomas de depressão, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), seguido das doenças cardiovasculares.<sup>22</sup> A relação entre depressão e doenças crônicas pode ser bidirecional. Devido mudanças hormonais e fisiológicas do organismo, a depressão pode ocasionar doenças crônicas.<sup>30</sup> Por outro lado, pessoas com doenças crônicas possuem limitações de mobilidade, alimentação, atividade física, de atividades sociais e de cotidiano, e que estas restrições podem levar a sintomas de tristeza e depressão.<sup>31</sup>

No tocante ao uso do álcool, este esteve associado à menor prevalência de depressão. Esse achado é discordante de outro estudo realizado no Brasil que mostrou que o consumo habitual de álcool não diferiu entre os que referiram ou não

depressão, mas o risco de consumir álcool foi 72% mais elevado entre os indivíduos com depressão maior e 44% maior nos indivíduos que apresentaram humor depressivo por mais de sete dias.<sup>32</sup> Apesar de muitos estudos analisarem a depressão e o uso do álcool, em geral, estes não diferem sobre o tipo de transtorno depressivo. Pesquisas mostram que a prevalência da depressão está mais relacionada aos indivíduos com diagnóstico de depressão maior.<sup>32,33</sup>

Quanto ao uso de tabaco e seus derivados, no presente estudo, o tabagismo foi associado à maior prevalência de depressão. A literatura demonstra que há relação entre depressão e dependência nicotínica, bem como com a cessação do tabagismo, sendo considerados fatores de risco para a manutenção do quadro clínico ou o desenvolvimento de novo episódio depressivo.<sup>17</sup> Isso pode ser explicado pelo fato da nicotina causar um efeito relaxante rápido e transitório. Por outro lado, o efeito duradouro que essa substância traz é o aumento do estresse no organismo das pessoas que usam o cigarro em grande quantidade.<sup>34</sup> Além disso, o uso dos cigarros também pode estar relacionado como uma forma de amenizar, de modo transitório, os sintomas causados pela depressão.

Quanto a raça/cor da pele, os negros apresentaram menor prevalência de depressão no presente estudo. Todavia, uma revisão sistemática incluindo 14 estudos brasileiros observou maior prevalência de depressão e outros transtornos mentais comuns nos indivíduos de cor da pele preta, em comparação com os de pele branca.<sup>35</sup> Gonçalves et al.<sup>17</sup> ressalta que desigualdades em saúde não devem ser atribuídas, exclusivamente, à cor da pele, sendo necessário considerar, também, as desigualdades econômicas e sociais em diferentes contextos. As minorias étnicas e raciais têm menos acesso à saúde mental que os doentes caucasianos (brancos) e, quando têm, recebem um serviço de menor qualidade, corroborando com o impacto que a histórica desigualdade racial tem causado no tratamento da depressão.<sup>34</sup> Nesse sentido, a dificuldade relacionada ao acesso nas pessoas negras, pode estar relacionada à menor prevalência de depressão nessa raça.

Além do uso do cigarro, o presente estudo demonstrou que a prevalência de depressão também está associada ao hábito de

estar várias horas utilizando a TV (3 horas ou mais). Indivíduos depressivos tendem a tentar minimizar seus sintomas de tristeza e desânimo fazendo o uso constante de TV, o que também ocasiona o sedentarismo e má alimentação, causando piores índices de saúde física e mental, principalmente em adultos.<sup>36</sup>

Quanto as variáveis de contexto, o IDH e a cobertura de atenção básica foram associados ao desfecho. Observou-se que a depressão é menos prevalente em áreas com menor desenvolvimento humano e com menor cobertura de atenção básica. Um estudo realizado no Brasil mostrou que a Região Sul, que possui o maior IDH das grandes regiões brasileiras, apresentou a maior taxa de internações por transtornos de humor, incluindo a depressão.<sup>37</sup> Esses dados podem estar relacionados ao maior acesso ao diagnóstico da depressão, pois como discutido anteriormente, os melhores níveis socioeconômicos, levam a um maior acesso aos serviços de saúde, e conseqüentemente, maiores números de indivíduos diagnosticados com depressão. Além disso, o contexto social e econômico no qual os indivíduos estão inseridos podem levar estes ao adoecimento. O estudo Viapina et al.<sup>38</sup> traz que a sociedade contemporânea tem adoecido progressivamente em virtude do ambiente em que estão inseridos, no qual os indivíduos estão buscando cada vez mais bens materiais através de jornadas de trabalho extenuantes, o que a longo prazo, causa o sofrimento psíquico.

