

**Prevalência de sintomas depressivos e associação com fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, uso de álcool e violência: Estudo transversal na Atenção Primária à Saúde, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil**

Prevalence of depressive symptoms and association with sociodemographic factors, self-perceived health, alcohol use and violence: A cross-sectional study in Primary Health Care, Municipality of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil

Prevalencia de síntomas depresivos y asociación con factores sociodemográficos, autopercepción de salud, consumo de alcohol y violencia: Estudio transversal en Atención Primaria de Salud, Municipio de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil

Recebido: 15/04/2024 | Revisado: 26/04/2024 | Aceitado: 27/04/2024 | Publicado: 29/04/2024

**Rafael Ferreira Simões<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6433-5593>  
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
E-mail: [rafaelfsimoes@yahoo.com.br](mailto:rafaelfsimoes@yahoo.com.br)

**Helian Nunes de Oliveira<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1635-5175>  
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
E-mail: [heliannunes@gmail.com](mailto:heliannunes@gmail.com)

**Carla Jorge Machado<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6871-0709>  
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
E-mail: [carlajm@ufmg.br](mailto:carlajm@ufmg.br)

**Ricardo Tavares<sup>3</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9060-0477>  
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil  
E-mail: [prof.ricardotavares@gmail.com](mailto:prof.ricardotavares@gmail.com)

**Elza Machado de Melo<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3577-0721>  
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
E-mail: [elzamel@medicina.ufmg.br](mailto:elzamel@medicina.ufmg.br)

**Resumo**

Objetivo: Analisar a associação entre sintomas depressivos e os fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, uso de álcool e violência em amostra de usuários da Atenção Primária à Saúde (APS), do Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. Métodos: Entrevistou-se 1125 pacientes e filtrou-se 1105 pacientes maiores. Avaliou-se sintomas de depressão (baseado no DSM IV) e fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, uso de álcool e exposição à violência. Aplicou-se análises univariadas, bivariadas e regressão logística. Resultados: A prevalência de depressão foi de 31,0% - dentre as mulheres foi de 35,1% e dentre os homens foi de 19,7% ( $p < 0,0001$ ). Os fatores associados foram sexo feminino, OR 3,3 (1,7 - 6,5); Renda baixa, OR 2,6 (1,1 - 6,3); Não trabalhar em atividade remunerada, OR 1,9 (1,1 - 3,7); Autopercepção de Saúde negativa, OR 2,3 (1,2 - 4,2); CAGE positivo, OR 3,3 (1,5 - 7,1); Beber em binge, OR 2,2 (1,2 - 4,3); Amnésia Alcoólica, OR 2,2 (1,0 - 4,9) e ter tido familiar assassinado, OR 2,2 (1,1 - 4,2). Conclusão: A prevalência de sintomas depressivos converge com estudos e identificou-se os fatores associados sexo feminino, baixa renda, não trabalhar em atividade remunerada, autopercepção de saúde negativa, uso abusivo de álcool e ter tido familiar assassinado.

**Palavras-chave:** Depressão; Transtorno depressivo; Prevalência; Medidas de associação; Violência; Atenção primária à saúde.

---

<sup>1</sup> Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Estatística, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Brasil.

### Abstract

**Background:** Depression represents an important health problem and has a prevalence of 9.7% in Brazil. As for the Burden of Disease, depression ranks as the 3rd cause of Years Lived with Disability (YLD) in the world and the 4th cause in Brazil. **Objective:** to analyze the association between depressive symptoms and sociodemographic factors, self-perceived health, alcohol use, and violence in a sample of Primary Health Care (PHC) users, Municipality of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. **Methods:** A total of 1,125 PHC patients from Belo Horizonte participated in the study (16 years or older). A filter was applied to 1,105 patients over 18 years of age. Depressive symptoms (based on DSM IV) and sociodemographic factors, self-perceived health, alcohol use, and exposure to violence were evaluated. **Results:** The prevalence of depressive syndrome was 31.4%. The associated factors identified were female, OR 3.3 (1.7-6.5); low income, OR 2.6 (1.1-6.3); not working in a paid activity, OR 1.9 (1.1-3.7); negative self-perceived health, OR 2.3 (1.2-4.2); positive CAGE, OR 3.3 (1.5-7.1); binge drinking, OR 2.2 (1.2-4.3); alcoholic amnesia, OR 2.2 (1.0-4.9) and murdered family member, OR 2.2 (1.1-4.2). **Conclusion:** The prevalence of depressive symptoms is similar to that of other studies, and the factors associated with females, low income, not working in a paid activity, negative self-perceived health, alcohol abuse, and a murdered family member were identified.

**Keywords:** Depression; Depressive disorder; Depressive symptoms; Prevalence; Measures of association; Violence; Primary health care.

### Resumen

**Objetivo:** Analizar la asociación entre síntomas depresivos y factores sociodemográficos, salud autopercebida, consumo de alcohol y violencia en una muestra de usuarios de Atención Primaria de Salud (APS), Municipio de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** Se entrevistó a un total de 1125 pacientes y se filtraron 1105 pacientes mayores. Se evaluaron los síntomas de depresión (según el DSM IV) y los factores sociodemográficos, la salud autopercebida, el consumo de alcohol y la exposición a la violencia. Se aplicaron análisis univariados y bivariados y regresión logística. **Resultados:** La prevalencia de depresión fue de 31,0%, entre las mujeres fue de 35,1% y entre los hombres de 19,7% ( $p < 0,0001$ ). Los factores asociados fueron: sexo femenino, OR 3,3 (1,7 - 6,5); Bajos ingresos, OR 2,6 (1,1 - 6,3); No trabajar en una actividad remunerada, OR 1,9 (1,1 - 3,7); Autopercepción negativa de la salud, OR 2,3 (1,2 - 4,2); JAULA positiva, OR 3,3 (1,5 - 7,1); Consumo excesivo de alcohol, OR 2,2 (1,2 - 4,3); Amnesia alcohólica, OR 2,2 (1,0 - 4,9) y haber tenido un miembro de la familia asesinado, OR 2,2 (1,1 - 4,2). **Conclusión:** La prevalencia de síntomas depresivos converge con los estudios e identificó los factores asociados como el sexo femenino, los bajos ingresos, no trabajar en una actividad remunerada, la autopercepción negativa de la salud, el abuso de alcohol y haber tenido un familiar asesinado.

