

Rastreamento domiciliar da sintomatologia depressiva em Aracaju (Sergipe, Brasil)

Household Screening of the Depressive Symptomatology in Aracaju (Sergipe, Brazil)

Daiane Nunes, Mariana Siqueira Menezes, & André Faro

Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, Brasil

Esta pesquisa objetivou realizar o rastreamento de sintomatologia depressiva em Aracaju (Sergipe, Brasil) e estimar as chances para depressão a partir de características do perfil amostral. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico e clínico, além do Inventário de Depressão de Beck, segunda edição (BDI-II). A amostra foi composta por 693 indivíduos, por meio de coleta domiciliar. Além das análises descritivas, conduziram-se análises de regressão logística binomial e multinomial, tendo como variáveis dependentes a presença de sintomatologia depressiva e os respectivos níveis de severidade. As variáveis explicativas foram aquelas relativas ao perfil sociodemográfico e clínico. Constatou-se que mais de um terço dos participantes revelaram presença significativa de sintomatologia depressiva. Região geográfica, sexo, doença crônica, grupo etário e IMC afetaram a chance de pertencer ao grupo com diagnóstico de rastreamento positivo. Já as variáveis escolaridade, ocupação laboral, doença crônica e IMC impactaram de modo diferenciado na severidade dos sintomas. Conclui-se que o rastreamento de depressão é fundamental no atendimento preventivo em saúde mental, especialmente para a minimização do subdiagnóstico e demora no início do tratamento psicológico e psiquiátrico apropriados.

Palavras-chave: depressão, levantamento, rastreamento, amostragem domiciliar, BDI-II.

This study aimed to perform a screening of depressive symptomatology in Aracaju (Sergipe, Brazil) and to estimate the chances of depression from the social distribution of the sample profile. The instruments used were a clinical and sociodemographic questionnaire, and the Beck Depression Inventory, second edition (BDI-II). The sample was composed of 693 subjects through household data collection. In addition to descriptive analysis, binomial and multinomial logistic regressions were conducted, and the dependent variables were the presence of significant depressive symptoms and the severity levels of the depression in the BDI-II. The explanatory variables were those related to the sociodemographic and clinic sample profiles. The main results were that more than one third of the subjects showed significant depressive symptomatology. Geographic region, sex, chronic disease, age group, and BMI affected the chances of belonging to the group with positive depression diagnosis. Education, work occupation, chronic disease and BMI presented greater effect on the levels of severity of symptoms. Finally, findings are discussed to map the vulnerability to depression in order to reduce underdiagnoses and delays in starting appropriate psychological and psychiatric treatments.

Keywords: depression, survey, screening, household sampling, BDI-II.

Contacto: D. Nunes, Av. Marechal Rondon, n 210, Quadra 4, bloco 2, apartamento 201, Bairro Rosa Elze, São Cristóvão-SE, Brasil. Correio eletrônico: daianenunesufs@gmail.com

Como citar: Nunes, D., Menezes, M. S., & Faro, A. (2022). Rastreamento domiciliar da sintomatologia depressiva em Aracaju (Sergipe, Brasil). *Revista de Psicologia*, 31(2), 1-13.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2022.57478>

A depressão é um problema de saúde pública em todo o mundo. Os transtornos depressivos são classificados como os principais responsáveis pelos anos vividos com incapacidade (YLD) e estima-se que será o transtorno mental a liderar o ranking da carga global de doenças em 2030. Além de ser apontada como uma das principais causas de incapacitação, a depressão está relacionada ao aumento do risco de mortalidade. Países em desenvolvimento, como o Brasil, serão os mais afetados pelos impactos da depressão devido ao subdiagnóstico e subtratamento (World Health Organization [WHO], 2017).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), a depressão se caracteriza por um conjunto de alterações do humor e da psicomotricidade (American Psychiatric Association [APA], 2013). Outra classificação é dada pela última versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11, 2018), a qual considera que a depressão é leve quando ainda é possível realizar grande parte das atividades diárias, é moderada quando se torna difícil realizar atividades rotineiras e é considerada severa quando estão presentes sentimentos de desvalia, baixa autoestima e ideias suicidas.

As pessoas podem desenvolver depressão em qualquer fase da vida, porém, é menos comum durante a infância mais provável que ocorra entre adultos e idosos (Bessette et al., 2020). Além disso, pessoas de menor escolaridade e baixa renda estão mais vulneráveis à sintomatologia depressiva (Assari, 2019). Determinantes sociais como circunstâncias de trabalho, empregabilidade, escolaridade e renda exercem influência nos processos de saúde-doença. Estudos mostram que quanto maior a vulnerabilidade social, maior o risco para o adoecimento mental (Cho et al., 2019; Verbeek et al., 2019). Quanto ao sexo, a depressão tem se mostrado mais prevalente entre as mulheres (WHO, 2017). Diferenças por sexo estão entre os achados mais robustos no que diz respeito à ocorrência de depressão. Essas disparidades podem ser explicadas por fatores biológicos, sociais e psicológicos e reforçam a necessidade de investigação dos fatores de riscos para depressão nesse grupo (Hyde & Mezulis, 2020).

Outros fatores também influenciam a vulnerabilidade à depressão. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos encontrou que o uso de substâncias como o álcool, a nicotina e outras drogas, e

que a presença de transtornos ansiosos ou de personalidade podem aumentar as chances de ter depressão (Hasin et al., 2018). No Brasil, Barros et al. (2017) também buscaram identificar fatores capazes de aumentar o risco de depressão. Para tal, estimaram as prevalências de comportamentos relacionados à saúde (tabagismo, fumo passivo, consumo frequente ou de risco de álcool, atividade física de lazer, horas de TV e indicadores de padrão alimentar) segundo a presença de depressão (menor e maior) e descobriram que os indivíduos com depressão maior apresentaram prevalências mais elevadas de quase todos os comportamentos não saudáveis analisados.

Indicadores clínicos como a presença de doenças crônicas e obesidade também têm sido associados a maior risco para ocorrência de depressão. As associações entre doenças crônicas e depressão são explicadas a partir de interações bidirecionais, em que as alterações biológicas presentes na ocorrência do transtorno aumentam o risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, bem como pessoas com doenças crônicas podem apresentar limitações e vivenciar estressores específicos que aumentam o risco para depressão (Lotfaliany et al., 2018). A obesidade em seus diferentes níveis acarreta prejuízos não apenas para a saúde física, como também para a saúde mental. Essa associação pode ser explicada em grande parte pelo estigma sofrido por pessoas com obesidade (Puhl, Himmelstein, & Pearl, 2020).

