

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

VALDIRENE PEREIRA DA SILVA CARVALHO

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O ESTILO DE VIDA DA POPULAÇÃO
ECONOMICAMENTE ATIVA E A PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO**

RECIFE

2016

VALDIRENE PEREIRA DA SILVA CARVALHO

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O ESTILO DE VIDA DA POPULAÇÃO
ECONOMICAMENTE ATIVA E A PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão
e Economia da Saúde – PPGGES, da
Universidade Federal de Pernambuco,
para obtenção do Título de Mestre em
Gestão e Economia da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roberta de
Moraes Rocha

RECIFE

2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

- | | |
|-------|--|
| C331a | <p>Carvalho, Valdirene Pereira da Silva</p> <p>Análise da relação entre o estilo de vida da população economicamente ativa e a prevalência da depressão / Valdirene Pereira da Silva Carvalho. - 2016.</p> <p>56 folhas: il. 30 cm.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Roberta de Moraes Rocha.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2016.</p> <p>Inclui referências.</p> <p>1. Estilo de vida. 2. Economia da saúde. 3. Depressão cortical alastrante. I. Rocha, Roberta de Moraes (Orientadora). II. Título.</p> <p>336 CDD (22.ed.)</p> <p>UFPE (CSA 2016 – 120)</p> |
|-------|--|

VALDIRENE PEREIRA DA SILVA CARVALHO

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O ESTILO DE VIDA DA POPULAÇÃO
ECONOMICAMENTE ATIVA E A PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de Pernambuco para obtenção do
título de Mestre em Gestão e Economia
da Saúde.

Aprovada em: 20/05/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Roberta de Moraes Rocha (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Moacyr de Jesus Barreto de Melo (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Cristiane Soares Mesquita (Examinador externo)
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Aos meus pais, Leodório e Maria, pelo apoio incondicional a todos os projetos de vida sonhados e alcançados. Ao meu amado esposo, Marcelino, e às minhas bênçãos Felipe José e Maria Clara, pela compreensão dos momentos ausentes ao longo do mestrado. Aos meus irmãos (ãs) Márcio, Thiago, Vanúbia e Lucicléia; minhas sobrinhas Maria Laura e Maria Letícia e meu sobrinho Lucas Matheus, ao meu sogro e sogra, cunhados/cunhadas porque família é tudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu criador e minha fortaleza, por ter, ao longo desses dois anos, transformado pedras em flores, renovando minha fé a cada novo obstáculo, e por ter iluminado meus caminhos e me dado forças para que chegasse até aqui.

A meus pais, verdadeiros exemplos de fé, por terem me fornecido toda base que sou hoje e pelas possibilidades. Obrigada por toda preocupação.

A meu esposo, Marcelino, e meus filhos, Felipe José e Maria Clara, pela compreensão e paciência frente aos vários dias em que estive ausente e aqueles em que, mesmo estando presente, não pude dar-lhes a atenção merecida.

A meus irmãos(ãs), Márcio, Thiago, Vanúbia e Lucicléia, por compartilharem comigo as possibilidades.

À professora Dra. Roberta de Moraes Rocha, pelo privilegio de ter recebido sua orientação. Agradeço pela confiança e por todo aprendizado.

Ao Instituto Federal de Pernambuco – Campus Pesqueira, por me conceder licença para realização do mestrado.

Aos colegas do Centro de Testagem e Acolhimento de Arcoverde, pelo apoio durante minhas ausências.

À Equipe de Saúde da Família de Cruzeiro do Nordeste – Sertânia, pelo apoio incondicional.

Aos colegas da turma do mestrado, em especial a Maristela e Luciana que compartilharam momentos felizes e de superação ao longo desses dois anos.

À coordenação, aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste curso, meu muito OBRIGADA!

“Há um mundo a ser descoberto dentro de cada ser humano. Há um tesouro escondido nos escombros das pessoas que sofrem. Só os sensíveis e sábios o descobrem”.

(Augusto Cury)

RESUMO

A depressão é caracterizada como um distúrbio multifatorial da área afetiva ou do humor, exerce impacto funcional e envolve inúmeros aspectos da de ordem biológica, psicológica e social. A depressão representa, atualmente, um importante problema de saúde pública. A pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de analisar a relação entre o estilo de vida da população economicamente ativa e a prevalência da depressão. Trata-se de uma análise empírica desenvolvida com dados secundários, sob enfoque quantitativo, tendo como unidade de análise a Região Nordeste. Realizou-se estatística descritiva Regressão de Poisson nas análises bi e multivariada para testar a associação entre a variável resposta e explicativas. A prevalência da depressão para população da Região Nordeste, na faixa etária de 18 anos ou mais, foi de 5,6%. As variáveis que, no modelo multivariado final, apresentaram-se como fatores associados ao risco de depressão, foram mulheres, a faixa etária de 40-59 anos, separadas (os) ou divorciadas (os)/judicialmente, ensino médio completo/superior incompleto, fumantes, que não consomem bebidas alcoólicas abusivamente, consomem frutas três vezes ou mais ao dia e que consideram seu estado de saúde regular. Os resultados do estudo apontam que a depressão é uma doença que incide mais significativamente na população em idade produtiva e fornece evidências sobre fatores associados, alguns potencialmente modificáveis, o que poderá contribuir para o planejamento de políticas públicas.

Palavras-chave: Estilo de vida. Depressão. Prevalência.

ABSTRACT

The depression is characterized as a multifactorial disorder of the affective area or from the mood, exerts functional impact and involves innumerable aspects of the biological, psychological and social order. The depression currently represents a significant public health problem. The research was developed with the objective of analyzing the relationship between the lifestyle of the economically active population and the prevalence of the depression. It is an empirical analysis developed with secondary data, under a quantitative approach, having as unit of analysis the Northeast Region. Poisson Regression descriptive statistics were performed Poisson regression in the bi and multivariate analyzes to test the association between the response variable and explanatory variables. Poisson Regression descriptive statistics were performed in the bi and multivariate analyzes to test the association between the variable response and explanatory. The prevalence of depression for the population of the Northeast Region, in the age group of 18 years or more, was 5.6%. The variables that in the final multivariate model presented themselves as factors associated to the risk of depression were women, in a age grouo of 40-59 years, separated or judicially divorced, complete high school / incomplete university, smokers who do not consume alcoholic beverages abusively, consume fruit three times or more a day and that consider their health condition as regular. The results of the study indicate that depression is a disease that affects more significantly the population of productive age and provides evidence on associated factors, some potentially modifiable, what will may contribute to the planning of public policies.

Key words: Lifestyle. Depression. Prevalence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis utilizadas na Análise dos Dados.....	28
Tabela 2	Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis Sociodemográficas da População de 18 anos e mais. Região Nordeste, 2013.....	32
Tabela 3	Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis do Estilo de Vida da População de 18 ano.....	33
Tabela 4	Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis das Condições de Saúde. Região Nordeste, 2013.....	34
Tabela 5	Associação da Prevalência de Depressão na População de 18 anos e mais. Análise bivariada. Brasil, 2013.....	35
Tabela 6	Associação da Prevalência de Depressão Segundo as Variáveis Sociodemográficas. Análise bivariada. Região Nordeste, 2013.....	36
Tabela 7	Associação da Prevalência de Depressão Segundo as Variáveis de Estilo de Vida. Análise bivariada. Região Nordeste, 2013.....	37
Tabela 8	Associação da Prevalência de Depressão Segundo as Variáveis das Condições de Saúde. Análise bivariada. Região Nordeste, 2013.....	38
Tabela 9	Ajuste de Regressão Múltipla de Poisson entre Prevalência da Depressão, Variáveis Sociodemográfica, Estilo de Vida e Condições de Saúde da População de 18 anos e mais. Brasil, 2013.....	41
Tabela 10	Ajuste da Regressão Múltipla de Poisson entre Prevalência da Depressão, Variáveis Sociodemográficas, Estilo de Vida, Condições de Saúde da População de 18 anos e mais. Região Nordeste, 2013....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGD	Carga Global das Doenças
CID-10	Classificação Internacional das Doenças
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPP	Domicílios Particulares Permanentes
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EDM	Episódio Depressivo Maior
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de Confiança
ICPE	International Consortium of Psychiatric Epidemiology
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
RP	Razão de Prevalência
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisa Domiciliar
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TDM	Transtorno Depressivo Maior
WHO	World Health Organization
WMH	World Mental Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivos	14
1.1.1	Objetivo-geral.....	14
1.1.2	Objetivos específicos.....	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	Depressão: Contextualização e diagnóstico	15
2.2	Prevalência da depressão no mundo e no brasil	18
2.3	Depressão e fatores associados.....	20
3	METODOLOGIA	25
3.1	Dados.....	25
3.2	Procedimento empírico.....	29
4	RESULTADOS.....	31
4.1	Análise bivariada	34
4.2	Análise multivariada.....	38
5	DISCUSSÃO	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

A depressão, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), afeta cerca de 340 milhões de pessoas e causa 850 mil suicídios por ano em todo o mundo. No Brasil, 13 milhões de pessoas são atingidas pela doença (OMS, 2011). Caracterizada como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, a depressão exerce impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, apresentando sintomas como humor deprimido e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (CARRERA et al., 2011). Frequentemente associada às doenças crônicas exerce forte impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, além de aumentar o risco para o suicídio (DUARTE; REGO, 2007). Estima-se que a depressão será a segunda maior causa global de incapacidades em 2020, sem distinção de raça ou sexo (OMS, 2009).

Em diversos países do mundo, incluindo o Brasil, a depressão é considerada um dos transtornos mentais que mais afetam os indivíduos. Em países ricos, sua prevalência oscila entre 14,6% e 5,5%, com média etária de 25,7 anos. Em países pobres e emergentes, a doença acomete de 11,1% a 5,9% e média etária de 24,0 anos. No Brasil, na cidade de São Paulo, a prevalência da depressão em algum momento da vida foi de 16,8% e a prevalência de qualquer outro transtorno de humor em algum momento da vida foi de 18,4% (BROMET et al., 2011).

Vários estudos conduzidos mundialmente evidenciaram o importante papel que os determinantes sociais exercem em relação à depressão. Observaram que a idade e o estado civil estão associados com a depressão. Nos países de alta renda, geralmente, com o aumento da idade a depressão diminui e nos países de baixa e média renda a prevalência da depressão é maior com o aumento da idade (ANDRADE et al., 2003; BROMET et al., 2011). Os estudos no Brasil identificaram maior prevalência da depressão com o aumento da idade do indivíduo (BOING et al., 2012). As pessoas separadas ou viúvas apresentaram maior risco para depressão quando comparadas com os casados ou que vivem com companheiros (ANDRADE et al., 2003; BROMET et al., 2011).

Um estudo realizado em Pelotas, restrito a pessoas com idade entre 18 e 24 anos, as mulheres e os indivíduos de baixo nível socioeconômico apresentaram, aproximadamente, duas vezes mais risco para depressão do que os homens e aqueles

com alto nível socioeconômico. Ser fumante e alcoolista aumentou o risco para depressão (LOPEZ et al., 2011).

