

FABRÍCIO VIEIRA CAVALCANTE

**FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ADULTOS RESIDENTES NA
REGIÃO DOS PIRINEUS, ENTORNO DO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO
CASO-CONTROLE DE BASE POPULACIONAL**

BRASÍLIA-DF

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL

FABRÍCIO VIEIRA CAVALCANTE

**FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ADULTOS RESIDENTES NA
REGIÃO DOS PIRINEUS, ENTORNO DO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO
CASO-CONTROLE DE BASE POPULACIONAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva (Área: Epidemiologia, Ambiente e Trabalho) pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília- Mestrado Profissional

Orientadora: Dra. Muna Muhammad Odeh

Co-orientadora: Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez

BRASÍLIA-DF

2019

FABRÍCIO VIEIRA CAVALCANTE

**FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ADULTOS RESIDENTES NA
REGIÃO DOS PIRINEUS, ENTORNO DO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO
CASO-CONTROLE DE BASE POPULACIONAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção de Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília-
Mestrado Profissional.

Aprovado em 12 de dezembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Dra. Muna Muhammad Odeh (Presidente)

Universidade de Brasília

Dr. Edgar Merchan-Hamann

Universidade de Brasília

Dr. Pedro Tauil

Professor Emérito da Universidade de Brasília

Dr. Valdir A. Steinke

Universidade de Brasília

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que lutam por um serviço de saúde mental igualitário, equânime e com intervenções voltadas para a reinserção social do paciente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por ter me dado forças para eu chegar até o final dessa jornada, sem ele eu tenho certeza que não teria conseguido! Quero agradecer a minha mãe (minha Querum) Sebastiana Vieira Cavalcante por todo o apoio que me deu e tem me dado, pelos conselhos, puxão de orelha e por sempre incentivar a buscar os meus sonhos. Hoje você também é uma mestra, pois viveu intensamente esse mestrado ao meu lado, sofreu junto, estudou junto, acordou de madrugada, se preocupou e acima de tudo me deu todo o amor necessário para eu enfrentar as adversidades da vida. Sem você esse sonho estaria perdido num enorme vazio, te amo!

Quero agradecer minha irmã Nayara Vieira Cavalcante pelo gatilho na busca do conhecimento, pelas reflexões levantadas acerca do campo da saúde mental e por fazer entender as especificidades de cada pessoa dentro desse contexto. Te amo e te admiro pela força que você teve e tem, certamente você é meu exemplo de garra e força de vontade.

As minhas amigas e orientadoras Dra. Margarita Urdaneta e Dra. Muna Odeh eu deixo minha eterna gratidão. Quero agradecer por todas as oportunidades oferecidas ao longo desses 7 anos em que caminhamos juntos, vocês puderam ver meu amadurecimento tanto profissional como ser humano. Agradeço a Dra. Margarita Urdaneta, chamada carinhosamente de Marga por mim, por ter me proporcionado uma experiência memorável no seu inquérito realizado na RIDE-DF, foram finais de semanas intensos, vivências sensacionais, boas risadas, amizades para a vida e trabalho brilhante. Você é minha inspiração de profissional, inspiração de epidemiologista, se todo profissional fosse igual a você a pesquisa brasileira estava feita. Uma mulher de garra, a verdadeira professora e eterna pesquisadora. Agradeço a Deus pela oportunidade que me deu de ter te conhecido e te agradeço por ter me ensinado tanto, espero um dia ser igual ou melhor que você! Pois te admiro grandemente.

Meus agradecimentos a minha querida Dra. Muna Odeh, pelos conselhos, pelos incentivos e por sempre acreditar que eu seria capaz de enfrentar esse obstáculo e vários outros que enfrentei ao decorrer desse percurso, agradeço as inúmeras oportunidades que me foi proporcionado e pelas diversas experiências compartilhadas. Seu trabalho é brilhante e eu mais do que ninguém

sei que não é fácil trabalhar e estudar o campo da saúde mental. Te admiro e agradeço a Deus por essa oportunidade ímpar de ter ficado ao seu lado.

Minha gratidão ao meu companheiro João Victor G. Aguiar (príncipe), por todo o carinho, dedicação, incentivo, broncas, risadas, momentos únicos e acima de tudo parceria ao longo dessa jornada. Você deixou e deixa esse percurso mais leve, obrigado por me fazer feliz e viver essa felicidade ao meu lado, por abdicar de vários momentos nesse percurso para estar ao meu lado, obrigado por viver essa história comigo. Minha eterna gratidão!

Também, agradeço as minhas amigas e irmãs da vida Paula Darliny e Vivian Nogueira pelas boas risadas, pelos momentos compartilhados, por me aconselharem. Vocês sabem que adoro estar ao lado de vocês, rindo com vocês e de vocês. Se não for para colocarmos cada um com o pé no chão não nos encontramos. Obrigado por tudo!

Aos meus amigos Cassio Matheus e Lucas de Sá, meus agradecimentos pelo carinho, risadas e momentos memoráveis vocês sem dúvida me proporcionam boas histórias. Obrigado pelo carinho!

A minha amiga Laura Viana (vidinha) pela amizade, pelas boas risadas, pelos momentos memoráveis que ficarão para sempre na minha mente. Agradeço pelo acolhimento, apoio e por me deixar fazer parte da sua vida! Tenho certeza que assim como eu você está no lugar que queria, admiro sua garra e força de vontade, deixo aqui minha gratidão. Espero que Deus te abençoe sempre!

Agradeço a minha amiga Laís Monteiro pelas risadas, histórias compartilhadas, momentos vividos juntos e pelo apoio ao longo dessa jornada, você é 10 minha nutri! Meus agradecimentos a minha amiga Gleycianne França pelas reflexões, risadas e por me fazer ver que cada dia é único e precisa ser vivido!

Por fim, agradeço a todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte dessa minha trajetória, no qual não tentarei nomeá-las para não acontecer de esquecer alguém, mas agradeço aos meus colegas do mestrado, as pessoas que pude conhecer no departamento de fitopatologia da UnB e as pessoas que conheci ao longo desses dois anos!

Á todos vocês, meu carinho e gratidão!

Fabrcio Vieira Cavalcante

“A loucura é vizinha da mais cruel sensatez”

(Clarisse Lispector)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Organização Mundial da Saúde estima que em 2020 a depressão se torne um dos maiores problemas de saúde no mundo. A depressão é multicausal, podendo ser recidivante ou não, com sintomatologia que varia de indivíduo para indivíduo e desencadeada por fatores genéticos, biológicos, psicológicos, econômicos, físicos e sociais. **OBJETIVO:** Estimar a magnitude da depressão em adultos residentes na Região dos Pirineus, Entorno do Distrito Federal em 2016, bem como, seus possíveis fatores associados e o desempenho da assistência. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional analítico do tipo caso-controle aninhado em inquérito de base populacional com amostra complexa probabilística em sete municípios que compõem a Região dos Pirineus no ano de 2016. Foi utilizada a primeira versão do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde. **RESULTADOS:** Estimou-se uma prevalência autorreferida de depressão diagnosticada por médico na Região dos Pirineus de 12,2% (9,7% - 15,2%), sendo significativamente maior no sexo feminino (RP= 5,5 IC95% 2,4 – 10,7), nos participantes que referiram pelo menos uma Doença Crônica Não Transmissível (RP=3,3 IC95% 1,6-6,6) e problemas crônicos de saúde (RP= 2,3 IC95% 1,3-3,7). A análise multivariada revelou associações da depressão com o sexo feminino (ORa= 6,2 (IC95% 2,3 – 13,6), uma ou mais doenças crônicas (ORa= 3,6 IC95% 1,4 – 9,2), ser vítima de violência física nos últimos 12 meses (ORa= 4,4 IC95% 1,6-11,9), referir briga de gangues na vizinhança (ORa= 2,6(IC95% 1,3-5,1) e ter uma percepção de insegurança na vizinhança (ORa= 1,7 IC95% 1,0-3,0). Na análise ajustada perdeu-se associação estatística da raça/cor/, autoavaliação de saúde ruim e limitação sensorial. Somente 38,4% dos casos referiram fazer acompanhamento médico por causa da depressão. O tratamento medicamentoso ainda é a principal alternativa terapêutica 54,1%, apenas 26% foram atendidos por profissional especializado em saúde mental e 4,1% tem acesso ao Centro de Atenção Psicossocial. **CONCLUSÃO:** Os resultados indicam uma alta prevalência da depressão em adultos da região, principalmente em aqueles com doenças crônicas e expostos a violência de diversos tipos. Haja vista, que o meio social em que um indivíduo está inserido tem influência no processo de saúde e doença, onde na depressão esses determinantes sociais da saúde interagem entre si dificultando a diminuição da prevalência do problema com a solução ou minimização de apenas um desses determinantes, faz-se necessário políticas e programas de nível macro que englobe todos os determinantes presentes em cada nível da sociedade.

Palavras-Chave: Depressão; Fatores Associados; Estudos de Casos e Controles; RIDE-DF; Região dos Pirineus

ABSTRACT

INTRODUCTION: The WHO estimates that by 2020 depression will become one of the biggest health problems in the world. Depression is multicausal and may or may not recur, with symptoms that vary from individual to individual and triggered by genetic, biological, psychological, economic, physical and social factors. **OBJECTIVE:** To estimate the prevalence of depression in adults living in the Pirineus Region, around the Federal District in 2016, as well as its possible associated factors and the performance of health services. **METHOD:** This is a case-control observational analytical epidemiological study nested in a population-based survey with a complex probabilistic sample in seven municipalities that made up the Pirineus Region in 2016. The first version of the PNS questionnaire was utilized. **RESULTS:** A self-reported prevalence of physician-diagnosed depression in the Pirineus Region was estimated at 12.2% (9.7% - 15.2%), being significantly higher in females (RP = 5.5 95% CI 2.4 - 10.7), in participants who reported at least one Non Transmissible Chronic Disease (RP = 3.3 95% CI 1.6-6.6) and chronic health problems (RP = 2.3 95% CI 1.3-3.7). Multivariate analysis (logistic regression) revealed associations of depression with females (ORa = 6.2 (95% CI 2.3 - 13.6), having one or more chronic diseases (ORa = 3.6 95% CI 1.4 - 9.2), being a victim of physical violence in the last 12 months (ORa = 4.4 95% CI 1.6-11.9), reporting gang fighting in the neighborhood (ORa = 2.6 (95% CI 1.3- 5.1) and having a perception of insecurity in one's neighborhood (ORa = 1.7 95% CI 1.0-3.0). In the adjusted analysis, any statistical association between race / color, poor self-rated health and sensory limitation was lost. Only 38.4% of the cases reported medical follow-up due to depression. Drug treatment is the main therapeutic alternative 54.1%, and only 26% were attended by a mental health professional while 4.1% had access to CAPS. **CONCLUSIONS:** The results indicate a high prevalence of depression in adults in the studied region, especially among those with chronic diseases and those exposed to violence of various types. Considering that the social environment in which an individual is embedded influences their health and disease outcomes, whereby in the case of depression these social determinants of health interact with each other, making it difficult to reduce the prevalence of the problem through resolving or minimizing only one of these determinants, we propose that macro level policies and programs that encompass all the determinants present at each level of the social setting are what is effectively needed.

key words: Depression; Associated factors; Case Studies and Controls; RIDE-DF; Pirineus Region

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno e distâncias aproximadas dos municípios ao Plano Piloto.....20
- Figura 2** – Marco Conceitual para a alta prevalência de depressão208

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Municípios da RIDE-DF e suas Populações no meio Urbano e Rural, 2000 e 2010	21
Tabela 2- Evidências científicas da associação entre fatores no nível individual e a depressão	29
Tabela 3- Evidências científicas da associação entre fatores no nível familiar/ domiciliar e depressão	30
Tabela 4- Evidências científicas da associação entre fatores no nível da vizinhança/ comunidade e depressão.....	31
Tabela 5- Características sócio demográficas da população de estudo, dos casos e dos controles. Região dos Pirineus, 2016	39
Tabela 6- Características referentes ao apoio social da população de estudo, dos casos e dos controles. Região dos Pirineus, 2016.....	41
Tabela 7- Distribuição da autoavaliação de saúde e prevalência de disfuncionalidade na população de estudo, nos casos e nos controles. Região dos Pirineus, 2016	42
Tabela 8- Comportamentos e hábitos da população de estudo, dos casos e dos controles. Região dos Pirineus, 2016	43
Tabela 9- Prevalência de morbidades e outras condições de saúde na população de estudo, nos casos e nos controles. Região dos Pirineus, 2016	44
Tabela 10- Prevalência de acidentes e violência na população de estudo e distribuição da frequência nos casos e nos controles. Região dos Pirineus, 2016	45
Tabela 11- Prevalência estimada de depressão e medidas de força de associação bruta segundo variáveis em nível individual do tipo demográficas, sócio econômicas e relacionadas ao apoio social em adultos residentes da Região dos Pirineus, 2016.....	46
Tabela 12- Prevalência estimada de depressão e medidas de força de associação bruta segundo variáveis em nível individual relacionadas a hábitos de vida e algumas condições de saúde em adultos residentes da Região dos Pirineus, 2016.....	47
Tabela 13- Prevalência estimada de depressão e medidas de força de associação bruta segundo variáveis em nível individual relacionadas as morbidades autorreferidas em adultos residentes da Região dos Pirineus, 2016	48

Tabela 14 -Prevalência estimada de depressão e medidas de força de associação bruta segundo variáveis em nível do contexto familiar e domiciliar em residentes adultos da Região dos Pirineus, 2016	49
Tabela 15 -Prevalência estimada de depressão e medidas de forças de associação bruta segundo variáveis em nível do contexto da vizinhança e comunidade em residentes adultos da Região dos Pirineus, 2016.	50
Tabela 16 -Regressão logística multivariada de fatores no nível individual, familiar / domiciliar e da vizinhança / comunidade para depressão em adultos residentes na Região dos Pirineus, 2016	51
Tabela 17 -Desempenho dos serviços de saúde para depressão de acordo com a percepção dos pacientes residentes na Região dos Pirineus, 2016.....	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- APS - Atenção Primária a Saúde
- BDI-II – Inventário de Depressão de Beck II
- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DF - Distrito Federal
- DSM-V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (Traduzido)
- DSS - Determinantes Sociais da Saúde
- FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
- HAM-D – Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton
- IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
- IC - Intervalo de Confiança
- ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
- LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travesti
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- OR - Odds Ratio
- PHQ9 – *Patient Health Questionnaire- 9*
- PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
- PS – Pronto Socorro
- PVC – Programa de Volta para Casa
- RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
- RAS – Rede de Atenção em Saúde
- RIDE-DF - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal
- RP - Razão de Prevalência
- RR - Risco Relativo
- SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
- SRT – Serviços Residenciais Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TM - Transtorno Mental

UFG – Universidade Federal do Goiás

UnB - Universidade de Brasília

Vs - Versus

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Panorama da Depressão no Nível Global	15
1.2 Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno –RIDE-DF e Magnitude da Depressão.....	17
1.3 Política de Saúde Mental no Brasil e organização dos serviços de atenção	21
1.4 Justificativa	25
2 MARCO CONCEITUAL PARA DEPRESSÃO	25
3 OBJETIVOS.....	32
3.1 Objetivo Geral.....	32
3.2 Objetivos Específicos	32
4 MÉTODO.....	33
5 RESULTADOS.....	39
5.1 Características da população de estudo, dos casos e dos controles	39
5.2 Prevalência e fatores associados à depressão em adultos residentes na Região dos Pirineus, Entorno do Distrito Federal no ano de 2016.....	45
5.2.1 Análise bivariada de fatores associados à depressão	45
5.2.2. Análise multivariada de fatores associados à depressão na Região dos Pirineus ...	50
5.3 Desempenho dos serviços de saúde para a depressão na Região dos Pirineus.....	53
6 DISCUSSÃO.....	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXO 1- Quadro de recategorização das variáveis relacionadas ao nível individual	75
ANEXO 2- Quadro de recategorização das variáveis relacionadas ao nível Familiar/ Domiciliar	80
ANEXO 3 - Quadro de recategorização das variáveis relacionadas ao nível da Vizinhaça/ Comunidade.....	81

1 INTRODUÇÃO

Os Transtornos Mentais (TM) podem ser caracterizados como qualquer doença com manifestações psicológicas relacionadas a algum comprometimento funcional advindo de fatores biológicos, psicológicos, genéticos, físicos, econômicos e/ou sociais (BALDWIN *et al.*, 2002; LIMA, 1999). Entre os mais frequentes tem-se a depressão, que causa limitações nas atividades de vida diária dos indivíduos (STOPA *et al.*, 2015), podendo ser classificada como sintoma quando desenvolvida via transtornos do estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo e outras doenças clínicas (DEL PORTO, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2020, o maior problema de saúde no mundo será a depressão e que, atualmente, cerca de 350 milhões de pessoas vivam com essa doença – aumento de 18% no período 2005-2015 (OMS, 2017; WHO, 2012). No Brasil, a depressão acometeu cerca de 11,5 milhões de pessoas, o que representa 5,8% da população em 2015 e, nos Estados Unidos da América (EUA) tem-se uma estimativa de 17,4 milhões de pessoas acometidas, caracterizando 5,9% daquela população com depressão (WHO, 2017). Além disso, percebe-se uma desproporcionalidade nos investimentos em tratamentos de TM, principalmente em países do Hemisfério Sul, mesmo existindo estudos que comprovam que a cada US\$ 1,00 (um dólar) investido na descentralização da assistência aos transtornos depressivos no período 2016-2030, o retorno financeiro seria de US\$ 4,00 (quatro dólares) (CHISHOLM *et al.*, 2016).

Estimativas de ampliação dos tratamentos de depressão no período 2016-2030 preveem um aumento de 7% para 33% em países do Hemisfério Sul, de 28% para 50% em países do Hemisfério Norte e de 5,6 para 10 milhões de pessoas com tratamento no Brasil (RAZZOUK, 2016).

A depressão pode ser diagnosticada na Atenção Primária a Saúde (APS) (ARANTES *et al.*, 2007) com base na sintomatologia do paciente, tais como: tristeza profunda, desmotivação em realizar atividades do cotidiano, pensamentos de morte ou suicídio, perda de apetite, dores de cabeça recorrentes e inquietação (BIASOTTO FEITOSA, 2014).

O diagnóstico clínico da depressão se dá via instrumentos para rastreamento da doença, como evidenciado na revisão integrativa de Baptista *et al.* (2016), que rastreou no Brasil 24 instrumentos para detecção da depressão tanto em adolescentes como em adultos, com destaque para a Escala de Avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) – utilizada para o diagnóstico

precoce de um episódio depressivo e composta por 17 itens que perpassam por sintomas somáticos, sintomas motores, ansiedade, disfunção no humor e sintomas sociais, e que considera *scores* acima de 25 pontos pertinentes a pacientes gravemente deprimidos, *scores* entre 18 e 24 pontos a pacientes moderadamente deprimidos e *scores* entre 7 e 17 pontos a pacientes com depressão leve (GALLUCCI NETO *et al.*, 2007). Já o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) é um instrumento de autoaplicação que faz o rastreamento de sintomas depressivos por meio de uma escala de pontuação composta por 21 perguntas, com quatro opções de respostas, que variam de zero (ausência dos sintomas) a três (maior intensidade dos sintomas), classificadas de acordo com a gravidade do problema. Sua avaliação parte da soma dos números do lado das perguntas, onde uma soma de 0-9 é considerada normal, de 10-15 é considerada depressão leve, de 16-23 é considerada depressão moderada e 24 pontos ou mais é considerada depressão grave (ARGIMON *et al.*, 2013). A escala *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ9) também é autoaplicável e avalia os sintomas depressivos por meio de nove perguntas categorizadas em quatro opções de respostas, que perpassam “não, nenhum dia” (zero pontos) até “quase todos os dias” (três pontos) e um *score* total que varia de zero a 27 pontos (SANTOS *et al.*, 2013).

Além disso, faz-se uso do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (ARAÚJO *et al.*, 2014) e da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) – códigos F32-F33 (SAÚDE,1993) para o seu devido diagnóstico.

A depressão pode ser prolongada ou recidivante, acarretando em alterações nas aptidões dos indivíduos (WHO, 2012) e podendo ser agravada por alterações nos hábitos de vida e na perda das redes de apoio social (OMS,2008). Estudos demonstram a relação dos determinantes sociais da saúde e fatores econômicos no impacto na saúde mental. Um deles é o emprego, que, na ausência, se associa a níveis precoces de morbimortalidade e, na presença, ao medo de perder o serviço e à vulnerabilidade, acarretando em baixa autoestima, sentimentos de humilhação e desespero, principalmente em locais onde não se têm um suporte social, relacionando-se a altas taxas de depressão, ansiedade e suicídio (MARMOT *et al.*, 2008).

A educação associa-se ao baixo nível de escolaridade e ao surgimento de doença mental, tendo em vista que um maior nível de conhecimento acarreta na obtenção de melhores empregos remunerados e maior inclusão social (PATEL *et al.*, 2003).