A estimativa mundial é de que a depressão ocorra em 4,4 % da população, o que equivale a um total de 322 milhões de pessoas (WHO, 2017). A depressão maior foi apontada como um dos principais problemas de saúde que contribuem para o aumento da carga global de incapacidade com um YLD, estimado em quase 55 milhões (Vos et al., 2016). No Brasil, a depressão foi considerada a primeira causa de carga de doença entre as mulheres (25,2 anos de vida ajustados por incapacidade [DALY]) e a sétima entre os homens (7,1 DALY) (Leite et al., 2015).

Os transtornos mentais comuns não são considerados prioridade no Brasil e o levantamento da ocorrência de sintomas depressivos na população brasileira ainda não é tão frequente como seria esperado, especialmente em virtude de sua dimensão geográfica e diversidade cultural, o que afeta não só a distribuição social da depressão, mas também o perfil sintomático (Coelho et al.,

2013; Widiana, Simpson, & Manderson, 2018). No entanto, há pesquisas importantes a serem citadas. Coelho et al. (2013), por meio de entrevistas realizadas à domicílio, verificaram a presença de sintomas depressivos em indivíduos de todas as regiões do Brasil e concluíram que a depressão está presente em 28,2 % da população brasileira, encontraram também as seguintes taxas de prevalência por região: 41,0 % no Norte, 32,4 % no Centro-Oeste, 27,0 % Nordeste, 26,2 % no Sul e 26,2 % no Sudeste. Gonçalves et al. (2014) coletaram dados de pacientes e equipes de saúde de unidades de saúde da família em quatro grandes capitais do Brasil e encontraram a prevalência de 25,0 % no Rio de Janeiro, de 25,3 % em São Paulo, de 31,0 % em Fortaleza e de 21,4 % em Porto Alegre. Por fim, Barros et al. (2017) identificaram que 9,7 % dos adultos brasileiros apresentaram depressão em algum grau, 3,9 % depressão maior e 21,0 % humor depressivo.

No Nordeste do Brasil, com exceção dos três previamente mencionados (Barros et al., 2017; Coelho et al., 2013; Gonçalves et al., 2014), as investigações não foram conduzidas com a população geral em domicílio ou condição similar. Como ilustração, Oliveira et al. (2017) avaliaram a depressão em funcionários de uma instituição de ensino em Vitória da Conquista, na Bahia, e Gonçalves e Andrade (2010) analisaram a prevalência de depressão em idosos em São Luís, no Maranhão. Até então, as pesquisas sobre depressão realizadas em Sergipe seguem o mesmo padrão, uma vez que apenas foram encontradas, em busca nas bases de dados Scielo e Pepsic no mês de maio de 2020, investigações com pacientes que sofrem de fibromialgia (Santos et al., 2012), internos de medicina (Costa et al., 2012), pacientes com doença coronariana (Cunha et al., 2016), médicos (Aragão, Andrade, Mota, de Sant'Anna, & Aragão, 2014), diabéticos (Ramos et al., 2017) e depressão pós-parto (Silveira, Gurgel, Barreto, & Trindade, 2018),

Observa-se, portanto, um número reduzido de investigações sobre depressão com amostras da comunidade no Nordeste, persistindo a necessidade de se realizar mais pesquisas nessa região. Assim, possibilitaria a comparação entre contextos e compreensão de sua ocorrência e fatores associados. Além disso, o Nordeste possui peculiaridades tais como condição socioeconômica e nível de educação predominantemente baixos em

comparação a outras regiões do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2013), o que reforça a necessidade da realização deste levantamento. Além disso, destaca-se a necessidade da identificação dos fatores de risco associados a maior vulnerabilidade à depressão com vista a contribuir para o planejamento de programas e políticas públicas de prevenção e promoção em saúde mental. Diante disso, a presente pesquisa estimou a ocorrência da sintomatologia depressiva na população de Aracaju (Sergipe, Brasil) e avaliou as chances para depressão e diferentes níveis de severidade desse transtorno a partir da distribuição social do perfil amostral.

Método

Participantes

A pesquisa foi conduzida em Aracaju (Sergipe, Brasil), cidade com população estimada de quase 700 mil habitantes. A população é constituída por uma pequena maioria de mulheres (53,5 %) e pessoas com idade entre 19 e 60 anos (70 %) (IBGE, 2018). Tratou-se de uma pesquisa transversal de base populacional, com coleta de dados domiciliar em 15 distritos da cidade. A seleção dos distritos foi randomizada, sendo sorteados três bairros de cada região (Norte, Sul, Centro, Leste e Oeste) e duas avenidas de cada bairro.

Em cada residência abordou-se apenas um morador e os questionários foram aplicados em formato de entrevista, a fim viabilizar a participação de analfabetos e pessoas com dificuldades de leitura. A amostra final ficou composta por 693 participantes, com idade entre 18 e 63 anos, de ambos os sexos. Não foram entrevistados empregados domésticos, visitantes e pessoas portadoras de transtorno mental ou físico incapacitantes (autodeclarados).

Instrumentos

Utilizou-se um questionário sociodemográfico contendo informações sobre o sexo (masculino e feminino), idade (em anos), escolaridade (até o fundamental, médio e superior), ocupação laboral (não ou sim), cor de pele (outros, brancos e negros), relacionamento amoroso (não ou sim), filhos (não ou sim) e religião (não ou sim) dos participantes. Aplicou-se, ainda, um questionário clínico com questões sobre a presença de doença crônica (não ou sim) e índice de massa corporal

(IMC; abaixo do peso, eutrófico, sobrepeso e obesidade graus I, II e III). O IMC foi calculado a partir da altura e peso autodeclarados pelos participantes.

O Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996), versão traduzida e adaptada por Paranhos, Argimon e Werlang (2010), foi utilizado para avaliar os sintomas depressivos. O instrumento mede a intensidade da sintomatologia com base nos critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV), em pacientes psiquiátricos ou na população geral. A medida contém 21 itens dispostos numa escala de 0 a 3 pontos, com exceção dos itens 16 e 18 que apresentam possibilidade de respostas de 0 a 6 pontos. O escore final é obtido a partir da soma dos itens e pode variar de 0 a 63 pontos, sendo classificado em níveis mínimo ou ausência de depressão (0 a 13), leve (14 a 19), moderado (20 a 28) e grave [acima de 29 (Gomes-Oliveira, Gorenstein, Lotufo Neto, Andrade, & Wang, 2012)]. O estudo de evidências de validade do instrumento indicou adequação da medida ($\alpha = 0,93$; Faro & Pereira, 2020). Neste estudo, a escala apresentou α de 0,93.

Aspectos éticos e procedimentos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Os participantes foram abordados em suas residências, onde foram esclarecidas informações quanto aos objetivos do estudo, garantias de sigilo e direito de recusa ou retirada do consentimento. Os entrevistados que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas tiveram duração média de 20 min.