**Palabras clave:** Depresión; Trastorno depresivo; Prevalencia; Medidas de asociación; Violencia; Atención primaria de salud.

## 1. Introdução

A depressão representa um importante agravo à saúde, tanto por sua prevalência, quanto por seu impacto na morbimortalidade. A prevalência de síndrome depressiva encontrada na população geral do Brasil é de 9,7%, conforme o *The Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Barros et al., 2017), ao passo que na população da Atenção Primária à Saúde (APS) é entre 21,4% e 31%, utilizando o *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) (D. A. Gonçalves et al., 2014). Além disso, a depressão apresenta morbimortalidade que pode ser expressa por meio da Carga de Doença dos Transtornos Depressivos, que em 2017 alcançou a terceira causa não-fatal de Anos Vividos com Incapacidade no mundo (tradução de *Years Lived with Disability* -YLD) (James et al., 2018). Quanto ao Brasil, a depressão ocupou o 4º lugar no ranking de Carga de Doença em YLD, com 1,2 milhões de anos (Bonadiman et al., 2020).

Quanto aos principais fatores associados à depressão, têm-se a história pessoal ou familiar de depressão, tentativa de suicídio, consumo de álcool e de substâncias ilícitas, doenças crônicas, autopercepção de saúde negativa, eventos estressores de vida (incluindo perdas, como luto ou divórcio), exposição à violência, sexo feminino, baixa renda, desemprego e raça/cor de pele (Almeida-Filho et al., 2004; Andrade et al., 2012; Hawton et al., 2013; Nogueira et al., 2014; Siu et al., 2016; Smolen & Araújo, 2017; World Health Organization, 2010).

Sobre o curso de um episódio depressivo, a duração mediana é de 12 semanas e o tempo médio para recuperação de um episódio varia entre dois e três anos, sendo que metade dos que tiveram um primeiro episódio não terão recorrência, 35% terão e 15% nem alcançarão remissão sustentada por 12 meses (Eaton et al., 2008). Outro estudo de coorte encontrou taxa de recorrência em 15 anos de 85%, caindo para 58% entre os que permaneceram assintomáticos por 5 anos (Mueller et al., 1999).

Quanto ao diagnóstico de depressão, este ocorre em apenas uma fração dos casos da população. Uma expressão significativa deste problema são os estudos sobre depressão na APS, eles apontam que entre 30% e 50% dos casos não são identificados sem o uso de entrevistas padronizadas (Arroll et al., 2010; Gilbody, 2003). Além disso, os pacientes com depressão utilizam mais o serviço de saúde (Simon et al., 2002). Quanto ao tratamento, considerando a população geral com depressão, 78,8% não recebem nenhum tratamento e 14,1% recebem apenas farmacoterapia (Lopes et al., 2016). Acrescenta-se que, entre as barreiras para o tratamento, figuram o receio do paciente sobre os custos, dúvidas sobre os efeitos adversos, constrangimento em fazer tratamento psiquiátrico, apreensão de perder oportunidades de trabalho, longa distância da unidade de saúde e desencorajamento pela família (Simon et al., 2004). Diante desse cenário, ações que melhorem o acesso à saúde e que qualifiquem o diagnóstico e o tratamento da depressão podem contribuir para melhoria da assistência em saúde (Gonçalves et al., 2014; Lopez et al., 2006; Patel et al., 2007).

Diante da importância desse tema e da carência de estudos na população do Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, esse estudo visa avaliar a prevalência de sintomas de depressão em usuários da APS do SUS de Belo Horizonte, bem como investigar os fatores associados, como fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, consumo de bebidas alcoólicas e situação de violência.

## 2. Metodologia

Esse trabalho integra a Pesquisa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica, que visa investigar o perfil da violência, seus determinantes e formas de enfrentamento em Belo Horizonte e em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Essa capital é dividida em nove distritos sanitários e apresenta sua APS constituída por 152 Unidades Básicas de Saúde (UBS's), com 588 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (Belo Horizonte, 2018).

Esse estudo adota observação transversal, quantitativa (Bonita et al., 2010; Pereira et al., 2018) e empregou questionário estruturado aplicado pelos pesquisadores aos usuários entrevistados da APS de Belo Horizonte. A amostra de usuários da APS foi definida por estratificação - com referência aos nove distritos sanitários - e combinada com amostragem por conglomerado em dois estágios. O primeiro estágio consistiu no sorteio de cinco UBS dentro de cada regional e o segundo estágio no recrutamento de 25 usuários dentro de cada UBS, por meio de amostra aleatória sistemática. Assim, foram selecionadas o total de 45 UBS e de 1125 usuários, segundo parâmetros estatísticos com margem de erro de 1,63% e intervalo de confiança de 95%. Os critérios de inclusão foram ter mais que 16 anos, residir no território da UBS há pelo menos 6 meses e já ter sido atendido na UBS antes da entrevista.

O instrumento consistiu em questionário estruturado com 289 questões, disposto em 14 blocos temáticos: Características pessoais e sociofamiliares, Trabalho, Relações pessoais e comunitárias, Relação com a unidade básica de saúde, Assistência Farmacêutica, Assistência social, Percepção de Saúde, Consumo de bebidas alcoólicas, Apoio Matricial em Saúde Mental, Atividades físicas, Relação aos papéis de gênero, Situação de violência no território da unidade, Enfrentamento da violência e Doenças estigmatizantes.

Participaram da coleta 23 entrevistadores discentes do programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (graduados em Medicina, Enfermagem, Psicologia e Assistência Social. Esses pesquisadores receberam treinamento para a aplicação do questionário por meio de oficinas teóricas e realizaram teste prático piloto em uma UBS. Além disso, no dia da coleta cada grupo contava com um coordenador na UBS. As entrevistas ocorreram entre 1º de março e 22 de maio de 2017.