Segundo o Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), a urbanização, o envelhecimento e as mudanças globalizadas nos estilos de vida se combinam entre si para tornar as doenças crônicas não transmissíveis – incluindo a depressão – causas cada vez mais importantes de morbidade e mortalidade (OMS, 2012).

Nesse sentido, nos últimos anos, o estilo de vida passou a ser considerado fundamental para a promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. Os aumentos das taxas de doenças crônicas, como a depressão, observados nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devem-se, em parte, às mudanças nos estilos de vida, especialmente no que diz respeito aos hábitos alimentares, atividades físicas, consumo de álcool e tabagismo (RIMM; STAMPER, 2004).

Em relação à perda da produtividade, uma pessoa que sofre com depressão perde cerca de 35 dias de trabalho por ano. Uma pessoa que apresenta quadro de depressão grave tem sua capacidade social e produtiva comprometida em 90%; em caso moderado 40%; nos casos leves 20% da sua capacidade está comprometida (DUAILIB; MODESTO, 2013).

Estimativas apontam que a depressão acarreta, nos Estados Unidos, um custo anual de cerca de US\$ 83 bilhões para a economia do país, incluindo perda da produtividade e uso da seguridade social (62%); custos diretos, como atendimento hospitalar, ambulatorial e dos medicamentos (31%) e custos relacionados ao suicídio (7%) (KESSLER et al., 2003). No Brasil, o Ministério da Saúde aponta gastos estimados em 43 bilhões de dólares em tratamento e perda de produtividade (BRASIL, 2009).

Dadas estas evidências, pode-se considerar que a depressão é uma importante questão de saúde pública, por estar associada a altos índices de incapacitação, prejuízos no funcionamento global, elevados custos sócio-econômicos, queda da qualidade de vida, maior risco de desenvolvimento de outras doenças de alta mortalidade (como, por exemplo, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer) (GIAVONI et al., 2008; GONZALEZ et al., 2010).

Nas últimas décadas, a OMS, preocupada com a qualidade de vida da população, tem recomendado aos países desenvolvidos e em desenvolvimento que busquem a promoção de ações voltadas para a manutenção da atividade funcional e a melhoria da saúde e da qualidade de vida (OMS, 2010).

Buscando contribuir para este debate, a presente pesquisa tem como objetivo analisar a relação entre o estilo de vida da população economicamente ativa e a prevalência da depressão, na Região Nordeste. Nesta Região, é escasso os registros de avaliações sistemáticas ou avaliações de base populacional abordando a prevalência da depressão na população economicamente ativa, o que destaca o caráter original do estudo. Considerando a particularidade da Região, cuja qualidade de vida de sua população, que vem melhorando, nos últimos anos, agrega, ainda um dos mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e uma alta prevalência de analfabetismo. Estudos que analisam o estilo de vida da população têm o potencial de gerar novos conhecimentos e subsidiar a tomada de decisão.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre o estilo de vida da população economicamente ativa e a prevalência da depressão na Região Nordeste.

1.1.2 Objetivos específicos

- Analisar a prevalência da depressão na Região Nordeste;
- Descrever os fatores que associam o estilo de vida à depressão;
- Analisar empiricamente a relação entre a depressão e o estilo de vida, comparando a Região Nordeste com as demais Regiões.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Depressão: contextualização e diagnóstico

Atualmente, os transtornos mentais representam um importante problema de saúde pública, não só pelo seu impacto na economia dos países, considerando os dias de trabalho perdidos e a diminuição da capacidade de executar tarefas, mas por muitas vezes prejudicar a qualidade de vida no dia-a-dia das pessoas acometidas e das que as cercam (GONZALEZ et al., 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), em todo o mundo, os transtornos mentais são responsáveis por aproximadamente 13% da carga global de doenças (CGD). Sendo que, nos países de média e baixa renda, os transtornos mentais correspondem a mais de 80% da CGD.

Estima-se que, até 2020, a depressão será a segunda causa de incapacidade para a saúde e a principal causa de incapacidade mental em termos mundiais (OMS, 2010); como, também, que 151 milhões de pessoas terão comprometimento em suas atividades e na sua saúde geral em consequências da depressão (OMS, 2010).

Lyness et al. (2013) consideram que não há causa específica para a depressão. No entanto, há achados sugerindo que a síndrome (transtorno depressivo maior) tem fisiopatologia multifatorial. Frequentemente, estados depressivos graves ocorrem sem que se evidencie a presença de um fator psicobiológico desencadeante. Há indícios de que fatores somáticos, genéticos e ambientais estejam envolvidos com a doença.

Del Porto (2000) propõe algumas definições para depressão. A primeira refere-se ao sentimento de tristeza, uma resposta adaptativa do ser humano diante de situações adversas, e não deve ser alvo de intervenções clínicas. A segunda definição diz respeito ao sintoma depressivo, que também pode ocorrer em resposta a estressores psicossociais e pode surgir nos mais variados quadros clínicos. Tendo, ainda, a síndrome depressiva, que inclui alterações qualitativas de humor (tristeza, irritabilidade, apatia), e pode incluir, também, alterações cognitivas, psicomotoras ou vegetativas. Por último, a depressão como doença que pode ser classificada de maneiras distintas, dependendo do referencial teórico adotado.

Para Giovani et al. (2008), a depressão caracteriza-se como um estado de alterações de humor que envolve irritabilidade, tristeza profunda, apatia, disforia, perda da capacidade de sentir prazer e, ainda, alterações cognitivas, motoras e somáticas, deferindo de uma tristeza normal pela intensidade de duração prolongada dos sintomas,

que interferem no funcionamento social do indivíduo, bem como em outras áreas significativas de sua vida, como trabalho, relacionamentos amorosos e amizades.

O diagnóstico da depressão é complexo, pois leva em conta uma série de sintomas que podem estar associados, também, a outras patologias. A *Classificação Internacional das Doenças* (CID-10) faz uma diferenciação entre "episódios depressivos" e "transtorno depressivo recorrente", sendo que o que distingue a ambos é o tempo e a frequência com que ocorrem. Os sintomas principais das referidas formas de depressão são alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, fadiga acentuada, problemas de sono e diminuição de apetite. Também são frequentes a diminuição da autoestima e autoconfiança e ideias de culpabilidade e/ou indignidade. Além disso, o número e a gravidade de tais sintomas determinam três níveis de episódio e transtorno depressivos: leve, moderado e grave.

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV), outro instrumento de referência para diagnósticos, coloca nove critérios para identificar a depressão, sendo eles: estado deprimido na maior parte do tempo; anedonia; sensação de culpa ou inutilidade excessiva; dificuldade de concentração; fadiga; distúrbios do sono; agitação ou lentificação psicomotora; aumento ou redução significativa de peso; e ideias recorrentes de morte e suicídio. De acordo com o número de sintomas, o quadro pode ser classificado em três grupos: "depressão menor" (com a apresentação de dois a quatro sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia); "distímia" (de três a quatro sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo) e "depressão maior" (com cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia).

De acordo com a OMS (2010), a depressão é uma doença grave que, se tratada corretamente, tem cura. Cerca de 60% a 80% dos casos podem ser tratados com medicação e psicoterapia em atendimento primário. O problema é que apenas 30% dos casos recebem tratamento adequado. Quando não tratada adequadamente, a depressão tende a tornar-se crônica e representa uma importante tentativa de auto-extermínio. Ainda, segundo a OMS, de cada 100 pessoas com depressão, 15 delas cometem suicídio. Nesses casos mais extremos, em que ocorre tentativa de suicídio ou, até mesmo, o suicídio, a pessoa diagnosticada não quer necessariamente por fim a sua própria vida, mas pedir desesperadamente por socorro.

No mundo, anualmente, o número de suicídios é superior às mortes em conflitos mundiais, com aumento de 60% em suas taxas nos últimos 50 anos (OMS, 2012). Confirma-se, ainda, a relação entre suicídio e transtorno mental; grande parte dos indivíduos que finalizaram a vida através desta condição tinha depressão (SCHIMITH et al., 2011).

O Brasil foi classificado como o quarto país da América Latina a apresentar o maior crescimento no número de suicídio entre 2000 e 2012, com taxa geral de 4,3 por 100.000 habitantes, apesar de alguns de seus estados terem taxas expressivamente superiores (HECK et al., 2012). Há aumento significativo das taxas de suicídio entre mulheres, com 17,8% em 12 anos (OMS, 2014).

A OMS entende por suicídio o ato de matar-se deliberadamente. E por comportamento suicida uma diversidade de comportamentos que incluem o pensar em suicidar-se, considerado como ideação suicida, planejar o suicídio, tentar o suicídio e cometer o suicídio propriamente dito. Considera, ainda, como risco para o suicídio a presença de fatores sociais, psicológicos, culturais, relacionais, individuais e de outro tipo, que podem levar uma pessoa a um comportamento suicida (OMS, 2012).

No que concerne ao tratamento da depressão, Souza (1999) aponta que essa doença não pode ser tratada a partir de um modo abstrato, mas, sim, a partir do fato de se tratar de pacientes – sujeitos – deprimidos, contextualizados em seus meios sociais e culturais, e compreendidos nas suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Dessa forma, o autor considera que o tratamento deve ser próprio para cada indivíduo, podendo incluir psicoterapia, mudança de estilo de vida e terapia farmacológica de acordo com a gravidade e características de cada caso.

No Brasil, existem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que proporcionam atendimento gratuito para pessoas em sofrimento mental cuja severidade as impeçam de realizar suas atividades diárias. Conforme documento do Ministério da Saúde (2004), os CAPS têm como objetivo atender à população em sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de saúde mental criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos.

O tratamento da depressão pode perdurar de 8 a 12 meses e, caso a terapêutica não seja bem-sucedida, pode se estender até 15 meses. No entanto, cabe ressaltar que o tratamento farmacológico da depressão pode desencadear ou agravar outros sintomas

prejudiciais ao curso da doença. O uso de medicamentos que atuam no sistema nervoso central, como ansiolítico, antidepressivo e antipsicóticos, pode provocar reações adversas com desfechos clínicos críticos, como prejuízo na memória, confusão e isolamento social (OLIVEIRA et al., 2012).

2.2 Prevalência da depressão no mundo e no Brasil

Nas últimas décadas, estudos epidemiológicos de base populacional sobre transtornos depressivos foram conduzidos em diferentes países com o objetivo de estimar a prevalência a esta condição (MUNHOZ; SANTOS; MATIJASEVICH, 2013).

Segundo Andrade et al. (2003), o “*International consortium of psychiatric Epidemiology*” (ICPE), da OMS, realizou estudos comparativos sobre depressão e fatores associados aos transtornos mentais, incluindo dez países: Brasil (N=1464), Canadá (N=6902), Chile (N=2978), República Tcheca (N=1534), Alemanha (N=3021), Japão (N=1.029), México (N= 1734), Holanda (N= 7076), Turquia (N=6.095) e EUA (N=5877). Nestes países, as maiores prevalências do episódio depressivo maior (EDM) em algum momento da vida foram observadas nos EUA (16,9%), na Holanda (15,7%) e no Brasil (12,6%).