A pobreza, entendida como a falta de meios sociais, econômicos e educacionais, está associada à doença mental (WHO, 2001) e à baixa condição socioeconômica com uma maior incidência de depressão em estudos de corte (LORANT *et al.*, 2007).

A falta de moradia também possui íntima relação com o surgimento de doenças mentais por ser um abrigo físico e psíquico, bem como por expressar um nível socioeconômico e de pobreza pela qualidade da moradia (PATEL *et al.*, 2003).

A urbanização configura-se como um fator desencadeador das doenças mentais, tendo em vista os altos níveis de *stress*, obesidade, menor prática de atividade física e dificuldades na aquisição de bens essenciais (WHO, 2001).

O gênero também se encontra associado aos determinantes dos transtornos mentais, tendo as mulheres um risco duas vezes maior de depressão que os homens (PRINCE *et al.*, 2007). Já o apoio a indivíduos com depressão é guiado por um conjunto de políticas que garantem um modelo de cuidado voltado para uma assistência integral do usuário. Os aspectos sociais e culturais ganham espaço no cuidado da saúde, de modo que os determinantes sociais da saúde mental possam contribuir para a formulação dos processos de cuidado de saúde (AYRES, 2005).

1.1 Panorama da Depressão no Nível Global

A OMS caracteriza a depressão como sendo um dos principais fatores geradores de casos de suicídio, acometendo cerca de 800 milhões de pessoas por ano, ao passo que estimou em 2015 aproximadamente 300 milhões de pessoas acometidas, com os maiores registros na região do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental (WHO, 2017).

Em âmbito global, a prevalência de depressão varia entre 4% a 10% na população em geral, de 10% a 25% no sexo feminino e de 5% a 12% no sexo masculino (WEISSMAN *et al.*, 1996). No Canadá, notou-se uma variação de 1,4% a 9,1% na população em geral, com menores prevalências em jovens adultos e maiores prevalências em idosos, variando entre 1,3% a 1,8% (ARANTES, 2007). Na Europa tem-se uma prevalência de 9%, no Pacífico Ocidental, de 27%, e na Região das Américas, de 12% (WHO, 2017).

Nos EUA, uma décima parte dos assalariados é acometida pela depressão, acarretando em um prejuízo financeiro de US\$ 800.000.000,00 (oitocentos milhões de dólares) de jornadas de trabalho, onde o gasto anual se dá em assistência para depressão em torno de US\$

30.000.000,00 (trinta milhões de dólares) a US\$ 44.000.000,00 (quarenta e quatro milhões de dólares), sendo considerada uma das principais causas de incapacidade funcional (GOMEZ *et al.*, 2010).

Já na Alemanha, 7% dos afastamentos no trabalho são provocados pela depressão (GOMEZ *et al.*, 2010) e, nos países em desenvolvimento, tem-se uma estimativa de 10% a 18% ao ano, representando cerca de 20 a 30 milhões de pessoas (RAZZOUK *et al.*, 2009); nas Américas, cerca de 5% da população, representando 50 milhões de pessoas que viviam com depressão em 2015 (OMS, 2017).

No Brasil, a depressão é a terceira causa de afastamento do trabalho, além de ser a principal justificativa para abandono e afastamento. Segundo a Pesquisa de Saúde realizada em 2013, a prevalência de depressão diagnosticada pelos profissionais da saúde foi de 7,6%, com uma maior incidência em moradores da área rural em comparação à área urbana (8,0% *versus* 5,6%) e com maior prevalência em mulheres (10,9%) e idosos (11,1%). As Regiões Sul e Sudeste do país apresentam as maiores prevalências (12,6% e 8,4% respectivamente), em seguimento pela Região Centro-Oeste (7,2%) (IBGE, 2015).

Por fim, com os achados encontrados em um estudo transversal de base populacional, fez-se uso do PHQ9, que reportou uma prevalência de depressão em adultos brasileiros de 9,7% (IC95% 9,2 – 10,2) para algum grau de depressão e 3,9% (IC95% 3,6 – 4,2) para depressão grave (BARROS *et al.*, 2017).

1.2 Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno –RIDE-DF e Magnitude da Depressão

A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) foi instituída em 1998, pelo Ministério da Integração Nacional, com o propósito de promover a articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás (GO), Minas Gerais (GO) e do Distrito Federal (DF), a fim de incentivar e impulsionar o desenvolvimento econômico dos municípios dali partícipes, incluindo melhorias de infraestrutura básica e promoção de novos empregos. Nesse ínterim, além do DF, compõem a referida Região Integrada de Desenvolvimento três municípios de MG e 19 municípios de GO (BRASIL, 1998; 2000; 2011). Foram agregados mais 12 municípios a RIDE-DF em junho de 2018, sendo 10 municípios de GO e dois municípios de MG (BRASIL, 2018).

Os municípios da RIDE-DF estão divididos em quatro regiões, a saber: 1) Entorno Sul; 2) Entorno Norte; 3) Região dos Pirineus; e, 4) Macrorregião de Unaí. O Entorno Sul é composto pelos seguintes municípios: Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás. A Região do Entorno Norte é constituída pelos pelos seguintes municípios: Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Formosa, Planaltina, Vila Boa, com a adição, em 2018, dos seguintes municípios: Alto Paraíso, Alvorada do Norte, Barro Alto, Cavalcante, Flores de Goiás, Goianésia, Niquelândia, São João d'Aliança, Simolândia e Vila Propício. Já a Região dos Pirineus é formada pelos pelos seguintes municípios: Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo e Pirenópolis. Por último, a Macrorregião de Unaí é formada pelos seguintes municípios: Unaí, Buritis, Cabeceira Grande, com a adição, em 2018, do município de Arinos (vide Figura 1, a seguir) (BRASIL, 1998; 2000; 2018).

A Região em questão é composta por municípios de médio e pequeno porte, com uma abrangência, segundo o Censo demográfico de 2010, em torno de 57.169,99 km² (IBGE, 2010) e com uma população estimada para 2018 em torno de 4.560.505 habitantes (CORSAP-DF/GO, 2019). Os dados populacionais disponíveis nos Censos 2000 e 2010 encontram-se na Tabela 1, a seguir.

As mudanças na economia, bem como a expansão populacional da RIDE-DF devem-se a partir da concretização e do crescimento de Brasília, em virtude da grande quantidade de pessoas atraídas pelo DF, que não consegue suportar a demanda, acarretando na distribuição destas para além dos seus limites (CODEPLAN, 2010).

Em inquéritos de saúde realizados no entorno do DF, a prevalência de depressão correspondeu a 8,3% no Entorno Sul, em 2010 (ROCHA, 2012); a 11,7%, no Entorno Norte (FERNANDES, 2015), em 2012; e, a 12,2%, na Região dos Pirineus, em 2016 (URDANETA *et al.*, 2017). Vale frisar que a magnitude da depressão nestas regiões é superior a do Brasil e a das macrorregiões.

Tabela 1- Municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno e suas populações no meio urbano e rural – anos 2000 e 2010

Região/Município	População 2000**			População 2010**		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Entorno Sul (Goiás)						
Águas Lindas de Goiás	105.583	163	105.746	159.138	240	159.378
Cidade Ocidental	34.465	5.912	40.377	43.654	12.261	55.915
Cristalina	27.569	6.547	34.116	38.421	8.159	46.580
Luziânia	130.165	10.917	141.082	162.807	11.724	174.531
Novo Gama	73.026	1.354	74.380	93.971	1.047	95.018
Santo Antônio do Descoberto	48.398	3.499	51.897	56.808	6.440	63.248
Valparaíso de Goiás	94.856	-	94.856	132.982	-	132.982
Região dos Pirineus (Goiás)						
Abadiânia	7.206	4.246	11.452	10.778	4.979	15.757
Alexânia	15.935	4.112	20.047	19.676	4.138	23.814
Cocalzinho de Goiás	6.000	8.626	14.626	6.444	10.963	17.407
Corumbá de Goiás	5.597	4.082	9.679	6.416	3.945	10.361
Mimoso de Goiás	1.186	1.615	2.801	1.242	1.443	2.685
Padre Bernardo	13.272	8.242	21.514	10.786	16.885	27.671
Pirenópolis	12.475	8.770	21.245	15.563	7.443	23.006
Entorno Norte (Goiás)						
Água Fria de Goiás	1.603	2.866	4.469	2.137	2.953	5.090
Cabeceiras	4.904	1.854	6.758	5.505	1.849	7.354
Formosa	69.285	9.366	78.651	92.023	8.062	100.085
Planaltina de Goiás	70.127	3.591	73.718	77.582	4.067	81.649
Vila Boa	2.702	585	3.287	3.502	1.233	4.735
Macrorregião de Unai (Minas Gerais)						
Buritis	13.868	6.528	20.396	16.100	6.637	22.737
Cabeceira Grande	4.579	1.341	5.920	5.297	1.156	6.453
Unai	55.549	14.484	70.033	62.329	15.236	77.565
Distrito Federal	1.961.499	89.647	2.051.146	2.482.210	87.950	2.570.160
Total	2.759.849	198.347	2.863.340	3.356.826	211.367	3.568.193

** População segundo Censo 2000 e 2010;

1.3 Política de Saúde Mental no Brasil e organização dos serviços de atenção

A reforma psiquiátrica no Brasil foi importante para estabelecer um marco na assistência à saúde e na política de saúde mental. Foi um movimento político e social composto por atores sociais, instituições, profissionais e cooperação de diversas origens que reflete sobre territórios, governos federal, estadual e municipal, serviços de saúde, universidades, familiares e usuários dos serviços de saúde mental e movimentos sociais (BRASIL, 2005).

A luta dos movimentos políticos e sociais foi pela democracia e pelo direito à saúde para todos, marcada pela 8^o Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986; pelo Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental, em 1987, Bauru, São Paulo; e, pela 1^a. CNS Mental, que ocorreu no mesmo ano, na capital fluminense. Tais movimentos lutavam por uma sociedade sem manicômios, pela reorganização da assistência e pela criação de Redes de atenção em Saúde Mental (RAMMINGER *et al.*, 2007).

Em 1990, foi aprovada pela Conferência Regional a Declaração de Caracas, que visava à reorganização da assistência psiquiátrica nos serviços de saúde. Posteriormente, se deu a criação da Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999, que tratou da formulação de programas de assistência psicossocial nos serviços comunitários. Com isso, foram criados os Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs) pela Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde (MS), definindo aquelas residências como moradias construídas na comunidade com o propósito de amparar pessoas que já foram estigmatizadas como loucas e ficaram dependentes dos manicômios, excluídas da sociedade e do direito de ir e vir (BRASIL, 2000). Estas deveriam estar interligadas aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, por exemplo) e possuir, no mínimo, um profissional médico e dois profissionais com Ensino Médio e com experiência em reabilitação psicossocial (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Já em 2001, é decretada a Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas (Lei n. 10.216, de 06 de abril), que estabelece a garantia de direito às pessoas com transtornos mentais e reorganiza os serviços de saúde mental (BERLINCK *et al.*, 2008). Tal ditame proporcionou a criação de serviços comunitários territorializados, a redução de leitos psiquiátricos e a criação de serviços comunitários, mesmo com a descentralização desproporcional entre as regiões do Brasil (BRASIL, 2011; WHO, 2007).

Em 31 de julho de 2003, foi promulgada a Lei n. 10.708 – Lei do Programa de Volta para Casa (PVC) –, onde se estabeleceu um valor financeiro para a assistência, a inserção social e o acompanhamento fora do ambiente hospitalar, visando a desinstitucionalização preconizada pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2003). Nesse ínterim, percebeu-se que desde a década de 1990, existem ditames sustentados pelas ideias do projeto do Deputado Paulo Delgado promulgadas nos Estados do Ceará (CE), Rio de Janeiro (RJ), DF, Espírito Santo (ES), MG, Paraná (PR), Pernambuco (PE) e Rio Grande do Sul (RJ). Ali incentivou-se a modificação da assistência hospitalocêntrica para uma assistência voltada

para a inserção social e terapia na comunidade via CAPSs, denúncias de internações involuntárias, SRTs e utilização de leitos em hospitais gerais (TENORIO,2002).

Os CAPS foram regulamentados pela Portaria MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, com a função de fornecer assistência especializada aos pacientes com transtornos mentais, sendo responsáveis por assistir os pacientes nas unidades de internação nos hospitais gerais (BRASIL, 2002). Assim, eles atuam desde a atenção primária, perpassando por todos os níveis de complexidade da assistência, com a presença atual de mais de 1.000 CAPSs regulamentados pelo Brasil (BERLINCK *et al.*, 2008; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2006).

Os CAPS devem estar interligados com os outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a descentralização da assistência. Eles possuem como suporte o apoio matricial: um arranjo organizacional em saúde, com o auxílio de profissionais especializados em uma determinada área, possibilitando a construção de um projeto terapêutico singular para os usuários. Tal projeto terapêutico na saúde mental é construído de modo amplo, onde não somente a equipe de referência participa da sua construção, mas também os atores sociais da comunidade, os familiares e o próprio usuário do serviço (CAMPOS, 1999).

O território de abrangência dos CAPSs varia de acordo com a sua modalidade. Assim, tem-se:

- CAPS I: atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive, pelo uso de substâncias psicoativas, atendendo cidades e/ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes;
 - CAPS II: atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;
 - CAPS III: atendimento com até cinco vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes;
 - CAPS i: atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes; e
 - CAPS ad: atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;
- e

- CAPS ad III: Atendimento de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

O CAPS i e o CAPS ad diferem dos outros serviços porque, o primeiro, é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e, o segundo, tem seu norte para a assistência à saúde dos pacientes com transtornos advindos do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

Além disso, os serviços de saúde são organizados em redes, conforme estabelecido pelo Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que organizou as Redes de Atenção em Saúde (RAS), definidas como um conjunto de ações e serviços com diferentes níveis tecnológicos e, interligadas, buscando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011). Entre as RAS estabelecidas, tem-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consolidada pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que fortaleceu a Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas e os ideários da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, com base em serviços voltados para a substituição do modelo hospitalocêntrico e manicomial. As diretrizes da RAPS perpassam pelo respeito aos direitos humanos, pelo cuidado em liberdade, o combate à estigmas e preconceitos, além do cuidado integral, da promoção da autonomia, entre outros vieses. É constituída por sete componentes, quais sejam: 1) Atenção Básica em Saúde; 2) Atenção Psicossocial Especializada (CAPS I, II, III, CAPS ad, CAPS ad III e CAPS i); 3) Atenção de Urgência e Emergência; 4) Atenção Residual de Caráter Transitório; 5) Atenção Hospitalar; 6) Estratégias de Desinstitucionalização (SRT, PVC); e, 7) Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

O CAPS i, por exemplo, foi desenvolvido com o propósito de ofertar assistência à saúde para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves recorrentes e que fazem uso de crack, álcool ou outras drogas, além de mostrar-se como um serviço que organiza a rede de cuidado em saúde infanto-juvenil e fortalece os princípios e diretrizes das políticas públicas de saúde mental (BRASIL, 2005). Ali também se tem o serviço de assistência com atendimento individualizado (psicoterápico, medicamentoso, orientação, entre outros), a assistência em oficinas terapêuticas realizadas dentro do CAPS, a busca ativa dos pacientes no domicílio, a assistência e orientação à família, a realização de atividades voltadas para a reinserção social da criança e do adolescente e as articulações intersetorial e intrasetorial com os serviços de saúde e serviços na comunidade. Sua equipe de saúde é composta por: um médico psiquiatra

ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior nas áreas de Psicologia, Enfermagem, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Pedagogia, entre outras; e, cinco profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem, técnico educacional e administrativo, artesã e entre outros) (BRASIL, 2002).

Já o CAPS ad se configura para a prestação de serviço a pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com assistência diária, intensivo e semi-intensivo, com o objetivo de elaborar um plano terapêutico individualizado com evolução contínua, a assistência precoce, entre outros vieses. Este se articula com serviços comunitários dentro da comunidade e com hospital geral para suporte com leitos psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Os serviços ali ofertados são: atendimento individualizado e em grupo, intervenções terapêuticas por meio de oficinas (tanto por profissional de nível médio como por profissional de nível superior), busca ativa dos pacientes, orientação familiar, atividades de reinserção social do dependente químico, apoio com oferecimento de refeições para pacientes que passam quatro ou oito horas no serviço e atendimento de desintoxicação. Sua equipe é formada por: um médico psiquiatra; um enfermeiro com especialização em saúde mental; um médico clínico geral, para a triagem e o acolhimento do paciente; quatro profissionais de nível superior nas áreas de Psicologia, Pedagogia, Terapia Ocupacional, entre outras; e, quatro profissionais de nível médio (técnicos de Enfermagem, auxiliares administrativos, entre outros) (BRASIL, 2002).

1.4 Justificativa

A alta prevalência de depressão encontrada na Região dos Pirineus (URDANETA *et al.*, 2017) justifica a tentativa de identificar possíveis fatores associados nos municípios ali existentes, a fim de elucidar estratégias de intervenção para a prevenção e o manejo de condições mentais via ações intersetoriais e reorganização dos serviços de saúde mental, possíveis criações de alternativas de tratamentos e contribuição nos avanços dos estudos no âmbito da saúde mental.

2 MARCO CONCEITUAL PARA DEPRESSÃO

O marco conceitual para depressão que será apresentado a seguir foi desenvolvido no trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva

(CAVALCANTE, 2018). Sua construção foi embasada na metodologia de Resolução de Problemas em Saúde Pública proposta por Guyer (1988) e adaptação da abordagem sindêmica (termo original em inglês *Syndemics*) desenvolvida pelo médico antropólogo Merrill Singer em 1990 (SINGER, 2017).

A metodologia estabelecida por Guyer é composta por seis etapas que interagem entre si: Definição do Problema; Quantificação da magnitude do problema; Desenvolvimento de Marco Conceitual para determinantes chave do problema; Identificação e desenvolvimento de estratégias de intervenção; Priorização de estratégias e Recomendações. A última etapa corresponderia ao planejamento, implementação e avaliação da estratégia recomendada.

Já a abordagem sindêmica para o desenvolvimento de um marco conceitual, tem o objetivo de compreender as condições de saúde que surgem na sociedade de maneira simultânea (várias comorbidades) e que interagem de maneira sinérgica, podendo ser maximizada pelo meio social, político, econômico e ambiental de uma sociedade (SINGER et al., 2017).

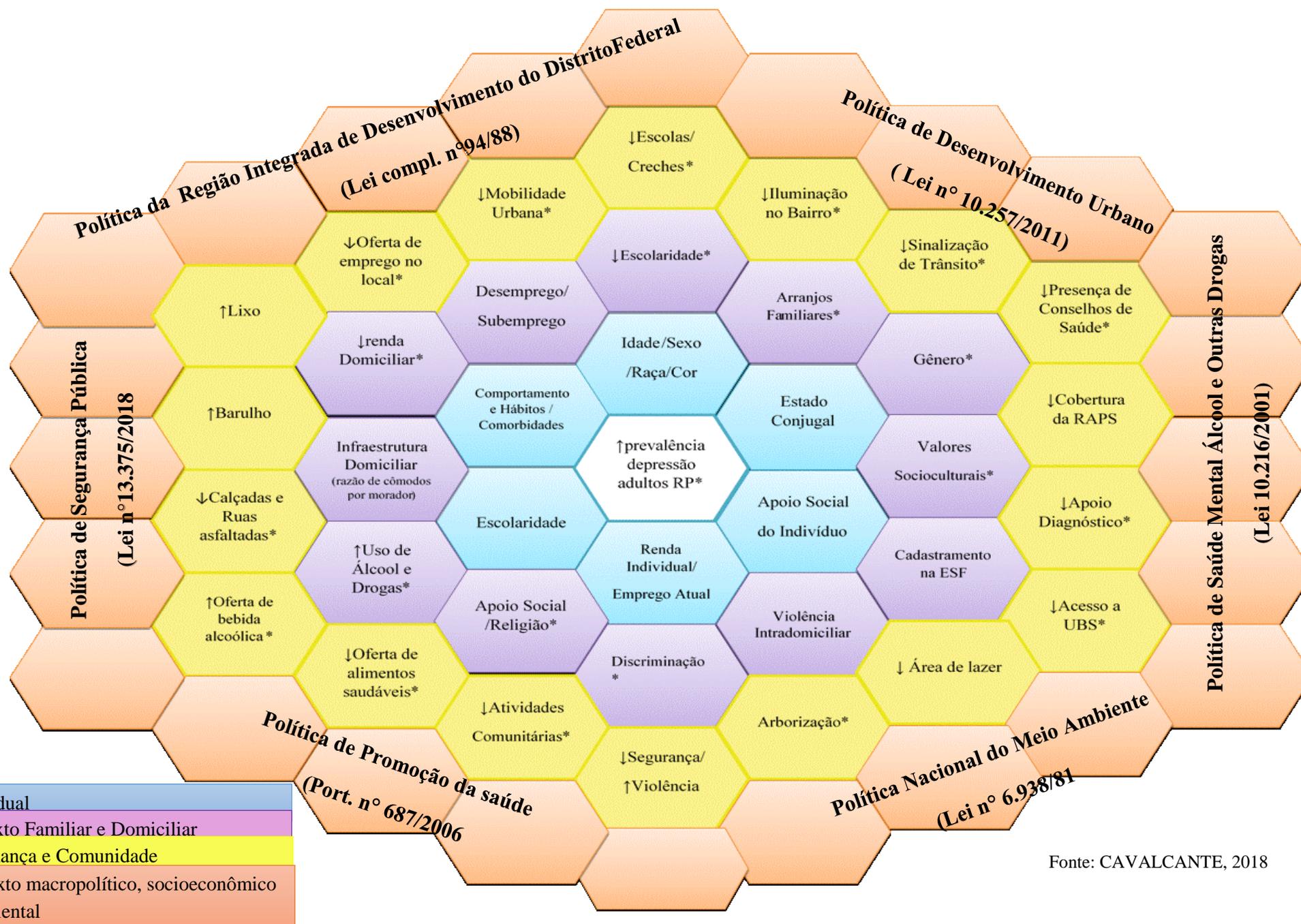
Segundo Singer:

Sindêmicos são definidos como a agregação de duas ou mais doenças ou outras condições de saúde em uma população na qual existe algum nível de comportamento ou comportamento biológico deletério, interface que exacerba os efeitos negativos para a saúde de qualquer uma ou de todas as doenças envolvidas. As sindemias envolvem a interação adversa de doenças de todos os tipos (por exemplo, infecções, doenças crônicas não transmissíveis, problemas de saúde mental, condições comportamentais, exposição a substâncias tóxicas e desnutrição). É mais provável que surjam em condições de desigualdade de saúde causadas pela pobreza, estigmatização, estresse ou violência estrutural, devido ao papel desses fatores no agrupamento e exposição de doenças e no aumento da vulnerabilidade física e comportamental. De fato, esse conceito vai além das conceituações médicas comuns de comorbidade e multimorbidade - quando as doenças simplesmente ocorrem em conjunto - porque ambas dizem respeito às consequências da interação da doença e aos fatores sociais, ambientais ou econômicos que se agrupam com as doenças e moldam sua interação (SINGER, 2017).