O estudo atendeu às recomendações éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Houve esclarecimento e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo COEP/UFMG e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH) (projeto CAAE – 011480812.1.0000.5149; número do parecer: 1499847).

Os dados quantitativos foram armazenados em bancos de dados, utilizando-se o software Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versão 17.0 (SPSS Inc, 2008). Para tanto, os dados foram digitados e, posteriormente, conferidos de modo independente por dois pesquisadores treinados.

Esse estudo visa estudar depressão. Para abordar esse recorte, utilizou-se o banco de dados da pesquisa mencionada e definiu-se como variável resposta os casos positivos de depressão, segundo os critérios A do DSM-IV, que requer pelo menos cinco respostas positivas a nove questões, sendo pelo menos uma resposta das duas primeiras – humor deprimido e redução de prazer. Ressalta-se que a definição de caso positivo para depressão neste artigo adotou pontuação baseada na síndrome definida pelos critérios do DSM IV, ao passo que o diagnóstico propriamente médico de Transtorno Depressivo Maior requer consulta com profissional treinado, que considera diagnósticos diferenciais, e resulta em diagnósticos mais estritos.

Além da variável desfecho depressão, avaliou-se 24 variáveis explicativas, como as sociodemográficas sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor, escolaridade, renda familiar e trabalho remunerado; as variáveis clínicas Autopercepção de Saúde, tabagismo e de consumo de álcool: CAGE positivo, ter bebido em binge, ter tido amnésia alcoólica e não ter realizado tarefas esperadas devido ao uso de álcool; e, por fim, as variáveis sobre violência ter presenciado evento violento no bairro, conhecer pessoa assassinada, ter tido familiar assassinado, ter sofrido violência no ano anterior, ter sofrido violência física, verbal, moral ou sexual, ter tentado suicídio, ter familiar que se suicidou.

Esse trabalho adotou como filtro os 1105 participantes maiores de 18 anos. Procedeu-se com a análise inicial univariada para descrever a distribuição de frequências absoluta e relativa das variáveis estudadas. Também, aplicou-se uma análise bivariada para a avaliação das variáveis explicativas conforme a presença ou não da variável resposta depressão. Para tanto, utilizou-se o teste qui-quadrado para avaliar a homogeneidade e considerou-se resultados estatisticamente significativos caso o valor de  $p$  fosse inferior a 0,05.

Além disso, utilizou-se a regressão logística binária para avaliar associações entre a variável resposta depressão e suas explicativas; o ajuste do modelo de regressão logística foi avaliado por meio do teste de Hosmer e Lemeshow que examina se a proporção observada de eventos (casos de depressão) é similar às probabilidades preditas de ocorrências desses eventos em subgrupos. Neste teste,  $H_0$  significa que o modelo se ajusta bem aos dados, conforme Hosmer e Lemeshow (1980) e Lemeshow e Hosmer (1982). Para tanto, as variáveis selecionadas foram submetidas individualmente à triagem Teste para a Bondade do Ajuste, ao que foram selecionadas aquelas que apresentaram valor de  $p$  menor que 0,25.

Prosseguiu-se com a análise dessas variáveis selecionadas, tomadas em conjunto. Em seguida, excluiu-se a cada etapa do ajuste a variável de maior valor de  $p$ , até que restaram apenas as que não excediam 0,05. Por fim, baseado no modelo de regressão logística, estimou-se as probabilidades de depressão segundo fatores associados em diversos cenários. Foram obtidas as razões de chances (OR) para cada variável incluída no modelo final, utilizando um intervalo de confiança de 95%. Para esta análise, utilizou-se o software R.

### 3. Resultados

Analisou-se as respostas dos 1.105 participantes maiores de 18 anos, sendo 291 (26,3%) do masculino e 814 (73,7%) do sexo feminino. Por meio da análise univariada, revelou-se a prevalência de casos positivos de depressão em 31,4% da amostra. Além disso, 20,7% da amostra tem a faixa etária entre 35 e 44 anos; 48,3% são casados/união estável; 74,3% são de não-brancos; 41,7% concluíram o ensino médio; 67,7% têm renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (SM); 51,6% trabalham em atividade remunerada.

Por meio da análise bivariada dos dados sociodemográficos, dentre as mulheres, a prevalência de casos positivos de depressão foi de 35,5%, com valor de  $p < 0,0001$ . Ademais, identificou-se que os participantes com idade entre 35-44 anos tiveram prevalência de depressão de 40,2% ( $p = 0,049$ ); os casados apresentaram taxa de depressão de 25,5%, ao passo que solteiros 36,0%, viúvos 37,9% e separados 38,5% ( $p = 0,0010$ ). Além disso, os sem escolaridade apresentaram prevalência de 37,6% ( $p = 0,0031$ ); os com renda familiar menor que 1 SM apresentaram prevalência de depressão de 38,8% ( $p = 0,0017$ ) e os que não realizam atividade remunerada 36,0% ( $p = 0,0036$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição bivariada da prevalência de casos depressivos, segundo o perfil sociodemográfico, em 1.105 usuários da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte - MG, 2017.