Outra iniciativa da OMS foi o “*World Mental Health Surveys*” (WMH), que incluiu amostra de base populacional das seguintes regiões do mundo: África (Nigéria e África do Sul), Américas (Colômbia, México e EUA), Ásia (Japão, Pequim, Xangai), Oceania (Nova Zelândia), Europa (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Ucrânia) e Oriente Média (Israel, Líbano) e amostras regionais de países como o Brasil (São Paulo). A prevalência do EDM variou entre 2,2% no Japão e 10,4% no Brasil. Sendo assim, o Brasil apresentou a maior prevalência do EDM entre todos os países, superando a prevalência do EDM dos EUA, que foi de 8,3%. Em média, a prevalência do EDM foi de 5,5% nos países de alta e média renda e de 5,9% nos países de baixa e média renda (BROMET et al., 2011).

Na Espanha, um estudo realizado por Gabilondo et al., com 5969 adultos com 18 anos ou mais, obteve uma prevalência do EDM em algum momento da vida de 10,6%, de acordo com o DSM-IV.

No Japão, um estudo conduzido por Kawakami et al., com 1664 adultos na faixa etária maior ou igual a 18 anos, encontrou uma prevalência do transtorno depressivo maior (TDM) de 2,9% e a prevalência para qualquer transtorno de humor de 3,1%, conforme o DSM-IV.

Cho Mj et al. (2007), em um estudo realizado na Coreia, com 5.007 participantes com idade de 18 anos ou mais, a prevalência encontrada do TDM foi de 4,3% em algum momento da vida e a prevalência para qualquer transtorno de humor em algum momento da vida foi de 4,8%, de acordo com DSM-IV.

Na Austrália, o estudo realizado por Andrews et al. (2001), com amostra de 8300 adultos com idade igual ou superior a 18 anos, identificou a prevalência do TDM de 6,3%, conforme DSM-IV.

No estudo do ICPE da OMS, realizado por Andrade et al. (2002), com amostra brasileira de 1464 adultos com idade igual ou superior a 18 anos, a prevalência encontrada do EDM em algum momento da vida foi de 12,6%, conforme o DSM-IV. Na amostra brasileira do WMH, realizada com 5211 adultos com idade igual ou superior a 18 anos, a prevalência do EDM em algum momento da vida foi de 18,4%.

Um estudo transversal de base populacional, realizado em Florianópolis, Santa Catarina, em 2009, coordenado por Boing et al., com 1720 adultos com idade de 20 a 59 anos, evidenciou que a prevalência da depressão foi de 16,2% (IC 95% 14,31%; 18,2%), mais elevada em mulheres; idosos; viúvos ou separados; entre mais pobres; e que não praticavam atividade física no lazer. No mesmo trabalho, quanto ao número de doenças crônicas, observou-se que a prevalência da depressão foi de 1,44 (IC 95% 1,09; 1,92) maior entre as pessoas que referiram uma doença crônica e 2,25 (IC95% 1,77; 2,94) vezes maior entre aqueles com duas ou mais doenças crônicas em relação às pessoas sem doenças.

Em João Pessoa, na Paraíba, um estudo conduzido por Oliveira et al. (2012), com uma amostra de 240 indivíduos na faixa etária de 60 anos ou mais, evidenciou uma prevalência de 24,2% de depressão. Entre estes, identificou-se maiores frequências na faixa etária de 71 a 76 anos. Esse estudo objetivou avaliar a sintomatologia autorreferida pelos idosos, considerando variáveis sociodemográficas.

Ainda com relação à depressão autorreferida, Manetti e Marziale (2007), conforme publicação da Organização Internacional do Trabalho – OIT (2000) realizaram estudo referente à saúde mental no contexto laboral, no Reino Unido, onde foi evidenciado que a prevalência da depressão variou de 15% a 30% na população ativa.

No Brasil, segundo dados da Dataprev, em 2009, acerca do acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença previdenciários e acidentários, concedidos conforme Códigos de Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), e a

CID – 10, os transtornos mentais e de comportamento ocupam o terceiro lugar em números de auxílios-doença previdenciários concedidos. Metade dos auxílios-doença previdenciários por transtornos mentais é devido ao transtorno de humor, sendo que 80% destes é depressão. Isso implica dizer que a tendência observada por outros países em relação à depressão ser uma das principais causas de afastamento do trabalho é, também, observada no Brasil (BRASIL, 2011).

Conforme Andrade et al. (2002), em países ricos, a prevalência da depressão oscila entre 14,6% e 5,5% e na média etária de 25,7 anos. Em países pobres e emergentes, a doença acomete de 11,1% e 5,9% e a média etária de 24,0 anos.

As diferenças de prevalência do EDM apresentadas nos diversos estudos são influenciadas por diferenças nas populações estudadas, por critérios utilizados para gerar o diagnóstico, pelas taxas de não respondentes e pelos aspectos metodológicos (ANDRADE et al 2003).

2.3 Depressão e fatores associados

Os graves impactos que a depressão produz configuram a doença como um dos mais sérios problemas de saúde pública. Pessoas com depressão apresentam maiores gastos em saúde, menor aderência a tratamentos médicos prescritos. Os impactos econômicos da depressão na sociedade também são considerados graves, chegando a 118 bilhões de euros na Europa, em 2004 (equivalente a 1% da economia do continente).

Andrade et al. (2003), no ICPE, observaram associações entre sexo e o episódio depressivo maior (EDM) em diversos países, exceção no México, no Japão e na República Tcheca. Nos EUA, na Holanda, na Turquia, na Alemanha, no Canadá, no Chile e no Brasil, as mulheres apresentaram, aproximadamente, duas vezes mais chance de ter um EDM no último ano. Na mesma pesquisa, o menor nível de educacional (0-11 anos), quando comparados com o maior nível de educacional (16 anos ou mais), apresentou quase o dobro de chance de EDM nos EUA. Na Holanda, entre os mesmos grupos, o risco foi de 30% a mais naqueles com menor nível educacional.

Entre os indivíduos não casados, o risco para o EDM no Chile, no Canadá e nos EUA foi de, aproximadamente, 70%, no último ano, quando comparados com os indivíduos casados. Na Holanda, entre os indivíduos não casados, observou-se, aproximadamente, duas vezes maior sua chance de desenvolver EDM, quando comparados com os casados. Quanto à idade, apenas na Holanda houve associação entre

idade e EDM. Os indivíduos na faixa etária de 35-44 anos tiveram 50% mais risco de ter um EDM quando comparados com aqueles indivíduos com 45 anos ou mais (ANDRADE et al., 2003).

Para Bromet et al. (2011), o sexo feminino apresentou associação com o EDM nos países de baixa e média renda. As mulheres apresentaram, aproximadamente, o dobro de chance para o EDM na Índia, no Líbano, no México e na África do Sul. No Brasil e na Ucrânia, a chance de apresentar um EDM foi quase três vezes maior entre as mulheres do que entre os homens. Quanto ao estado civil, no Brasil, as pessoas divorciadas tiveram três vezes mais chances de ter um EDM, quando comparadas às pessoas casadas. Em relação à renda, na Índia e no Líbano, os indivíduos com baixa renda, quando comparados com aqueles de alta renda, tiveram o dobro de chance de ter um EDM.

Gabilondo et al. (2010), na Espanha, apontam na sua pesquisa que as mulheres tiveram, aproximadamente, três vezes mais chance de ter EDM do que os homens. As pessoas com idade entre 50-60 anos tiveram duas vezes mais chances de ter um EDM quando comparadas a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Entre os indivíduos com estado civil separado, divorciado ou viúvo, observou-se, aproximadamente, o dobro de chance de ter EDM, quando comparados com indivíduos casados. Quanto à situação de trabalho, os indivíduos que trabalhavam em casa ou que estavam desempregados tiveram maior chance de ter um EDM quando comparados com aqueles que estavam empregados.

Um estudo realizado na Finlândia observou que a chance de se ter um EDM foi de, aproximadamente, duas vezes maior entre os indivíduos aposentados, quando comparados com os indivíduos empregados; entre os indivíduos fumantes, quando comparados com os que nunca fumaram; e entre os indivíduos que não praticavam atividade física diariamente, quando comparados com aqueles que praticavam diariamente. As pessoas com duas ou mais doenças crônicas apresentaram, aproximadamente, três vezes mais chance de se ter um EDM do que os indivíduos sem nenhuma doença. Entre os indivíduos alcoolistas, observou-se que a chance de se ter um EDM foi cinco vezes maior quando comparados com os não alcoolistas. Pessoas com índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 apresentaram uma chance maior de ter EDM quando comparados com aquelas com IMC < 25 (LINDEMAN et al., 2010).

No Brasil, um estudo realizado em Pelotas, restrito a pessoas com idade entre 18 e 24 anos, as mulheres e os indivíduos de baixo nível socioeconômico apresentaram,

aproximadamente, duas vezes mais risco para depressão do que os homens e aqueles com alto nível socioeconômico. Ser fumante e alcoolista aumentou o risco para depressão (LOPEZ et al., 2011).

Em Minas Gerais, no Brasil, observou-se que os idosos (60 anos ou mais) tinham maior chance de ter depressão, quando comparados aos jovens com idade entre 18 e 24 anos. No mesmo estudo, em relação ao estado civil, a depressão foi maior nos indivíduos viúvos e separados quando comparados aos solteiros. Os indivíduos desempregados tiveram maior chance de ter algum transtorno depressivo do que aqueles que estavam trabalhando (VOCARO et al., 2000).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde por Amostra de Domicílios, segundo Barros (2006), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a depressão, identificada por profissionais de saúde, atinge 7,8 milhões de brasileiros, o que corresponde a 4,1% da população (IBGE, 2008). Ademais, a depressão está associada a certas características sociais, como baixa escolaridade, o desemprego e o baixo nível econômico, de acordo com o sistema de classificação da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (CUNHA et al., 2012).

Segundo Molina et al. (2012), no Brasil, as mulheres apresentam maiores chances de ter depressão do que os homens. Os indivíduos desempregados têm três vezes mais chances do que os indivíduos empregados. Os indivíduos, separados, divorciados ou viúvos apresentam maiores chances de depressão em comparação aos casados. No mesmo estudo, observou-se, ainda, que os fatores socioeconômicos estão fortemente ligados à depressão.

Para Lima (2010) e Moura (2007), os fatores associados à depressão mais frequentemente encontrados são: sexo feminino; baixa renda e baixa escolaridade; idade de início entre 20 e 40 anos; pessoas divorciadas/separadas, viúvas ou que moram sozinhas; falta de suporte social, residentes em zona urbana e estresse crônico. As pessoas com depressão apresentam cinco vezes mais alguma forma de incapacidade do que indivíduos assintomáticos e aqueles deprimidos realizam consultas e se hospitalizam mais por todas as causas. No Brasil, as doenças mentais estão entre as principais causas de aposentadorias por invalidez na Previdência Social.

Máximo (2010) aponta, em seu estudo, que aspectos da vulnerabilidade social, da baixa escolaridade, do desemprego, das altas taxas de morbidade e mortalidade, da desnutrição, da ocupação em atividade de risco e de vivências de violência estão associados ao surgimento de transtornos mentais, incluindo a depressão.

No entanto, o Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) expõe que a urbanização, o envelhecimento e as mudanças globalizadas nos estilos de vida se combinam entre si para tornar as doenças crônicas não transmissíveis – incluindo a depressão – causas cada vez mais importantes de morbidade e mortalidade (OMS, 2012).