O modelo sindêmico permite ilustrar por meio do uso de uma estrutura de “favo de mel” tridimensional as relações entre os diversos fatores de diferentes dimensões e âmbitos que interagem entre si e que resultam em problemas de saúde da população.

Com isso, a construção do marco conceitual (terceira etapa do método de Guyer), utilizado para o estudo da alta prevalência de depressão na Região dos Pirineus, corresponde à adaptação do modelo sindêmico, partindo de uma abordagem ecológica do nível individual (determinantes proximais) até o nível macro (determinantes distais) (Figura 2). Foi realizado uma busca na literatura tanto nacional como internacional para identificação dos mecanismos determinantes, condicionantes ou causais que tenham influência direta ou indireta com a depressão (Tabela 2,3 e 4).

Figura 2 - Marco Conceitual para a alta prevalência de depressão



Fonte: CAVALCANTE, 2018

Tabela 2-Evidências científicas da associação entre fatores no nível individual e a depressão

Fatores Individuais	Autor	Local do Estudo	Evidências Científicas de associação	Conclusões
Idade	DJERNES, 2006	Dinamarca	75-84 anos (OR:1,9) >85 anos (4%-13%; OR: 2,7)	↑ idade maior prevalência de depressão
	MADEIRA et al., 2013	Brasil	60-64 anos (17%) 65-75 anos (34%) ≥75 anos (50%)	
Sexo	CUNHA et al., 2012	Brasil	Mulheres RP: 2,4 (IC95% 1,97 – 2,87)	> prevalência de depressão no sexo feminino
	BASTOS et al., 2014	Brasil	Mulheres (17%; OR: 2,6) vs Homens (7%)	
	AMATO et al., 2010	Brasil	26,9% mulheres vs 8,3% homens	
Raça/Cor	BASTOS et al., 2014	Brasil	Negros 52% vs 37% Brancos	> Prevalência na população negra
	GUIMARÃES et al., 2009	Brasil	Negras 52,8% vs Não negras 42,3%	
	ALMEIDA-FILHO et al., 2004	Brasil	Pardos 15,7% (OR: 1,8; IC 95% 1,09 -2,90) Negros 11,2% (OR: 1,14; IC 95% 0,70 - 1,87)	
Comorbidades	RUDISCH et al., 2003	Estados Unidos	ICC ou IAM: 17%- 27%	Presença de comorbidades aumenta a prevalência de depressão
	ANDERSON et al., 2001	Estados Unidos	Diabéticos (OR: 2,0 IC95% 1,8-2,2)	
	COLE et al., 2002	Estados Unidos	17% desencadeiam hipotireoidismo	
Orientação Sexual	SKEGG et al., 2003	Nova Zelândia	OR: 2,4 (Suicídio)	> Prevalência de depressão na população LGBT
	RYAN et al., 2009	Estados Unidos	OR: 5,6 (Flagelação)	
			OR: 5,9 (Depressão)	
MATTHEWS et al., 2002	Estados Unidos	OR: 8,4 (Suicídio) Lésbicas 56% procuraram tratamento para depressão vs 49% das heterossexuais		
Hereditariedade	KENDELER et al., 2005; GOODMAN et al., 1999	Estados Unidos	Vários estudos em amostra seletivas	Não se conhece a prevalência

Legenda: IC: Intervalo de Confiança; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travest; OR: Odds Ratio; Vs: Versus; ↑: maior; ↓: Menor

Tabela 3-Evidências científicas da associação entre fatores no nível familiar/ domiciliar e depressão

Fatores no nível familiar/domiciliar	Autor	Local do Estudo	Evidências Científicas de associação	Conclusões
Ambiente de Trabalho	MEDSKER et al., 2016	Estados Unidos	Supervisores (OR: 1,7 IC: 95% 1,58-193)	> prevalência de depressão
	MELCHIOR et al., 2013	França	Cargo Intermediário (53,8% OR: 1,2 IC 95% 1,09-1,36) Cargo baixo (7% OR: 1,4 IC 95% 1,16-1,70)	
Desemprego	NIEDZWIEDZ et al., 2016	Europa	Homens (OR: 1,7 IC95% 1,55-1,89) Mulheres (OR: 1,3 IC95% 1,15-1,54)	> prevalência em desempregados
Renda	GAVIN et al.,2010	Estados Unidos	↓renda ↑depressão	> prevalência de depressão em população de baixa renda
Escolaridade	GAVIN et al., 2010	Estados Unidos	Homens Brancos (OR: 2,4 IC95% 1,04-4,00)	↓ nível de escolaridade maior prevalência de depressão
	PLEUSO et al.,2008	Brasil	↓escolaridade (OR: 2 IC95% 1,275-3,141)	
Arranjos Familiares	PRINCE et al.,1998	Europa	Solteiros (RR:2,0) Viúvos (RR:3,2)	> prevalência em solteiros e pessoas com problemas no arranjo familiar
	ROMERO et al.,2002	Brasil	Solteiras (OR:1,2)	
	WAGNER et al.,1999	Brasil	19% em núcleos familiares reconstruído	
	RABELO et al.,2015	Brasil	Idosos com disfunção familiar (29%)comparado com (14,8%) com bom arranjo familiar	
Violência (Intradomiciliar)	ADEODATO et al.,2005	Brasil	40% das vítimas desenvolveram depressão	> prevalência em vítimas de violência intradomiciliar
	MATTAR et al.,2007	Brasil	Vítimas de abuso sexual (RP: 1,7)	
Álcool e Drogas	GAVIN et al.,2015	Brasil	Consumo de álcool (OR: 2,8)	>prevalência em pessoas que consomem álcool e outras drogas

Legenda: IC: Intervalo de Confiança;OR: Odds Ratio; RR: Risco Relativo; Vs: Versus; ↑: maior; ↓: Menor

Tabela 4-Evidências científicas da associação entre fatores no nível da vizinhança/comunidade e depressão

Fatores no nível da vizinhança/comunidade	Autor	Local do Estudo	Evidências Científicas de associação	Conclusões
Apoio/ Rede Social	KOENIG et al.,2012	Estados Unidos	Melhora de 63% em pessoas com apoio social	↑Apoio social ↓depressão
Local desfavorecido economicamente	MAIA et al.,2004	Brasil	57% em pessoas que moram na favela	> prevalência em locais pobres
Discriminação	COPELAND et al., 2013	Estados Unidos	Vítimas (RP: 6,5)	> prevalência em vítimas
Características da Vizinhança		Falta de evidências		>Prevalência (Barulho,falta de acesso a bens e serviços, violência)

Legenda: RP: Razão de Prevalência; ↑: maior; ↓: Menor

Nessa etapa foi essencial a análise dos determinantes e de suas interações, que podem ser de diversas dimensões, âmbitos e níveis como de ordem biológica, econômica, social, ambiental, cultural, demográficos e de acesso e qualidade dos serviços de saúde ou em âmbito individual, familiar, de vizinhança e/ou proximais (nível micro) e distais (nível macro). Enquanto a abordagem sindêmica possibilitou ilustrar e providenciar um referencial interpretativo que subsidia a identificação de caminhos causais (*pathways*) que na teoria podem ser modificados, quando se aplica uma intervenção que favoreça mudanças positivas no ambiente social e econômico (Anexo 1) (CAVALCANTE, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Estimar a magnitude da depressão em adultos residentes na Região dos Pirineus, Entorno do Distrito Federal em 2016, bem como, seus possíveis fatores associados e o desempenho da assistência.

3.2 Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência geral da depressão e segundo variáveis no nível individual, no contexto familiar e domiciliar e no nível comunitário nos adultos residentes na Região dos Pirineus;
2. Identificar possíveis fatores associados à depressão nos adultos da Região dos Pirineus;
3. Analisar o desempenho dos serviços de saúde para depressão na Região dos Pirineus, segundo a percepção dos usuários

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional analítico tipo caso-controle aninhado em inquérito de base populacional realizado nos sete municípios que compõem a Região dos Pireneus, da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e Distrito Federal (RIDE - DF), no período de outubro de 2015 a outubro de 2016.

O estudo de Caso-Controle justifica-se pela capacidade de obter um número suficiente de casos ao serem estudadas doenças crônicas ou raras, pois possibilita a avaliação do efeito de diferentes exposições, pela exigência de um tamanho menor de amostra que outros modelos e por ser possível a sua utilização a partir dos dados de um inquérito (KLEINBAUM et al., 2007).

A população de estudo está constituída por 738 adultos (com idade igual ou superior a 18 anos) residente nos municípios que foram selecionados aleatoriamente por meio de amostragem por conglomerados em três estágios (URDANETA et al., 2017). Resumidamente, o 1º estágio correspondeu à seleção aleatória de 50 setores censitários dos municípios com probabilidade proporcional ao tamanho; o 2º, à seleção sistemática de 18 domicílios em cada setor censitário e o 3º estágio, à seleção probabilística de um morador adulto (com idade igual ou superior a 18 anos). Os adultos selecionados foram convidados a participar da pesquisa e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram entrevistados face-a-face utilizando dispositivos eletrônicos de coleta de dados (PDA). O tamanho da amostra foi calculado para detectar prevalências de 15% com uma margem de erro de 3,5 pontos percentuais e um nível de confiança de 95%. Por se tratar de desenho complexo de amostragem o tamanho considerou um efeito de desenho de 1,3 (720 indivíduos) e, levando em consideração possíveis perdas, aumentou-se o tamanho da amostra em 20%, totalizando 900 indivíduos.

O questionário correspondeu à primeira versão do utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Universidade Federal de Goiás (UFG) e a Universidade de Brasília (UnB). O questionário encontra-se dividido em uma parte domiciliar e uma individual. As perguntas da parte domiciliar englobam 1384 campos de entradas de dados. Já o questionário individual reúne 909 questões, dividido em 10 módulos. A coleta de dados foi realizada nos domicílios por entrevistadores treinados e foram transferidos diariamente ao aplicativo excel e submetido a verificação de consistência de dados. O banco de dados final foi exportado ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25 que foi utilizado para as análises.

A prevalência da depressão foi estimada por meio da pergunta: “Algum médico já lhe deu diagnóstico de depressão?”. Foi realizada uma análise descritiva do coeficiente de prevalência segundo variáveis sócio demográficas que incluem a idade, sexo, escolaridade, renda, emprego, raça, estado civil, diagnóstico de outras condições de saúde e características contextuais do domicílio e da vizinhança.

A análise do desempenho dos serviços de saúde incluem respostas a questões relacionadas com o acesso aos serviços prestados, qualidade da atenção, disponibilidade de condutas terapêuticas e continuidade da assistência.

Para a identificação dos fatores associados à depressão foram incluídos no estudo todos os casos (aqueles que referiram ter diagnóstico médico de depressão) e, todos aqueles que não referiram diagnóstico de depressão, foram considerados controles.

Para a análise bivariada as variáveis independentes foram agrupadas em três grandes dimensões seguindo ao raciocínio do marco conceitual proposto (Anexo 1) e recategorizadas como descrito a seguir e resumidas nos Anexos 2, 3 e 4.

1) Variáveis relacionadas ao nível individual (compostas por variáveis demográficas, situação socioeconômica, relacionadas ao apoio micro social, condições de saúde, morbidades autorreferidas e comportamentos/hábitos de vida – Anexo 2): Sexo, resposta referida como “Feminino” ou “Masculino”; Idade (respondida em anos) e dicotomizada em “maiores ou igual a 60 anos” e “menor que 60 anos de idade”; Escolaridade (respondida em grau de instrução), dicotomizada em “menor que 6 anos de estudos” (resposta referida como “analfabeto/menos de um ano de instrução” ou “elementar incompleto” ou “elementar completo e ensino médio incompleto”) e “maior ou igual a 6 anos de estudo (referido como “fundamental completo e ensino médio incompleto” ou “ensino médio completo e superior incompleto” ou “superior completo ou mais”); Renda individual mensal, renda referida como a soma de todas as fontes de rendimentos do entrevistado (conduzido por um recordatório que incluía: trabalho, seguro desemprego, aposentadoria, pensão, renda vitalícia, venda de produtos, aluguéis, doações, rendimentos de aplicações, bolsa família, benefício de prestação continuada, cartão alimentação e outra fonte) e dicotomizada em “até 880,00 reais” e “mais de 880,00 reais” (valor do salário mínimo no ano de 2016); Estado Conjugal, dicotomizado em “vive sem companheiro” (resposta referida como “nunca foi casado(a)” ou “separado (a)/divorciado(a) ou “viúvo (a)”) e

“vive com o companheiro (referido como “casado (a) ou “vive com companheiro (a)”)); Raça/Cor autorreferida, dicotomizada em “amarelas e indígenas” (resposta como “amarela” ou “indígena”) e “ brancos, pardos e pretos” (resposta como “branca” ou “parda” ou “preta”); Apoio Social dicotomizada em “sem apoio social” (respostas referida “uma vez no ano” ou nenhuma vez”) e “com apoio social” (referido “mais de uma vez por semana” ou “uma vez por semana” ou “de 2 a 3 vezes por mês” ou “algumas vezes no ano”), para as perguntas: Participação em atividades esportivas e de grupos; Participação em trabalhos voluntários nos últimos 12 meses; Participação de cultos ou atividades religiosas nos últimos 12 meses e Participação de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares nos últimos 12 meses; Situação de trabalho, dicotomizada em “não trabalha atualmente” (resposta referida “trabalha, mas não em atividade atualmente” ou “já trabalhou mas não trabalha mais” ou “nunca trabalhou”) e “trabalha atualmente” (resposta “trabalha e em atividade atualmente”); Autoavaliação de Saúde (estado de saúde autorreferido), dicotomizado em “saúde ruim” (respostas “regular” ou “ruim” ou “muito ruim”) e “boa saúde” (referido “muito boa” ou “boa”); Morbidades categorizadas em “sim” ou “não” de acordo com a resposta à pergunta se algum médico já deu ao entrevistado o diagnóstico da referida doença e classificadas em: doença cardiovascular (respostas para “hipertensão arterial” ou “doença do coração” ou “acidente vascular cerebral”); doença metabólica (respostas para “diabetes” ou “dislipidemia”); doença respiratória (respostas para “asma” ou “doença pulmonar obstrutiva crônica”); doença osteoarticular (respostas para “artrite” ou “osteoporose”); doença infecciosa (respostas para “hepatites” ou “tuberculose”); problema crônico (referido “incapacidade motora” ou “problema na coluna” ou doença crônica); uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs (total de DCNT contadas a partir das categorias anteriores); Limitação motora, categorizada em “sim” (respostas referidas para o uso de equipamentos ou aparelhos para auxiliar na locomoção e dificuldade “média” ou “intensa” ou “muito intensa” para caminhar 100 metros) e “não” (para os que não utilizam equipamentos ou aparelhos para locomoção e “nenhuma dificuldade” ou “dificuldade leve” para caminhar 100 metros); Limitação sensorial, categorizada em “sim” (respostas referidas como dificuldade “média” ou “intensa” ou “muito intensa” para enxergar de longe ou perto ou que referiram dificuldade “média” ou “intensa” ou “muito intensa” para escutar) e “não” (respostas “nenhuma dificuldade” ou “dificuldade leve” para enxergar de longe, enxergar de perto

ou ouvir); Saúde Bucal, dicotomizada em “saúde bucal ruim” (respostas autorreferidas como “regular”, “ruim” e “muito ruim” ou que referiram fazer uso de prótese dentária seja de um dente ou total ou que tem dificuldade “regular”, “intensa” ou “muito intensa” para se alimentar por causa dos problemas dentários) e “boa saúde bucal” (referido como “muito boa” e “boa” ou não referiram o uso de prótese dentária ou que não tem “nenhuma dificuldade” e “dificuldade leve” para se alimentar); Índice de Massa Corpórea (IMC), calculado a partir do peso e altura autorreferidos, dicotomizada em “sobrepeso/obesos (IMC maior ou igual a 25)” e “não obesos (IMC menor ou igual a 24,9)”; Consumo de álcool, dicotomizada em “consome álcool” (respostas referidas “menos de uma vez por mês” ou “uma vez ou mais por mês”) ou “não consome álcool” (referidos “não bebo nunca”); Consumo abusivo de álcool (avaliado convencionalmente como padrão binge), dicotomizado em “abuso de álcool entre homens e mulheres” (respostas referidas para consumo nos últimos 30 dias de 5 ou mais doses para homens, ou 4 ou mais doses, para mulheres) ou “sem abuso de álcool entre homens e mulheres” (referiram consumo nos últimos 30 dias de 4 ou menos doses, para homens, ou 3 ou menos doses, para mulheres); Tabagismo, dicotomizado em “fumantes” (respostas referidas “sim diariamente”, “sim, menos que diariamente”) e “não fumantes” (referidos “não fumo atualmente”).

2) Variáveis relacionadas ao nível Familiar / Domiciliar (Anexo 3): Razão de números de cômodos por morador calculado como número de moradores no domicílio dividido pelo número de cômodos, dicotomizada em “menos de um (<1) cômodo por morador” ou “um ou mais de um (≥ 1) cômodo por morador”; Domicílio cadastrado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), respondido como “sim” ou “não” à pergunta: “O seu domicílio está cadastrado (registrado) na unidade de saúde da família?”; e, Vítima de Violência física nos últimos 12 meses, respondida como “sim” ou “não” à pergunta: “Nos últimos 12 meses, o (a) sr (a) foi vítima de alguma forma de violência física/agressão que tenha resultado em lesões corporais?”. Com relação à violência física a mesma foi dimensionada como de nível individual / domiciliar tendo em vista que 83% dos casos referidos foram praticados por ex-conjuge/ex-companheiro(a)/ex-namorado(a) (41,4%), conjuge/companheiro/namorado (28,0%) e outros conhecidos tais como outros familiares e amigos (13,7%). Ainda, 100% dos casos de violência referidos por mulheres foram praticadas por companheiros, ex-companheiros e outros familiares (URDANETA, 2017).

3) Variáveis relacionadas ao nível da Vizinhança / Comunidade (composto por variáveis relacionadas as condições de moradia e violência na vizinhança – Anexo

4): Presença de muito lixo ou entulho, respondido como “sim” ou “não” para à pergunta: “Há muito lixo ou entulho nas ruas da sua vizinhança?”; Muito barulho na vizinhança, respondido como “sim” ou “não” para à pergunta: “Há muito barulho na sua vizinhança?”; Área de lazer na vizinhança, respondido como “sim” ou “não” para à pergunta: “Há alguma área de lazer, para praticar esportes ou fazer caminhada na sua vizinhança?”; Presença de local para comprar frutas/legumes, respondido como “sim” ou “não” para à pergunta: “Há algum local na sua vizinhança para se comprar frutas e legumes?”. Em relação à violência na vizinhança, a frequência nos últimos seis meses foi dicotomizada como “sim” para as respostas “Frequentemente”, “Às vezes” ou “Raramente” e como “Não” para a resposta “Nunca”. Assim, as variáveis correspondem a: Briga com uso de arma de fogo, respondido como “sim” ou “não” para à pergunta: “Uma briga na sua vizinhança na qual uma arma tenha sido usada?”; Briga de gangues, respondida como “sim” ou “não” para à pergunta: “Uma briga entre gangues (bandos de malfeitores, bandidos) na sua vizinhança?”; Agressão Sexual, respondida como “sim” ou “não” para à pergunta: “Uma agressão sexual ou estupro na sua vizinhança?”; Roubo ou Furto, respondido como “sim” ou “não” para à pergunta: “Um roubo ou furto na sua vizinhança?”; Sensação de segurança para caminhar na vizinhança de dia ou de noite, respondido em “sim” ou “não” para à pergunta: “O (a) sr(a) se sente seguro (a) caminhando na sua vizinhança, de dia e de noite?”.