Variáveis sociodemográficas	Caso de depressão								Total		Valor de p
	Sim		Não		Não se aplica		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>											
Feminino	289	35,5	501	61,5	12	1,5	12	1,5	814	73,7	<b>&lt; 0,0001</b>
Masculino	58	19,9	228	78,4	3	1,0	2	0,7	291	26,3	
<b>Grupo etário (em anos)</b>											
18-24	41	29,7	88	63,8	3	2,2	6	4,3	138	12,5	0,0490
25-34	57	27,7	145	70,4	1	0,5	3	1,5	206	18,6	
35-44	92	40,2	132	57,6	2	0,9	3	1,3	229	20,7	
45-54	55	28,5	134	69,4	3	1,6	1	0,5	193	17,5	
55-64	62	31,5	131	66,5	3	1,5	1	0,5	197	17,8	
65 ou mais	40	28,2	99	69,7	3	2,1	0	0,0	142	12,9	
<b>Estado civil</b>											
Solteiro	137	36,0	232	60,9	6	1,6	6	1,6	381	34,5	<b>0,0010</b>
Casados/ União	136	25,5	383	71,7	7	1,3	8	1,5	534	48,3	
Separado/ Divorciado	47	38,5	73	59,8	2	1,6	0	0,0	122	11,0	
Viúvo	25	37,9	41	62,1	0	0,0	0	0,0	66	6,0	
Não informado	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	
<b>Cor da pele/ Raça</b>											
Branco	79	28,2	191	68,2	5	1,8	5	1,8	280	25,3	0,1926
Não-branco	268	32,6	534	65,0	10	1,2	9	1,1	821	74,3	
Não informado	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	4	0,4	
<b>Escolaridade</b>											
Sem escolaridade	115	37,6	182	59,5	5	1,6	4	1,3	306	27,7	<b>0,0031</b>
Ensino fundamental	85	34,8	153	62,7	3	1,2	3	1,2	244	22,1	
Ensino médio	123	26,7	326	70,7	5	1,1	7	1,5	461	41,7	
Ensino superior/Pós-graduação	23	24,7	68	73,1	2	2,2	0	0,0	93	8,4	
Não informado	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	

<b>Renda familiar (em salários mínimos)</b>											
Menor que 1	50	38,8	73	56,6	0	0,0	6	4,7	129	11,7	<b>0,0017</b>
De 1 a 3	242	32,4	483	64,6	15	2,0	8	1,1	748	67,7	
4 ou mais	32	21,2	119	78,8	0	0,0	0	0,0	151	13,7	
Não informado	23	29,9	54	70,1	0	0,0	0	0,0	77	7,0	
<b>Atualmente, você trabalha em atividade remunerada?</b>											
Sim	158	27,7	399	70,0	6	1,1	7	1,2	570	51,6	<b>0,0036</b>
Não	184	36,0	314	61,4	6	1,2	7	1,4	511	46,2	
Não informado	5	20,8	16	66,7	3	12,5	0	0,0	24	2,2	
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>31,4</b>	<b>729</b>	<b>66,0</b>	<b>15</b>	<b>1,4</b>	<b>14</b>	<b>1,3</b>	<b>1.105</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa.

Sobre a análise bivariada das variáveis clínicas, os usuários com autopercepção de saúde positiva apresentaram taxa de depressão de 23,2%, contra 46,1% entre os com autopercepção negativa ( $p < 0,0001$ ). Dentre os que tiveram consumo de álcool com CAGE positivo, 58,8% mostravam depressão, ao passo que os que tiveram CAGE negativo exibiam em 24,9% ( $p < 0,0001$ ). Entre os tabagistas, a taxa de depressão foi de 46,7%, contra 30,2% entre os não-tabagistas ( $p < 0,0004$ ) (Tabela 2).

Quanto à bivariada das variáveis sobre violência, os participantes que presenciaram evento violento no bairro com frequência apresentaram prevalência de depressão de 39,9%, ao passo que os que raramente ou nunca presenciaram tiveram 29,3% ( $p = 0,0017$ ). Os que tiveram familiar assassinado tiveram depressão em 37,8%, contra 29,3% entre os que não tiveram ( $p = 0,0087$ ). Os que sofreram violência física em 12 meses apresentaram taxa de depressão de 47,9%, enquanto os que não sofreram tiveram 30,7% ( $p = 0,0041$ ). Por fim, os usuários com histórico de tentativa de autoextermínio tiveram taxa de depressão de 68,9%, contra 27,0% entre os que não tiveram histórico desse ato ( $p < 0,0001$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição bivariada da prevalência de casos depressivos, segundo as variáveis clínicas e de violência, em 1.105 usuários da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte - MG, 2017.

Variáveis clínicas ou de violência	Caso de depressão								Total		Valor de p
	Sim		Não		Não se aplica		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
<b>Autopercepção de saúde</b>											
Positiva	155	23,2	498	74,4	7	1,0	9	1,3	669	60,5	<b>&lt; 0,0001</b>
Negativa	190	46,1	210	51,0	8	1,9	4	1,0	412	37,3	
Não informado	2	8,3	21	87,5	0	0,0	1	4,2	24	2,2	
<b>Teste CAGE</b>											
Positivo	40	58,8	26	38,2	0	0,0	2	2,9	68	6,2	<b>&lt; 0,0001</b>
Negativo	77	24,9	225	72,8	2	0,6	5	1,6	309	28,0	
Não se aplica	225	32,6	446	64,5	13	1,9	7	1,0	691	62,5	
Não informado	5	13,5	32	86,5	0	0,0	0	0,0	37	3,3	
<b>Frequência com que bebe em binge (8 doses para homens e 6 para mulheres)?</b>											