Nos últimos anos, o estilo de vida passou a ser considerado fundamental para a promoção da saúde e a redução da mortalidade por todas as causas. Os rápidos aumentos das taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a depressão, observados nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devem-se, provavelmente, às mudanças nos estilos de vida, especialmente nos hábitos alimentares, nas atividades físicas, no consumo de álcool e no tabagismo (RIMM; STAMPER, 2004).

Para Nahas (2006), os maiores riscos para a saúde e o bem-estar, de grande parte da população, têm origem no próprio comportamento individual, que resulta tanto da informação e vontade da pessoa, como das oportunidades e barreiras presentes na realidade social. Assim, existem fatores negativos e positivos associados ao estilo de vida que podem afetar a saúde e o bem-estar, levando à depressão no curto ou longo prazo.

Whooley et al. (2008) destacam que a presença de uma doença mental, como a depressão, pode ser um importante fator na etiologia, desenvolvimento e tratamento das DCNT, tais como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e obesidade. Contudo, os transtornos depressivos não tratados podem assumir um perfil crônico, agravando, ainda mais, a carga de doença.

Boing et al. (2012), em um estudo de base populacional com 1720 adultos com faixa etária de 20 a 59 anos, em Florianópolis-SC, apontam que, por motivos biológicos, populações com menores experiências de eventos depressivos podem apresentar menor chance de DCNT. A relação entre depressão e doenças crônicas é bidirecional.

Em outro estudo, conduzido por Fanger et al. (2010), com pacientes com câncer internados em um hospital geral universitário em Campinas-SP, observou-se que a depressão acomete mais pacientes com câncer do que com outras doenças. Sendo assim, é de suma importância a detecção e o tratamento dessa condição, haja vista que a depressão afeta a adesão ao tratamento, bem como influencia na evolução do câncer e na qualidade de vida.

As evidências científicas mostram, também, que existem diversos fatores desencadeantes associados à depressão, tais como: desequilíbrio químico cerebral,

características de personalidade, vulnerabilidade genética e eventos situacionais. De modo geral, os principais fatores associados ao maior risco de desenvolvimento de depressão incluem: gênero feminino, isolamento social, viuvez/divórcio, baixas condições socioeconômicas, comorbidades, insônia, disfunção funcional, tentativas anteriores de suicídio e história familiar de depressão (MEDEIROS, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Dados

A pesquisa foi desenvolvida a partir de dados secundários, sob enfoque quantitativo, nos quais foi analisada a relação entre o estilo de vida da população economicamente ativa e a prevalência da depressão na Região Nordeste no ano 2013.

Foram utilizados os microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNS é um inquérito de base domiciliar, de âmbito nacional, aplicado nas cinco regiões do país (Norte, Sul, Sudeste, Nordeste e Centro Oeste), com periodicidade de cinco em cinco anos, desenvolvido em parceria entre a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que se tornou parte do Sistema Integrado de Pesquisa Domiciliar (SIPD) do IBGE. O objetivo da PNS é caracterizar a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, bem como a atenção a sua saúde, quanto ao acesso e uso dos serviços de saúde, as ações preventivas, a continuidade dos cuidados e o financiamento da assistência (DAMACENA et al., 2015).

O inquérito é composto por três questionários: o domiciliar, referente às características do domicílio; o relativo a todos os moradores do domicílio; e o individual. Os dois primeiros foram respondidos por um residente do mesmo domicílio que soubesse sobre a situação socioeconômica e de saúde de todos os moradores; já o terceiro foi respondido por um morador com 18 anos ou mais de idade, selecionado entre todos os residentes elegíveis (PNS, 2013). A população-alvo da pesquisa é composta pelas pessoas residentes em Domicílios Particulares Permanentes (DPP), pertencentes à área de abrangência geográfica da pesquisa. Os DPP são aqueles domicílios construídos para servir exclusivamente como habitação, com a finalidade de servir de moradia para uma ou mais pessoas (IBGE, 2010). Este estudo utilizou apenas o questionário individual.

O banco de dados possuía 205.546 observações para todo Brasil, sendo o grupo economicamente ativo de 145.580 indivíduos (70,8%). Na Região Nordeste, foram observadas 63.416 pessoas (30,9%). A amostra final considerada na pesquisa é composta por 44.831 indivíduos, que, ponderando o peso da expansão da amostra, representam 70,7% da população na faixa etária de 18 anos e mais da Região Nordeste.

As variáveis dependentes e independentes foram selecionadas a partir da avaliação do questionário de pessoas entrevistadas utilizado na pesquisa nacional de saúde, 2013, e que atendessem ao interesse deste estudo.

A variável de interesse para análise é depressão. Variável escolhida por ser uma importante questão de saúde pública, por estar associada a altos índices de incapacitação, prejuízos no funcionamento global, elevados custos sócio-econômicos, queda da qualidade de vida, maior risco de desenvolvimento de outras doenças de alta mortalidade (como, por exemplo, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer) (GIAVONI et al., 2008; GONZALEZ et al., 2010). A OMS estima que, até 2020, a depressão seja a segunda causa de incapacidade para a saúde e a principal causa de incapacidade mental em termos mundiais. A depressão é uma doença grave que, se tratada corretamente, tem cura. Cerca de 60% a 80% dos casos podem ser tratados com medicação e psicoterapia em atendimento primário (OMS, 2010).

Variáveis que buscam auferir sobre o estilo de vida são: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, hábitos alimentares, prática de atividade física, sedentarismo, índice de massa corpórea, percepção do estado de saúde (saúde autorreferida). Essas variáveis também são consideradas por Rimm e Stamper (2004) e Nahas (2006) como sendo fundamentais para a promoção da saúde e a redução da mortalidade por todas as causas. Os autores observaram que os rápidos aumentos das taxas de doenças crônicas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento devem-se, provavelmente, às mudanças nos estilos de vida, em especial aos hábitos alimentares e de atividade física. Como há outros fatores que podem estar associados à depressão, também foram incorporados no modelo variáveis controles como, sexo, idade, cor/raça, estado, escolaridade.

O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco evitáveis à saúde, podendo contribuir para o desenvolvimento de várias doenças crônicas (PNS, 2013). A relação entre tabagismo e depressão é bidirecional, sendo a depressão a comorbidade psiquiátrica que mais comumente se associa à deficiência da nicotina (MUNAFO; ARAYA, 2010). O estudo investigou o uso do produto de tabaco (sim, fumo atualmente; não, não fumo atualmente).

Quanto ao consumo de bebida alcoólica, a análise deste indicador possibilitou avaliar o padrão de uso de álcool na população em estudo, com ênfase no uso abusivo de bebida alcoólica (ingestão de cinco doses ou mais para homens e quatro doses ou mais para mulheres); uso não abusivo de bebida alcoólica (ingestão de bebida alcoólica nos últimos trinta dias, independentemente da dose) e os que não bebiam. A OMS

considera o consumo abusivo de bebidas alcoólicas um fator de risco das principais doenças crônicas não transmissíveis, assim como dos acidentes e violência (PNS, 2013). O abuso do álcool também costuma estar relacionado com a depressão por causa das tentativas dos indivíduos em atenuar o sofrimento causado pelos sintomas depressivos com o uso constante ou intenso de álcool por longo período na vida (LIMA et al., 2010).

Os hábitos de consumo alimentar foram investigados, neste estudo, através da frequência diária do consumo de frutas (1 vez por dia, 2 vezes por dia e 3 vezes ou mais por dia). A OMS considera como marcador padrão de uma alimentação saudável o consumo de frutas, legumes e verduras, sendo a ingestão diária desses alimentos de pelo menos 400 gramas, equivalente a cinco porções diárias.

Este estudo investigou a prática de atividade física na população adulta de 18 anos e mais levando em consideração a intensidade e a média de duração da atividade. A atividade física regular é considerada como um fator de proteção à saúde das pessoas, proporcionando benefício físico, mental e social. O nível recomendado de atividade física é de 150 minutos semanais de atividade física leve/moderada (caminhada, musculação, hidroginástica, dança e ginástica em geral) ou 75 minutos de atividade física vigorosa (corrida, esportes coletivo ou geral, ginástica aeróbica, entre outras atividades que aumentem a frequência cardíaca muito além dos níveis em repouso) (PNS, 2013).

As variáveis IMC, percepção do estado de saúde e sedentarismo foram investigadas levando em consideração que os indivíduos deprimidos tendem a aumentar o stress, o que, por sua vez, pode promover a obesidade em certos indivíduos. Stunkard et al. (2003) concluíram que os períodos de maior stress estão associados com maior ingestão de gorduras e calorias, ou com maior ingestão de gorduras e açúcares, conduzindo ao aumento do IMC e ao desenvolvimento do excesso de peso ou obesidade, levando a uma percepção ruim do seu estado de saúde. Logo, a autopercepção do estado de saúde contempla aspectos da saúde física, mental e cognitiva (PNS, 2013).

A tabela 1, a seguir, expõe de maneira sintética as variáveis selecionadas, código da pergunta no questionário da PNS, o valor e o sinal esperado.

Tabela 1 - Variáveis utilizadas na análise dos dados

Variáveis do estudo	Código	Valor
Variável Dependente		
Prevalência da Depressão	Q92	
Sim		1
Não		0
Variáveis Explicativas – Sociodemográficas		
Sexo	C6	
Masculino (Categoria de comparação)		0
Feminino		1
Idade	C8	
18 a 24 anos(Categoria de comparação)		1
25 a 39 anos		2
40 a 59 anos		3
Maior ou igual a 60 anos		4
Cor e raça	C9	
Branca (Categoria de comparação)		1
Não branco		2
Estado civil	C11	
Casado(a)		1
Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente/Divorciado		2
Viúvo(a)		3
Solteiro(a) (Categoria de comparação)		4
Escolaridade	VDD004	
Sem instrução/fundamental incompleto		1
Fundamental completo/médio incompleto		2
Médio completo/superior incompleto		3
Superior completo (Categoria de comparação)		4
Região	V0001	
Norte		1
Nordeste (Categoria de comparação)		2
Centro-Oeste		3
Sul		4
Sudeste		5
Variáveis Explicativas – Estilo de vida		
Uso do produto do tabaco	P050	
Sim, fumo atualmente		1

Continuação: Tabela 1 - Variáveis utilizadas na análise dos dados

Variáveis Explicativas – Estilo de vida		
Uso do produto do tabaco		
Não fumo atualmente (Categoria de comparação)		2
Consumo de bebida alcoólica	P029	
Abusivo		0
Não abusivo		1
Não bebo nunca (Categoria de comparação)		2
Hábitos alimentares (consumo de frutas)	P019	
1 vez por dia (Categoria de comparação)		1
2 vezes por dia		2
3 vezes ou mais por dia		3
Prática de atividade física	P036	
Não (leve/moderada)		1
Sim (intensa) (Categoria de comparação)		2
Sedentarismo	SED	
Sim		1
Não (Categoria de comparação)		2
Variáveis Explicativas – Estado de Saúde		
IMC	IMC	
Abaixo do peso (< 18,5) (Categoria de comparação)		1
Normal/Eutrófico (18,5 a 24,9)		2
Sobrepeso (25 a 29,9)		3
Obesidade (30 ou mais)		4
Percepção do estado de saúde	N001	
Muito boa/boa		1
Regular		2
Ruim/muito ruim (Categoria de comparação)		3

3.2 Procedimento empírico

Para análise dos dados, os microdados do banco de dados do IBGE da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, foram exportados para o software estatístico SPSS, versão 18.0. Para avaliar as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor/raça, escolaridade e estado civil), estilo de vida (hábitos alimentares, uso do tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física, sedentarismo) e as condições de saúde (índice de massa corpórea e percepção do estado de saúde), das pessoas avaliadas, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência.