Além da prevalência de depressão segundo as variáveis incluídas na análise são apresentadas as razões de prevalência brutas (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC) 95% como medida de efeito / associação para os dados gerados no estudo transversal (inquérito) e as razões de chances brutas ou *odds ratios* (OR) e respectivos intervalos de confiança 95% para permitir a comparação com os resultados da análise multivariada (regressão logística) sob a caracterização do estudo como de caso – controle aninhado.

Foram estimadas as razões de chances (OR) por meio do cruzamento dos casos (participantes com diagnóstico de depressão) e os controles (sem depressão) com as variáveis independentes (ou de risco) constituídas pelas variáveis acima relacionadas (análise bivariada). Para a estimativa OR não ajustada e seus respectivos IC95% foi definida, como categoria de referência, aquela com menor risco para depressão, segundo a literatura, na amostra estudada, considerando como significante valores de $p \leq 0,05$.

Após essa etapa, as variáveis que obtiveram valor $p \leq 0,20$ foram incluídas em um modelo matemático de regressão logística multivariada, iniciando-se com a introdução, no modelo, das variáveis do contexto individual (sexo, raça /cor, situação de trabalho, consumo abusivo de álcool, auto avaliação de saúde, limitação sensorial, auto avaliação de saúde bucal, número de comorbidades de doenças crônicas não transmissíveis - foram excluídas as comorbidades de forma individual para evitar o colinearidade, e referir problema crônico de mais de seis meses de duração); sequencialmente foram introduzidas no modelo as variáveis do contexto familiar / domiciliar (razão de número de cômodos por morador e referir ter sido vítima de violência física com lesão corporal nos últimos 12 meses); e por último, as do contexto de vizinhança / comunidade (presença de muito lixo ou entulho e de muito barulho na vizinhança; referir briga de gangues e roubos ou furtos nos últimos seis meses e sensação de segurança caminhando na vizinhança de dia ou de noite).

Para a análise do desempenho dos serviços de saúde segundo a percepção dos usuários, calculou-se a frequência absoluta e relativa entre os casos de depressão das respostas as seguintes perguntas: “O (a) sr (a) vai ao médico/ serviço de saúde regularmente por causa da depressão?”, “Qual o principal motivo do (a) sr (a) não visitar o médico/ serviço de saúde regularmente por causa da depressão?”, “Quais tratamentos o (a) sr (a) faz atualmente por causa da doença mental?”, “ Quando foi a última vez que o (a) sr (a) recebeu assistência médica por causa da depressão?”, “Na última vez que recebeu assistência médica para depressão, onde o (a) sr (a) foi atendido?”, “O atendimento foi feito pelo SUS?”, “O (a) sr (a) pagou pelo atendimento?”, “ Em algum dos atendimentos para depressão, houve encaminhamento para alguma consulta com profissional especialista de saúde mental, como psiquiatra ou psicólogo?”, “O (a) sr (a) conseguiu ir a todas as consultas com profissional especialista de saúde mental?”, “Qual o principal motivo do (a) sr (a) não ter ido a todas as consultas com o profissional especialista de saúde mental?” e “Em geral, em que grau a depressão limita as suas atividades habituais?”.

O Inquérito de Saúde da RIDE-DF foi aprovado pelos Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (681.762) e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ (723.794), em 11/06/2014 e 17/07/2014, respectivamente. Foi financiado com recursos do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq Proc. Nº 477280/2013-7) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF Proc. Nº 193.000.875/2015).

5 RESULTADOS

5.1 Características da população de estudo, dos casos e dos controles

Um total de 738 adultos participaram da pesquisa dos quais 94 responderam afirmativamente à pergunta: “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de depressão?”, sendo a prevalência autorreferida desta condição de 12,2% (9,7% - 15,2%) nos adultos residentes na Região dos Pirineus no ano de 2016. A média de idade do primeiro diagnóstico de depressão foi de 35 anos e mediana de 36 variando entre 10 e 70 anos idade.

As características da população estudada, bem como, dos casos (aqueles que referiram diagnóstico médico de depressão) e os controles (participantes sem diagnóstico médico de depressão) são apresentadas nas tabelas 5 a 10.

A grande maioria dos adultos com depressão eram do sexo feminino 86%, aproximadamente dois terços 65,8% referiram estar casados ou viver com companheiro(a) e quase a metade 47,2% se encontrava trabalhando no momento da pesquisa, entretanto, somente 21% eram empregados assalariados com carteira assinada e 13% servidores públicos. Referiram não ter trabalhado nos últimos três meses 48,8% dos casos em comparação com 38,4% dos controles (Tabela 5).

Tabela 5- Características sócio demográficas da população de estudo, dos casos e dos controles. Região dos Pirineus, 2016

Características	População de Estudo (738)			Depressão (94)			Sem Depressão (642)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Sexo									
Feminino	390	52,6	48,7- 56,5	79	86	76,4- 92,1	310	48,0	43,3- 52,7
Masculino	348	47,4	43,5- 51,3	15	14	7,9 - 23,6	332	52,0	47,3- 56,7
Idade									
≥60 anos	188	23,6	19,7-27,9	28	27,4	18,8-38,2	160	23,1	18,9-27,8
≤60 anos	550	76,4	72,1-80,3	66	72,6	61,8-81,2	482	76,9	72,2-81,1
Raça /Cor									
Branca	251	34	29,4-38,9	34	37	28,3-46,6	216	33,5	28,4-39,1
Preta	74	10,2	8,1-12,8	9	9	4,6-16,7	65	10,5	8,2-13,2
Amarela	54	7	5,4-8,9	11	12,1	6,4-21,9	42	6,1	4,5-8,4
Parda	346	47,1	43,1-51,1	37	37,6	27,9-48,5	309	48,6	44,1-53,1
Indígena	13	1,6	0,9-2,7	3	4,3	1,4-12,0	10	1,2	0,7-2,3
Estado Conjugal									
Nunca foi casado (a)	187	26,2	22,4- 30,3	20	17,6	9,7 - 29,9	167	27,5	23,5- 31,8
Casado(a)/vive com companheiro(a)	421	60,3	56 - 64,5	53	65,8	54,1- 75,9	366	59,5	54,8- 64,0
Separado (a)/divorciado(a)	77	7,9	6,2 – 10,0	11	7,4	4,1 - 12,9	66	8,0	6,0 - 10,5
Viúvo (a)	53	5,6	4,2 - 7,4	10	9,2	4,9 - 16,6	43	5,1	3,7 - 7,0

Tabela 5 – Características sócio demográficas da população de estudo, dos casos e dos controles. Região dos Pirineus, 2016 (Continuação)

Características	População de Estudo (738)			Depressão (94)			Sem Depressão (642)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Escolaridade									
Analfabeto-menos de 1 ano de instrução	83	10,1	7,7-13,2	14	13,2	7,1-23,2	69	9,7	7,1-13,1
Elementar incompleto	144	19,3	16,0-23,1	21	23,6	15,5-34,3	123	18,8	15,3-22,8
Elementar completo e Fundamental incompleto	180	23,5	20,0-27,3	21	22,1	14,0-33,0	158	23,6	20,2-27,3
Fundamental completo e Médio incompleto	98	13,8	10,8-17,3	13	14,3	7,9-24,4	85	13,7	10,5-27,8
Médio completo e Superior incompleto	168	24,5	20,4-29,2	15	16,9	8,7-30,1	153	25,7	21,3-30,6
Superior completo ou mais	65	8,8	6,5-11,9	10	9,9	5,2-18,2	54	8,5	6,1-11,8
Trabalha/Trabalhava									
Trabalha e em atividade atualmente	401	54,9	50,1- 59,7	42	47,2	34,1- 60,8	358	56,0	51,3- 60,7
Trabalha mas não em atividade atualmente	47	6,5	4,9 - 8,7	6	8,1	3,6 - 17,0	41	6,3	4,6 - 8,7
Já trabalhou mas não trabalha mais	221	28,2	24,8- 31,8	40	37,5	26,4- 50,1	180	26,8	23,4- 30,6
Nunca trabalhou	69	10,3	7,6 - 13,8	6	7,2	3,1 - 15,9	63	10,8	7,8 - 14,7
Situação de Trabalho									
Servidor Público	56	8,6	6,1 - 12,1	13	13,0	7,0 - 23,0	43	8,0	5,5 - 11,6
Empreg. assalariado com carteira assinada	191	28,4	23,7- 33,7	17	21,0	13,8- 30,6	174	29,6	24,2- 35,7
Empreg. assalariado sem carteira assinada	161	24,3	20,4- 28,7	20	22,2	14,1- 33,2	141	24,7	20,5- 29,5
Empreg. familiar não remunerado	31	4,6	3,0 - 6,9	11	12,3	6,6 - 21,9	20	3,5	2,0 - 6,0
Autônomo com estabelecimento	65	10,4	7,6 - 14,1	8	10,1	4,2 - 22,2	56	10,3	7,1 - 14,6
Autônomo sem estabelecimento	162	23,3	19,7- 27,2	19	21,3	14,3- 30,6	142	23,4	19,5- 27,9
Empregador com até 5 funcionários fixos	2	0,2	0 - 0,9	-	-	-	2	0,2	0,1 – 1,0
Empregador com ≥ 5 funcionários fixos	1	0,2	0 - 1,3	-	-	-	1	0,2	0 - 1,5
Trabalhou nos últimos 3 meses									
Sim	439	60,3	55,4 - 65	47	51,2	37,9- 64,3	392	61,6	56,8- 66,2
Não	297	39,7	35 - 44,6	47	48,8	35,7- 62,1	250	38,4	33,8- 43,2
Renda									
Até um salário mínimo	458	63,9	59,7-68,0	62	62,8	50,1-73,9	394	64,1	59,5-68,4
Mais de um salário mínimo	253	36,1	32,0-40,3	32	37,2	26,1-49,9	240	35,9	31,6-40,5

IC = Intervalo de Confiança.

Do total de casos de depressão, 72,6% ocorreram em adultos menores de 60 anos de idade (idade mínima de 20 e máxima de 78 anos); 37,6% se autodeclararam pardos, 58,9%

referiram baixa escolaridade (com ensino elementar incompleto ou menos anos de estudo) (Tabela 5).

Em relação as variáveis classificadas como de apoio social, frequências similares entre os casos e os controles foram observadas quanto a: não praticar nenhuma atividade física (79% vs 73%, respectivamente) e não exercer nenhum tipo de atividade voluntária (89% vs 91%) nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. Uma menor frequência de participantes com depressão 19% referiram não participar de atividades religiosas nos últimos 12 meses em comparação com os controles 24% (Tabela 6).

Tabela 6- Características referentes ao apoio social da população de estudo, dos casos e dos controles. Região dos Pirineus, 2016.

Características	População de Estudo (738)			Depressão (94)			Sem Depressão (642)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Participação em atividades esportivas e de grupo nos últimos 12 meses									
Mais de uma vez por semana	73	10,5	7,9 - 13,9	12	11,7	5,1 - 24,8	61	10,4	7,6 - 14,1
Uma vez por semana	41	6,1	4,3 - 8,5	2	1,0	0,3 - 4,1	39	6,8	4,9 - 9,5
De 2 a 3 vezes por mês	22	3,1	1,8 - 5,3	4	4,3	1,7 - 10,4	18	2,9	1,6 - 5,2
Algumas vezes no ano	36	5,1	3,5 - 7,5	-	-	-	35	5,7	3,8 - 8,4
Uma vez no ano	10	1,8	0,9 - 3,4	2	3,7	0,9 - 14,4	8	1,5	0,7 - 3,2
Nenhuma vez	556	73,4	68,5 - 77,7	74	79,2	65,9 - 88,3	481	72,7	67,3 - 77,4
Participação em Trabalhos Voluntários nos últimos 12 meses									
Mais de uma vez por semana	14	2,0	1,1 - 3,9	4	2,4	0,7 - 7,5	10	2,0	1,0 - 3,9
Uma vez por semana	4	0,6	0,2 - 1,8	-	-	-	4	0,7	0,3 - 2,1
De 2 a 3 vezes por mês	7	0,9	0,3 - 2,8	2	1,8	0,4 - 7,9	5	0,8	0,2 - 2,4
Algumas vezes no ano	33	4,0	2,6 - 5,9	5	4,3	1,7 - 10,3	28	3,9	2,5 - 6,0
Uma vez no ano	11	1,9	1,0 - 3,6	2	2,9	0,6 - 12,1	9	1,8	0,9 - 3,7
Nenhuma vez	669	90,6	87,6 - 92,8	81	88,7	80,1 - 93,8	586	90,8	87,6 - 93,2
Participação de cultos ou atividades religiosas nos últimos 12 meses									
Mais de uma vez por semana	138	19,8	16,4 - 23,8	19	19,6	11,2 - 31,9	119	19,9	16,5 - 23,9
Uma vez por semana	207	28,1	23,9 - 32,7	31	34,9	25 - 46,3	175	27,1	23,0 - 1,7
De 2 a 3 vezes por mês	77	10,1	7,8 - 12,9	7	8,4	3,5 - 18,6	70	10,3	8,0 - 13,2
Algumas vezes no ano	110	14,6	11,4 - 18,5	12	13,4	7,7 - 22,3	97	14,6	11,2 - 18,9
Uma vez no ano	31	3,9	2,7 - 5,7	5	4,3	1,7 - 10,5	26	3,9	2,6 - 5,8
Nenhuma vez	175	23,5	19,3 - 28,2	20	19,4	11,7 - 30,6	155	24,1	19,7 - 29,1

IC = Intervalo de Confiança.

Foi constatado, pela autoavaliação da saúde, que os participantes com depressão consideraram estar com a saúde muito boa ou boa com uma frequência significativamente menor do que os controles (33,3% vs 49,2%). Quando analisada a presença de dificuldade para se locomover, enxergar ou escutar, apesar do uso ou não de algum aparelho de apoio (bengala, cadeira de rodas, óculos, aparelhos auditivos), verifica-se que 20,2% dos casos apresentam

intensa dificuldade para caminhar cerca de 100 metros, 6,7% têm uma leve dificuldade para se cuidar, 16,8% apresenta muita dificuldade de enxergar de perto, 14,6% uma leve dificuldade de enxergar de longe e 12,2% uma leve dificuldade para ouvir. Para a percepção dos participantes sobre a saúde bucal, nos casos é mais frequente uma autoavaliação regular para muito ruim 45,9% que nos controles 37,6%, assim como, referir dificuldade, intensa e muito intensa para se alimentar (8,3% vs 2,9%, respectivamente) (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição da autoavaliação de saúde e prevalência de disfuncionalidade na população de estudo, nos casos e nos controles. Região dos Pirineus, 2016

Características	População de Estudo (738)			Depressão (94)			Sem Depressão (642)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Avaliação da Saúde									
Muito boa	74	10,6	8,0 - 13,8	4	3,1	1,0 - 9,2	70	11,6	8,8 - 15,2
Boa	352	47,2	43,6 - 50,9	30	33,3	23,4 - 44,8	321	49,2	44,7 - 53,7
Regular	262	35,0	31,6 - 38,6	43	43,6	31,5 - 56,5	219	33,9	29,9 - 38,2
Ruim	39	5,4	3,8 - 7,7	10	10,9	6,0 - 19,1	28	4,5	3,1 - 6,5
Muito ruim	11	1,8	0,9 - 3,5	7	9,1	4,0 - 19,6	4	0,8	0,2 - 2,6
Grau de dificuldade para andar cerca de 100 metros									
Nenhum	496	68	63,7-72,0	38	39,7	27,5-53,4	457	71,9	67,8-75,7
Leve	57	7,4	5,4-9,9	11	9,4	5,3-16,2	45	6,9	5,0-9,5
Médio	81	10,8	8,5-13,4	20	23,3	15,0-34,5	61	9,0	6,8-11,9
Intenso	62	8,4	6,4-11,0	18	20,2	12,0-32,0	44	6,8	5,1-9,0
Não consegue	42	5,5	4,0-7,6	7	7,3	3,7-14,0	35	5,3	3,7-7,4
Grau de dificuldade para se cuidar									
Nenhum	673	91,3	88,7-93,4	77	83,3	74,0-89,8	594	92,4	89,7-94,4
Leve	21	2,7	1,6-4,5	7	6,7	3,1-14,1	14	2,1	1,2-3,8
Médio	23	2,9	1,9-4,2	5	4,9	1,8-12,2	18	2,6	1,6-4,1
Intenso	11	1,5	0,8-3,0	4	4,2	1,2-13,8	7	1,2	0,5-2,5
Não consegue	10	1,6	0,8-3,1	1	0,8	0,1-6,1	9	1,7	0,9-3,4
Grau de dificuldade para enxergar de perto									
Nenhum	398	55,7	51,0-60,3	36	43,4	31,4-56,3	362	57,6	52,4-62,6
Leve	108	14,4	12,2-16,8	13	11,1	6,1-19,4	95	14,9	12,5-17,6
Médio	111	14,6	11,9-17,8	14	15,0	8,9-24,2	96	14,4	11,5-17,9
Intenso	75	9,2	7,1-11,8	19	16,8	9,8-27,1	56	8,2	6,1-11,0
Não consegue	46	6,1	4,3-8,5	12	13,7	7,3-24,3	33	4,9	3,2-7,5
Grau de dificuldade para enxergar de longe									
Nenhum	447	61,2	57,1-65,0	50	54,2	42,3-65,5	397	62,3	58,2-66,2
Leve	86	11,7	9,2-14,6	13	14,6	8,4-24,0	73	11,3	8,8-14,4
Médio	102	13,5	10,9-16,6	11	9,9	5,2-18,0	90	13,9	11,0-17,4
Intenso	70	9,2	7,2-11,7	12	12,4	6,4-22,9	58	8,8	6,7-11,4
Não consegue	33	4,5	3,0-6,6	8	8,9	3,7-19,0	24	3,7	2,3-6,0
Grau de dificuldade para ouvir									
Nenhum	625	85,8	82,6-88,6	77	81,8	72,0-88,7	546	86,4	82,7-89,3
Leve	61	7,6	5,8-9,9	11	12,2	6,8-21,0	50	7,0	5,1-9,6
Médio	36	4,4	3,1-6,2	6	6,0	2,2-15,3	30	4,2	2,9-6,1
Intenso	13	1,8	0,9-3,5	-	-	-	13	2,1	1,1-3,9
Não consegue	3	0,3	0,1-1,2	-	-	-	3	0,4	0,1-1,4

Tabela 7 – Distribuição da autoavaliação de saúde e prevalência de disfuncionalidade na população de estudo, nos casos e nos controles. Região dos Pirineus, 2016 (continuação)

Características	População de Estudo (738)			Depressão (94)			Sem Depressão (642)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Autoavaliação da Saúde Bucal*									
Muito boa	49	6,5	4,8 - 8,7	5	3,5	1,4 - 8,5	44	6,9	5,0 - 9,4
Boa	399	54,9	50,9 - 58,9	48	50,5	38,1 - 62,8	351	55,5	51,2 - 59,8
Regular	229	30,9	27,8 - 34,2	27	29,8	20,1 - 41,8	202	31,0	27,9 - 34,3
Ruim	42	5,5	3,8 - 7,8	10	11,3	5,7 - 21,2	32	4,7	2,9 - 7,3
Muito ruim	17	2,2	1,3 - 3,9	4	4,8	1,6 - 13,5	13	1,9	1,0 - 3,6
Dificuldade de se alimentar por causa de problemas dentários*									
Nenhum	617	84,8	80,8 - 88,1	76	78,9	66,5 - 87,6	541	85,6	81,6 - 88,9
Leve	60	7,1	5,4 - 9,8	7	7,7	3,6 - 15,9	53	7	5,2 - 9,4
Regular	32	4,6	2,7 - 7,5	5	5,1	1,9 - 12,9	27	4,5	2,7 - 7,5
Intenso	22	2,8	1,9 - 4,4	4	5,4	1,9 - 14,4	18	2,5	1,5 - 4,1
Muito Intenso	5	0,7	0,3 - 1,7	2	2,9	0,7 - 11,7	3	0,4	0,1 - 1,2

*Valores faltantes; IC = Intervalo de Confiança

Embora a frequência de consumo de álcool seja significativamente menor nos adultos com diagnóstico de depressão 75,8% em comparação com os controles 54,5%, a frequência entre os casos de consumo abusivo nos últimos 30 dias que precedem à entrevista foi maior nos casos que nos controles (82,8% vs 72,1%, respectivamente). Quando questionados sobre o consumo de cigarro, a frequência foi maior entre os casos 21% em comparação com os controles 15,8%. Os controles praticam com maior frequência exercícios físicos que os casos (33,3% vs 26,6%, respectivamente) (Tabela 8).