Nunca	28	22,6	91	73,4	0	0,0	5	4,0	124	11,2	<b>0,0038</b>
Alguma(s) Vez(es)	75	38,9	116	60,1	1	0,5	1	0,5	193	17,5	
Não se aplica	230	31,9	471	65,2	13	1,8	8	1,1	722	65,3	
Não informado	14	21,2	51	77,3	1	1,5	0	0,0	66	6,0	
<b>Com que frequência durante o último ano, não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?</b>											
Nunca	71	25,0	206	72,5	2	0,7	5	1,8	284	25,7	<b>0,0001</b>
Alguma(s) Vez(es)	33	50,8	30	46,2	0	0,0	2	3,1	65	5,9	
Não se aplica	230	32,8	452	64,4	13	1,9	7	1,0	702	63,5	
Não informado	13	24,1	41	75,9	0	0,0	0	0,0	54	4,9	
<b>Com que frequência durante o último ano, deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcóolicas?</b>											
Nunca	89	28,8	212	68,6	2	0,6	6	1,9	309	28,0	<b>0,0153</b>
Alguma(s) Vez(es)	22	47,8	23	50,0	0	0,0	1	2,2	46	4,2	
Não se aplica	225	32,3	452	64,8	13	1,9	7	1,0	697	63,1	
Não informado	11	20,8	42	79,2	0	0,0	0	0,0	53	4,8	
<b>Usa cigarro?</b>											
Sim	56	46,7	63	52,5	0	0,0	1	0,8	120	10,9	<b>0,0004</b>
Não	288	30,2	639	67,1	14	1,5	12	1,3	953	86,2	
Não informado	3	9,4	27	84,4	1	3,1	1	3,1	32	2,9	
<b>Já presenciou evento violento no território da UBS?</b>											
Sempre/Quase sempre	103	39,9	145	56,2	5	1,9	5	1,9	258	23,3	<b>0,0017</b>
Raramente/ Nunca	242	29,3	566	68,4	10	1,2	9	1,1	827	74,8	
Não informado	2	10,0	18	90,0	0	0,0	0	0,0	20	1,8	
<b>Conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade?</b>											
Sim	176	34,5	322	63,1	6	1,2	6	1,2	510	46,2	0,0858
Não	166	29,4	381	67,6	9	1,6	8	1,4	564	51,0	
Não informado	5	16,1	26	83,9	0	0,0	0	0,0	31	2,8	
<b>Teve algum familiar ou parente que foi assassinado?</b>											
Sim	116	37,8	186	60,6	2	0,7	3	1,0	307	27,8	<b>0,0087</b>
Não	226	29,3	522	67,7	13	1,7	10	1,3	771	69,8	
Não informado	5	18,5	21	77,8	0	0,0	1	3,7	27	2,4	
<b>Nos últimos 12 meses, sofreu alguma violência física no território da UBS?</b>											
Sim	130	52,2	114	45,8	3	1,2	2	0,8	249	22,5	<b>&lt; 0,0001</b>
Não	210	26,0	578	71,4	10	1,2	11	1,4	809	73,2	
Não informado	7	14,9	37	78,7	2	4,3	1	2,1	47	4,3	

<b>Nos últimos 12 meses, sofreu agressão física?</b>											
Sim	34	47,9	37	52,1	0	0,0	0	0,0	71	6,4	<b>0,0041</b>
Não	301	30,7	655	66,8	12	1,2	12	1,2	980	88,7	
Não informado	12	22,2	37	68,5	3	5,6	2	3,7	54	4,9	
<b>Nos últimos 12 meses, sofreu agressão verbal?</b>											
Sim	117	49,2	115	48,3	3	1,3	3	1,3	238	21,5	<b>&lt; 0,0001</b>
Não	220	26,9	579	70,7	10	1,2	10	1,2	819	74,1	
Não informado	10	20,8	35	72,9	2	4,2	1	2,1	48	4,3	
<b>Nos últimos 12 meses, sofreu agressão moral ou psicológica?</b>											
Sim	95	60,1	61	38,6	1	0,6	1	0,6	158	14,3	<b>&lt; 0,0001</b>
Não	239	26,8	631	70,7	11	1,2	11	1,2	892	80,7	
Não informado	13	23,6	37	67,3	3	5,5	2	3,6	55	5,0	
<b>Nos últimos 12 meses, sofreu agressão sexual?</b>											
Sim	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	11	1,0	0,1937
Não	328	31,6	686	66,1	12	1,2	12	1,2	1038	93,9	
Não informado	13	23,2	38	67,9	3	5,4	2	3,6	56	5,1	
<b>Já fez alguma tentativa de suicídio?</b>											
Sim	84	68,9	34	27,9	1	0,8	3	2,5	122	11,0	<b>&lt; 0,0001</b>
Não	258	27,0	672	70,4	14	1,5	10	1,0	954	86,3	
Não informado	5	17,2	23	79,3	0	0,0	1	3,4	29	2,6	
<b>Alguém da sua família já se suicidou?</b>											
Sim	62	38,0	100	61,3	0	0,0	1	0,6	163	14,8	0,0869
Não	282	30,9	603	66,0	15	1,6	13	1,4	913	82,6	
Não informado	3	10,3	26	89,7	0	0,0	0	0,0	29	2,6	
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>31,4</b>	<b>729</b>	<b>66,0</b>	<b>15</b>	<b>1,4</b>	<b>14</b>	<b>1,3</b>	<b>1.105</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 3 apresenta os resultados do modelo ajustado pela técnica de Regressão Logística. Para esse ajuste, têm-se a significância observada para o teste de Hosmer-Lemeshow (Hosmer & Lemeshow, 1980; Lemeshow & Hosmer, 1982), os coeficientes ajustados pela regressão logística binária e suas respectivas significâncias estatísticas, as estimativas para as razões de chances pontuais e intervalares, com 95% de confiança. Dessa maneira, encontrou-se oito fatores associados à depressão: Sexo Feminino, Renda baixa, Não trabalhar em Atividade Remunerada, Autopercepção de Saúde negativa, CAGE positivo, Beber em Binge, Amnésia Alcoólica e ter tido familiar assassinado.

A chance de caso de depressão aumenta em 230% se o entrevistado for do sexo feminino; aumenta 160% se for de baixa renda; aumenta 90% se não exercer atividade remunerada; aumenta 130% se tiver autopercepção de saúde negativa; aumenta 230% se tiver teste CAGE positivo; aumenta 120% se tiver bebido em binge; aumenta 120% se tiver tido amnésia alcoólica e aumenta 120% se tiver tido familiar assassinado.



**Tabela 3** - Modelo final de análise de Regressão Logística: casos de depressão segundo as variáveis explicativas. Belo Horizonte, MG, 2017.