Análise dos dados

Foram conduzidas estatísticas descritivas, incluindo frequência percentual, média e desvios-padrão. Para avaliação dos preditores da sintomatologia depressiva, realizou-se análise de regressão logística binomial e multinomial. Na análise binomial e multinomial, o diagnóstico de depressão (presença e ausência) e os níveis de severidade da sintomatologia depressiva (leve, moderado e grave) foram inseridos como variáveis dependentes (VD), respectivamente. Em ambos os modelos, as variáveis sociodemográficas e clínicas

incluindo região da residência (Norte; Centro e Leste; Oeste; e Sul), sexo (masculino e feminino), idade categorizada (jovens adultos, adultos e adultos mais velhos), IMC (obesidade, sobrepeso e eutrófico), escolaridade (até o fundamental, médio e superior), relacionamento amoroso, doença crônica, filhos, religião (não e sim), trabalho (não ou sim) e cor dos participantes (outros, brancos e negros) foram inseridas como variáveis independentes (VI). Utilizou-se o método backward LR, que dispensa a realização das análises bivariadas para tomada de decisão quanto à inserção das variáveis no modelo, já que o método controla a covariância espúria ao longo dos blocos de análise (Field, 2011).

Resultados

Perfil amostral

A idade média dos entrevistados foi de 36,4 anos ($DP = 12,7$), sendo 55,7% ($n = 386$) do sexo feminino. A cor de pele parda foi predominante (45,3%; $n = 315$), seguida pelas cores de pele branca (27,7 %; $n = 192$), preta (13,7%; $n = 95$) e amarela ou outros (13,1%; $n = 91$). Acerca da escolaridade, 13,4% ($n = 93$) tinham até o ensino fundamental, 44,0% ($n = 305$) concluíram o ensino médio e 42,6% ($n = 295$) tinham formação superior. A maioria dos participantes informou estar em um relacionamento amoroso estável (69,0%; $n = 478$) e 56,7% tinham filhos ($n = 393$). Quanto à atividade laboral, 79,7% ($n = 552$) estavam empregados e 20,3% ($n = 141$) não trabalhavam ou apenas estudavam. A maior parte dos entrevistados afirmou seguir algum tipo de religião (71,6%; $n = 496$). Quando questionados sobre sua saúde, 80,8% ($n = 560$) declararam não ter nenhuma doença crônica, 81,4% ($n = 564$). Acerca do IMC, 50,2% ($n = 348$) se encontravam no grupo de eutróficos, 34,2% ($n = 237$) estavam com sobrepeso e 15,6% ($n = 108$) obesos.

Resultado do BDI-II

O escore médio geral dos participantes no BDI-II foi de 11,2 ($DP = 10,9$), sendo que 30,3% ($n = 210$) apresentaram diagnóstico positivo para depressão, com pontuação média de 24,6 ($DP = 10,03$) e 69,7% ($n = 483$) sem depressão, pontuando 5,3 pontos ($DP = 3,88$), em média. Dentre os participantes que tiveram diagnóstico positivo, a maior parte apresentou depressão leve (39,0%;

$n = 106$; $M = 16,2$; $DP = 1,89$), seguida dos níveis moderado (33,0%; $n = 89$; $M = 23,1$; $DP = 2,29$) e grave (28,0%; $n = 75$; $M = 38,7$; $DP = 7,37$).

Alterações no padrão do sono (item 16) foi o sintoma mais frequente na amostra em geral (58,3%) e nos grupos sem diagnóstico (46,6%) e com diagnóstico de nível moderado (91,5%). Dificuldades de concentração (item 19) foi o sintoma mais presente nos grupos com diagnóstico (86,2 %) e de nível leve de severidade (78,0 %).

No nível leve de severidade também houve alta frequência de cansaço ou fadiga (item 20; 78,0 %). Por fim, a perda de prazer (item 4) foi verificada em todos os indivíduos com nível grave de depressão. A tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas dos itens do BDI-II. Estão descritos os percentuais dos itens, médias e desvios padrão da amostra geral, grupos com e sem diagnóstico e níveis de severidade (leve, moderado e grave).

Tabela 1

Médias, desvios-padrão e frequências percentuais dos itens do BDI-II em Aracaju (Sergipe, Brasil)

Itens do BDI-II	Geral		Sem diagnóstico		Com diagnóstico		Leve		Moderado		Grave	
	M (DP)	%	M (DP)	%	M (DP)	%	M (DP)	%	M (DP)	%	M (DP)	%
1. Tristeza	0,36 (0,68)	28,3	0,14 (0,38)	13,0	0,90 (0,90)	63,3	0,43 (0,56)	41,5	0,77 (0,75)	63,4	1,70 (0,90)	94,7
2. Pessimismo	0,40 (0,71)	29,1	0,12 (0,33)	12,0	1,02 (0,93)	68,6	0,62 (0,60)	57,3	0,87 (0,86)	64,8	1,80 (0,97)	89,5
3. Fracasso passado	0,37 (0,75)	23,0	0,10 (0,38)	7,7	1,98 (1,00)	58,1	0,54 (0,77)	39,0	0,78 (0,87)	53,5	1,85 (0,90)	91,2
4. Perda de prazer	0,56 (0,82)	39,5	0,25 (0,52)	21,7	1,28 (0,94)	80,5	0,78 (0,66)	66,0	1,04 (0,72)	81,7	2,31 (0,71)	100, 0
5. Sentimento de culpa	0,51 (0,70)	42,4	0,28 (0,47)	28,2	1,04 (0,84)	75,2	0,78 (0,60)	68,3	0,81 (0,51)	76,1	1,71 (1,06)	84,2
6. Sentimento de punição	0,54 (0,96)	30,0	0,17 (0,48)	14,3	1,40 (1,22)	66,2	0,81 (1,05)	47,6	1,45 (1,20)	71,8	2,14 (1,07)	86,0
7. Autoestima	0,33 (0,74)	19,8	0,07 (0,31)	5,8	0,93 (1,05)	52,0	0,34 (0,67)	24,4	0,83 (0,91)	53,5	1,91 (0,96)	89,5
8. Autocrítica	0,62 (0,77)	42,2	0,35 (0,54)	32,7	1,23 (0,90)	80,5	0,92 (0,68)	75,6	1,02 (0,81)	74,6	1,92 (0,88)	94,7
9. Pensamentos ou desejos suicidas	0,20 (0,60)	13,3	0,03 (0,17)	3,1	0,60 (0,92)	36,7	0,15 (0,36)	16,0	0,30 (0,48)	28,2	1,59 (1,14)	77,2
10. Choro	0,63 (1,00)	34,3	0,35 (0,76)	21,0	1,28 (1,14)	65,2	0,91 (1,12)	48,8	1,30 (1,15)	67,6	1,77 (0,96)	86,0
11. Agitação	0,68 (0,93)	44,3	0,38 (0,72)	28,8	1,38 (1,00)	80,0	1,02 (0,91)	68,3	1,30 (1,00)	80,3	1,98 (0,80)	96,5
12. Perda de interesse	0,48 (0,76)	35,6	0,17 (0,40)	16,6	1,20 (0,91)	79,5	0,73 (0,70)	62,2	1,18 (0,85)	84,5	1,90 (0,83)	98,2
13. Indecisão	0,70 (0,92)	45,3	0,33 (0,60)	28,4	1,52 (1,00)	84,3	1,20 (1,00)	74,4	1,50 (1,01)	86,0	2,00 (0,80)	96,5
14. Desvalorização	0,32 (0,68)	21,5	0,05 (0,26)	5,0	0,94 (0,91)	59,5	0,56 (0,75)	40,2	0,80 (0,83)	56,3	1,68 (0,80)	91,2
15. Falta de energia	0,64 (0,72)	52,4	0,40 (0,53)	39,1	1,18 (0,81)	83,0	0,85 (0,61)	74,4	1,15 (0,76)	84,5	1,70 (0,86)	93,0
16. Alterações no padrão de sono	0,83 (0,86)	58,3	0,57 (0,70)	46,6	1,44 (0,90)	85,2	1,14 (0,90)	75,6	1,56 (0,78)	91,5	1,71 (0,90)	91,2
17. Irritabilidade	0,50 (0,77)	36,7	0,22 (0,44)	21,3	1,14 (0,98)	72,0	0,68 (0,76)	53,7	1,08 (0,93)	73,2	1,87 (0,88)	96,5
18. Alterações de apetite	0,63 (0,77)	48,2	0,36 (0,55)	33,3	1,25 (0,86)	82,4	0,92 (0,74)	73,2	1,32 (0,82)	86,0	1,64 (0,90)	91,2
19. Dificuldades de concentração	0,66 (0,83)	46,0	0,33 (0,57)	28,6	1,43 (0,85)	86,2	1,12 (0,75)	78,0	1,43 (0,80)	90,1	1,87 (0,86)	93,0
20. Cansaço ou fadiga	0,73 (0,83)	53,2	0,44 (0,60)	39,5	1,41 (0,90)	84,8	1,07 (0,80)	78,0	1,43 (0,84)	88,7	1,87 (0,94)	89,5
21. Perda de interesse por sexo	0,42 (0,78)	28,4	0,20 (0,54)	15,7	0,93 (0,98)	57,6	0,42 (0,66)	34,1	1,05 (0,92)	69,0	1,52 (1,08)	77,2