Tabela 8- Comportamentos e hábitos da população de estudo, dos casos e dos controles. Região dos Pirineus, 2016

Características	População de Estudo (738)			Depressão (94)			Sem Depressão (642)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC	n	%	IC 95%
Consumo de Álcool*									
Não bebo nunca	422	57,1	53,6% - 60,6%	71	75,8	62,7 - 85,4	351	54,5	50,7 - 58,4
Menos de uma vez por mês	96	13,4	10,8% - 16,5%	10	9,5	4,7 - 18,0	86	13,9	10,9 - 17,6
Uma vez ou mais por mês	218	29,5	26,1% - 33,1%	13	14,7	8,7 - 23,8	205	31,5	27,9 - 35,5
Consumo Abusivo de Álcool nos últimos 30 dias*									
Sim	108	72,3	64,0 - 79,4	2	82,8	28,3 - 98,3	106	72,1	63,7% - 79,2
Não	44	27,7	20,6 - 36	1	17,2	1,7 - 71,7	43	27,9	20,8 - 36,3
Tabagismo									
Sim diariamente	117	15,3	12,8 - 18,3	15	18,2	10,8 - 29,0	102	14,9	12,4 - 17,9
Sim menos que diariamente	10	1,1	0,6 - 2,2	3	2,9	0,9 - 8,9	7	0,9	0,4 - 1,9
Não fumo atualmente	609	83,6	80,7 - 86,1	76	79,0	68,1 - 86,8	533	84,2	81,3 - 86,7
Prática de exercício físico nos últimos 3 meses									
Sim	233	32,6	28,8 - 36,5	26	26,6	17,6 - 38,1	207	33,4	29,0 - 38,0
Não	503	67,4	63,5 - 71,2	68	73,4	61,9 - 82,4	435	66,6	62,0 - 71,0

*Referiram consumo abusivo de álcool 152 participantes; IC = Intervalo de Confiança.

Verifica-se uma alta prevalência de doenças e condições de saúde crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial 26,5%, diabetes 8,7%, colesterol alto 18,4%, asma 7,2% e problemas crônicos de coluna 27,6% (Tabela 9).

Tabela 9- Prevalência de morbidades e outras condições de saúde na população de estudo, nos casos e nos controles. Região dos Pirineus, 2016

Características ^a	População de Estudo (738)			Depressão (94)			Sem Depressão (642)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC	n	%	IC 95%
Hipertensão^b									
Sim	189	26,5	22,9 - 30,3	35	38,0	25,9 - 51,8	154	24,8	21,3 - 28,7
Não	518	72,4	68,7 - 75,9	58	61,3	47,6 - 73,5	460	74,0	70,2 - 77,5
Diabetes^b									
Sim	59	8,7	6,4 - 11,7	9	9,8	5,0 - 18,3	50	8,6	6,2 - 11,6
Não	604	91,1	88,1 - 93,3	82	89,6	81,0 - 94,6	522	91,3	88,2 - 93,6
Colesterol Alto									
Sim	122	18,4	15,3 - 22	31	33,4	23,3 - 45,3	91	16,0	13,2 - 19,3
Não	501	81,6	78,0 - 84,7	58	66,6	54,7 - 76,7	443	84,0	80,7 - 86,8
Índice de Massa Corporal									
Baixo peso	17	2,8	1,5-5,4	2	1,8	0,4-8,3	15	3	1,6-5,6
Peso normal	255	41,1	37,6-44,7	28	34,3	22,2-48,8	227	42	38,1-46,0
Sobrepeso	218	35,9	32,2-39,8	29	44,5	31,8-58,0	189	34,8	30,8-39,0
Obesidade	121	20,1	16,9-23,7	14	19,4	11,2-31,5	107	20,2	16,9-23,9
Asma ou Bronquite									
Sim	55	7,2	5,4 - 9,5	9	8,5	4,1 - 16,6	46	7,0	5,1 - 9,6
Não	681	92,8	90,5 - 94,6	85	91,5	83,4 - 95,9	596	93,0	90,4 - 94,9
Artrite									
Sim	30	4,1	2,9 - 5,8	14	16,3	9,7 - 26,1	16	2,4	1,5 - 3,7
Não	706	95,9	94,2 - 97,1	80	83,7	73,9 - 90,3	626	97,6	96,3 - 98,5
Problema Crônico na Coluna									
Sim	206	27,6	24,3 - 31,2	37	39,8	29,3 - 51,3	169	25,9	22,0 - 30,2
Não	530	72,4	68,8 - 75,7	57	60,2	48,7 - 70,7	473	74,1	69,8 - 78
Hepatite									
Sim	18	2,5	1,5 - 4	1	1,0	0,1 - 7,4	17	2,7	1,6 - 4,4
Não	718	97,5	96,0 - 98,5	93	99,0	92,6 - 99,9	625	97,3	95,6 - 98,4
Tuberculose									
Sim	3	0,6	0,2 - 2,0	-	-	-	3	0,7	0,2 - 2,3
Não	733	99,4	98,0 - 99,8	94	100	0 - 100	639	99,3	97,7 - 99,8
DPOC^c									
Sim	9	4,9	2,4 - 9,6	-	-	-	9	5,7	2,8 - 11,2
Não	180	95,1	90,4 - 97,6	28	100	0-100	152	94,3	88,8 - 97,2
Osteoporose^c									
Sim	27	14,7	9,8 - 21,4	8	30,9	13,4 - 56,4	19	12,0	7,1 - 19,6
Não	162	85,3	78,6 - 90,2	20	69,1	43,6 - 86,6	142	88,0	80,4 - 92,9
Doença crônica/física ou mental por mais de 6 meses									
Sim	60	7,7	5,9% - 10,1%	16	17,8	11,5 - 26,7	44	6,3	4,6 - 8,8
Não	676	92,3	89,9% - 94,1%	78	82,2	73,3 - 88,5	598	93,7	91,2 - 95,4

a: Apresenta dados faltantes; b: Foram excluídos os casos de hipertensão (8) e de diabetes (2) na gravidez; c: Só questionado nos idosos ≥ 60 anos de idade da amostra (189) IC = Intervalo de Confiança; DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Observa-se, ainda, que a frequência da maioria destas condições de saúde é maior nos participantes que referiram diagnóstico médico de depressão (casos) que nos controles com destaque para a hipertensão, o colesterol alto, a artrite e outros problemas crônicos (Tabela 9).

Nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista, 4,3% dos participantes da pesquisa se envolveram em algum acidente de trânsito no qual sofreram lesões corporais e, 5,2%, em outros tipos de acidentes tais como quedas e ferimentos acidentais com objetos perfuro-cortantes, entre outros. Não houve diferença na distribuição da frequência dos acidentes entre casos e controles (Tabela 10). No que diz respeito à violência, 1,8% dos adultos entrevistados relataram ter sofrido, nos últimos 12 meses, alguma forma de violência física/agressão que resultou em lesões corporais e 3,0% referiram terem sido vítimas de violência sexual. A frequência de ambos tipos de violência foi maior nos casos em comparação aos controles (Tabela 10).

Tabela 10-Prevalência de acidentes e violência na população de estudo e distribuição da frequência nos casos e nos controles. Região dos Pirineus, 2016

Características ^a	População de Estudo (738)			Depressão (94)			Sem Depressão (642)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Acidente de trânsito com lesões corporais nos últimos 12 meses									
Sim	27	4,3	2,9 - 6,2	2	3,3	0,8 - 12,5	25	4,4	3,0 - 6,5
Não	709	95,7	93,8 - 97,1	92	96,7	87,5 - 99,2	617	95,6	93,5 - 97,0
Outros acidentes nos últimos 12 meses									
Sim	43	5,2	3,8 - 7,0	6	5,4	2,5 - 11,3	37	5,2	3,7 - 7,2
Não	693	94,8	93,0 - 96,2	88	94,6	88,7 - 97,5	605	94,8	92,8 - 96,3
Vítima de violência física com lesão corporal									
Sim	15	1,8	1% - 3,3%	5	4,9	2,0 - 11,7	10	1,4	0,7 - 2,7
Não	721	98,2	96,7% - 99%	89	95,1	88,3 - 98,0	632	98,6	97,3 - 99,3
Vítima de violência sexual									
Sim	27	3,0	1,9% - 4,7%	12	10,1	5,8% - 17,0	15	2	1,1 - 3,5
Não	706	96,5	94,7 - 97,7	80	87,3	80,3 - 92	626	97,8	96,2 - 98,7

a: Apresenta dados faltantes;; IC = Intervalo de Confiança.

5.2 Prevalência e fatores associados à depressão em adultos residentes na Região dos Pirineus, Entorno do Distrito Federal no ano de 2016

5.2.1 Análise bivariada de fatores associados à depressão

Para a análise bivariada as variáveis foram recategorizadas como explicitado nos métodos e os resultados das associações entre os fatores associados e a depressão são

apresentados segundo variáveis no nível: individual; do contexto familiar/ domiciliar e do contexto da vizinhança.

Na análise no nível individual das variáveis demográficas, sócio econômicas e relacionadas ao apoio social, a depressão foi significativamente mais prevalente em indivíduos do sexo feminino RP= 5,5 (IC95% 2,8 – 10,7) e nos indivíduos que se autodeclararam de cor/raça amarela ou indígena RP= 2,1 (IC95% 1,2 - 3,6), indicando uma associação. Essas duas variáveis obtiveram as maiores forças de associação correspondendo o OR a 6,7 (IC95% 3,2-13,6) e a 2,5 (IC95% 1,2-4,9), respectivamente (Tabela 11).

Tabela 11- Prevalência estimada de depressão e medidas de força de associação bruta segundo variáveis em nível individual do tipo demográficas, sócio econômicas e relacionadas ao apoio social em adultos residentes da Região dos Pirineus, 2016

Variável	Depressão				RP (IC)	OR (IC)	Valor p
	Sim (Casos = 94)		Não (Controles = 642)				
	n	% (IC) ^a	n	% (IC)			
Sexo							
Feminino	79	19,9 (15,4-25,3)	310	80,1 (74,7-84,6)	5,5 (2,8-10,7)	6,7 (3,2-13,6)	0,000
Masculino	15	3,6 (2,0-6,5)	332	96,4 (93,5-98,0)			
Idade							
≥60 anos	28	14,1 (9,3 - 21,0)	160	85,9 (79,0- 90,7)	1,2 (0,7-1,9)	1,3 (0,7-2,1)	0,398
<60 anos	66	11,6 (8,9 - 14,9)	482	88,4 (85,1- 91,1)			
Escolaridade							
<6anos de estudo	56	13,5 (9,8-18,5)	350	86,5 (81,5-90,2)	1,3 (0,8-2,1)	1,3 (0,7-2,3)	0,330
≥6 anos de estudo	38	10,6 (7,5-14,9)	292	89,4 (85,1-92,5)			
Renda							
Até 1 salário mínimo	62	12,0 (9,0-16,0)	394	88,0 (84,0-91,0)	0,9 (0,6-1,5)	0,9 (0,5-1,6)	0,835
Mais de 1 salário mínimo	32	12,7 (8,6-18,3)	240	87,3 (81,7-91,4)			
Estado Conjugal							
Vive sem Companheiro	41	10,5 (7,3-14,8)	276	89,5 (85,2-92,7)	0,8 (0,5-1,2)	0,8 (0,4-1,3)	0,313
Vive com Companheiro	53	13,3 (9,8-17,7)	366	86,7 (82,3-90,2)			
Raça/Cor							
Amarela e Indígena	14	23,5 (13,1-38,5)	52	76,5 (61,5- 86,9)	2,1 (1,2-3,6)	2,5 (1,2-4,9)	0,011
Brancos, Pardos e Pretos	80	11,1 (8,9-13,8)	590	88,9 (86,2- 91,1)			
Apoio Social nos últimos 12 meses							
Sem Apoio Social	94	12,4 (9,9-15,4)	631	87,6 (84,6- 90,1)	-	-	0,259
Com Apoio Social	-	-	11	100 (100-100)			
Situação de Trabalho							
Não trabalha atualmente	52	14,3 (10,2-19,6)	284	85,7 (80,4-89,8)	1,4 (0,8-2,1)	1,4 (0,8-2,4)	0,195
Trabalha atualmente	42	10,5 (7,5-14,4)	358	89,5 (85,6-92,5)			

a= Prevalência de depressão e Intervalo de Confiança; RP=Razão de Prevalências; OR: Odds Ratio; IC=Intervalo de Confiança

Ainda, no nível individual, entre as variáveis referentes aos hábitos de vida e algumas condições de saúde verificou-se associação, embora no sentido de proteção, com o consumo de

álcool e consumo abusivo de álcool (Tabela 12). A prevalência de depressão foi significativamente maior nos participantes que autoavaliaram seu estado de saúde como ruim RP= 2,4 (IC95% 1,4 - 3,8) e nos que referiram alguma limitação sensorial RP= 1,7 (IC95% 1,0 - 2,7). Assim, os participantes com depressão (casos) apresentaram 2,7 vezes a chance de autoavaliar a sua saúde como ruim (IC 1,5-4,6) e 1,8 vezes a chance de referiram alguma limitação sensorial (IC 1,0-3,2) que os que não referiram depressão (controles) (Tabela 12).

Tabela 12- Prevalência estimada de depressão e medidas de força de associação bruta segundo variáveis em nível individual relacionadas a hábitos de vida e algumas condições de saúde em adultos residentes da Região dos Pirineus, 2016

Variável	Depressão				RP (IC)	OR (IC)	Valor p
	Sim (Casos = 94)		Não (Controles = 642)				
	n	% (IC) ^a	n	% (IC)			
Consumo de Álcool							
Consumo	23	6,9 (4,1-11,2)	291	93,1 (88,8 – 95,9)	0,4 (0,2-0,7)	0,3 (0,2-0,7)	0,003
Sem Consumo	71	16,2 (12,3-20,9)	351	83,8 (79,1 – 87,7)			
Consumo Abusivo de Álcool nos últimos 30 dias							
Sim	6	5,0 (2,1-11,7)	135	95,0 (88,3-97,9)	0,4 (0,1-0,8)	0,3 (0,1-0,8)	0,011
Não	88	13,9 (11,2-17,2)	507	86,1 (82,8-88,8)			
Tabagismo							
Fumantes	18	15,6 (9,9-23,6)	109	84,4 (76,4-90,1)	1,4 (0,8-2,2)	1,4 (0,8-2,5)	0,227
Não Fumantes	76	11,5 (8,9-14,7)	533	88,5 (85,3-91,1)			
Auto avaliação de Saúde							
Saúde Ruim	60	18,4 (13,7-24,1)	251	81,6 (75,9-86,3)	2,4 (1,4-3,8)	2,7 (1,5-4,6)	0,000
Boa Saúde	34	7,7 (5,2-11,1)	391	92,3 (88,9-94,8)			
Índice de Massa Corporal							
Obesidade	14	11,2 (6,5 – 18,4)	107	88,8 (81,6- 93,5)	1,0 (0,5-1,7)	0,9 (0,5- 1,8)	0,877
Não Obeso	59	11,7 (9,0 – 15,0)	431	88,3 (85,0 – 91,0)			
Limitação Motora							
Com Limitação	18	20,9 (13,3-31,3)	68	79,1 (68,7-86,7)	0,7 (0,4-1,2)	0,7 (0,3-1,3)	0,262
Sem Limitação	27	28,6 (18,8-41,1)	72	71,4 (58,9-81,2)			
Limitação Sensorial							
Com limitação	56	15,7 (11,0-21,8)	282	84,3 (78,2-89,0)	1,7 (1,0-2,7)	1,8 (1,0-3,2)	0,044
Sem Limitação	38	9,3 (6,7-12,9)	360	90,7 (87,1-93,3)			
Auto avaliação de Saúde Bucal							
Ruim	75	14,6 (11,5-18,4)	426	85,4 (81,6 – 88,5)	1,7 (0,9-3,0)	1,8 (0,9-3,4)	0,073
Boa	12	8,7 (4,8-15,2)	126	91,3 (84,8-95,2)			

a= Prevalência de depressão e Intervalo de Confiança; RP=Razão de Prevalências; OR: Odds Ratio; IC=Intervalo de Confiança

A prevalência de depressão foi significativamente maior nos participantes que referiram doenças crônicas não transmissíveis, o diagnóstico de uma ou mais doenças crônicas RP= 3,3 (IC95% 1,6 - 6,6) e algum problema crônico de mais de 6 meses de duração RP= 2,3 (IC95% 1,3 - 3,7) (Tabela 13). Por tanto, a maioria das morbidades autorreferidas mostraram-se associadas à depressão com exceção das doenças respiratórias e as infecciosas. As maiores forças de associação na análise não ajustada corresponderam à presença de uma ou mais doenças crônicas OR= 3,8 (IC95% 1,7-8,0), seguido pelas doenças osteoarticulares OR= 3,5 (IC95% 1,3-9,0) e apresentar um problema crônico por mais de seis meses OR=2,6 (IC95% 1,4-4,6) (Tabela 13).

Tabela 13- Prevalência estimada de depressão e medidas de força de associação bruta segundo variáveis em nível individual relacionadas as morbidades autorreferidas em adultos residentes da Região dos Pirineus, 2016

Variável	Depressão				RP (IC)	OR (IC)	Valor p
	Sim (Casos=94)		Não (Controles=642)				
	n	% (IC)	n	% (IC)			
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)							
Doenças Cardiovasculares							
Sim	41	18,4 (13,1-25,2)	175	81,6 (74,8- 86,9)	1,8 (1,1-2,9)	2,0 (1,1-3,4)	0,015
Não	53	10,2 (7,3-13,9)	447	89,8 (86,1-92,7)			
Doenças Metabólicas							
Sim	37	23 (17,2-30,1)	122	77 (69,9-82,8)	2,1 (1,4-3,1)	2,4 (1,5-3,9)	0,000
Não	52	10,9 (8,1-14,6)	403	89,1 (85,4-91,9)			
Doenças Respiratórias							
Sim	9	12,8 (6,3-24,2)	52	87,2 (75,8-93,7)	0,9 (0,4-1,9)	0,8 (0,3-2,1)	0,704
Não	26	14,9 (9,8-22,1)	142	85,1 (77,9-90,2)			
Doenças Osteoarticulares							
Sim	46	18,4 (13,4-24,6)	198	81,6 (75,4-86,6)	3,0 (1,2-7,2)	3,5 (1,3-9,0)	0,008
Não	6	6,1 (2,7-3,1)	82	93,9 (86,9-97,3)			
Número de Comorbidades							
Uma ou mais DCNT	75	17,5 (13,4-22,5)	347	82,5 (77,5-86,6)	3,3 (1,6-6,6)	3,8 (1,7-8,0)	0,000
Nenhuma DCNT	19	5,3 (2,9-9,6)	293	94,7 (90,4-97,1)			
Doenças Infecciosas							
Sim	1	3,9 (0,5-25,4)	20	96,1 (74,6-99,5)	0,3 (0,0-2,5)	0,3 (0,0-2,5)	0,222
Não	93	12,4 (9,9-15,5)	622	87,6 (84,5-90,1)			
Problema Crônico por mais de 6 meses							
Sim	50	19,3 (14,0-26,0)	204	80,7 (74,0-86,0)	2,3 (1,3-3,7)	2,6 (1,4-4,6)	0,002
Não	44	8,5 (5,9-12,1)	438	91,5 (87,9-94,1)			

a= Prevalência de depressão e Intervalo de Confiança; RP=Razão de Prevalências; OR: Odds Ratio; IC=Intervalo de Confiança

A análise bivariada das variáveis do contexto familiar/ domiciliar não revelou associação entre a razão de números de cômodos por morador e se o domicílio é cadastrado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e depressão (Tabela 14). No entanto, percebe-se que pessoas vítimas de violência física nos últimos 12 meses têm 4,4 vezes mais chances de desenvolverem depressão (IC 2,4-8,3) do que os controles e uma alta prevalência 35,6%.