Com o propósito de descrever os fatores que associam o estilo de vida à prevalência da depressão, inicialmente, foi realizada a análise descritiva para avaliar as características sociodemográficas, estilo de vida e condições de saúde.

A comparação dos percentuais encontrados nos níveis das variáveis estudadas foi feita através do teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Ainda, foi calculada a prevalência da depressão no grupo avaliado.

Para avaliar os fatores relacionados à depressão, foram construídas as tabelas de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Em todas as conclusões foi considerado o $p < 0,05$.

Na análise multivariada, foi aplicado o modelo de Poisson com variância robusta, o qual apresenta melhores resultados para estimativa da Razão de Prevalência (RP) em estudos transversais (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008) e o método Escore de Fisher foi utilizado para estimativa dos parâmetros do modelo. Para entrada no modelo, foi considerado o valor de $p < 0,20$ (BOING et al., 2011) na análise bivariada e, para permanência no modelo, foi utilizado o método Backward e o teste de Wald, considerando o valor de $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

A tabela 2 apresenta a distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas, com o objetivo de analisar o perfil da população adulta de 18 anos e mais da Região Nordeste. A primeira coluna apresenta as variáveis avaliadas, a segunda coluna representa o tamanho da amostra por categoria de cada variável, a terceira coluna o percentual de cada categoria e a quarta coluna apresenta o teste de comparação de proporção (p-valor).

Verifica-se que a maioria da população da amostra é do sexo feminino (53,3%), idade de 25 a 39 anos (33,8%), cor/raça não branca (71,9%), solteira (51,6%) e possui o ensino médio completo/superior incompleto (31,6%). Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo ($p\text{-valor} < 0,001$) em todos os fatores avaliados, indicando que o perfil descrito é relevantemente o mais presente na população estudada e economicamente ativa.

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas. Região Nordeste, Brasil, 2013

Variável avaliada	N	%	p-valor ¹
Sexo			
Masculino	20943	46,7	<0,001
Feminino	23888	53,3	
Idade			
18 a 24 anos	7738	17,3	<0,001
25 a 39 anos	15162	33,8	
40 a 59 anos	14558	32,5	
Maior ou igual a 60 anos	7373	16,4	
Cor e raça			
Branca	12604	28,1	<0,001
Não branco	32227	71,9	
Estado civil			
Casado(a)	16969	37,9	<0,001
Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente/Divorciado	2207	4,9	
Viúvo(a)	2509	5,6	
Variável avaliada			
N			
%			
Solteiro(a)	23146	51,6	
Escolaridade			
Sem instrução/fundamental incompleto	19851	44,3	<0,001
Fundamental completo/médio incompleto	6596	14,7	
Médio completo/superior incompleto	14153	31,6	
Superior completo	4231	9,4	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNS: ¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as prevalências dos níveis do fator avaliado diferem significativamente).

Na tabela 3, temos as características acerca do estilo de vida da população do Nordeste no ano de 2013. Verifica-se que a maioria das pessoas não usa produto à base de tabaco (86,4%), não abusa do consumo de bebida alcoólica (69,0%), consome fruta

uma vez por dia (64,3%), não pratica atividade física intensa (71,2%) e não é sedentária (75,5%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todas as variáveis de estilo de vida (p -valor $< 0,001$), indicando que o perfil descrito é, de fato, mais frequente na população em estudo.

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo as variáveis de estilo de vida.
Região Nordeste, 2013

Variável avaliada	N	%	p-valor ¹
Uso do produto do tabaco			
Sim, fumo atualmente	2493	13,6	<0,001
Não fumo atualmente	15812	86,4	
Consumo de bebida alcoólica			
Abusivo	2519	5,6	<0,001
Não abusivo	30934	69,0	
Não bebe nunca	11378	25,4	
Hábitos alimentares (consumo de frutas)			
1 vez por dia	10282	64,3	<0,001
2 vezes por dia	4352	27,2	
3 vezes ou mais por dia	1362	8,5	
Prática de atividade física			
Não (leve/moderada)	3404	71,2	<0,001
Sim (intensa)	1379	28,8	
Sedentarismo			
Sim	1172	24,5	<0,001
Não	3611	75,5	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNS: ¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p -valor $< 0,05$ as prevalências dos níveis do fator avaliado diferem significativamente).

Na tabela 4, temos a caracterização das condições de saúde da população da Região Nordeste no ano de 2013. Verifica-se que a maioria dos residentes desta região apresenta normalidade/eutrófia do valor do IMC (44,3%) e a percepção do estado de saúde foi considerada muito boa/boa (58,3%). Assim como nas características sociodemográficas e de estilo de vida, o teste de comparação de proporção foi

significativo em todas as variáveis avaliadas (p -valor $< 0,001$), indicando que o perfil descrito é relevantemente mais presente na população em estudo.

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo as condições de saúde. Região Nordeste, 2013

Variável avaliada	N	%	p-valor ¹
IMC			
Abaixo do peso ($< 18,5$)	260	2,5	
Normal/Eutrófico (18,5 a 24,9)	4682	44,3	
Sobrepeso (25 a 29,9)	3750	35,5	$<0,001$
Obesidade (30 ou mais)	1885	17,8	$<0,001$
Muito boa/boa	10664	58,3	
Regular	6102	33,3	
Ruim/muito ruim	1539	8,4	

Fonte: Elaboração Própria

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p -valor $< 0,05$ as prevalências dos níveis do fator avaliado diferem significativamente).

4.1 Análise bivariada

A tabela 5 apresenta uma análise bivariada de distribuição da variável resposta (Depressão) segundo as regiões do país, investigada através do teste Qui-quadrado para comparação de proporção. São exibidos os totais e percentuais segundo cada cruzamento entre as regiões, o intervalo de confiança (IC) de 95% e o p -valor $< 0,05$.

Verifica-se que a região Sul é a que apresenta maior prevalência de depressão (12,5%), seguido do grupo da região Sudeste (8,1%) e Centro-oeste (7,6%). As regiões que apresentaram menor prevalência de depressão foram às regiões Norte (4,3%) e Nordeste (5,6%). Ao comparar a prevalência, região por região, dois a dois, observa-se que a região Nordeste (5,6%) apresentou diferença significativamente maior do que a região Norte (4,3%) e significativamente menor do que as regiões Sudeste (8,1%), Sul (12,5%) e Centro-oeste (7,6%).

Tabela 5 - Associação da prevalência de depressão na população de 18 anos e mais.
Análise bivariada Brasil, 2013

Região	Depressão		IC (95%)	p-valor ¹
	Sim	Não		
Norte	534(4,3%)	12002(95,7%)	3,9 – 4,6	<0,001
Nordeste	1028(5,6%)	17277(94,4%)	5,3 – 5,9	Ref
Sudeste	1153(8,1%)	13141(91,9%)	7,6 – 8,5	<0,001
Sul	946(12,5%)	6602(87,5%)	11,8 – 13,3	<0,001
Centro-oeste	574(7,6%)	6945(92,4%)	7,1 – 8,3	<0,001
Brasil	4235(7,0%)	55967(93,0%)	6,8 – 7,2	-

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da PNS, 2013: IC (índice de confiança), ¹p-valor do teste qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 a proporção de pessoas depressivas na região nordeste difere da região comparada). Ref. = a região de objetivo do estudo.

Na tabela 6 temos a distribuição da depressão segundo as características sociodemográficas da Região Nordeste no ano de 2013. Verifica-se que a maior prevalência da depressão é no grupo do sexo feminino (7,8%), idade de 40 a 59 anos (7,3%), cor branca (6,4%), Separado (a) /Divorciado (a) (9,6%) e possui ensino superior completo (7,1%). Ainda, observa-se que o teste de independência foi significativo em todos os fatores avaliados, indicando que o sexo, a idade, a cor/raça, o estado civil e a escolaridade da população residente no Nordeste, estão significativamente associadas à depressão.

Tabela 6 - Associação da prevalência de depressão segundo as características sociodemográficas das pessoas de 18 anos ou mais. Análise bivariada. Região Nordeste, Brasil, 2013

Variável avaliada	Depressão				p-valor ¹
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	209	2,7	7551	97,3	<0,001
Feminino	819	7,8	9726	92,2	
Idade					
18 a 24 anos	42	1,7	2365	98,3	<0,001
25 a 39 anos	340	5,3	6092	94,7	
40 a 59 anos	442	7,3	5630	92,7	
Maior ou igual a 60 anos	204	6,0	3190	94,0	
Cor e raça					
Branca	324	6,4	4766	93,6	0,006
Não branca	704	5,3	12511	94,7	
Estado civil					
Casado(a)	382	5,6	6440	94,4	<0,001
Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente/Divorciado	111	9,6	1050	90,4	
Viúvo(a)	107	7,9	1252	92,1	
Solteiro(a)	428	4,8	8535	95,2	
Escolaridade					
Sem instrução/fundamental incompleto	498	5,8	8034	94,2	0,007
Fundamental completo/médio incompleto	133	5,1	2488	94,9	
Médio completo/superior incompleto	274	5,1	5134	94,9	
Superior completo	123	7,1	1621	92,9	

Fonte: Elaboração própria a partir da PNS: ¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia na depressão).

Na tabela 7, temos a distribuição da depressão segundo o estilo de vida da população residente no Nordeste no ano de 2013. Verifica-se que a prevalência de

depressão é maior no grupo de consumidores dos produtos de tabaco (6,2%), não consome bebida alcoólica (6,7%), consome três ou mais porções de frutas por dia (7,9%), não pratica atividade física leve/moderada (7,5%) e é sedentário (7,1%). Ainda, observa-se que as variáveis significativas para a depressão foram: consumo de bebida alcoólica, hábito alimentar – consumo de fruta e prática de atividade física intensa (ambos com p -valor $< 0,001$).

Tabela 7 - Associação da prevalência de depressão segundo as variáveis de estilo de vida das pessoas avaliadas. Análise bivariada. Região Nordeste, 2013

Variável avaliada	Depressão				p-valor ¹
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Uso do produto do tabaco					
Sim, fumo atualmente	154	6,2	2339	93,8	0,190
Não fumo atualmente	874	5,5	14938	94,5	
Consumo de bebida alcoólica					
Abusivo	83	3,3	2437	96,7	<0,001
Não abusivo	183	4,2	4225	95,8	
Não bebe nunca	763	6,7	10615	93,3	
Hábito alimentar (Consumo de fruta)					
1 vez por dia	538	5,2	9744	94,8	<0,001
2 vezes por dia	245	5,6	4107	94,4	
3 vezes ou mais por dia	107	7,9	1255	92,1	
Prática de atividade física					
Não (leve/moderada)	257	7,5	3147	92,5	<0,001
Sim (intensa)	26	1,9	1353	98,1	
Sedentarismo					
Sim	83	7,1	1089	92,9	0,052
Não	200	5,5	3411	94,5	

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 8, temos a distribuição da depressão segundo a classificação do IMC e a autopercepção do estado de saúde dos residentes da Região Nordeste no ano de 2013.