Nota. M = média; DP = desvio padrão; mínimo = 0; máximo = 3; % = frequência percentual relativa à presença do sintoma na amostra (valor diferente de zero). Amostra geral, $n = 693$; sem diagnóstico, $n = 483$; com diagnóstico, $n = 210$. Os níveis de severidade são estratificados apenas para o grupo com diagnóstico de rastreamento positivo ($n = 210$). Leve $n = 82$; moderado $n = 71$; grave $n = 57$.

Regressão logística binomial

O modelo obtido apresentou indicadores satisfatórios e foi capaz de prever corretamente em quase 70% dos casos (68,9%). Viu-se que os moradores das regiões Norte, Centro/Leste e Oeste apresentaram chances mais altas de compor o grupo com depressão em relação aos moradores da região Sul, com *OR* de 1,9 (*IC* 95% = 1,2 - 3,1; *p* = 0,007), 4,5 (*IC* 95% = 2,8 - 7,3; *p* < 0,001) e 2,5 (*IC* 95% = 1,6 - 4,0; *p* < 0,001), respectivamente. O sexo feminino (*OR* = 2,0; *IC* 95% = 1,3 - 2,7; *p* < 0,001) e os indivíduos que indicaram ter alguma doença crônica (*OR* = 2,0; *IC* 95% = 1,3 - 3,2; *p* = 0,002) demonstraram

duas vezes mais chances de estar no grupo com depressão; os jovens adultos (*OR* = 1,7; *IC* 95% = 1,0 - 2,9; *p* = 0,024) e os participantes com obesidade (*OR* = 1,6; *IC* 95% = 1,1 - 2,4; *p* = 0,13) apresentaram quase duas vezes mais chances de estarem no grupo com diagnóstico positivo para depressão. Por fim, os participantes desempregados tiveram 50% mais chance de compor o grupo com depressão (*OR* = 1,5; *IC* 95% = 1,0 - 2,3; *p* = 0,053). Cor de pele, escolaridade, relacionamento amoroso, filhos e religião não apresentaram significância estatística (*p* > 0,05). A tabela 2 apresenta a síntese dos resultados da regressão logística binomial.

Tabela 2

Resultados da regressão logística binomial para a depressão com o BDI-II em Aracaju (Sergipe, Brasil)

	Variáveis	F% (n = 693)	OR (IC 95%)	p-valor
Sexo	Masculino	44,3 (307)	-	-
	Feminino	55,7 (386)	1,9 (1,3 - 2,7)	< 0,001
Grupo etário	Adultos mais velhos	20,3 (141)	-	-
	Adultos intermediários	41,8 (290)	1,2 (0,7 - 2,0)	0,332
	Jovens adultos	37,8 (262)	1,7 (1,0 - 2,8)	0,024
Região	Sul	38,6 (268)	-	-
	Norte	16,8 (117)	1,9 (1,2 - 3,1)	0,007
	Centro e Leste	19,1 (133)	4,5 (2,8 - 7,3)	< 0,001
	Oeste	25,2 (175)	2,5 (1,6 - 4,0)	< 0,001
Ocupação	Trabalha	79,7 (552)	-	-
	Não trabalha	20,3 (141)	1,5 (1,0 - 2,3)	0,053
Doenças crônicas	Não	80,8 (560)	-	-
	Sim	19,2 (133)	2,0 (1,3 - 3,2)	0,002
Índice de massa corporal	Eutróficos	50,2 (348)	-	-
	Com sobrepeso	34,2 (237)	1,3 (0,7 - 2,2)	0,271
	Obesos	15,6 (108)	1,6 (1,1 - 2,4)	0,013

Nota. F% = frequência percentual; n = número de sujeitos; OR = Odds Ratio; IC 95% = intervalo de confiança de 95%; p-valor = significância estatística; Δ -2LL = 8,596; Omnibus test = 90,704 (*p* < 0,001); Nagelkerke R = 0,166 (aproximadamente 17% de variância explicada); Hosmer e Lemeshow χ^2 = 8,244 (*p* = 0,410) e; o modelo final teve capacidade preditiva de acertos total em quase 70% dos casos (68,9%).