No tocante à cobertura de Atenção primária à Saúde (APS), o presente estudo evidenciou que áreas com menores coberturas pelas equipes de estratégia de saúde da família apresentam menor prevalência de depressão. Na rede pública de saúde brasileira, 23,9% dos usuários que acessam a atenção básica buscam atendimentos para depressão<sup>6</sup>, demonstrando que o transtorno depressivo é uma causa predominante neste nível de atenção. O aumento da cobertura da atenção primária em saúde traz com ela maior acesso aos indivíduos com diagnóstico depressão e outros transtornos. Os avanços na ampliação da atenção primária brasileira trazem consigo um maior número de equipes e melhora o acesso e os atendimentos terapêuticos relacionados à depressão.<sup>39</sup> A partir desses dados, pode-se perceber que o aumento da cobertura da atenção primária proporciona o

acesso mais facilitado para o diagnóstico da depressão, logo, a baixa cobertura da atenção primária provoca barreiras para que os indivíduos com sintomas depressivos acessem os serviços de saúde.

É importante destacar que o Brasil é um país que possui diferentes contextos sociais e econômicos em suas regiões, portanto, os estados podem ter diferentes prevalências de depressão. As regiões Sul e Sudeste apresentam maiores prevalências de depressão autorreferida e as regiões Norte e Nordeste apresentam taxas mais baixas. Essa maior prevalência, principalmente na região Sul, pode estar relacionada às altas taxas de suicídio e tentativas de suicídio nessa região. Os dados também podem estar relacionados à disponibilidade e ao acesso de residentes em diferentes regiões do Brasil a profissionais e serviços de saúde mental, bem como à autopercepção de saúde-doença e busca por tratamento, fatores que impactam na possibilidade de diagnóstico.<sup>40</sup>

É fundamental destacar o importante papel da atenção primária à saúde na promoção e prevenção da saúde de indivíduos com depressão e outras doenças mentais. A promoção da saúde é um fator chave na melhoria e redução dos sintomas. As ações devem ser realizadas por equipe multidisciplinar a fim de garantir a efetividade das ações executadas, visando prevenir, promover e garantir maior resolutividade dos problemas mentais da população. Ter uma equipe profissional treinada pode reduzir o número de doenças mentais.

Uma das limitações desse estudo refere-se aos vieses de resposta, já que o tema envolve saúde mental e este exerce forte influência sobre a resposta. É possível que tenha havido omissão da informação, por medo ou por constrangimento da exposição. Outro fator a ser considerado é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico da depressão no Brasil. Essas situações podem ter resultado em subestimação da prevalência da depressão. Todavia, os inquéritos populacionais nos oferecem amostras representativas da população de todas as regiões do país, podendo servir para comparação destes resultados com o de outros países, além de embasar a organização de políticas públicas de saúde mental voltadas à minimização da depressão. Conhecer a prevalência da

depressão no Brasil por meio de pesquisas de base populacional e com uma metodologia que leve em consideração o contexto de cada indivíduo é imprescindível para a avaliação e planejamento do sistema de saúde, contribuindo para o avanço do conhecimento e melhorias nas políticas públicas.

## CONCLUSÃO

O presente estudo revela uma prevalência de depressão de 9,9% no Brasil e que está associada principalmente às características individuais, como ser do sexo feminino, idade de 30-59 anos, divorciados, com ensino superior, com renda per capita acima de 3 salários mínimos, que vivem na zona urbana, que avaliam sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, que possuem outra doença crônica não transmissível, fumantes e com tempo de tela em TV de 3 horas ou mais.

Esses achados indicam a importância de fortalecer a rede de atenção à saúde, principalmente nos serviços de atenção primária e serviços de atenção psicossocial. A partir disso, é possível desenvolver estratégias emergenciais preventivas e de promoção à saúde para os indivíduos que possuem características que estiveram associadas a depressão, a fim de diminuir a prevalência deste transtorno no Brasil. Logo, esta pesquisa mostra-se de fundamental importância para a área da saúde coletiva, no intuito de estimular a reflexão das políticas em saúde mental no Brasil, influenciando uma reavaliação e reestruturação destas.

## REFERÊNCIAS

1. Rufino S, Leite RS, Freschi L, Venturelli VK, Oliveira ES, Filho DAMM. Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. *Revista Saúde em foco*. 2018;10: 837–843.
2. World Health Organization (WHO). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization ed. Geneva, 2017.