Observa-se que a maior prevalência de depressão foi do grupo obeso (8,2%), seguido do grupo sobrepeso (5,8%) e normal (5,3%). Ainda, o teste de independência foi significativo para o fator avaliado ($p\text{-valor} < 0,001$), indicando que o IMC é fator de risco para a ocorrência da depressão.

Quanto à autopercepção do estado de saúde, foi encontrada maior prevalência da depressão no grupo que considera ter um ruim/muito ruim estado de saúde (14,9%). O teste de independência foi significativo ($p\text{-valor} < 0,001$), indicando que os que declaram um pior estado de saúde possuem maior chance para o desenvolvimento da depressão.

Tabela 8 - Associação da prevalência de depressão segundo o estado de saúde. Análise bivariada Região Nordeste, 2013

Fator avaliado	Depressão				p-valor ¹
	Sim		Não		
	n	%	N	%	
IMC					
Abaixo do peso (< 18,5)	12	4,6	248	95,4	<0,001
Normal/Eutrófico (18,5 a 24,9)	246	5,3	4436	94,7	
Tabela 8. Associação da prevalência de depressão segundo o estado de saúde. Análise bivariada Região Nordeste, 2013(Continuação)					
Sobrepeso (25 a 29,9)	219	5,8	3531	94,2	<0,001
Obesidade (30 ou mais)	155	8,2	1730	91,8	
Percepção do estado de saúde					
Muito boa/boa	339	3,2	10325	96,8	<0,001
Regular	460	7,5	5642	92,5	
Ruim/muito ruim	229	14,9	1310	85,1	

Fonte: Elaboração Própria

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se $p\text{-valor} < 0,05$ o fator avaliado influencia na depressão).

4.2 Análise multivariada

Com a finalidade de eliminar o possível efeito do confundimento na frequência do desfecho, proveniente do interrelacionamento entre as variáveis explicativas, foi realizada uma análise multivariada, ajustando-se o modelo de regressão de Poisson para

avaliar os fatores associados à depressão. O primeiro modelo apresenta o ajuste de Poisson para prevalência da depressão para todo o Brasil, contemplando as grandes Regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). O segundo modelo tem o ajuste de Poisson, apenas para os residentes na Região Nordeste, sendo esta a região de interesse deste estudo.

Na análise multivariada, as variáveis que apresentaram significância estatística a 5% permaneceram nos modelos. No primeiro modelo, as variáveis sociodemográfica: sexo, idade, estado civil; e estilo de vida: uso de produto do tabaco, consumo de frutas, prática de atividade física, percepção do estado de saúde. No segundo modelo – Região Nordeste, apenas – as variáveis sociodemográfica: sexo, idade, estado civil, escolaridade; e estilo de vida: consumo de frutas, uso de produto do tabaco, consumo de bebida alcoólica, percepção do estado de saúde.

Na tabela 09, temos o ajuste do modelo de Poisson para a depressão no Brasil. Na coluna 1, temos as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e percepção de saúde, que permaneceram significativas no modelo multivariado. Na segunda coluna, temos a estimativa da razão de prevalência (RP), comparando o risco de cada nível do fator com o risco do grupo de referência. Na terceira coluna, foi estimado o intervalo de confiança para a RP estimada e, na última coluna, temos o p-valor da estatística Qui-quadrado para Wald a fim de avaliar a significância de razão de prevalência. Verifica-se que o grupo feminino apresenta 162% de chance a mais para desenvolver a depressão quando comparado com o grupo masculino (RP = 2,625).

Quanto à idade, no grupo de 40 a 59 anos, o risco para depressão é 149% maior do que o grupo mais novo. Ao completar idade entre 25 e 39 anos, ocorre o aumento de 121% do risco de a pessoa desenvolver a depressão, quando comparado com o grupo de idade entre 18 e 24 anos; e, para o grupo com idade maior ou igual a 60 anos, o aumento é de 138%.

Acerca do estado civil, o grupo de pessoas que estão divorciadas apresentou um aumento de 28,8% no risco para a depressão, quando comparado com o grupo solteiro. Ainda, observa-se que, no grupo casado e viúvo, houve a redução do risco para a depressão, quando comparado com os solteiros, sendo significativa, no entanto, a redução do Risco no grupo casado, mas não no grupo viúvo.

Quanto a fazer uso de produtos do tabaco, o risco para depressão aumenta em 45,6%, quando comparado com o grupo que não utiliza tais produtos.

Em relação ao consumo de fruta, os que consomem 3 vezes ou mais por dia apresentaram um aumento de 34,9% no risco para depressão, quando comparado com o grupo que come fruta 1 vez por dia. O grupo que consome fruta 2 vezes por dia apresentou um aumento de 10,9% no risco para depressão, quando comparado com o grupo que consome apenas uma vez por dia. No entanto, tal diferença do risco para depressão entre os dois grupos não foi significativa.

Quanto à prática de atividade física, as pessoas que não possuem este hábito aumentam em 52,3% o risco para a depressão, quando comparadas com o grupo praticante de atividade física intensa.

Acerca da influência da autopercepção de saúde na depressão, observa-se que o grupo que se considera com ruim/muito ruim condição de saúde aumenta em 276% o risco para depressão, quando comparado com o grupo que possui uma muito boa/boa autopercepção do estado de saúde. O grupo com regular autopercepção de saúde apresentou 101% mais risco para a depressão, quando comparado com o grupo que se considera em muito bom/bom estado de saúde.

Em relação à região, não houve diferença significativa do risco para depressão entre as regiões Nordeste e Norte (p -valor = 0,992). Quanto às regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, verifica-se um aumento do risco para depressão quando comparado com a região Nordeste (RP = 1,412; 2,020 e 1,395).

Tabela 09 - Ajuste da regressão múltipla de Poisson entre prevalência da depressão, variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de condições de saúde da população adulta (18 anos ou mais). Regiões do Brasil

Fator avaliado	RP	IC(95%)	p-valor¹
Sexo			
Masculino	1,000 ^a	-	-
Feminino	2,625	2,269 - 3,101	<0,001
Idade			
18 a 24 anos	1,000 ^a	-	-
25 a 39 anos	2,208	1,701 - 2,867	<0,001
40 a 59 anos	2,496	1,909 - 3,263	<0,001
Maior ou igual a 60 anos	2,385	1,778 - 3,200	<0,001
Estado civil			
Casado(a)	0,833	0,727 - 0,955	0,009
Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente/Divorciado	1,288	1,080 - 1,535	0,005
Viúvo(a)	0,987	0,791 - 1,231	0,905
Solteiro(a)	1,000 ^a	-	-
Uso de produto do tabaco			
Sim, fumo atualmente	1,456	1,231 - 1,723	<0,001
Não fumo atualmente	1,000 ^a	-	-
Consumo de fruta			
1 vez por dia	1,000 ^a	-	-
2 vezes por dia	1,109	0,981 - 1,254	0,099
3 vezes ou mais por dia	1,349	1,152 - 1,580	<0,001
Prática de atividade física			
Não (leve/moderada)	1,523	1,219 - 1,902	<0,001
Sim (intensa)	1,000 ^a	-	-
Percepção do estado de saúde			
Muito boa/boa	1,000 ^a	-	-
Regular	2,018	1,781 - 2,286	<0,001
Ruim/muito ruim	3,761	3,107 - 4,552	<0,001
Continuação: Tabela 09 - Ajuste da regressão múltipla de Poisson entre prevalência da depressão,			

variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de condições de saúde da população adulta (18 anos ou mais). Regiões do Brasil

Região				
	Fator avaliado	RP	IC(95%)	p-valor¹
Nordeste		1,000 ^a	-	-
Norte		0,999	0,819 - 1,218	0,992
Sudeste		1,412	1,202 - 1,659	<0,001
Sul		2,020	1,717 - 2,376	<0,001
Centro-oeste		1,395	1,162 - 1,676	<0,001

Fonte: Elaboração própria

^aNível de referência para a comparação. ¹p-valor do teste de Wald (se p-valor < 0,05 existe diferença significativa do risco para a depressão entre o nível avaliado e o nível de referência). RP = Razão de Prevalência.

Na tabela 10, temos o ajuste do modelo de Poisson para a depressão na região Nordeste. Na coluna 1, temos as variáveis sociodemográficas, estilo de vida e percepção de saúde que permaneceram significativas no modelo multivariado. Na segunda coluna, temos a estimativa da razão de prevalência (RP) comparando o risco de cada nível do fator com o risco do grupo de referência. Na terceira coluna, foi estimado o intervalo de confiança para a RP estimada e, na última coluna, temos o p-valor da estatística Qui-quadrado para Wald a fim de avaliar a significância de razão de prevalência. Verifica-se que o grupo feminino apresenta 142% de chance a mais para desenvolver a depressão quando comparado com o grupo masculino (RP = 2,424).

Quanto à idade, no grupo de 40 a 59 anos o risco para depressão é 229% maior do que o grupo mais novo. Ao completar idade entre 25 e 39 anos, ocorre o aumento de 190% do risco de a pessoa desenvolver a depressão, quando comparado com o grupo de idade entre 18 e 24 anos; e para o grupo com idade maior ou igual a 60 anos o aumento é de 134%.

Acerca do estado civil, o grupo de pessoas que estão divorciadas apresentou um aumento de 44,9% no risco para a depressão quando comparado com o grupo solteiro. Ainda, observa-se que o grupo casado e viúvo também apresentou aumento do risco para a depressão, quando comparado com os solteiros; este aumento, porém, não foi significativo.

Em relação à escolaridade, observa-se que o grupo sem instrução ou que estudou até o fundamental incompleto apresenta redução de 39,3% no risco para desenvolver a

depressão, quando comparado com o grupo que possui o ensino superior. No grupo com fundamental completo/médio incompleto a redução foi de 25,8%. Ainda, no grupo que possui ensino médio completo/superior incompleto a redução de 22,1%.

Quanto a fazer uso de produtos do tabaco, o risco para depressão aumenta em 25,9%, quando comparado com o grupo que não utiliza tais produtos. Ainda, observa-se que para o grupo que consome álcool de forma abusiva ou que consome de forma não abusiva, há redução de 22,6% e 21,9%, respectivamente, do risco para depressão, quando comparado com o grupo que não consome bebida alcoólica.

Em relação ao consumir fruta, os que consomem 3 vezes ou mais por dia apresentaram um aumento de 40,4% no risco para depressão quando comparado com o grupo que come fruta 1 vez por dia. O grupo que consome fruta 2 vezes por dia apresentou um aumento de 5,1% no risco para depressão quando comparado com o grupo que consome apenas uma vez por dia. Tal diferença, porém, do risco para depressão entre os dois grupos não foi significativa.