Variáveis explicativas	Coefficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
<b>Modelo: Casos de depressão (Hosmer Lemeshow, p = 0,713)</b>		
<b>Intercepto</b>	-4,017 (< 0,001)	0,018
<b>Sexo (feminino)</b>	1,20 (0,001)	3,3 (1,7 - 6,5)
<b>Renda (baixa)</b>	0,954 (0,038)	2,6 (1,1 - 6,3)
<b>Trabalho (não exerce atividade remunerada)</b>	0,68 (0,032)	1,9 (1,1 - 3,7)
<b>Autopercepção de Saúde (negativa)</b>	0,83 (0,007)	2,3 (1,2 - 4,2)
<b>CAGE (positivo)</b>	1,186 (0,002)	3,3 (1,5 - 7,1)
<b>Beber em binge (sim)</b>	0,797 (0,017)	2,2 (1,2 - 4,3)
<b>Amnésia Alcoólica (sim)</b>	0,79 (0,048)	2,2 (1,0 - 4,9)
<b>Familiar assassinado (sim)</b>	0,78 (0,017)	2,2 (1,1 - 4,2)

OR = Odds Ratio. Fonte: Dados da Pesquisa.

Visando analisar o impacto desses fatores para o desfecho de depressão para os sexos masculino e feminino, estimou-se as probabilidades desse evento para sete cenários de fatores associados, segundo o modelo de Regressão Logística (Tabela 4). No cenário 1 (sem fatores associados) a prevalência de depressão foi de 1,77% e de 5,64% para os sexos masculino e feminino, com proporção entre eles de 3,19; no cenário 2 (Fator renda baixa) foi de 4% e 13%, com proporção de 3,00; no cenário 3 (Não trabalhar em Atividade Remunerada) foi de 3,4% e 10,6%, com razão de 3,1; no cenário 2+3 (Fator renda baixa e não trabalhar em Atividade Remunerada) foi de 8,5% e 23,6%, com proporção de 2,77; no cenário 4 (Autopercepção de Saúde negativa) foi de 4,0% e 12%, com relação de 3,04; no cenário 5 (uso abusivo de álcool) foi de 22% e 49%, com proporção de 2,18; no cenário 6 (familiar assassinado) foi de 3,8% e 11,5%, com razão de 3,05; por fim, no cenário 7 (todos os fatores associados) a prevalência foi de 88% para homens, 96% para mulheres e a proporção de 1,09.

**Tabela 4** - Probabilidades estimadas para casos de depressão para sete cenários de fatores associados, segundo o Modelo de Regressão Logística. Belo Horizonte, MG, 2017.

Cenários	Prevalências	Proporção entre sexos (Feminino/ Masculino)
<b>1 – Sem fatores associados</b>	Masculino 1,77% Feminino 5,64%	3,19
<b>2 – Fator renda baixa</b>	Masculino 4% Feminino 13%	3,00
<b>3 – Fator Não trabalhar em Atividade Remunerada</b>	Masculino 3,4% Feminino 10,6%	3,1
<b>4 – Fator Autopercepção de Saúde Negativa</b>	Masculino 4,0% Feminino 12%	3,04
<b>5 – Uso abusivo de álcool (CAGE positivo, binge e amnésia)</b>	Masculino 22% Feminino 49%	2,18

---

<b>6 – Familiar assassinado</b>	Masculino 3,8% Feminino 11,5%	3,05
<b>7 – Todos os fatores associados</b>	Masculino 88% Feminino 96%	1,09

---

Fonte: Dados da Pesquisa.

#### 4. Discussão

A prevalência de depressão de 31,4%, encontrada nessa amostra de usuários da APS de Belo Horizonte, converge com os dados encontrados em outros estudos nacionais, como Gonçalves et al. (2014), que em estudo multicêntrico sobre Transtornos Mentais Comuns na APS do Rio de Janeiro – RJ, São Paulo – SP, Fortaleza – CE e Porto Alegre – RS, entre 2009 e 2010, verificou a prevalência de depressão em 25,0%, 25,3%, 31% e 21,4%, nas respectivas cidades. Para tanto, utilizou-se o instrumento *General Health Questionnaire* (GHQ-12) para obter triagem positiva de prováveis casos e aplicou-se o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) para definir os diagnósticos.

Quando se comparam taxas de prevalência de depressão, a APS apresenta taxa superior à da população geral. Corroborando com isso, Barros et al. (2017), ao analisar os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta que a prevalência de sintomas de depressão em adultos brasileiros foi de 9,7%, segundo o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Por seu turno, Silva et al. (2014), em revisão sistemática de estudos brasileiros transversais, que incluiu 27, encontrou prevalência de sintomas depressivos de 14% no momento da entrevista.

A prevalência de depressão da amostra desse trabalho, assim como no de outros estudos nacionais, foi superior à encontrada em outros países, como expresso em Vilagut et al. (2016), que em revisão sistemática de avaliação das propriedades psicométricas do CES-D aplicado em população geral e da APS de diversos países, que selecionou 28 estudos, com 10.617 participantes, identificou prevalência de depressão mediana de 8,8%, sendo que a prevalência em adultos na população geral variou entre 1,8% a 16,5% e em adultos na APS variou entre 5,8% a 28%.

Sobre a variável renda, esse estudo identificou o fator baixa renda familiar, definido como renda de até 3 salários mínimos (SM), como fator associado a depressão, com OR de 2,6 (1,1 - 6,3), comparado com o grupo com renda maior que 4 SM. Esse achado converge com a literatura, como em Cunha, Bastos e Duca (2012), que em estudo em dois distritos sanitários de Porto Alegre – RS encontrou associação entre depressão e sexo feminino, OR 2,38, baixa escolaridade (5-8 anos de estudo: OR 0,63; 9-11: OR 0,48; >12: OR 0,33) e baixa renda (menor quartil: OR 1,00; 2º menor quartil 0,78; 3º 0,71; 4º OR 0,49).

No tocante à variável explicativa sexo, essa amostra revela maior taxa de depressão no sexo feminino, com 35,5%, do que no masculino, com 19,9%, com valor de  $p < 0,0001$ . Esse achado converge com a literatura, como em Munhoz et al. (2016), que ao analisar o PNS 2013 verificou que a depressão ocorre em maior frequência entre mulheres, com RP de 2,29. Corroborando com isso, Andrade et al. (2012), ao analisar o Estudo Epidemiológico de Transtornos Mentais São Paulo Megacity, encontrou associação entre transtornos de humor e sexo feminino, com OR 2,7. Ainda nesse sentido, Bromet et al. (2011), em estudo sobre o World Mental Health Surveys, iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), aplicado em 18 países, incluindo o Brasil, com 89.037 participantes, encontrou o dobro de chance de depressão para mulheres.