3. Jakobsen, J. C., Gluud, C. & Kirsch, I. Should antidepressants be used for major depressive disorder? *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2020, 25, 130-6.
4. Bonadiman CSC, Malta DC, de Azevedo PVM, Naghavi M, Melo APS. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Popul Health Metr*. 2020; 18. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00204-5>
5. Razzouk, D (2016) Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25.
6. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDMD, Tomasi E, Pinheiro, RT. Prevalence of depression in users of primary care settings. *Rev. psiquiatr. Clín*. 2012; 39:194-197. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>
7. World Health Organization (WHO). *Saúde pública ação para prevenção de suicídio*. Genebra, 2012.
8. Dimenstein M, Simoni ACR, Macedo JP, Nogueira N, Barbosa BCNS, Silva BIBM et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 26. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>
9. Gonçalves RW, Vieira FS, & Delgado PG. Mental Health Policy in Brazil: federal expenditure evolution between 2001 and 2009. *Revista de saúde publica*. 2012; 46: 51–58. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102011005000085>
10. Instituto Brasileiro de geografia e estatística (IBGE) (2020) Pesquisa nacional de saúde : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro : IBGE.
11. Stopa SRS, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020; 29: e2020315. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
12. Févero LP; Belfiore, P. *Manual de Análise de dados*. 1 ed, 2021.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
14. Kessler RC, Birnbaum H, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, Stein D. J et al. Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety*. 2010; 27: 351-364. <https://doi.org/10.1002/da.20634>
15. Bezerra HdS, Alves RM, Souza TA, Medeiros AA, Barbosa IR. Factors Associated With Mental Suffering in the Brazilian Population: A Multilevel Analysis. *Frontiers in Psychology*. 2021a; 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.625191>
16. Bezerra HdS, Alves RM, Nunes ADd, Barbosa IR. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. *Public Health Rev*. 2021b; 42. <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.1604234>
17. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. bras. Psiquiatr*. 2017; 67. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>

18. Rombaldi AJ, Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13:620-629. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400007>
19. Carmona CF, Couto VVD & Scorsolini-Comin F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosos. *Psicologia em Estudo.* 2012; 19: 681-691. <https://doi.org/10.1590/1413-73722395510>
20. Casemiro NV, Ferreira HG. Indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de grupos de convivência. *Revista da SPAGESP.* 2020; 21:83–96.
21. Clemente AS, Filho AIL, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendido. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27:555-564. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300015>
22. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2017; 66: 45–51. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149>
23. Turatti BO. Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty. *Saúde & Transformação Social.* 2012;3:32-38.
24. Leão AM, Gomes IP, Ferreira MJM, Cavalcanti LPG. Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil. *Rev. bras. educ. Med.* 2018; 42. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180092>
25. Marasine NR, Sankhi S, Lamichhane R, Marasini NR & Dangi NB. Use of Antidepressants among Patients Diagnosed with Depression: A Scoping Review. *BioMed research international.* 2021; 6699028. <https://doi.org/10.1155/2021/6699028>
26. Lopes CS, Hellwig N, Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *Int J Equity Health.* 2016, 15. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0446-1>
27. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2017a; 51. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
28. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2017b; 22: 79-190.
29. González ACT, Ignácio ZM, Jornada LK, Réus GZ, Abelaira HM, Santos MAB et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2016; 19:95-103. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14210>
30. Carney RM, Blumenthal JA, Freedland KE, Stein PK, Howells WB, Berkman LF et al. Low heart rate variability and the effect of depression on post-myocardial infarction mortality. *Arch Intern Med.* 2005; 165: 1486-91. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.13.1486>
31. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000044>

32. Barros BA, Lima MG, Azevedo MCS, Medina RBP, Lopes LS, Menezes CR et al. Depressão e comportamento de saúde em adultos brasileiros- PNS 2013. *Rev. Saúde pública.* 2017; 51. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000084>
33. Pedrelli P, Shapero B, Archibald A, Dale C. Alcohol use and depression during adolescence and young adulthood: a summary and interpretation of mixed findings. *Curr Addict Rep.* 2016; 3:91-97.
34. Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2015;41, 433-439. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000004527>
35. Nolasco I, Cunha M, Santos E. Racial and ethnic disparities in the treatment of depression : a scoping review. *Millenium.* 2020; 2:109-115.
36. Hamer M, Stamatakis E, Mishra GD. Television- and screen-based activity and mental well-being in adults. *Am J Prev Med.* 2010; 38: 375-80. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.12.030>
37. Neu AR, Magajewski FRL, Sakae TM. O mal-estar contemporâneo: um estudo ecológico sobre transtornos de humor e o Índice de Desenvolvimento Humano nas grandes regiões brasileiras. *Revista da AMRIGS.* 2018; 62:158-163.
38. Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSC. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde debate.* 2018; 42. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>
39. Motta CCL, Moré CLOO, Nunes CHSS. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. *Ciênc. saúde colet.* 2017; 22. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.27982015>
40. Brito, VCA, Belo-Corassa R, Stopa SR et al. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 31, n. spe1, e2021384. <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>

Recebido: 12 Mai. 2024

Aceito: 28 Jun. 2024