Acerca da influência da autopercepção de saúde na depressão, observa-se que o grupo que se considera em muito boa/boa condição de saúde apresenta 77,5% menos risco para depressão quando comparado com o grupo que possui uma ruim/muito ruim autopercepção do estado de saúde. O grupo com regular autopercepção de saúde apresentou 50,2% menos risco para a depressão quando comparado com o grupo que se considera em ruim/muito ruim estado de saúde.

Tabela 10 - Análise da regressão múltipla de Poisson entre depressão (sim/não) variáveis sociodemográfica, estilo de vida e condições de saúde da população adulta (18 anos ou mais).

Região Nordeste

Fator avaliado	RP	IC (95%)	p-valor
Sexo			
Masculino	1,000 ^a	-	-
Feminino	2,424	2,039 - 2,881	<0,001
Idade			
18 a 24 anos	1,000 ^a	-	-
25 a 39 anos	2,903	2,015 - 4,182	<0,001
40 a 59 anos	3,289	2,269 - 4,769	<0,001
Maior ou igual a 60 anos	2,342	1,559 - 3,516	<0,001
Estado civil			
Casado(a)	1,036	0,894 - 1,201	0,635
Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente/Divorciado	1,449	1,164 - 1,802	0,001

Continuação: Tabela 10 - Análise da regressão múltipla de Poisson entre depressão (sim/não) variáveis sociodemográfica, estilo de vida e condições de saúde da população adulta (18 anos ou mais). Região Nordeste

Viúvo(a)	1,157	0,913 - 1,466	0,227
Solteiro(a)	1,000 ^a	-	-
Escolaridade			
Sem instrução/fundamental incompleto	0,607	0,492 - 0,748	<0,001
Fundamental completo/médio incompleto	0,742	0,580 - 0,950	0,018
Médio completo/superior incompleto	0,779	0,631 - 0,961	0,020
Superior completo	1,000 ^a	-	-
Uso de produto do tabaco			
Sim, fumo atualmente	1,259	1,041 - 1,521	0,017
Não fumo atualmente	1,000 ^a	-	-
Consumo de bebida alcoólica			
Abusivo	0,774	0,600 - 0,997	0,047
Não abusivo	0,781	0,653 - 0,935	0,007
Não bebe nunca	1,000 ^a	-	-
Consumo de fruta			
1 vez por dia	1,000 ^a	-	-
2 vezes por dia	1,051	0,910 - 1,213	0,502
3 vezes ou mais por dia	1,404	1,155 - 1,705	0,001
Percepção do estado de saúde			
Muito boa/boa	0,225	0,187 - 0,271	<0,001
Regular	0,498	0,424 - 0,584	<0,001
Ruim/muito ruim	1,000 ^a	-	-

Fonte: Elaboração própria

^aNível de referência para a comparação. ¹p-valor do teste de Wald (se p-valor < 0,05 existe diferença significativa do risco para a depressão entre o nível avaliado e o nível de referência). RP = Razão de Prevalência; IC= Índice de Confiança.

5 DISCUSSÃO

Este estudo identificou que 5,6% da população da Região Nordeste, na faixa etária de 18 anos ou mais, sofriam de depressão. O grupo de maior prevalência foi o das mulheres, idade entre 40 e 59 anos, separadas(os) ou divorciadas(os) judicialmente, com ensino médio completo/superior incompleto, fumantes, consomem frutas três vezes ou mais por dia e que consideram seu estado de saúde regular. A cor/raça declarada, pelos entrevistados, atividade física, sedentarismo e IMC não se mantiveram associados à prevalência da depressão após ajuste do modelo.

Quanto à prevalência da depressão segundo as Regiões do País, o estudo observou que a Região Sul (RP=2, 020) apresenta uma maior prevalência para doença e que a Região Norte (RP=0,999) possui a menor prevalência, quando comparadas com as demais regiões, inclusive com relação à região do estudo, Região Nordeste. A maior prevalência foi do sexo feminino, faixa etária entre 40 e 59 anos, separadas(os) ou divorciadas(os) judicialmente, fumantes, consomem frutas três vezes ao dia, pratica de atividade física leve/moderada e consideram seu estado de saúde ruim/muito ruim. As variáveis cor/raça, escolaridade, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo e IMC não se mantiveram associados à prevalência da depressão.

A Prevalência da depressão encontrada em nosso estudo está de acordo com outros estudos realizados no Brasil. Estudos realizados por Bromet et al. (2011) e Vorcaro et al. (2001), na cidade de São Paulo e na cidade de Bambuí-MG, incluíram indivíduos com 18 anos ou mais, porém, utilizaram o instrumento “*Composite International Diagnostic Interview*” (CIDI). Considerando o período de um mês, verificaram a prevalência para o EDM de 4,7% e 7,5% em São Paulo e Bambuí, respectivamente. Outro estudo, conduzido na cidade de Florianópolis-SC, com indivíduos na faixa etária de 20 a 59 anos, no qual foi utilizado a pergunta “Algum médico ou profissional de saúde já disse que o (a) senhor (a) tem depressão?”, identificou uma prevalência para depressão de 16,2% (BOING et al., 2012). As diferenças encontradas nas prevalências entre os estudos são plausivelmente explicadas pelas diferenças nas características da amostra, diferenças na metodologia e diferenças nos instrumentos de coleta.

Analisando a associação entre a depressão e as variáveis sociodemográficas, constataram-se, na amostra, uma diferença estatisticamente significativa segundo o sexo. Com 142% de chance a mais para o sexo feminino desenvolver depressão, quando comparado com o sexo masculino (RP= 2, 424), corroborando com outros autores que

apontam uma maior prevalência de depressão para o sexo feminino (MILLAN et al., 2011; NAVARRO et al., 2010; ROSSETO et al., 2012; YUNMING et al., 2012).

Esta maior propensão das mulheres à depressão pode ser justificada pelo fato de elas estarem mais susceptíveis a eventos potencialmente estressores, que são determinados pelo ambiente familiar, papéis sociais e de gênero (PICCINELLI et al., 2000), alterações fisiológicas, dentre outros, que podem impulsionar o surgimento da depressão (LIMA; BUENO, 2009).

Na amostra estudada, foi observada diferença significativa na prevalência da depressão segundo a faixa etária, sendo a categoria de 40-59 anos com o maior risco para depressão (RP= 3,259). Pesquisas nacionais, de base populacional, que estudaram a associação entre depressão e idade, apresentaram resultados contraditórios. Estudo realizado em Pelotas-RS encontrou maior prevalência da depressão entre os indivíduos mais jovens (MUNHOZ; SANTOS; MATIJASEVICH, 2013). Em Minas Gerais, Vorcaro et al. (2001) identificou que o aumento da idade estava associado com o aumento da depressão. Bromet et al. (2011), em São Paulo, observou que os indivíduos mais velhos apresentaram menores prevalências. Em países de maior renda, observou-se um declínio da prevalência após os 55 anos em homens, mas mantém-se frequente nas mulheres (BYERS et al., 2010).

No tocante à prevalência da depressão quanto à escolaridade, o presente estudo revelou um maior risco de depressão para os indivíduos que possuíam o ensino médio completo/superior incompleto (RP=0,779), o que difere da literatura pertinente, a qual indica que, quanto maior a escolaridade, menor a prevalência da depressão (LIMA, 2010; MUNHOZ; SANTOS; MATIJASEVICH, 2013).

Vale ressaltar que um melhor nível de escolaridade pode vir acompanhado de outras condições que podem ser consideradas intervenientes nesta relação com a depressão, como, por exemplo, uma melhor condição econômica, hábitos de vida mais saudáveis, melhor cuidado com a saúde, dentre outras situações que podem reduzir o risco da depressão (SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).

O estado civil apresentou associação estatisticamente significativa com a depressão, de modo que os indivíduos separados/divorciados judicialmente apresentaram maior prevalência de depressão (RP=1,449). No Brasil, em estudos realizados por Molina et al. (2012) e Lima (2010), identificou-se que os indivíduos viúvos separados ou divorciados apresentaram maiores chances de depressão. Já a

presença de um companheiro foi identificada como um fator protetor ao surgimento da depressão (OLIVEIRA et al., 2012).

Quanto à associação do tabagismo com a depressão, este estudo apontou que entre os indivíduos que fumavam produtos do tabaco o risco de depressão aumentou em 25,9%, quando comparados com os não fumantes. Um estudo conduzido por Lorez et al (2011), em Pelotas, com jovens na faixa etária de 18 a 24 anos, identificou que ser fumante aumenta o risco para depressão.

Diferentes estudos têm investigado a associação entre tabagismo e depressão. As melhores evidências procedem de estudos longitudinais, nos quais se pode avaliar temporalidade. No entanto, esses estudos identificaram que tanto o tabagismo precede à depressão, como a depressão precede ao tabagismo, ou seja, há bidirecionalidade nesta associação (MUNAFO; ARAYA, 2010). O tabagismo como preditor da depressão inclui evidências de que o tabaco atua na desregulação do eixo hipotalâmico-pituitária-adrenal e no aumento do cortisol no cérebro; estas alterações fitopatológicas são consideradas características da depressão (JURENA; CLEARE; PARANTEL, 2004). Portanto, o tabagismo poderia gerar maior susceptibilidade para o desenvolvimento da depressão. A explicação para a depressão como preditor do tabagismo indica a hipótese de que o tabagismo funciona como uma “automedicação” para alguns sintomas presentes na depressão, como humor deprimido e fadiga (MUNATO; ARAYA, 2010).

Estudos que investigaram a associação entre álcool e depressão verificaram que indivíduos usuários ou dependentes do álcool tinham maior prevalência a depressão (LOPEZ et al., 2011; COSTA; OLIVEIRA, 2012; PORTUGAL et al., 2010). O abuso do álcool também costuma estar relacionado com a depressão em decorrência das tentativas dos indivíduos em atenuar o sofrimento causado pelos sintomas depressivos com o uso constante ou intenso por longo período na vida (LIMA et al., 2010). De acordo com o presente estudo, o álcool foi um fator de proteção ($RP= 0,781$), quando comparados com aqueles que nunca bebiam.

O estudo realizado por Costa e Oliveira (2012) não contempla se os sintomas depressivos encontrados são anteriores ou posteriores ao início do consumo do álcool. O mesmo estudo revela que o álcool funciona como uma automedicação.

Em relação ao hábito alimentar, que, neste estudo, analisou o consumo de frutas, identificou-se que os indivíduos que consomem frutas três vezes ou mais por dia apresentaram um aumento de 40,9% no risco para depressão, resultado contraditório com a literatura encontrada. O consumo diário de frutas, legumes e hortaliças

recomendado pela OMS é de, pelo menos, 400 gramas, equivalente ao consumo de cinco porções diárias desses alimentos (OMS, 2001).

As modificações do apetite associadas à depressão podem manifestar-se tendo como aumento ou como diminuição do apetite. No entanto, a modificação do humor e o stress nos indivíduos deprimidos podem influenciar não só a quantidade de alimentos, mas também o tipo de alimentos que preferem (APÓSTO; MENDES; RODRIGUES, 2007; SIMON et al., 2008; SPOOK et al., 2006 apud GOMES et al., 2010).