Ainda sobre a variável sexo, o fator associado sexo feminino apresentou medida de OR de 3,3 (1,7 - 6,5) na Regressão Logística e isso converge com dados da literatura, que apontam para o papel da posição socioeconômica como determinante de depressão, expresso por meio da inequidade quanto ao sexo, assim como pela escolaridade e pela renda (Araya, 2003).

No que tange ao fator não trabalhar em atividade remunerada e sua associação com depressão, a amostra desse estudo apresenta OR de 1,9 (1,1 – 3,7). Esse achado converge com a revisão bibliográfica, como em Andrade et al. (2002), que em estudo comunitário em dois bairros de São Paulo – SP, verificou associação entre depressão e sexo feminino, OR 1,6, separados/divorciados/viúvos e OR 1,5 e desempregados, OR 3,1. Além desse, há convergência parcial com Fernández-Niño et al (2018), que avaliou 36.516 adultos entre 20 e 59 anos no México e identificou essa associação apenas para homens desempregados.

No tocante ao fator Autopercepção de saúde negativa da amostra, com OR de 2,3 (1,2 - 4,2), esse dado corrobora com a literatura. Nesse sentido, Zimmermann et al. (2017), em estudo com população de Brasília utilizando o instrumento European Quality of Life – 5 dimensions (EQ-5D) encontrou associação entre redução de escore de EQ-5D e depressão. Além desse, Nogueira et al. (2014), em estudo transversal de 27 equipes de ESF de Porto Alegre – RS, encontrou associação entre depressão e baixo escore de autopercepção de saúde.

Quanto ao fator associado uso abusivo de álcool, com CAGE positivo com OR 3,3 (1,5 – 7,1), esse achado converge com outros estudos, como em Barros et al. (2017), que em análise do PNS 2013, detectou associação entre depressão e consumo de risco de álcool, com RP 1,72. Além deste, Li et al. (2020) verificou que a presença de Transtorno por uso de álcool apresenta associação significativa com depressão, com RR de 1,57. Por fim, Van Gool et al. (2007), em estudo de coorte com 1169 adultos acompanhados por 6 anos, verificou que o consumo excessivo de álcool foi um fator de predição para depressão, com RR de 2,48.

Por fim, quanto à análise do fator violência, esse estudo identificou o fator de ter tido familiar assassinado como associado à depressão, com OR de 2,2 (1,1 – 4,2). Esse achado vai ao encontro de outros estudos como em Blay et al. (2018), que em estudo transversal sobre transtorno mental e violência no Rio de Janeiro e em São Paulo, identificou o dobro de chance de depressão em indivíduos expostos à violência, com OR de 1,87 e 2,67, respectivamente. Por seu turno, Andrade et al. (2012), encontrou associação entre depressão e exposição a evento traumático relacionado a crime violento, com OR entre 1,6 a 3,8, conforme o número de exposições no ano anterior.

Por meio do modelo de Regressão Logística, foram estimadas as probabilidades de depressão para homens e mulheres em diversos cenários de fatores associados. Nessa análise, encontramos que a proporção entre mulheres e homens é de 3 vezes e que não se alterou nos cenários dos fatores associados sociodemográfico, de Autopercepção de saúde e de violência e mesmo no cenário de ausência de fatores. Inclusive, essa proporção foi reduzida para 2 vezes no cenário do fator de uso abusivo de álcool e para 1,09 para o cenário com todos os fatores presentes. Isso permite inferir que os cenários de fatores associados não ampliaram a diferença de chance de depressão entre mulheres e homens.

Destaca-se que no cenário sem fatores associados, a prevalência de depressão encontrada foi de 1,77% no sexo masculino e de 5,64% no feminino. Ora, um cenário sem os estressores psicossociais analisados resulta em baixas prevalências de depressão, inclusive inferiores às encontradas em estudos de populações gerais de diversos países, em que se encontrou prevalência para homens de 3,8% (3,2–4,5%) e para mulheres de 5,9% (4,7–7,5%) (Ferrari et al., 2013). Ainda nesse sentido, Almeida-Filho et al. (2004), encontrou que não houve diferença de gênero para depressão entre brancos, classe média alta, graduados e iletrados. Diante disso, esse autor concluiu que as mulheres obtiveram fator protetivo para depressão quando posicionadas nas classes sociais superiores.

Para aprofundar o estudo da depressão na APS de Belo Horizonte e de seus fatores associados, seria necessário realizar pesquisa delineada para esse fim, com uma amostragem estratificada por gênero e algumas faixas de renda, visando permitir uma análise mais específica.

Dentre as intervenções visando reduzir as taxas de depressão, podem-se considerar políticas públicas que aumentem a renda da população e que gerem emprego. Além disso, há de se desenvolver políticas de promoção de saúde e de assistência quanto ao uso prejudicial de álcool. Por fim, deve-se implementar medidas para a redução de homicídios.

## 5. Conclusão

A prevalência de sintomas depressivos da amostra de usuários da APS de Belo Horizonte converge com a literatura. Ademais, os fatores associados identificados sexo feminino, menor renda, não realizar atividade remunerada, autopercepção de saúde negativa, uso abusivo de álcool e ter tido familiar assassinado corroboram com informações da revisão bibliográfica. Desse modo, os achados desse estudo contribuem para o conhecimento sobre o perfil dos usuários da APS de Belo Horizonte, sobre a prevalência de síndrome depressiva e sobre seus fatores associados, que podem ser objeto de intervenção por meio de políticas públicas.

Futuras pesquisas podem investigar melhor a questão de gênero por meio da estratificação dessa variável desde a amostragem, bem como podem detalhar melhor os tipos de violência.