Regressão logística multinomial

Os grupos leve, moderado e grave foram comparados com o grupo sem diagnóstico de depressão (grupo de referência). O modelo final teve capacidade preditiva de acertos total de 71,7%. Os participantes com alguma doença crônica obtiveram 2,5 vezes mais chance de estarem no grupo de nível leve de depressão (*IC* 95% = 1,3 - 5,0; *p* = 0,01). No grupo de nível moderado de depressão, apenas as variáveis escolaridade (*p* = 0,002) e trabalho (*p* = 0,003) apresentaram significância estatística. Os participantes com escolaridade até o ensino médio tiveram quase três ve-

zes mais chance de estarem no grupo de nível moderado de depressão (*OR* = 2,7; *IC* 95% = 1,4 - 5,1) e os desempregados *OR* de 2,3 (*IC* 95% = 1,3 - 4,1). Por fim, no grupo de nível grave de depressão, as variáveis IMC (*p* < 0,001) e doença crônica (*p* < 0,001) indicaram significância estatística. O grupo com obesidade demonstrou chance quase quatro vezes mais alta de compor o grupo de nível grave. Já os participantes com alguma doença crônica obtiveram *OR* de 5,0 (*IC* 95% = 2,5 - 10,0). A tabela 3 apresenta a síntese dos resultados da regressão logística multinomial.

Tabela 3

Resultados da regressão logística multinomial para a depressão com o BDI-II em Aracaju (Sergipe, Brasil)

Nível de severidade	Variável	F % (n = 693)	OR (IC 95 %)	p-valor
Leve	<i>Doença Crônica</i>			
	Não	80,8 (560)	-	-
	Sim	19,2 (133)	2,5 (1,3 - 5,0)	0,010
Moderada	<i>Escolaridade</i>			
	Superior	42,6 (295)	-	-
	Até o fundamental	13,4 (93)	1,9 (0,8 - 4,5)	0,111
	Médio	44,0 (305)	2,7 (1,4 - 5,1)	0,002
	<i>Ocupação</i>			
	Trabalha	79,7 (552)	-	-
	Não trabalha	20,3 (141)	2,3 (1,3 - 4,1)	0,003
Grave	<i>Índice de massa corporal</i>			
	Eutróficos	50,2 (348)	-	-
	Sobrepeso	34,2 (237)	1,2 (0,6 - 2,5)	0,553
	Obesos	15,6 (108)	3,7 (1,7 - 7,8)	< 0,001
	<i>Doença Crônica</i>			
	Não	80,8 (560)	-	-
	Sim	19,2 (133)	5,0 (2,5 - 10,0)	< 0,001

Notas. F % = frequência percentual; n = número de sujeitos; OR = Odds Ratio; IC 95 % = intervalo de confiança de 95%; p-valor = significância estatística; -2LL = 1227,015; $X^2 = 82,257$ ($p < 0,001$); Nagelkerke R = 0,132 (13,2 % de variância explicada); o modelo final teve capacidade preditiva de acertos total de 71,7 %.

Discussão

Sintomatologia depressiva

Este estudo objetivou analisar a prevalência de depressão na população Aracajuana e estimar a chance para o transtorno e níveis de severidade a partir da distribuição do perfil amostral. De acordo com dados do IBGE (2018), os achados desta pesquisa mostraram que o perfil sociodemográfico aproximou-se proporcionalmente à população de Aracaju no que se referiu ao sexo (maioria composta pelo sexo feminino), religião (catolicismo), cor de pele (maioria pretos ou pardos) e ocupação laboral (em torno de 80 %).

Os participantes pontuaram, em média, pouco abaixo do ponto de corte no BDI-II na versão brasileira (≥ 14 pontos; Gomes-Oliveira et al., 2012), resultado semelhante a outros achados na literatura utilizando o mesmo instrumento (Farina, Barry, Van Damme, Van Hie, & Raes, 2019; Georgi, Vlckova, Lukavsky, Kopecek, & Bares, 2019; Lim, Lee, Hwang, Hong, & Kim, 2019; Voderholzer, Hessler-Kaufmann, Lustig, & Läge, 2019). Apesar de pontuarem abaixo do ponto de corte, esse resultado sugere uma condição subclínica do diagnóstico, em que a amostra fica pouco abaixo do limiar classificatório da medida. Os indivíduos que pontuam pouco abaixo do limiar não são reconhecidos em contextos de cuidados

primários ou pesquisas comunitárias, pois são identificados como distintas daquelas que atendem ao limiar clínico e, conseqüentemente, não são focos de intervenções e políticas direcionadas (Enoki, Koda, Nishimura, & Kondo, 2019). Essa interpretação indica que o diagnóstico subclínico de depressão pode se constituir fator de risco para a ocorrência de um episódio de depressão maior em um prazo não distante (Benning & Oumeziane, 2017). Logo, o direcionamento do cuidado para tal condição é relevante, visto que esse grupo tem maior chance de buscar assistência à saúde nos próximos 12 meses em virtude do agravamento do quadro, caso não tenha recebido assistência em saúde mental apropriadamente (Enoki et al., 2019).

Quase 40 % da amostra apresentaram diagnóstico de rastreamento positivo para depressão, ou seja, detectou-se que quatro a cada 10 pessoas apresentaram sintomatologia depressiva. Em outro estudo com amostra oriunda do Nordeste brasileiro, Gonçalves et al. (2014) encontraram a prevalência de sintomas depressivos na cidade de Fortaleza em 31,0 %. Já na pesquisa de Coelho et al. (2013), a prevalência de depressão em diferentes Estados da região Nordeste foi identificada em 27,0 %. Em comparação às taxas de ocorrência verificadas em outros estudos com nordestinos, a ocorrência de sintomas depressivos em Aracaju

pode ser considerada similar, ainda que um pouco mais elevada que o observado naqueles levantamentos. Embora o rastreamento de sintomas depressivos na população em geral seja um fator importante para o diagnóstico, estudiosos recomendam que os profissionais de saúde avaliem os pacientes no contexto de sistemas integrados, permitindo um melhor gerenciamento dessa condição.

Quando somados, os níveis moderado ou grave alcançaram aproximadamente 60,0 % de ocorrência. A presença de sintomas depressivos, especialmente em níveis de severidades mais altos, tal como encontrado nesta pesquisa, tende a estar associada a um comprometimento funcional, diminuição da qualidade de vida, comorbidades de natureza física e mental e maior risco de mortalidade (Shin et al., 2017). O risco aumentado para suicídio e maior disfunção nas esferas individuais e sociais são também comuns (WHO, 2017). Logo, detectar que quatro em cada 10 participantes apresentaram potencial vulnerabilidade à depressão e que mais da metade dos que receberam o diagnóstico de rastreamento se encontram nos níveis mais severos do transtorno, ressalta a necessidade de ações mais consistentes de prevenção e promoção de saúde na comunidade.