Tabela 14- Prevalência estimada de depressão e medidas de força de associação bruta segundo variáveis em nível do contexto familiar e domiciliar em residentes adultos da Região dos Pirineus, 2016

Variável	Depressão				RP (IC)	OR (IC)	Valor p
	Sim (Casos = 94)		Não (Controles = 642)				
	n	% (IC) ^a	n	% (IC)			
Razão de Numero de cômodos por morador							
<1 cômodo por morador	6	7,9 (3,6-16,3)	88	92,1 (83,7-96,4)			
≥ 1 cômodo por morador	88	13,0 (10,3-16,2)	553	87,0 (83,8-89,7)	0,6 (0,3-1,3)	0,6 (0,2-1,3)	0,186
Vítima de violência física com lesão corporal nos últimos 12 meses							
Sim	14	35,6 (23,4-50,0)	24	64,4 (50,0-76,6)	3,2 (2,0-4,9)	4,4 (2,4-8,3)	0,000
Não	80	11,1 (8,7-14,0)	618	88,9 (86,0-91,3)			
Domicilio cadastrado na ESF							
Não cadastrado	26	14,3 (9,7-20,7)	158	85,7 (79,3-90,3)	1,2 (0,7-1,8)	1,2 (0,7-2,0)	0,448
Cadastrado	63	12,1 (9,2-15,7)	426	87,9 (84,3-90,8)			

RP=Razão de Prevalências; OR: Odds Ratio; IC=Intervalo de Confiança

No nível da vizinhança e comunidade, as variáveis: muito barulho na vizinhança, brigas de gangues na vizinhança nos últimos seis meses e percepção de insegurança para caminhar na vizinhança de dia ou de noite, estão associadas à depressão (Tabela 15). Dentre essas variáveis, a que obteve maior força de associação na análise não ajustada foi briga de gangues na vizinhança nos últimos seis meses com uma OR= 2,1 (IC 1,1-4,0), seguido por muito barulho na vizinhança OR= 1,7 (IC 1,1-2,5) e percepção de insegurança para caminhar na vizinhança de dia ou de noite OR=1,7 (IC 0,9-2,9).

Tabela 15- Prevalência estimada de depressão e medidas de forças de associação bruta segundo variáveis em nível do contexto da vizinhança e comunidade em residentes adultos da Região dos Pirineus, 2016.

Variável	Depressão				RP (IC)	OR (IC)	Valor p
	Sim (Casos = 94)		Não (Controles = 642)				
	n	% (IC) ^a	n	% (IC)			
Condições de Moradia							
Presença de muito lixo ou entulho							
Sim	41	14,9 (10,4-20,8)	231	85,1 (79,2-89,6)	1,4 (0,9- 2,2)	1,5 (0,9- 2,5)	0,145
Não	53	10,6 (7,9-14,2)	407	89,4 (85,8-92,1)			
Muito Barulho na Vizinhança							
Sim	31	16,8 (12,1-22,9)	145	83,2 (77,1-87,9)	1,6 (1,1- 2,2)	1,7 (1,1- 2,5)	0,016
Não	63	10,8 (8,4 – 13,8)	493	89,2 (86,2-91,6)			
Área de lazer na vizinhança							
Sim	67	11,5 (9,0 – 14,5)	483	88,5 (85,5-91,0)	0,8 (0,5- 1,3)	0,7 (0,4 -1,3)	0,342
Não	27	14,7 (9,1 – 22,9)	155	85,3 (77,1-90,9)			
Presença de local para comprar frutas/legumes							
Sim	52	13,8 (9,7- 19,1)	315	86,2 (80,9-90,3)	1,3 (0,8- 2,1)	1,3 (0,7- 2,3)	0,287
Não	42	10,6 (7,7- 14,5)	323	89,4 (85,5-92,3)			
Violência na vizinhança nos últimos seis meses							
Briga com uso de arma de fogo							
Sim	30	14 (10,0-19,1)	169	86,0 (80,9-90,0)	1,2 (0,7- 1,9)	1,2 (0,7- 2,1)	0,407
Não	64	11,6 (8,5- 15,5)	469	88,4 (84,5-91,5)			
Briga de Gangues							
Sim	23	20,8 (14,0-29,7)	82	79,2 (70,3-86,0)	1,9 (1,1- 3,1)	2,1 (1,1- 4,0)	0,015
Não	71	10,9 (8,1- 14,5)	556	89,1 (85,5-91,9)			
Agressão Sexual							
Sim	7	10,1 (4,6-20,5)	59	89,9 (79,5-95,4)	0,8 (0,4-1,7)	0,8 (0,3-1,8)	0,585
Não	87	12,4 (9,8-15,6)	579	87,6 (84,4-90,2)			
Roubo ou Furto							
Sim	66	13,7 (10,5-17,8)	398	86,3 (82,2-89,5)	1,4 (0,9-2,2)	1,5 (0,9-2,5)	0,109
Não	28	9,6 (6,5-13,9)	240	90,4 (86,1-93,5)			
Sensação de segurança caminhando na vizinhança de dia ou de noite							
Sem segurança	61	14,9 (11,4- 19,2)	318	85,1 (80,8-88,6)	1,6 (0,9- 2,6)	1,7 (0,9-2,9)	0,054
Com segurança	33	9,2 (6,0- 14,0)	320	90,8 (86,0-94,0)			

RP=Razão de Prevalências; OR: Odds Ratio; IC=Intervalo de Confiança

5.2.2. Análise multivariada de fatores associados à depressão na Região dos Pirineus

As variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$ foram incluídas no modelo de análise multivariada (regressão logística) iniciando-se com as variáveis do contexto individual (sexo, raça /cor, situação de trabalho, consumo abusivo de álcool, auto avaliação de saúde, limitação sensorial, auto avaliação de saúde bucal, número de comorbidades de doenças crônicas não transmissíveis e referir problema crônico de mais de seis meses de duração); sequencialmente as do contexto familiar / domiciliar (razão de número de cômodos por morador e referir ter sido vítima de violência física com lesão corporal nos últimos 12 meses); por último, as do contexto de vizinhança / comunidade (presença de muito lixo ou entulho e de muito barulho na vizinhança; referir briga de gangues e roubos ou furtos nos últimos seis meses e sensação de insegurança caminhando na vizinhança de dia ou de noite). Na tabela 16, encontram-se os resultados da análise multivariada, incluindo todas as variáveis analisadas.

Tabela 16- Regressão logística multivariada de fatores no nível individual, familiar / domiciliar e da vizinhança / comunidade para depressão em adultos residentes na Região dos Pirineus, 2016

Variável	Não Ajustada		Ajustada	
	OR (IC95%)	Valor p	OR (IC95%)	Valor p
Sexo				
Feminino	6,7 (3,2-13,6)	<0,000	6,2 (2,3-13,0)	<0,000
Masculino	1		1	
Raça/Cor				
Amarela e Indígena	2,5 (1,2-4,9)	0,011	1,9 (0,9-4,2)	0,101
Branco, Pardos e Pretos	1		1	
Situação de Trabalho				
Não trabalha atualmente	1,4 (0,8-2,4)	0,195	0,8 (0,45-1,5)	0,494
Trabalha atualmente	1			
Consumo Abusivo de Álcool nos últimos 30 dias				
Sim	0,3 (0,1-0,8)	0,011	0,9 (0,2-3,5)	0,918
Não	1			
Auto avaliação de Saúde				
Saúde Ruim	2,7 (1,5-4,6)	0,000	1,6 (0,9-2,9)	0,124
Boa Saúde	1			
Limitação Sensorial				
Com limitação	1,8 (1,0-3,2)	0,044	1,6 (0,8-3,2)	0,166
Sem Limitação	1			
Auto avaliação de Saúde Bucal				
Ruim	1,8 (0,9-3,4)	0,073	1,1 (0,5-2,2)	0,928
Boa	1			
Número de comorbidades				
Uma ou mais DCNT*	3,8 (1,7-8,0)	<0,000	3,6 (1,4-9,2)	0,006
Nenhuma DCNT	1			
Problema Crônico mais de 6 meses				
Sim	2,6 (1,4-4,6)	0,002	1,1 (0,5-2,3)	0,789
Não	1			
Razão de Numero de cômodos por morador				
<1 cômodo por morador	0,6 (0,2-1,3)	0,186	0,5 (0,2-1,5)	0,228
≥ 1 cômodo por morador	1			
Vítima de violência física com lesão corporal nos últimos 12 meses				
Sim	4,4 (2,4-8,3)	<0,000	4,4 (1,6-11,9)	0,003
Não	1			

*DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; OR:Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança

Tabela 16 – Regressão logística multivariada de fatores no nível individual, familiar / domiciliar e da vizinhança / comunidade para depressão em adultos residentes na Região dos Pirineus, 2016 (continuação)

Variável	Não Ajustada		Ajustada	
	OR (IC95%)	Valor p	OR (IC95%)	Valor p
Presença de muito lixo ou entulho na vizinhança				
Sim	1,5 (0,9- 2,5)	0,145	1,0 (0,5-1,8)	0,942
Não	1			
Muito Barulho na Vizinhança				
Sim	1,7 (1,1- 2,5)	0,016	1,0 (0,6-1,6)	0,869
Não	1			
Briga de Gangues na vizinhança nos últimos 6 meses				
Sim	2,1 (1,1- 4,0)	0,015	2,6 (1,3-5,1)	0,006
Não	1			
Roubos ou Furtos na vizinhança nos últimos 6 meses				
Sim	1,5 (0,9-2,5)	0,109	1,3 (0,6-2,3)	0,500
Não	1			
Sensação de segurança caminhando na vizinhança de dia ou de noite				
Não	1,7 (0,9-2,9)	0,054	1,7 (1,0-3,0)	0,038
Sim	1			

OR: Odds Ratio; IC:Intervalo de Confiança

As variáveis sexo, possuir pelo menos uma doença crônica; referir violência física nos últimos 12 meses, referir brigas de gangues na vizinhança nos últimos 6 meses e se sentir inseguro de caminhar na vizinhança de dia ou de noite mantiveram –se associadas à depressão. Os resultados revelam que os participantes com depressão têm 6 vezes a chance de ser do sexo feminino que do masculino (Tabela 16). Chama a atenção que mais da metade das associações dizem respeito a violência, seja em nível individual ou comunitário: entre os casos se apresenta uma maior chance de ter sido vítima de violência física nos últimos 12 meses OR = 4,4 (IC95% 1,6-11,9); ter referido briga de gangues na vizinhança nos últimos 6 meses OR = 2,6 (IC95% 1,3-5,1); e não se sentir seguro caminhando na vizinhança nem de dia nem de noite OR = 1,7 (IC95% 1,0-3,0), que os controles. Referir o diagnóstico de pelo menos uma doença crônica também apresentou uma associação significativa com depressão OR= 3,6 (IC95% 1,4 – 9,2).

5.3 Desempenho dos serviços de saúde para a depressão na Região dos Pirineus

Na Tabela 17 se apresentam as variáveis incluídas na análise do desempenho dos serviços de saúde no que diz respeito à depressão na Região dos Pirineus segundo a percepção dos usuários.

Tabela 17- Desempenho dos serviços de saúde para depressão de acordo com a percepção dos pacientes residentes na Região dos Pirineus, 2016

Variável	N (89*)	%
Vai ao médico ou serviço de saúde regularmente por causa da depressão		
Sim	34	38,4
Não (Só quando há problema)	30	33,4
Nunca vai	25	28,1
Principal motivo de não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão (54)		
Não está mais deprimido	25	46,0
O serviço de saúde é muito distante	3	4,7
Não tem ânimo	5	10,0
O tempo de espera é muito grande	4	7,4
Tem dificuldades financeiras	2	3,4
O horário de funcionamento é incompatível	1	2,6
Outros	14	25,9
Tratamento por causa da depressão no momento da entrevista		
Psicoterapia		
Sim	11	12,5
Não	78	87,5
Medicamentoso		
Sim	48	54,1
Não	41	45,9
Última vez que recebeu assistência por causa da depressão		
Há menos de 6 meses	37	41,1
Entre 6 meses e menos de 1 ano	5	6,0
Entre 1 ano e menos de 2 anos	10	11,3
Entre 2 anos e menos de 3 anos	3	3,6
Mais de 3 anos	27	30,3
Nunca recebeu	7	7,8
Local em que recebeu assistência médica para depressão na última vez (n=82)		
Unidade de Saúde Pública	30	36,1
Consultório particular/privado/empresa	21	25,6
Pronto Socorro ou Emergência de hospital público	17	20,9
Pronto Socorro ou emergência de hospital privado	6	7,4
Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	3	4,1
Ambulatório de hospital público	3	4,1
Outros	2	2,0

Tabela 17- Desempenho dos serviços de saúde para depressão de acordo com a percepção dos pacientes residentes na Região dos Pirineus, 2016 (continuação)

Variável	N (89*)	%
Atendimento realizado pelo SUS		
Sim	53	59,2
Não	29	33,0
O atendimento foi pago? (n 29)		
Sim-pagou sem reembolso	25	28,3
Sim- reembolso total plano de saúde	1	0,9
Sim- reembolso parcial plano de saúde	1	0,7
Não- pago por igreja/ONG/Filantropia	2	2,1
Encaminhamento para profissional especializado como Psiquiatra ou Psicólogo (n=82)		
Sim	35	42,1
Não	47	57,9
No encaminhamento, todas as consultas foram feitas por profissional especializado em saúde mental (n=35)		
Sim	24	26,5
Não	11	12,3
Principal motivo por não ter comparecido à consulta com especialista em saúde mental (n=11)		
Horário de funcionamento incompatível	1	9,1
Não conseguiu marcar	1	9,1
Não achou necessário	2	18,2
Não teve ânimo	2	18,2
Estava com dificuldades financeiras	2	18,2
Outros motivos	3	27,2
Grau de limitação causado pela depressão nas atividades habituais		
Não limita	43	48,9
Um pouco	17	18,7
Moderadamente	9	10,6
Intensamente	10	11,3
Muito intensamente	9	10,5

*5 casos sem informação; SUS= Sistema Único de Saúde

Realizam consultas de acompanhamento marcadas periodicamente 38,4% dos que referiram diagnóstico médico desta condição, 33,4% só procuram o médico ou serviço quando há algum problema, enquanto que, 28,1% nunca procuraram o serviço de saúde por causa da depressão. Destaca-se que o principal tratamento para depressão na região é o medicamentoso 54,1%, sendo que apenas 12,5% dos depressivos fazem psicoterapia. Chama a atenção que 41,1% receberam assistência por causa da depressão há menos de 6 meses, quando comparado com 7,8% que nunca receberam.

Entre os principais motivos para não procurar acompanhamento periódico destaca-se o considerar que não se encontra mais deprimido 46% e diversos motivos com frequência variável que inclui: a distância do serviço, a incompatibilidade de horário de funcionamento do serviço,

o tempo de espera e dificuldades econômicas. Chama a atenção que aproximadamente 26% não souberam precisar os motivos.

A maioria dos atendimentos para depressão foram realizados pelo SUS 59,2%, com destaque para a Unidade Básica de Saúde 33,3%, seguido por Pronto Socorro/ Emergência de hospital público 19,2%, quando comparado com 33% realizado por hospital privado, sendo 23,6% de atendimentos feitos em consultórios particulares e 6,9% em Pronto Socorro (PS)/ Emergência de hospital privado. Receberam assistência em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) apenas 4,1% dos pacientes.

Destaca-se que 42,1% dos pacientes com depressão foram encaminhados para um profissional especializado como psiquiatra ou psicólogo, no entanto, somente 26% destes foram atendidos por estes especialistas. Os dois principais motivos, segundo os entrevistados, para não terem procurado o atendimento para depressão por um especialista em saúde mental foram que não acharam necessário e que estavam com dificuldades financeiras para isso.

Já quando se foi perguntado se a depressão causa alguma limitação nas atividades de vida diária 48,9% disseram que não limita em nada, 29,3% disseram que gera uma limitação moderada e 21,8% disseram que gera uma limitação intensa.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou uma prevalência de depressão no sexo feminino de 19,9%, semelhante a um estudo transversal realizado em Minas Gerais com mulheres na faixa etária entre 20 e 59 anos que identificou uma prevalência de 19,2% (GONÇALVES et al., 2018). Em consonância com outro estudo transversal de base populacional com uma amostra de 972 indivíduos da cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul, onde apurou uma prevalência no sexo feminino (RP= 1,7; IC95% 1,4- 2,0) (ROMBALDI et al., 2010) e com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Brasil que constatou maior prevalência de diagnóstico de depressão em mulheres 10,9% (IC95% 10,3-11,6) quando comparado com os homens 3,9% (IC95% 3,5-4,4) (IBGE, 2015). Hipóteses para esses achados são que o sexo feminino está exposto a maiores experiências adversas socioculturais e a exposições psicológicas e fisiológicas particulares (JUSTO e CALIL, 2006). Pode ser devido, ainda, pelo fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde e com isso, conseguem ter mais rastreamento sobre determinadas doenças (PICCINELLI et al., 2000; PINHEIRO et al., 2002).

As variáveis em nível individual como escolaridade, situação de trabalho e renda, não mostraram significância estatística, possivelmente devido a população da Região dos Pirineus ser muito homogênea nesses aspectos. Com relação à escolaridade, Gavin et al., 2010 em seu estudo utilizando dados dos Estudos Colaborativos de Epidemiologia Psiquiátrica nos Estados Unidos com uma amostra de 20.013 adultos, constataram que homens brancos com menos de 12 anos de estudo em comparação com os que têm ≥ 16 anos de estudo apresentam mais chances de desenvolverem depressão (OR= 2,0; IC95% 1,04-4,00), assim como os homens negros com menos de 16 anos de escolaridade (OR= 0,32; IC95% 0,12-0,85). No Brasil, considera-se como baixa escolaridade ter menos de 8 anos de estudo, sendo constatado em um inquérito domiciliar realizado em São Paulo com uma amostra de 500 indivíduos, associação entre a baixa escolaridade e a depressão (OR= 2,0; IC95% 1,3 - 3,1) (PELUSO e BLAY, 2008).

Da mesma forma, Niedzwiedz et al., 2016 em seu estudo do tipo transversal realizado na Europa com uma amostra de 48.397 indivíduos, notaram que homens desempregados têm mais chances de terem depressão (OR= 1,72; IC95% 1,55-1,89) do que as mulheres (OR= 1,34; IC95% 1,15- 1,54), assim como, o estudo de Almeida-Filho et al., 2004 realizado na Bahia no Brasil que reportou uma associação entre as classes economicamente mais baixas e transtornos depressivos (OR= 2,17; IC95% 1,36 – 3,48). Estes achados são semelhantes aos de um estudo de comparação multinível utilizando 53 países, que evidenciou que pessoas que não exercem

uma atividade remunerada tem mais chances de desenvolverem depressão (OR= 1,33; IC95% 1,18 – 1,49) (RAI et al., 2013).

No nível individual também não foram achadas associações entre a depressão e a idade, o estado conjugal nem o apoio social. No que diz respeito à idade, Stopa et al., 2015 em estudo utilizando dados da PNS verificaram uma maior prevalência de depressão na faixa etária de 60 a 64 anos (11,1%; IC95% 9,1- 13,1) e uma menor prevalência (3,9%; IC95% 3,3-4,5) em jovens na faixa etária de 18 a 29 anos. Ainda, uma pesquisa utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde Mundial identificou uma maior frequência de depressão na faixa etária entre 50 anos ou mais (23,3%) (THEME-FILHA et al., 2005).

No estudo multinível utilizando dados de entrevista de 187.496 indivíduos de 53 países (RAI et al.,2013), verificaram que viúvos (a) apresentam (OR= 1,42; IC95% 1,33-1,51) mais chances de desenvolverem depressão. Semelhante aos achados encontrados em uma metanálise que buscou avaliar o estado civil e o risco de depressão, tendo a constatação que indivíduos viúvos e nunca casados apresentam maior chances de desenvolverem depressão que os casados (OR= 1,49; IC95% 1,19- 1,87) (YAN et al., 2011). Achados parecidos com esses também foram afirmados por outros estudos (ST JOHN et al., 2009; BULLOCH et al.,2009). Reflexões para a não associação da depressão em pessoas casadas é porque esse estado civil pode gerar hábitos de vida mais saudáveis, além de fornecer um apoio familiar que proporciona um maior autocuidado e ajuda mútua na resolução de problemas do cotidiano (MAYOR-SOTTO e PICCININI,2005). É importante reforçar que a maioria das agressões foram praticadas por conhecidos no contexto familiar e/ou domiciliar (URDANETA, 2017).

Enquanto ao apoio social, Marques et al., 2013 identificaram em seu estudo transversal com 7.093 pacientes de uma enfermaria do estado de Santa Catarina no Brasil, que pacientes que apresentam uma percepção de falta de apoio social têm mais chances de desenvolverem a depressão (OR= 2,02; IC95% 1,49-2,72). Essa significância também foi observada em um estudo transversal com 7.000 estudantes universitários no Reino Unido, onde o apoio social da família (p=0,000) e dos amigos (p=0,000) foram significantes para depressão grave (ALSUBAIE et al., 2019). Outro estudo transversal com uma amostra de 714 pacientes apontou que indivíduos portadores de alguma condição mental tendem a receber menos apoio social como: apoio familiar (OR= 0,48 (IC95% 0,30-0,75); apoio de amigos (OR= 0,51; IC95% 0,30-0,90); apoio religioso (OR= 0,66; IC95% 0,48- 0,92); apoio de atividades esportivas/ artísticas (OR= 0,38; IC95% 0,24-0,61) (ARAGAO et al., 2017).