## Referências

- Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J., Aquino, E., James, S. A., & Kawachi, I. (2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine*, 59(7), 1339–1353. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.037>
- Andrade, L. H., Wang, Y.-P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., Nishimura, R., Anthony, J. C., Gattaz, W. F., Kessler, R. C., & Viana, M. C. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*, 7(2), e31879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 316–325. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0551-x>
- Araya, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(7), 501–505. <https://doi.org/10.1136/jech.57.7.501>
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., Falloon, K., & Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. *The Annals of Family Medicine*, 8(4), 348–353. <https://doi.org/10.1370/afm.1139>
- Barros, M. B. de A., Lima, M. G., Azevedo, R. C. S. de, Medina, L. B. de P., Lopes, C. de S., Menezes, P. R., & Malta, D. C. (2017). Depression and health behaviors in Brazilian adults – PNS 2013. *Revista de Saúde Pública*, 51(suppl 1), 1s-8s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000084>
- BELO HORIZONTE. (2018). *Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021*. [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS 2018-2021 aprovado.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf)
- Blay, S. L., Fillenbaum, G. G., Mello, M. F., Quintana, M. I., Mari, J. J., Bressan, R. A., & Andreoli, S. B. (2018). 12-month prevalence and concomitants of DSM-IV depression and anxiety disorders in two violence-prone cities in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 232, 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.023>
- Bonadiman, C. S. C., Malta, D. C., de Azeredo Passos, V. M., Naghavi, M., & Melo, A. P. S. (2020). Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Population Health Metrics*, 18(S1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00204-5>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2ª). Editora Santos.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J.-P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Cunha, R. V. da, Bastos, G. A. N., & Duca, G. F. Del. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 346–354. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B. H., Bienvenu, O. J., & Zandi, P. (2008). Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 513. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.513>
- Fernández-Niño, J. A., Bonilla-Tinoco, L. J., Astudillo-García, C. I., Manrique-Hernández, E. F., & Giraldo-Gartner, V. (2018). Association between the employment status and the presence of depressive symptoms in men and women in Mexico. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(9), 1–14. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00219617>
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471–481.

<https://doi.org/10.1017/S0033291712001511>

- Gilbody, S. M. (2003). Improving the detection and management of depression in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), 149–155. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.2.149>
- Gonçalves, D. A., Mari, J. de J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., Campos, M., Portugal, F. B., Ballester, D., & 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. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
- Gonçalves, R. W., Vieira, F. S., & Delgado, P. G. G. (2014). Comparative Perspectives on Environmental Policies and Issues. In R. A. Dible (Ed.), *Rev Saúde Pública* (Vol. 46, Issue 1). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203067819>
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (1980). Goodness of fit tests for the multiple logistic regression model. *Communications in Statistics - Theory and Methods*, 9(10), 1043–1069. <https://doi.org/10.1080/03610928008827941>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., & Abay, S. M. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Lemeshow, S., & Hosmer, D. W. (1982). A review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models I. *American Journal of Epidemiology*, 115(1), 92–106. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113284>
- Li, J., Wang, H., Li, M., Shen, Q., Li, X., Zhang, Y., Peng, J., Rong, X., & Peng, Y. (2020). Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 115(7), 1224–1243. <https://doi.org/10.1111/add.14935>
- Lopes, C. S., Hellwig, N., e Silva, G. de A., & Menezes, P. R. (2016). Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0446-1>
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367(9524), 1747–1757. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68770-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68770-9)
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., Warshaw, M., & Maser, J. D. (1999). Recurrence After Recovery From Major Depressive Disorder During 15 Years of Observational Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000–1006. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.7.1000>
- Munhoz, T. N., Nunes, B. P., Wehrmeister, F. C., Santos, I. S., & Matijasevich, A. (2016). A nationwide population-based study of depression in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 192, 226–233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.038>
- Nogueira, E. L., Rubin, L. L., Giacobbo, S. de S., Gomes, I., & Cataldo Neto, A. (2014). Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 368–377. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>
- Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., Hosman, C., McGuire, H., Rojas, G., & van Ommeren, M. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9591), 991–1005. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61240-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61240-9)
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica* (Universidade Federal de Santa Maria (ed.); 1ª). [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic\\_Computacao\\_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1)
- Silva, M. T., Galvao, T. F., Martins, S. S., & Pereira, M. G. (2014). Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(3), 262–270. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1294>
- Simon, G. E., Chisholm, D., Treglia, M., & Bushnell, D. (2002). Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry*, 24(5), 328–335. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00201-3](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00201-3)
- Simon, G. E., Fleck, M., Lucas, R., & Bushnell, D. M. (2004). Prevalence and Predictors of Depression Treatment in an International Primary Care Study. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1626–1634. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1626>
- Siu, A. L., Bibbins-Domingo, K., Grossman, D. C., Baumann, L. C., Davidson, K. W., Ebell, M., García, F. A. R., Gillman, M., Herzstein, J., Kemper, A. R., Krist, A. H., Kurth, A. E., Owens, D. K., Phillips, W. R., Phipps, M. G., & Pignone, M. P. (2016). Screening for Depression in Adults. *JAMA*, 315(4), 380. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>
- Smolen, J. R., & Araújo, E. M. de. (2017). Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 4021–4030. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>
- SPSS Inc. (2008). *SPSS Statistics for Windows* (Version 17.0). SPSS Inc. <https://www.ibm.com/br-pt/spss?lnk=flatitem>
- van Gool, C. H., Kempen, G. I. J. M., Bosma, H., van Boxtel, M. P. J., Jolles, J., & van Eijk, J. T. M. (2007). Associations Between Lifestyle and Depressed Mood: Longitudinal Results From the Maastricht Aging Study. *American Journal of Public Health*, 97(5), 887–894. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.053199>
- Vilagut, G., Forero, C. G., Barbaglia, G., & Alonso, J. (2016). Screening for Depression in the General Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 11(5), e0155431. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155431>
- World Health Organization. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes* (E. Blas & A. S. Kurup (eds.)). World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563970>

Zimmermann, I. R., Silva, M. T., Galvao, T. F., & Pereira, M. G. (2016). Health-related quality of life and self-reported long-term conditions: a population-based survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(1), 62–68. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1853>