Distribuição social da ocorrência e níveis de severidade da depressão

Região, sexo, doença crônica, grupo etário e IMC afetaram a chance de pertencer ao grupo com diagnóstico de rastreamento positivo para depressão. Já as variáveis escolaridade, ocupação laboral, doença crônica e IMC impactaram especialmente nos níveis de severidade da sintomatologia depressiva. Aracaju, apesar de ter sido considerada cidade da qualidade de vida em 2008, apresenta desigualdades na distribuição de renda da população. Segundo dados da Prefeitura (2015), um terço da população se encontra em situação de pobreza. Tratando-se dessa distribuição por região da capital, as desigualdades se expressam de forma ainda mais discrepante, em que a região Sul retém maior renda e as regiões Centro, Norte e Noroeste apresentam menor renda familiar (Prefeitura Municipal de Aracaju, 2015). No presente estudo, os residentes da região Norte, Centro/Leste e Oeste —regiões economicamente menos privilegiadas— tiveram mais

chances de compor o grupo com diagnóstico positivo de depressão. Apesar de não haver uma explicação direta na literatura para tal associação (região x diagnóstico), esse achado parece seguir a interpretação da relação entre depressão e status socioeconômico, em que quanto menor a renda do indivíduo, maior a vulnerabilidade (Assari, 2019; Cho et al., 2019; Verbeek et al., 2019).

O desemprego (Jardim, 2011) e níveis baixos de escolaridade (Coelho, 2013) são também fatores de risco para a depressão (Hakulinen, Musliner, & Agerbo, 2019), o que reitera a maior exposição das pessoas com menores recursos socioeconômicos ao adoecimento mental. Inclusive, o Estudo Whitehall II (Martikainen, Adda, Ferrie, Smith, & Marmot, 2003) já indicava a influência dos determinantes sociais (circunstâncias de trabalho, moradia, escolaridade, renda, entre outros) nos processos de saúde-doença. Isso também foi visto no presente estudo, em que estar desempregado e ter menor nível de escolaridade —importantes indicadores sociais— foram fatores de risco para a ocorrência de depressão. Ademais, essa relação entre determinantes sociais e adoecimento mental também está associado ao aumento do risco de comorbidades (Walker & Druss, 2017), reiterando uma importante questão de saúde pública.

Diferenças individuais por sexo na ocorrência de depressão representam disparidade em saúde e estão entre as descobertas mais robustas da pesquisa em psicopatologia (Hyde & Mezulis, 2020). A presente pesquisa seguiu estimativas globais, tendo as mulheres mais chances de estar no grupo com diagnóstico positivo para depressão (Ferrari et al., 2013). Em metanálise realizada por Salk, Hyde e Abramson (2017), viu-se que as mulheres tinham quase duas vezes mais chances de terem depressão comparativamente aos homens. A etiologia dessas diferenças é complexa e pode ser explicada a partir de aspectos biológicos, ambientais e psicológicos. Estudos indicam que fatores biológicos (genéticos e alterações hormonais) podem aumentar a susceptibilidade para depressão em mulheres (Green, Flash, & Reiss, 2019). Quanto aos fatores ambientais, as mulheres geralmente estão mais expostas a situações estressoras específicas, tais como sobrecarga devido ao desempenho de múltiplas tarefas, desvantagem social e violência, o que facilitam o desenvolvimento de sintomas (Oram, Khalifeh, &

Howard, 2017). Além disso, os níveis de neuroticismo, insatisfação com a imagem corporal e ruminação costumam ser mais elevados entre elas, o que parece contribuir para a ocorrência diferenciadamente superior de sintomas depressivos (Shors, Millon, Chang, Olson, & Alderman, 2017). Portanto, entende-se que a proporção diferenciada de mulheres exibindo sintomas depressivos não deve ser desprezada, pois se trata de um indício de vulnerabilidade, seja por razões sociais, biológicas ou psicológicas.

Jovens adultos (18 a 29 anos) tiveram maiores chance de estarem no grupo de indivíduos com depressão. Geralmente, o transtorno tem início nessa etapa do desenvolvimento, contribuindo significativamente para incapacidade no mundo e, na pior das hipóteses, podendo levar ao suicídio, considerado segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2017). A presença de sintomas nesse grupo está associada à maior risco de ocorrência de transtornos associados (Dindo, Reuber, Haddad, & Calarge, 2017), manutenção de relacionamentos abusivos (Verhallen, Renken, Marsman, & Ter Horst, 2019), abuso no consumo de informação digital ou vício em internet (Demir & Kutlu, 2016), entre outros comportamentos de risco, sendo um dos principais preditores de problemas mentais continuados na vida adulta tardia (Agerup, Lydersen, Wallander, & Sund, 2015). Em estudo longitudinal conduzido ao longo de 30 anos, os resultados indicaram que os sintomas depressivos tendem a ser mais altos em jovens adultos, diminuindo ao longo da idade adulta intermediária e aumentando novamente na idade mais avançada. Além disso, a trajetória do curso da doença se tornou mais proeminente ao longo da vida em decorrência da severidade da sintomatologia entre jovens adultos (Agerup et al., 2015). Por isso, essa etapa do desenvolvimento é uma importante janela em saúde e requer o direcionamento de ações em saúde nos diferentes níveis de atenção, a fim de promover o bem-estar e garantir maior qualidade de vida.

Pessoas com graus de obesidade I, II e III foram mais vulneráveis à depressão, o que está coerente com metanálise sobre essa relação, indicando que a obesidade acarreta ônus tanto na saúde física, como na mental (DeWit et al., 2010). Estudos apontam o estigma sofrido por pessoas com obesidade como uma das principais

causas da ocorrência de depressão nesse grupo (Ke Wu & Berry, 2017; Puhl et al., 2020). O estigma relacionado ao peso pode estar presente em ambientes educacionais, familiares, de trabalho e mesmo em contextos de saúde, provocando impactos negativos sobre a imagem corporal (Puhl et al., 2020). Outra metanálise na temática concluiu que o estigma esteve associado a inúmeros resultados psicológicos, como na ocorrência de distúrbios alimentares, transtornos ansiosos, fóbicos, de humor, entre outros. Constatou-se que quanto mais frequente a estigmatização, maiores são as chances de esses indivíduos comporem grupo de risco para ocorrência de depressão (Ke Wu & Berry, 2017).