Ainda no nível individual, constatou-se que na Região dos Pirineus os indivíduos autodeclarados de cor amarela ou indígena apresentaram maior prevalência de depressão (RP= 2,1; IC 95% 1,2-3,6), embora esta associação não se manteve na análise multivariada. Possíveis hipóteses para esse achado em indivíduos autodeclarados de raça/ cor amarela são as desigualdades socioculturais e o impacto dos fatores socioeconômicos. Já com os indígenas estão relacionados com a perda dos territórios e o seu confinamento em aldeias e a inserção do meio urbano nos processos culturais dessa população o que provoca uma mudança rápida dos seus processos socioculturais. A raça/cor tem se mantido associada a depressão em outros estudos como constatado em uma revisão sistemática sobre raça/cor e transtornos mentais no Brasil, no qual se evidenciou maiores prevalências e/ou chances de desenvolverem transtornos mentais na população não branca quando comparado com a população branca (SMOLEN e ARAUJO, 2017) e segundo a PNS em que se estimou uma maior prevalência de depressão nos brancos 9,0% (IC95% 8,3-9,6) quando comparado com os negros 5,4% (IC95% 4,4 – 6,4) e pardos 6,7% (6,1 – 7,3) (STOPA et al., 2015). Em contraste, Blay e colaboradores (2007) não acharam associação entre raça/cor e depressão. Hipótese levantada para esses possíveis achados são as desigualdades nos atendimentos em saúde no Brasil, assim também, como a análise das disparidades em saúde que não devem se restringirem apenas a autodeclaração da raça/cor, mas se deve levar em conta as desproporcionalidades econômicas e sociais em diversos níveis da sociedade (CHOR e LIMA,2005).

Foi constatado nesta pesquisa uma associação negativa, no sentido de proteção para o consumo de álcool e consumo abusivo de álcool e depressão, semelhante aos achados de um estudo transversal realizado em João Pessoa- PB que não encontrou associação entre a depressão e o alcoolismo (OLIVEIRA et al.,2010) e diferente de um estudo transversal que demonstrou que trabalhadores assalariados que fazem o consumo de bebida alcoólica apresentam mais chances de desenvolverem depressão do que os que não consomem (OR=2,7 (IC95% 1,51-5,04)) (GAVIN et al., 2015).

Ter uma autoavaliação do estado de saúde ruim mostrou associação para depressão neste estudo (OR= 2,7; IC95% 1,5- 4,6), em concordância com Goncalves et al., 2018 que identificaram como medida de proteção para depressão ter uma autoavaliação de saúde como muito boa ou boa (RP= 0,34; IC95% 0,8- 0,41). A autoavaliação da saúde proporciona a interpretação do próprio indivíduo sobre a sua saúde, demonstrando assim aspectos físicos e emocionais da pessoa como a sua percepção de bem-estar e satisfação própria da vida (PAVAO et al.,2013). Também, foi verificado que indivíduos com alguma limitação sensorial apresentam

quase o dobro de chances de desenvolverem depressão do que os controles (OR= 1,8; IC95% 1,0 – 3,2). Esse achado corrobora com os encontrados na literatura vigente (DJERNES, 2006; VINK et al., 2008) nos quais se constata que a necessidade terapêutica advinda de limitações funcionais ou dor causada por doença, perda de visão e audição geram maior predisposição a sintomas depressivos.

Já em relação as morbidades autorreferidas, foi constatado no presente estudo forte associação entre a depressão nos indivíduos portadores de uma ou mais doenças crônicas (OR= 3,8; IC95% 1,7-8,0), doenças osteoarticulares (OR=3,5; IC95% 1,3-9,0) e apresentar um problema crônico por mais de seis meses (OR= 2,6; IC95% 1,4-4,6). Desde a década de noventa se tem registro do aumento da mortalidade em pessoas com depressão associada as doenças cardiovasculares (OR= 3,1; IC95% 1,90 – 4,30) (FRASURE- SMITH et al., 1993) e um maior risco de quem já tem depressão desenvolver diabetes (RR= 2,3; IC95% 0,90-5,55) (EATON et al., 1996). Também, uma revisão sistemática da literatura sobre depressão em pacientes internados em ambulatório, identificou que pacientes ambulatoriais têm mais chances de desenvolverem depressão OR= 3,16 (IC95% 2,66- 3,76) quando comparado com indivíduos saudáveis (WANG et al., 2017).

Uma pesquisa transversal com idosos realizada na Austrália por Pfaff et al., 2009, revelou que indivíduos com alguma morbidade tem maior chance de apresentarem depressão tais como: artrite (OR= 2,06; IC95% 1,72 – 2,45); hipertensão (OR= 1,21; IC95% 1,03 – 1,42), diabetes (OR= 1,93; IC95% 1,61 – 2,32), Acidente Vascular Cerebral (OR= 2,65; IC95% 2,12 – 3,31); Infarto Agudo do Miocárdio ou Angina (OR= 1,96; IC95% 1,64 – 2,34); Insuficiência Cardíaca (OR= 2,01; IC95% 1,53 – 2,63); Asma ou Bronquite (OR= 1,73; IC95% 1,45 – 2,08), e possuir mais de cinco morbidades (OR= 5,46; IC95% 4,43 – 6,72). Tais achados poderiam ser explicados pela queda do quadro psíquico, assim como da doença de base nos indivíduos diagnosticados com várias condições de saúde, sendo aumentada por barreiras no acesso aos serviços de saúde, isolamento do convívio social, dificuldade ou indisponibilidade do tratamento e entre outros.

Na análise do contexto familiar/ domiciliar se observou que pessoas vítimas de violência física têm OR= 4,4 (IC 95% 2,4- 8,3) mais chances de desenvolverem depressão. Semelhante aos achados de um estudo longitudinal representativo com mulheres realizado em Bangladesh, no qual se atribuiu um maior risco de violência com sintomas depressivos: alta violência física (RR= 2,50; IC95% 1,99-3,15; p< 0,001); alta violência sexual (RR= 1,70; IC95% 1,10-2,62;

$p < 0,05$) (ESIE et al., 2019) e semelhante a um estudo transversal de base populacional realizado na Suécia com uma amostra de 573 mulheres, no qual mulheres expostas a violência física nos últimos 12 meses apresentam (OR= 3,78; IC95% 1,99-7,17), violência sexual nos últimos 12 meses OR= 5,10 (IC95% 1,74 – 14,91) (LÖVESTAD et al., 2017). No presente estudo evidenciou-se uma prevalência de depressão muito maior entre as mulheres. Também os dados demonstraram uma relação depressão-violência. Há como associarmos gênero e violência de modo a trazer luz para a prevalência muito maior entre as mulheres? Isso além de outros fatores aqui mencionados a exemplo das mulheres tipicamente buscarem mais atendimento médico do que os homens, tratando-se aqui de um estudo de condição auto referenciada.

No nível do contexto da vizinhança/ comunidade, houve associação da exposição a muito barulho na vizinhança com a depressão (OR= 1,7; IC95% 1,1-2,5). Esse achado vai de encontro ao verificado no estudo de Beutel et al., 2016, no qual encontrou um aumento das chances em participantes com depressão estarem expostos ao barulho com o aumento da sua intensidade. Pessoas com um incomodo moderado ao barulho apresentam uma (OR= 1,22; IC95% 1,00-1,49) e com um incomodo extremo uma (OR= 2,12; IC95% 1,71-2,64) (estudo realizado com uma amostra de 15.010 participantes). Resultados semelhantes foram reportados por Yoon et al., 2014 com dados do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição da Coréia no qual se verificou que homens expostos a aborrecimento por ruídos possuem uma (OR= 1,58; IC95% 1,12- 2,23) e as mulheres (OR= 1,49; IC95% 1,05- 2,11). Uma das hipóteses para a associação do ruído com a depressão é que ele provoca estresse ou outros sentimentos negativos, além de gerar impactos psicofisiológicos (VAN DEN BOSCH e MEYER-LINDENBERG, 2019) que estão relacionados com a depressão.

No mesmo nível, também foi constatado que pessoas com depressão que presenciaram briga de gangues na vizinhança nos últimos seis meses apresentam uma chance de 2,1 (IC95% 1,1-4,0) de estarem expostos a este tipo de violência que os controles e 1,7 (IC95% 0,9-2,9) a chance de não se sentirem seguros para caminhar na vizinhança de dia ou de noite do que os que não referiram diagnóstico de depressão. De encontro a esses achados, Galea et al. (2007), identificaram que pessoas que passaram por mais de quatro eventos traumáticos na vizinhança possuem (OR= 3,27; IC95% 1,34- 7,94) mais chances de desencadearem depressão.

No que diz respeito à avaliação do desempenho dos serviços de saúde para depressão segundo a percepção dos usuários chama a atenção que 28,1% de pessoas com depressão nunca procuraram o serviço de saúde por motivo desta condição. Goncalves et al., 2018 encontrou em

seu estudo realizado no Brasil uma maior prevalência de diagnóstico de depressão em mulheres atendidas na atenção básica (RP= 1,59; IC95% 1,24 – 2,03).

Também, foi averiguado no presente estudo que 41,1% das pessoas com depressão receberam a última assistência por causa dessa doença em um período menor que seis meses, tendo como principal tratamento na região o medicamentoso 54,1%. Esses achados são similares aos publicados por Carvalho et al. (2015) em seu estudo sobre prevalência no que denomina “hiperutilizadores” de serviços de saúde, no qual constatou que pessoas com depressão possuíam uma média de consulta por ano 5,25 quando comparado com as que não têm esse diagnóstico 2,59 e uma (RP= 5,62; IC95% 1,90-16,60). Esse mesmo estudo também constatou que pessoas com depressão utilizam mais o serviço de saúde (RP= 2,6; IC95% 1,87-4,67) do que os não depressivos.

Já em relação a assistência nos serviços de saúde, notou-se que somente 26% das pessoas diagnósticas com depressão foram encaminhados para um profissional especializado como psiquiatra ou psicólogo e que apenas 4,1% receberam assistência em Centros de Atenção Psicossocial o que pressupõe uma baixa oferta e/ou qualidade na prestação de serviços de atenção para saúde mental na região, problema que se constata em outros lugares do mundo tais como Austrália, Canada, Inglaterra e Estados Unidos. Nesses países, a baixa qualidade na prestação de serviços em saúde mental é devida ao não conhecimento das diretrizes de práticas clínicas, a falta de disponibilidade de tratamentos alternativos e a atualização periódica das diretrizes que dificulta a adesão ao longo do tempo (JORM et al., 2017).

No Brasil, reconhece-se que a Rede de Atenção em Saúde (RAS) configura-se por um conjunto de pontos de atenção a saúde (abrangendo atenção primária, secundária e terciária) visando uma assistência contínua e integral que engloba ações de promoção a saúde mental, de geração de renda, de autonomia, de socialização e outras dimensões que caracterizam RAPS como abordagem essencialmente psicossocial. Essa rede proporciona a construção de relações horizontais, a comunicação em saúde, a centralidade nas especificidades de saúde de uma determinada população, asseguramento na atenção contínua e integral e na atenção multiprofissional (ARRUDA et al., 2015).

Segundo dados do monitoramento de 2018 da Gerência de Saúde Mental, evidenciado no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Goiás, a Região dos Pirineus possui três Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, um CAPS AD e um CAPS II. No entanto, no mesmo plano durante a elaboração do planejamento estratégico situacional

constatou-se como problemática para a região o despreparo dos profissionais da Atenção Básica e dos serviços de urgência para tratar os pacientes de saúde mental e tendo como nó crítico a evidência de que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) existe na região como política pública, no entanto, ainda não tem sido implementada (BRASIL, 2018).

Com isso, nota-se que a Rede de Atenção Psicossocial instituída pela Portaria nº 3088/2011 é de extrema importância, pois reúne uma gama de dispositivos e serviços estratégicos que perpassam pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Residencial terapêutico, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, dentre outros. Se prioriza na composição das RAPS equipes multidisciplinares com enfoque de tratamento no acolhimento, tratamento de usuários de maneira individual e em grupos, assim como a criação de redes assistenciais dentro da comunidade (DUTRA e OLIVEIRA, 2015).

Algumas limitações devem ser mencionadas no desenvolvimento e análise deste estudo como, os vieses de informação sobre o diagnóstico de depressão e outras doenças, a questão do estudo ser de caso-controle aninhado com uso da *Odds Ratio* em estudo transversal não analítico o que superestima as medidas de associação e os vieses inerentes aos estudos transversais: viés de prevalência, impossibilidade de determinar causalidade, entre outros. Além disso, outras possibilidades de análises como a multinível é uma opção, no entanto, verificou-se em estudo recente com os dados da Região dos Pirineus no nível municipal que os grupos são extremamente homogêneos com relação a diversas características, limitando o uso desta estratégia de análise e fazendo com que os fatores individuais tivessem maior peso que os fatores de grupo (sociais) (SANTOS, 2017). Um outro aspecto que requer aprofundamento diz respeito a exploração de possíveis interações entre as variáveis independentes e o desfecho para fazer jus ao modelo proposto. No entanto, reconhece-se os pontos fortes do estudo que são: uma amostra representativa, e um criterioso cuidado metodológico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou uma alta prevalência autorreferida de depressão diagnosticada por médico na Região dos Pirineus de 12,2% (9,7% - 15,2%), sendo significativamente maior no sexo feminino (RP= 5,5 IC95% 2,4 – 10,7), nos participantes que referiram pelo menos uma DCNT (RP=3,3 IC95% 1,6-6,6) e problemas crônicos de saúde (RP= 2,3 IC95% 1,3-3,7). A análise multivariada (regressão logística) revelou associações da depressão com o sexo feminino (ORa= 6,2 (IC95% 2,3 – 13,6), uma ou mais doenças crônicas (ORa= 3,6 IC95% 1,4 – 9,2), ser vítima de violência física nos últimos 12 meses (ORa= 4,4 IC95% 1,6-11,9), referir briga de gangues na vizinhança (ORa= 2,6 IC95% 1,3-5,1) e ter uma percepção de insegurança na vizinhança (ORa= 1,7 IC95% 1,0-3,0). Na análise ajustada perdeu-se associação estatística da raça/cor, autoavaliação de saúde ruim e limitação sensorial. Somente 38,4% dos casos referiram fazer acompanhamento médico por causa da depressão. O tratamento medicamentoso ainda é a principal alternativa terapêutica 54,1%, sendo que apenas 26% dos casos foram atendidos por profissional especializado em saúde mental e 4,1% tem acesso ao CAPS. Assim, os resultados indicam uma alta prevalência da depressão em adultos da região, principalmente em aqueles com doenças crônicas e expostos a violência de diversos tipos.

Haja vista, que o meio social em que um indivíduo está inserido tem influência no processo de saúde e doença, onde na depressão esses determinantes sociais da saúde interagem entre si dificultando a diminuição da prevalência do problema com a solução ou minimização de apenas um desses determinantes, com isso, se faz necessário políticas e programas de nível macro que englobe todos os determinantes presentes em cada nível da sociedade.

Também, conclui-se com a análise do desempenho dos serviços de saúde, que a região tem um déficit em serviços voltados para a saúde mental e uma escassez em medidas alternativas de tratamentos em saúde mental, visto que a principal alternativa ainda é a medicamentosa.

Além disso, a alta prevalência de depressão na Região dos Pirineus chama a atenção para a formulação de medidas de promoção da saúde mental, prevenção dos agravos, planejamento e implementação de programas e monitoramento das políticas de saúde mental vigentes. Nota-se que a saúde mental na Região dos Pirineus tem grandes desafios tanto por parte dos governos, como dos gestores em saúde, como da sociedade em geral. Com isso, a compreensão desses determinantes sociais da saúde é essencial para entender o processo de desencadeamento da

depressão e fornecer subsídio para a adequação dos serviços de saúde e planejamento de medidas de intervenção na região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADEODATO, Vanessa Gurgel et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, Jan. 2005.
- ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CEZAR, Adieliton Tavares. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. **IGT rede**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016.
- ALMEIDA-FILHO N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA, Kawachi I. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Soc Sci Med**. v.59(7) p.1339-1353, 2004.
- ALSUBAIE, M. M. STAIN, H. J. WEBSTER, L. A.D. WADMAN, R. The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. **International Journal of Adolescence and Youth**, v. 24, n. 4, p. 484–496, 2019.
- AMATO, Tatiana de Castro et al. Trabalho, gênero e saúde mental: uma pesquisa quantitativa e qualitativa entre bombeiros. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 103-118, jan. 2010.
- ANDERSON, R.J.;Freedland, K.E.; Clouse, R.E.; Lustman, P.J. The Prevalence of Co-morbid Depression in Adults with Diabetes. **Diabetes Care** 24:1069-78, 2001.
- ARAGAO, Ellen Ingrid Souza et al. Different patterns of social support perceived and their association with physical (hypertension, diabetes) or mental diseases in the context of primary health care. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 7, p. 2367-2374, July 2017.
- ARANTES, Daniel Victor. Depressão na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 2, n. 8, p. 261-270, nov. 2007.
- ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014.
- ARGIMON, Irani Iracema de Lima et al. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 33, n. 85, p. 354-372, dez. 2013.
- ARRUDA, Cecilia et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, Mar. 2015.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- BALDWIN, D.; Birtwistle, J. An Atlas of Depression. Depression. **CRC Press**. (2002). <http://doi.org/10.1201/NOE1850709428>
- BASTOS, João Luiz et al. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 175-186, Jan. 2014.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, L. Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população Brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 15, p. 19–32, 2016.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 8s, 2017.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, Mar. 2008.

BEUTEL, M. E. et al. Noise annoyance is associated with depression and anxiety in the general population- the contribution of aircraft noise. **PLoS ONE**, v. 11, n. 5, p. 1–10, 2016.

BIASOTTO FEITOSA, Fabio. A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 34, n. 2, 2014.

BLAY SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal FL. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 15(9) p.790-799, 2007.

BRASIL. **Lei Complementar nº 94, de 12 de fevereiro de 1998**. Autoriza o poder executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE - e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, n. 94, 20 fev. 1998.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – COARIDE – Decreto n. 2710, de 04 de agosto de 1998, alterado pelo Decreto n. 3.445, de 04 de maio de 2000.

BRASIL. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui a criação das Residências Terapêuticas. Diário Oficial, Brasília, DF, 24 de fevereiro de 2000.

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de fevereiro de 2002.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º ago. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil Brasília**, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de jun. 2011.

BRASIL. **Decreto nº 7.469, de 4 de maio de 2011.** Regulamenta a Lei Complementar 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o poder executivo a criar a Região integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE - e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, n. 7469, 5 de maio 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 8, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011 (acesso em 12/11/2019).

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de dez. de 2011.

BRASIL. **Lei nº 163 de 14 de junho de 2018.** Dá nova redação ao § 1º do art. 1º da Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Estado de Saúde do Goiás. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Goiás, 2018.** Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-GO.pdf> . Acessado em: 01 de outubro de 2019.

BULLOCH, A. G. et al. The relationship between major depression and marital disruption is bidirectional. **Depression and Anxiety**, v. 26, n. 12, p. 1172–1177, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CARVALHO, Iana Pires do Amaral; CARVALHO, Cesar Gattermann Xavier; LOPES, José Mauro Ceratti. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 34, p. 1-7, mar. 2015.

CAVALCANTE, FV. **Construção de um marco conceitual para depressão como subsídio para o planejamento de intervenções em nível local.** 2018.48. Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2018.

CHISHOLM D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **Lancet Psychiatry**, v,3(5) p.415-24, May2016.

COLE, D. P. et al. Slower treatment response in bipolar depression predicted by lower pretreatment thyroid function. **American Journal of Psychiatry**, v. 159, n. 1, p. 116–121, 2002.

CODEPLAN. Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. Relatório do Seminário Estratégias para o Desenvolvimento Sustentável do Distrito Federal e seu Entorno, Brasília – DF. (mimeo e www.codeplan.df.gov.br/publicações), 2010.

COPELAND, W. E. et al. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. **JAMA Psychiatry**, v. 70, n. 4, p. 419–426, 2013.

CORSAP-DF/GO. Consórcio Público de Manejo dos Resíduos sólidos e das Águas Pluviais da Região Integrada do Distrito Federal e Goiás. RIDE/DF. Disponível em: <<https://corsapdfgo.eco.br/ridedf/>> Acesso em 11 de novembro de 2019.

CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 346-354, June 2012.

CHOR, Dóra; LIMA, Claudia Risso de Araujo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, Oct. 2005.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 06-11, May 1999.

DJERNES, J. K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 113, n. 5, p. 372–387, 2006.

DUTRA, Virginia Faria Damásio; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichan**, Bogotá, v. 15, n. 4, p. 529-540, Oct. 2015.

EATON WW, Armenian H, Gallo J, Pratt L, Ford DE. Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. **Diabetes Care**, v. 19(10), p.1097-102, 1996.

ESIE, P. et al. Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. **SSM - Population Health**, v. 7, n. December 2018, p. 100368, 2019.

FERNANDES, SES. Descrição das Condições de Vida da População do Entorno Norte do Distrito Federal e Fatores Associados à Autopercepção de Saúde, Saúde, 2012; Universidade de Brasília. 2015.

FRASURE-SMITH, N.; LESPERANCE, F.; TALAJIC, M. Depression Following Myocardial Infarction. Impact on 6 Month Survival. **JAMA**, v.270, p.1819-25, 1993.