A avaliação do estado de saúde consiste na percepção que os indivíduos têm de sua própria vida – logo, é um indicador que engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos de bem-estar e de satisfação com a própria vida (PNS, 2013). Um estudo realizado com idosos em Dourados-MS apontou que a autopercepção ruim de saúde associa-se de forma negativa à presença da depressão (ALVARENGA et al., 2013). Diferentemente do encontrado nesse estudo, apesar da faixa etária diferenciada, no qual foi evidenciado que os indivíduos que tiveram a autopercepção do estado de saúde regular obtiveram o menor risco de proteção (RP= 0,498) para desenvolver a depressão.

No modelo ajustado para as grandes regiões do país, este estudo apontou que a Região Sul apresenta aumento significativo para depressão com RP=2,020, quando comparado com a Região Nordeste, sendo a região com maior prevalência. Não foram encontrados estudos que explicassem essa alta prevalência da depressão na Região Sul.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre o estilo de vida da população economicamente ativa e a prevalência da depressão.

Dentre os agravos crônicos que mais acometem a população e com projeções de aumento de sua incidência, a depressão merece destaque por sua ampla prevalência, sintomatologia diversificada e consequências que podem pôr em risco não só o bem-estar dos indivíduos, mas também a sua própria vida.

De modo geral, o resultado do presente estudo corrobora com muitos outros que envolveram investigações sobre a presença e as características da depressão. A alta prevalência da depressão foi associada, principalmente, a pessoas do sexo feminino, separadas/divorciadas judicialmente, ensino médio completo/superior incompleto, fumantes, que não consomem bebida alcoólica não abusivamente, consome frutas três vezes ou mais por dia e que consideram seu estado de saúde regular.

No entanto, quando comparada à prevalência da depressão entre as regiões do país, a Região Sul apresenta a maior prevalência em relação à Região Nordeste e às demais regiões. Resultado não esperado, por se tratar de uma região mais rica e mais desenvolvido do que a Região Nordeste. Portanto, diante do resultado, aconselha-se, que a análise comparativa da prevalência da depressão entre as regiões se dê de forma mais ampla, com a inclusão de outras variáveis como renda, ocupação, acesso aos serviços de saúde e outras doenças crônicas não transmissíveis.

Uma das principais limitações do estudo diz respeito ao número de observações perdidas/não informadas na base de dados avaliada. O número total de observações realizadas na Região Nordeste foi de 44.831 pessoas economicamente ativas. Deste total, foi verificada perda nas seguintes variáveis do estudo: hábito de fumar (59,2%), hábitos alimentares (64,3%), prática/intensidade de atividade física (89,3%), sedentarismo (89,3%), IMC (76,4%), percepção de estado de saúde (59,2%) e diagnóstico de depressão (59,2%). O estudo não conseguiu mensurar qual a influência destas perdas nos resultados da pesquisa, uma vez que a existência dessas informações poderia modificar alguns resultados obtidos. É importante salientar que, mesmo com essas perdas, o banco apresentou um tamanho amostral significativamente relevante para os resultados do estudo. Outra limitação do estudo reside no fato de não se ter considerado informações sobre a ocupação dos indivíduos e da renda, uma vez que esses dados ainda não foram publicados pelo IBGE. Com relação a esta última limitação, deve-se reconhecer que este tipo de pesquisa, realizada como estudo

transversal, não consegue relacionar de forma temporal alguns fatores de exposição e o desfecho; por isso, não objetiva medir causalidade entre as variáveis.

Os resultados do estudo apontam que a depressão é uma doença que incide mais significativamente na população em idade produtiva e fornece evidências sobre fatores associados, alguns potencialmente modificáveis, o que poderá contribuir para o planejamento de políticas públicas. Mudanças no estilo de vida poderão reduzir a prevalência da depressão. Segundo a OMS (2010), trata-se de uma das doenças crônicas mais importantes da atualidade.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M. R. M. et al. Perfil social e funcional de idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n. 3, p. 478-485, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Arlington, 1994.
- BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 4, p. 911-926, 2006.
- BARROS, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.
- BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Rev. Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 4, p. 256-263, 2014.
- BOING, A. F. Associação da depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 617-623, 2012.
- BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Med**, v. 9, n. 1, p. 90, 2011.
- BYERS, A. L. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**, v.67, n. 5, p. 489-496, 2010. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=>. Acesso em: 6 abr. 2016.
- CARREIRA, L. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 268-273, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2015.
- COSTA, M. L. P.; OLIVEIRA, L. C. M. Comorbidades de transtorno mental e comportamental em pacientes dependentes químicos em diferentes períodos de abstinência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 139-147, 2012.
- CREPALDI, A. L. **Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa renda em São Paulo**: prevalência, fatores associados e uso de serviços de saúde. 2009. 168 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudo de corte transversal. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 992-998, 2008.
- CUNHA, R. V. et al. Prevalência da depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n. 2, p. 346-354, 2012.

DAMACENA, G. N. O Processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p.197-206, 2015.

DUAILIBI K, Silva ASM. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. **Rev. Bras. Clin. Terap.**, v. 40, n. 1, p. 27-32, 2014.

DUAILIBI, K.; SILVA, A. S. M.; MODESTO, B. Como diagnosticar e tratar depressão. **Rev. Bras. Med.**, v. 70, p. 6-13, 2013.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-32, 2012.

ELY, P.; NUNES, M. F. O.; CARVALHO, L. F. Avaliação psicológica da depressão: levantamento de testes expressivos e autorrelatado no Brasil. **Aval. Psicológica**, v.13, n. 3, p. 419-426, 2014.

GAUTÉRIO, D. P. et al. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n. 6, p. 1394-1399, 2012.

GIAVONI, A. et al. Elaboração e validação da escala de depressão para idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 975-982, 2008.

GOMES, A. et al. Hábitos alimentares, atividade física e estado nutricional em doentes com depressão. In: LOPES, V. et al. (Coord.). **Promoção da saúde e atividade física: contributos para o desenvolvimento humano**. Vila Real: UTAD, 2010. p. 248-256.

GONZÁLEZ, L. A. M. et al. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p. 32-39, 2010.

HECK, R. M. et. al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto Enferm.**,v. 21, n.1, p. 26-33, 2012.

HELLWIG, N. L. **Prevalência e fatores associados à depressão em idosos na cidade de Pelotas, RS**: estudo de base populacional. 2014. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Comunicação Social. **Guia do Censo 2010 para jornalistas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf>. Acesso em: 08 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Brasília, 2013.

KESSLER, R. C. et al. **The epidemiology of major depressive disorder**. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12813115>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

KING, A. L. S.; NARDI, A. E; CRUZ, M. S. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.55, n. 1, p. 70-73, 2006.

KOOB, G. F.; MOAL, L. E.; DRUG, M. addiction, desregulation of reward, and allostais. **Neuropsychopharmacology**, v. 24, n. 2, p. 97-129, 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiat.**, v. 21, p.1-5, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a02.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

LIMA, D. D. et al. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. **J Bras Psiquiatr.**, v. 53, n. 3, p. 167-172, 2010.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009.

LOPEZ, M. R. A. et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 103-108, 2011.

MACHADO, V. S. S. Morbidades e fatores associados em mulheres climáticas: estudo de base populacional em mulheres com 11 anos ou mais de escolaridade. **Rev. Ginecol. Obstet.** v. 34, n. 5, p. 191-244, 2012.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estud. Psicol.**, v. 12, n.1, p. 79-85, 2007.

MÁXIMO, G. C. **Características sociodemográficas de depressão e uso de serviços de saúde no Brasil**. 2010. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

MILLAN-CALENTI, J. C. et al. Mental and psychological conditions, medical comorbidity and functional limitation: differential associations in older adults with cognitive impairment, depressive symptoms and co-existence of both. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 26, n.10, p. 1071-1079, 2011.

MUNHOZ, T. N.; SANTOS, I. S; MATIJASEVICH, A. **Major depressive episode among Brazilian adults: a cross-sectional population-based study.** Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23688196>. Acesso em: 06 abr. 2016.

NAHAS, M. V. **Atividade física, aptidão física e saúde.** Londrina: Midiograf, 2006.

NAVARRO, B. et al. Approach to major depression in old people. **Int Psychogeriatr.** v. 22, n. 5, p. 733-738, 2010.

NAVARRO, V. Assessment of the World Health Report 2000. **The Lancet**, v. 356, p.1598-1601, 2000. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S01406736000313017>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

NAVARRO, V. The world health report 2000: can health care systems be compared using a single measures of performance? **American Journal of Public Health**, v. 92, n.1, p. 31-34, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447381/pdf/0920031.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

NOBREGA, I. R. A. P. **Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade federal de Pernambuco, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a moralidade e cargas das doenças atribuídas a depressão maior.** Genebra, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo.** Genebra, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde pública ação para prevenção de suicídio.** Genebra, 2012.

OLIVEIRA, M. F. et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 8, p. 2191-2198, 2012.

PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Gender differences in depression. Critical review. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, n. 177, p. 486-492, 2000.

RIMM, E. B.; MOATS, C. Alcohol and coronary heart disease: drinks patterns and mediators of effect. **Annals of Epidemiology**, v. 17, p. 3-7, 2007.

RIMM, E. B.; STAMPFER, M. J. Diet, lifestyle, and longevity – the next steps? **Journal of the American Heart Association**, v. 292, n. 12, p. 1490-1492, 2004.

RODRIGUES, V.; MADEIRA, M. Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, v. 6, p. 390-399, 2009. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399_FCS_06_-6.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

ROMBALDI, A. J. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n. 4, p. 620-629, 2010.

ROSSETTO, M. et al. Depressão em idosos de uma Instituição de Longa Permanência. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 2, n. 2, p. 347-352, 2012.

SANTOS, M. N. **Indicadores de estilo de vida relacionados à saúde e características de trabalho dos professores municipais de Bagé**. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Escola Superior de Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2011.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 45, n. 2, p. 487-493, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a25.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

SILVA, M. T. **Adultos com depressão: prevalência no Brasil e em estudo de base populacional no Distrito Federal**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) -Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, D. F., 2013.

SILVA, R. et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, p. 115-120, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a17v15n1.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.

SILVEIRA, M. M; PASQUALOTTI, A.; COLUSSI, E. L. Prevalência de doenças crônicas e prática de atividade física em adultos e idosos. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 209-214, 2012. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2232/2456>>. Acesso em: 12 out. 2015.

SOARES, E.; COELHO, M. O.; CARVALHO, S. M. R. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 5, p. 117-139, 2012.

SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 18-23, 1999.

STAMPFER, M. J. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. **New England Journal of Medicine**, v. 343, p. 16-22, 2000.

STUNKARD, A. J.; FAITH, M. S; ALLISSON, K. C. **Depression and obesity**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/1289518>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

VORCARO, C. M. et al. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazillian Community: The Bambuí Study. **Acta Psychiatr Scand**, v.104, n. 4, p. 257-63, 2001. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11722300>. Acesso em: 30 mar. 2016.

WHOOLEY, M. A. et al. Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. **Journal of American Medical Association**, v. 300, n. 20, p. 2379-2388, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health. **Depression**. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>. Acesso em: 30 mar. 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014.

YUNMING, L. et al. Prevalence and risk factors for depression in older people in Xi'an China: a community-based study. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 31-9, 2012.

ZAVASCHI, M. L. S et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 4, p. 189-95, 2002.