Os achados desta pesquisa também indicaram que indivíduos com alguma doença crônica além de terem maior probabilidade de compor o grupo com depressão, apresentarem o transtorno nos seus níveis leve e grave. Isso demonstra que ter uma doença crônica não só afetou a possibilidade de diagnóstico positivo dos indivíduos, como também foi importante para identificar níveis de severidade. Tais resultados estão em conformidade com outros estudos em que pacientes com doenças crônicas apresentaram taxas de duas a três vezes mais altas de depressão (Li, Ge, Greene, & Dunbar-Jacob, 2019; Lotfaliany et al., 2018). O gerenciamento de doenças crônicas assume um papel central e cada vez mais vital na prestação de serviços de saúde no mundo e estudos chamam atenção para as implicações da coocorrência e da relação bidirecional com os sintomas depressivos. Isto é, pessoas com o transtorno podem apresentar alterações biológicas que aumentam o risco para o desenvolvimento de doenças crônicas e doentes crônicos podem apresentar limitações e vivenciar estressores que aumentam as chances para ocorrência de depressão. A etiologia dessa relação centra-se em fatores comportamentais e cognitivos, como adesão às recomendações de tratamento e estilo de vida e, biológicos, como processos pró-inflamatórios e fatores genéticos (Lotfaliany et al., 2018). Logo, detectar que indivíduos com alguma doença crônica apresentam maior vulnerabilidade à sintomatologia depressiva sugere a importância do entendimento integral das ações em saúde, visando a uma melhor evolução clínica e prognóstico para ambos os desfechos.

Limitações e conclusões

O presente estudo averiguou que a população de Aracaju apresentou índice de depressão considerado alto, quando comparado a outros estudos no Brasil. Identificou, ainda, fatores clínicos e sociodemográficos associados à presença e severidade de sintomas depressivos numa amostra comunitária. Os resultados reunidos podem contribuir com o planejamento de programas e políticas públicas em saúde mental, visando à prevenção e promoção de saúde de indivíduos que se encontram em grupos com maior vulnerabilidade à ocorrência de depressão. Espera-se que este estudo possa funcionar como parâmetro para a realização de outras pesquisas que utilizem amostragem na comunidade em geral, que ainda são escassas no Brasil.

Dentre as limitações desta investigação, aponta-se a impossibilidade de generalizar os resultados para outras populações que não de adultos, tais como crianças, adolescentes e idosos. Frente a essa limitação, espera-se que trabalhos futuros procurem replicar esta investigação com uma amostra mais diversificada em termos de grupos etários. Outra limitação se refere ao fato de nesta pesquisa não ter havido discriminação dos tipos de doença crônica dos participantes. A partir de tal informação, seria possível estimar as chances de depressão para as mais comuns doenças crônicas individual e coletivamente, sendo recomendado que próximas pesquisas investiguem eventuais diferenças no que diz respeito à vulnerabilidade à depressão. Tais ações certamente permitiriam um melhor acompanhamento da saúde pública no Brasil, já que a ocorrência de depressão se configura como um importante indicador de saúde da população.

Finalmente, recomenda-se que mais estudos domiciliares e com a população em geral sejam realizados no Nordeste do Brasil, a fim de se obter mais parâmetros para comparação, o que facilitaria o mapeamento de fatores de risco mais comuns nessa região. Além disso, é fundamental investigar a ocorrência de sintomas depressivos, tanto na Capital dos Estados, como em municípios menores. Esse tipo de rastreamento contribui com a geração de dados mais próximos da realidade de saúde mental da sociedade brasileira, especialmente na depressão, reconhecidamente um problema de saúde pública.

Referências

- Agerup, T., Lydersen, S., Wallander, J., & Sund, A. M. (2015). Associations between parental attachment and course of depression between adolescence and young adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(4), 632-642. <http://dx.doi.org/0.1007/s10578-014-0506-y>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, District of Columbia: APA.
- Aragão, J. A., Andrade, M. L., Mota, M. I. A., de Sant'Anna, M. E. C., & Aragão, F. P. R. (2014). Ocorrência de sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 341-346. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000043>
- Assari, S. (2019). Race, depression, and financial distress in a nationally representative sample of American adults. *Brain Sciences*, 9(2), 29-42. <https://doi.org/10.3390/brainsci9020029>
- Barros, M. B. D. A., Lima, M. G., Azevedo, R. C. S. D., Medina, L. B. D. P., Lopes, C. D. S., Menezes, P. R., & Malta, D. C. (2017). Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros—PNS 2013. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-10. <https://doi.org/gbj5xm>
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Benning, S. D. & Ait Oumeziane, B. (2017). Reduced positive emotion and underarousal are uniquely associated with subclinical depression symptoms: Evidence from psychophysiology, self-report, and symptom clusters. *Psychophysiology*, 54(7), 1010-1030. <http://dx.doi.org/10.1111/psyp.12853>
- Bessette, K. L., Karstens, A. J., Crane, N. A., Peters, A. T., Stange, J. P., Elverman, K. H., ... & Langenecker, S. A. (2020). A lifespan model of interference resolution and inhibitory control: Risk for depression and changes with illness progression. *Neuropsychology Review*, 30(4), 477-498. <https://doi.org/10.1007/s11065-019-09424-5>
- Cho, Y., Lim, T. H., Kang, H., Lee, Y., Lee, H., & Kim, H. (2019). Socioeconomic status and depression as combined risk factors for acute myocardial infarction and stroke: A population-based study of 2.7 million Korean adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 121, 14-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.01.016>
- CID-11-Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 11ª Revisão. Versão 2018.

- Recuperado de <https://icd.who.int/>
- Coelho, C. L. S., Crippa, J. A. S., Santos, J. L. F., Pinsky, I., Zaleski, M., Caetano, R., & Laranjeira, R. (2013). Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 142–149. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0875>
- Costa, E. F. O., Santana, Y. S., Santos, A. T. R. A., Martins, L. A. N., Melo, E. V., & Andrade, T. M. (2012). Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(1), 53–59. <https://doi.org/f2f366>
- Cunha, D. M. M., Anjos, T. S., Gois, C. F. L., Mattos, M. C. T., Carvalho, L. V., Carvalho, J., ... & Rodriguez, E. O. L. (2016). Depressive symptoms in patients with coronary artery disease. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(2), 323–328. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a12>
- De Wit, L., Luppino, F., Van Straten, A., Penninx, B., Zitman, F., & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research*, 178(2), 230–235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.04.015>
- Demir, Y. & Kutlu, M. (2016). The relationship between loneliness and depression: Mediation role of internet addiction. *Educational Process: International Journal*, 5(2), 97–105. <http://dx.doi.org/10.12973/edupij.2016.52.1>
- Dindo, L. N., Recober, A., Haddad, R., & Calarge, C. A. (2017). Comorbidity of migraine, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder in adolescents and young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 528–534. <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-016-9620-5>
- Enoki, H., Koda, M., Nishimura, S., & Kondo, T. (2019). Effects of attitudes towards ambiguity on subclinical depression and anxiety in healthy individuals. *Health Psychology Open*, 6(1), 1–7. <https://doi.org/10.1177/2055102919840619>
- Farina, F. R., Barry, T. J., Van Damme, I., Van Hie, T., & Raes, F. (2019). Depression diagnoses, but not individual differences in depression symptoms, are associated with reduced autobiographical memory specificity. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 173–186. <https://doi.org/10.1111/bjc.12207>
- Faro, A. & Pereira, C. R. (2020). Factor structure and gender invariance of the Beck Depression Inventory–second edition (BDI-II) in a community-dwelling sample of adults. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 16–31. <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1715222>
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., ... & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- Georgi, H. S., Vlckova, K. H., Lukavsky, J., Kopecek, M., & Bares, M. (2019). Beck Depression Inventory-II: Self-report or interview-based administrations show different results in older persons. *International Psychogeriatrics*, 31(5), 735–742. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001187>
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Lotufo Neto, F., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 389–394. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
- Gonçalves, D. A., Mari, J. J., Bower, P. Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., ... & Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: Rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 623–632. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
- Gonçalves, V. C. & Andrade, K. L. (2010). Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 289–299. Recuperado de <https://bit.ly/3PWBP4i>
- Green, T., Flash, S., & Reiss, A. L. (2019). Sex differences in psychiatric disorders: What we can learn from sex chromosome aneuploidies. *Neuropsychopharmacology*, 44(1), 9–21. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0153-2>
- Hakulinen, C., Musliner, K. L., & Agerbo, E. (2019). Bipolar disorder and depression in early adulthood and long-term employment, income, and educational attainment: A nationwide cohort study of 2,390,127 individuals. *Depression and Anxiety*, 36(11), 1080–1088. <https://doi.org/10.1002/da.22956>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336–346. <https://doi.org/ggs69d>
- Hyde, J. S. & Mezulis, A. H. (2020). Gender differences in depression: Biological, affective, cognitive, and sociocultural factors. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(1), 4–13. <http://dx.doi.org/10.1097/HRP.0000000000000230>

- Jardim, S. (2011). Depressão e trabalho: ruptura de laço social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (123), 84-92.
<https://doi.org/jq8m>
- Leite, I. D. C., Valente, J. G., Schramm, J. M. D. A., Daumas, R. P., Rodrigues, R. D. N., Santos, M. D. F., ... & Mota, J. C. D. (2015). Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 1551-1564.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111614>
- LeMoult, J., Humphreys, K. L., Tracy, A., Hoffmeister, J. A., Ip, E., & Gotlib, I. H. (2019). Meta-analysis: Exposure to early life stress and risk for depression in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.011>
- Li, H., Ge, S., Greene, B., & Dunbar-Jacob, J. (2019). Depression in the context of chronic diseases in the United States and China. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 117-122.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.11.007>
- Lim, S. U., Lee, E. H., Hwang, S. T., Hong, S. H., & Kim, J. H. (2019). The Beck Depression Inventory-II: Psychometric properties in Korean adult populations. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 300-307.
<http://dx.doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.3.003>
- Lotfaliany, M., Bowe, S. J., Kowal, P., Orellana, L., Berk, M., & Mohebbi, M. (2018). Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 241, 461-468.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.011>
- Martikainen, P., Adda, J., Ferrie, J. E., Smith, G. D., & Marmot, M. (2003). Effects of income and wealth on GHQ depression and poor self rated health in white collar women and men in the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(9), 718-723.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.9.718>
- Oliveira, D. C., Silva, M. L., Soares, F., Sampaio, S. C., Bittencourt, F. O., & Duarte, S. F. P. (2017). Avaliação da depressão em funcionários de uma instituição de ensino superior particular em Vitória da Conquista-BA. *Id on Line Revista de Psicologia*, 11(35), 392-404.
 Recuperado de <https://bit.ly/3joGW0N>
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159-170.
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
- Paranhos, M. E., De Lima Argimon, I. I., & Werlang, B. S. G. (2010). Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 383-392.
 Recuperado de <https://bit.ly/3YLVMP7>
- Prefeitura Municipal de Aracaju. (2015). *Plano diretor de desenvolvimento urbano de Aracaju – diagnóstico municipal*. Recuperado de <https://bit.ly/3YNA1hW>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Pearl, R. L. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *American Psychologist*, 75(2), 274-289.
<http://dx.doi.org/10.1037/amp0000538>
- Ramos, L. B., Santana, C. N., Araújo, L. L., Jesus, G. P., Gois, C. F., Santos, F. L., ... & Santos, E.F. (2017). Qualidade de vida, depressão e adesão ao tratamento de pessoas com diabetes. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 21(3), 261-268.
<http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2017.21.03.10>
- Rodríguez, M. R., Nuevo, R., Chatterji, S., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(1), 181.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-12-181>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822.
<http://dx.doi.org/10.1037/bul0000102>
- Santos, E. B., Quintans Junior, L. J. Q., Fraga, B. P., Macieira, J. C. & Bonjardim, L. R. (2012). Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 590-596.
<https://bit.ly/3hYIVtk>
- Shin, C., Kim, Y., Park, S., Yoon, S., Ko, Y. H., Kim, Y. K., ... & Han, C. (2017). Prevalence and associated factors of depression in general population of Korea: Results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2014. *Journal of Korean Medical Science*, 32(11), 1861-1869.
<http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2017.32.11.1861>
- Shors, T. J., Millon, E. M., Chang, H. Y. M., Olson, R. L., & Alderman, B. L. (2017). Do sex differences in rumination explain sex differences in depression? *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 711-718.
<http://dx.doi.org/10.1002/jnr.23976>
- Verbeek, T., Bockting, C. L., Beijers, C., Meijer, J. L., van Pampus, M. G., & Burger, H. (2019). Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression. *Women and Birth*, 32(1), 138-143.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.005>
- Verhallen, A. M., Renken, R. J., Marsman, J. B. C., & Ter Horst, G. J. (2019). Romantic relationship

- breakup: An experimental model to study effects of stress on depression (-like) symptoms. *PLoS One*, 14(5), e0217320.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217320>
- Voderholzer, U., Hessler-Kaufmann, J. B., Lustig, L., & Läge, D. (2019). Comparing severity and qualitative facets of depression between eating disorders and depressive disorders: Analysis of routine data. *Journal of Affective Disorders*, 257, 758-764.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.029>
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A., ... & Coggeshall, M. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545-1602.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Walker, E. R. & Druss, B. G. (2017). Cumulative burden of comorbid mental disorders, substance use disorders, chronic medical conditions, and poverty on health among adults in the USA. *Psychology, health & medicine*, 22(6), 727-735.
<http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2016.1227855>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Widiana, H. S., Simpson, K., & Manderson, L. (2018). Cultural expressions of depression and the development of the Indonesian Depression Checklist. *Transcultural Psychiatry*, 55(3), 339-360.
<http://dx.doi.org/10.1177/1363461518764491>
- Wu, Y. K. & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1030-1042.
<http://dx.doi.org/10.1111/jan.13511>

Data de recebimento: 3 de junho de 2020

Data de recebimento da revisão 1: 13 de setembro de 2020

Data de recebimento da revisão 2: 30 de agosto de 2022

Data de recebimento da revisão 3: 11 de outubro de 2022

Data de aceitação: 11 de outubro de 2022