GALEA, S. et al. Urban Neighborhood Poverty and the Incidence of Depression in a Population-Based Cohort Study NIH Public Access Author Manuscript. **Ann Epidemiol**, v. 17, n. 3, p. 171–179, 2007.

GALLUCCI NETO, José; CAMPOS JÚNIOR, Miguel Siqueira; HÜBNER, Carlos von Krakauer. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 10-14, maio 2007.

GAVIN, A. R. et al. The Associations between Socioeconomic Status and Major Depressive Disorder Among Blacks, Latinos, Asians, and Non-Hispanic Whites: Findings from The Collaborative Psychiatric Epidemiology Studies. **NIH Public Access**. v. 40, n. 1, p. 51–61, 2010.

GAVIN, Rejane Salomão et al. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 02-09, mar. 2015.

GOMEZ, M. G., Cruces, A. I., & López, R. C. **Carga Mental y Trabajo**. Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales UGT-CEC. Madrid, December, 2010.

GONCALVES, Angela Maria Corrêa et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-109, June 2018.

GOODMAN, S. H., & Gotlib, I. H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. **Psychological Review**, 106(3), p. 458-490, 1999.

GUIMARÃES JMN, Lopes CS, Baima J, Sichieri R. Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women. **J Affect Disord**; 117(1-2), p.120-123, 2009.

GUYER B. **Problem-solving in public health**. In: American H., Shapiro S., Epidemiology and Health Services Research, New York: Oxford University Press (pp. 15-26). 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>. Acesso em: jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010** [Internet]. 2015. [citado 8 de novembro de 2019]. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000** [Internet]. [citado 8 de novembro de 2019]. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2000.php>

JORM, A. F. et al. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. **World Psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 90–99, 2017.

JUSTO, Luís Pereira; CALIL, Helena Maria. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006.

KENDLER KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Age at onset and familial risk for major depression in a Swedish national twin sample. **Psychol. Med.**, v.35, p.1573-9, 2005.

KLEINBAUM, David G.; SULLIVAN, Kevin M.; BARKER, Nancy D. **A pocket guide to epidemiology**. Springer Science & Business Media, 2007.

KOENIG HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry.**, v.2012(8): p.1-33, 2012.

LIMA, Maurício Silva de. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 01-05, May 1999.

LORANT, Vincent et al. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. **The British journal of psychiatry**, v. 190, n. 4, p. 293-298, 2007.

LÖVESTAD, S. et al. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; A cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 1–11, 2017.

MADEIRA, T. C. S. et al. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde. **Rev. APS**, v. 16, n. 4, p. 393–398, 2013.

MAIA, Luciana Colares; DURANTE, Ariane M G; RAMOS, Luiz Roberto. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 650-656, Oct. 2004.

MAYOR-SOTTO, I. M. B. DE; PICCININI, C. A. Relacionamento conjugal e depressão materna. **Psico**, v. 36, n. 2, p. 135–148, 2005.

MARMOT, Michael et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **The Lancet**, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008.

MATTAR, Rosiane et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477, Sept. 2007.

MATTHEWS, A. K., Hughes, T. L., Johnson, T., Razzano, L. A., & Cassidy, R. Prediction of depressive distress in a community sample of women: The role of sexual orientation. **American Journal of Public Health**, v.92, p.1131–1139, 2002.

MARQUES, Camila Andrade et al. Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 1-7, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; (2004).

MEDSKER, B. et al. Anxious? Depressed? You might be suffering from capitalism: Contradictory class locations and the prevalence of depression and anxiety in the United States. **HHS Public Access**. v. 70, n. 12, p. 773–779, 2016.

MELCHIOR, M. et al. Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: A 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. **Molecular Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 112–121, 2013.

NIEDZWIEDZ, C. L. et al. Social protection spending and inequalities in depressive symptoms across Europe. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 51, n. 7, p. 1005–1014, 2016.

OLIVEIRA GF, CARREIRO GSP, FERREIRA Filha MO, LAZARTE R, VIANNA RPT. Risco para depressão, ansiedade e alcoolismo entre trabalhadores informais. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 12(2):272-7, abr./jun. 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental**; 2017. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839> Acessado em 27 de junho de 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspectiva global**. Lisboa: OMS/Wonca; 2008. Disponível em <http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1> Acessado em novembro de 2019.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, May 2006.

PATEL, Vikram; KLEINMAN, Arthur. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003.

PAVAO, Ana Luiza Braz; WERNECK, Guilherme Loureiro; CAMPOS, Mônica Rodrigues. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, Apr. 2013.

PELUSO, Érica de Toledo Piza; BLAY, Sérgio Luís. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-48, Feb. 2008

PFAFF, J. J. et al. Medical morbidity and severity of depression in a large primary care sample of older Australians: The DEPS-GP project. **Medical Journal of Australia**, v. 190, n. 7 SUPPL., p. 75–80, 2009.

PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Gender_Differences_in_Depression England. **Br J Psychiatry**. 177, p. 486–492, 2000.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PRINCE, MJ et al. No health without mental health. **The lancet**, v. 370, n. 9590, p. 859-877, 2007.

PRINCE, MJ et al. A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. **Psychological Medicine**, v.28 (2), p.337-350, 1998.

RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 507-519, Sept. 2015.

RAI, D. ZITKO, P. JONES, K. LYNCH, J. ARAYA, R. Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: Multilevel cross-national comparison. **British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 3, p. 195–203, 2013.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique Caetano. Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 27, n. 4, p. 680-693, Dec. 2007.

RAZZOUK D, Alvarez C, Mari J. **O impacto econômico e o custo social da depressão.** In: Lacerda A, Quarantini L, Miranda-Scrippa A, DelPorto J, editors. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social.* Porto Alegre: Artmed; p. 27-37, 2009.

RAZZOUK, D.; RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 845–848, out. 2016.

REN, P. et al. Is social support a cause or consequence of depression? A longitudinal study of adolescents. **Frontiers in Psychology**, v. 9, n. SEP, p. 1–8, 2018.

ROCHA, Paulo Roberto Sousa. Situação de saúde de adultos residentes nos municípios do entorno sul da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF): inquérito de base populacional, 2010-2011. xvii, 250 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/12000>>. Accessed June 10, 2019.

ROMERO, DaliaE.. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 4, p. 777-794,2002.

ROMBALDI, Airton José et al . Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 4, p. 620-629, Dec. 2010.

RUDISCH, B.; NEMEROFF, C.B. - Epidemiology of Comorbid Coronary Artery Disease and Depression. **Biol Psychaitry**, v. 54, p. 227-40, 2003

RYAN, C., HUEBNER, D., DIAZ, R. M., SANCHEZ, J. Family rejection as a Predictor on Negative HealthOutcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. **Pediatrics**,v.123: 1, p. 346-52, 2009.

SANTOS, Iná S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 8, p. 1533-1543, Aug. 2013.

SAÚDE, O. M. DE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde. 10ª versão. **Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2008.**, 1993.

SINGER, M. et al. Syndemics and the biosocial conception of health. **The Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 941–950, 2017.

SKEGG, K., NADA-RAJA, S., DICKSON, N., PAUL, C., WILLIAMS, S. Sexual orientation and self-harm in men and women. **American J of Psychiatry**. Mar; 160 (3): 541-6, 2003.

SMOLEN, Jenny Rose; ARAUJO, Edna Maria de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 12, p. 4021-4030, Dec. 2017.

ST JOHN, P. D.; MONTGOMERY, P. R. Marital Status, Partner Satisfaction, and Depressive Symptoms in Older Men and Women. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 7, p. 487–492, jul. 2009.

STEINKE, Valdir et al. O contexto Socioambiental da Região de Pirineus-GO/Brasil. In: **Ambiente e saúde: uma abordagem multidisciplinar** /Maria Margarita Urdaneta Gutierrez; Éverton Luís Pereira; Valdir Adílson Steinke (Org.). – Goiânia: Gráfica UFG, 2017. ISBN 978-85-495-0099-1

STOPA, Sheila Rizzato et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, supl. 2, p. 170-180, Dec. 2015.

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 25-59, Apr. 2002.

THEME-FILHA, Mariza Miranda; SZWARCOWALD, Célia Landmann; SOUZA-JUNIOR, Paulo Roberto Borges de. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, supl. 1, p. S43-S53, 2005.

THIELKE, S. M.; DIEHR, P.; UNÜTZER, J. Prevalence, incidence, and persistence of major depressive symptoms in the Cardiovascular Health Study. **Aging & Mental Health**, v. 14, n. 2, p. 168–176, mar. 2010.

URDANETA, Margarita et al. Introdução – Referencial teórico e aspectos metodológicos. In: **Ambiente e saúde: uma abordagem multidisciplinar** /Maria Margarita Urdaneta Gutierrez; Éverton Luís Pereira; Valdir Adílson Steinke (Org.). – Goiânia: Gráfica UFG, 2017b. ISBN 978-85-495-0099-1.

URDANETA, Margarita et al. Condições de vida e saúde de adultos residentes na Região dos Pirineus, 2015-2016 – resultados parciais de inquérito de base populacional. In: **Ambiente e saúde: uma abordagem multidisciplinar** /Maria Margarita Urdaneta Gutierrez; Éverton Luís Pereira; Valdir Adílson Steinke (Org.). – Goiânia: Gráfica UFG, 2017. ISBN 978-85-495-0099-1

VAN DEN BOSCH, M.; MEYER-LINDENBERG, A. Environmental Exposures and Depression: Biological Mechanisms and Epidemiological Evidence. **Annual Review of Public Health**, v. 40, n. 1, p. 239–259, 2019.

VINK, D.; AARTSEN, M. J.; SCHOEVEERS, R. A. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. **Journal of Affective Disorders**, v. 106, n. 1–2, p. 29–44, 2008.

WAGNER, A. et al. Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n. 1, p. 147–156, 1999.

WANG, J. et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: A systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 7, n. 8, p. 1–14, 2017.

WEISSMAN, M. M. et al. Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 276, n. 4, p. 293–299, 1996.

WHO. World Health Organization, Ministério da Saúde. **Who aims report on mental health system in Brazil**, Brasília; 2007.

WHO. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=DC818C20321043A4BA924F5BEF151E3B?sequence=1> Acesso em: 10 de novembro de 2019.

WHO. World Health Organization. **Depression: a global public health concern**. Genebra: WHO; 2012. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1 Acesso em junho de 2017.

WHO. World Health Organization. **The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope**. World Health Organization, 2001.

WHO. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. World Health Organization, p. 1–24, 2017.

YAN, X.-Y. HUANG, S.-M. HUANG, C.-Q. WU, W.-H. QIN, Y. Marital Status and Risk for Late Life Depression: A Meta-Analysis of the Published Literature. **Journal of International Medical Research**, v. 39, n. 4, p. 1142–1154, ago. 2011.

YOON, J. H. et al. Occupational noise annoyance linked to depressive symptoms and suicidal ideation: A result from nationwide survey of Korea. **PLoS ONE**, v. 9, n. 8, 2014.

ANEXO 1- Quadro de recategorização das variáveis relacionadas ao nível individual

Variáveis	Valores	Nome da Variável Recategorizada	Categorias Dicotômicas*
A1-Sexo:	1= Feminino 2= Masculino		1= Sim (Feminino) 2= Não (Masculino)
A2-Qual a sua idade:	Contínua	Idadecat2	1= Sim (maiores ou igual a 60 anos) 2= Não (menor que 60 anos)
A5-Qual o seu grau de instrução?	1= Analfabeto - menos de 1 ano de instrução 2= Elementar incompleto 3= Elementar compl. e Fundamental incompl. 4= Fundamental compl. e Médio incompl. 5= Médio compl. e Superior incompl. 6= Superior compl. ou mais	Escolaridade	1= Sim (Menor que 6 anos de estudo – valores 1,2,3,4) 2= Não (Maior ou igual a 6 anos de estudo – valores 5,6)
A17 O (a) senhor (a) pode me dizer o seu rendimento mensal por fonte de rendimento?	1= Não tem rendimento 2= Trabalho R\$ _____ 3= Seguro desemprego R\$ _____ 4= Aposentadoria R\$ _____ 5= Pensão R\$ _____ 6= Renda Mensal Vitalícia R\$ _____ 7= Venda de produtos R\$ _____ 8= Aluguel R\$ _____ 9= Doação de não-morador do domicílio R\$ _____ 10= Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas R\$ _____ 11= Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança R\$ _____ 12= Bolsa Família R\$ _____ 13= Benefício de Prestação Continuada (BPC) R\$ _____ 14= Cartão alimentação R\$ _____ 15= Outra fonte (especifique) R\$ _____ 16= Recusou	RendaCat2	1= Sim (Renda até R\$880,00 mês) 2= Não (Renda > a R\$880,00 mês)

*A resposta “Sim” diz respeito à categoria em maior risco para apresentar depressão; valores faltantes =9.

ANEXO 1- Quadro de recategorização das variáveis relacionadas ao nível individual (Continuação)

Variáveis	Valores	Nome da Variável Recategorizada	Categorias Dicotômicas*
A3- Qual seu estado conjugal?	1= nunca foi casado(a) 2= Casado (a) ou vive com companheiro 3= Separado (a) ou divorciado (a) 4= Viúvo (a)	EstConjcat2	1= Sim (Vive sem companheiro (a) -> valores 1,3,4) 2= Não (Vive com companheiro (a) -> valores 1)
A6- Qual é a sua cor (raça)?	1= Branca 2= Preta 3= Amarela 4= Parda 5= Indígena	Raçacat2	1= Sim (Amarelos e indígenas) 2= Não (Branco, pardos e pretos)
A20- Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo de música, coral, artes plásticas, outras)?	1= Mais de uma vez por semana 2= Uma vez por semana 3= De 2 a 3 vezes por mês 4= Algumas vezes no ano 5= Uma vez no ano 6= Nenhuma vez	ApoioSocialCat	1= Sim (Sem apoio social -> valores 5,6) 2= Não (Com apoio social -> valores 1,2,3,4)
A21- Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?			
A22- Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade ou outras?			
A23- Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião? (sem contar com situações como casamento, batizado ou enterro)			
A7- O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava?	1= Trabalha e em atividade atualmente 2= Trabalha, mas não em atividade atualmente 3= Já trabalhou, mas não trabalha mais 4= Nunca trabalhou	SituaçãoTrabalhoCat	1= Sim (Não trabalha atualmente -> valores 2,3,4) 2= Não (Trabalha atualmente -> valores 1)

*A resposta "Sim" diz respeito à categoria em maior risco para apresentar depressão; valores faltantes =9.

ANEXO 1- Quadro de recategorização das variáveis relacionadas ao nível individual (Continuação)

Variáveis	Valores	Nome da Variável Recategorizada	Categorias Dicotômicas*
B1= Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?	1= Muito boa 2= Boa 3= Regular 4= Ruim 5= Muito ruim	AvalSaúdeCat	1= Sim (Saúde Ruim -> valores 3,4,5) 2= Não (Boa Saúde -> valores 1,2)
D2= Algum médico já lhe deu o diagnóstico de Hipertensão arterial (pressão alta)?	1= Sim 2= Não	DoençaCardiovascularCat	1= Sim (Hipertensão arterial ou doença do coração ou acidente vascular cerebral) 2= Não (Sem nenhuma das morbidades)
D49= Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?			
D54= Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) teve um AVC (acidente vascular cerebral) ou derrame?			
D23= Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	1= Sim 2= Não	DoençaMetabolicaCat	1= Sim (Diabetes ou Dislipidemia) 2= Não (Sem nenhuma das morbidades)
D46= Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem colesterol alto?			
D58= Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma ou bronquite asmática?	1= Sim 2= Não	DoençaRespiratóriaCat	1= Sim (Asma ou DPOC) 2= Não (Sem nenhuma das morbidades)
D107= Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma doença no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)?			
D63= Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite?	1= Sim 2= Não	DoençaOsteoarticular	1= Sim (Artrite ou Osteoporose) 2= Não (Sem nenhuma das morbidades)
D111= Algum médico já lhe deu o diagnóstico de osteoporose?			
D74= Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hepatite?	1= Sim 2= Não	DoençaInfecciosaCat	1= Sim (Hepatites ou Tuberculose) 2= Não (Sem nenhuma das morbidades)
D79= Algum médico já lhe deu o diagnóstico de tuberculose?			

*A resposta "Sim" diz respeito à categoria em maior risco para apresentar depressão; valores faltantes =9.

ANEXO 1- Quadro de recategorização das variáveis relacionadas ao nível individual (Continuação)

Variáveis	Valores	Nome da Variável Recategorizada	Categorias Dicotômicas*
D68= O(a) sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	1= Sim 2= Não	ProblemaCrônicoCat	1= Sim (Incapacidade motora ou problema na coluna ou doença crônica) 2= Não (Sem nenhuma das morbidades)
D116= Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de outra doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (<i>de mais de 6 meses de duração</i>)?			
D118-O(a) sr(a) tem alguma incapacidade ou deficiência física de longa duração (<i>de mais de 6 meses de duração</i>)?			
Uma ou mais Doença Crônica Não Transmissível - DCNT		UmaouMaisDCNT	1= Sim (Uma ou mais comorbidades) 2= Não (Sem nenhuma das morbidades)
B3= O(a) sr(a) usa algum equipamento ou aparelho para lhe ajudar na locomoção?	1=Sim 2=Não	LimitaçãoMotoraCat	1= Sim (Uso de equipamentos/aparelhos e dificuldade média ou intensa ou muito intensa para caminhar 100 metros) 2= Não (Uso de equipamentos/aparelhos e sem dificuldade para caminhar -> Sem Limitação motora)
B6= Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para andar cerca de 100 metros?	1= Nenhum 2= Leve 3= Médio 4= Intenso 5= Muito intenso		
B14= Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ver de longe?	1= Nenhum 2= Leve 3= Médio 4= Intenso 5= Muito intenso	LimitaçãoSensorial2	1= Sim (Dificuldade média ou intensa ou muito intensa para enxergar de longe/perto ou escutar) 2= Não (Nenhuma ou leve dificuldade para enxergar de longe/perto ou ouvir)
B15= Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ver de perto?			
B17= Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ouvir?			

*A resposta "Sim" diz respeito à categoria em maior risco para apresentar depressão; valores faltantes =9.

ANEXO 1- Quadro de recategorização das variáveis relacionadas ao nível individual (Continuação)

Variáveis	Valores	Nome da Variável Recategorizada	Categorias Dicotômicas*
H5= Em geral, como o(a) sr(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?	1= Muito boa 2= Boa	SaúdeBucalCat	1= Sim (Saúde Bucal Ruim -> valores para H5 de 3,4,5 ou valores para H6 de 3,4,5 ou para H15 de 2,3,4,5,6) 2= Não (Boa Saúde Bucal -> valores para H5 de 1,2 e H6 de 1,2 e H15 de 1)
H6-Que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?	3= Regular 4= Ruim 5= Muito ruim		
H15-O(a) sr(a) usa algum tipo de prótese dentária?	1= Não 2= Sim- Substituir um dente 3= Sim-Substituição de + de 1 dente 4= Sim- prót. total (dentadura) em cima 5= Sim- prót. total (dentadura) em baixo 6= Sim- prót. totais em cima e em baixo		
Índice de Massa Corporal (IMC) (peso / altura ² autorreferidos)	1= Baixo Peso 2= Peso normal 3= Sobrepeso	IMCcat2	1= Sim (sobrepeso/obesidade -> IMC ≥25) 2= Não (Baixo Peso/Peso Normal -> IMC < 25)
		IMCcat3	1=Sim (Obesidade -> IMC ≥30) 2= Não (Não obesidade -> IMC <30)
C25-Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	1= Não bebo nunca 2= Menos de uma vez por mês 3= Uma vez ou mais por mês	AlcoolCat	1= Sim (Consumo de Álcool -> valores 2,3)) 2= Não (Não consome álcool -> valores 1)
C30a-Nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	1= Sim 2= Não	AbusoAlcoolHomeMulherCat	1= Sim (Abuso de álcool em homens e mulheres) 2= Não (Sem abuso de álcool em homens e mulheres)
C30b-Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?			
C49-Atualmente, o(a) sr(a) fuma?	1= Sim diariamente 2= Sim menos que diariamente 3= Não fumo atualmente	TabCat	1= Sim (Fumantes) 2= Não (Não Fumantes)

*A resposta "Sim" diz respeito à categoria em maior risco para apresentar depressão; valores faltantes =9.

ANEXO 2- Quadro de recategorização das variáveis relacionadas ao nível Familiar/ Domiciliar

Variáveis	Valores	Nome da Variável Recategorizada	Categorias Dicotômicas*
M1 a M20 – Lista de Moradores do Domicílio (obtenção do número de moradores no domicílio)	Relação de moradores	RazaoComMorCat1 (número de cômodos / número de moradores)	1= Sim (Menor de 1 cômodo por morador) 2= Não (≥ 1 cômodo por morador)
M91- Qual o número de cômodos no seu domicílio? (<i>São considerados cômodos os quartos e salas do seu domicílio</i>)			
M115- O seu domicílio está cadastrado (registrado) na unidade de saúde da família?	1= Sim 2= Não 3= Não sei	CadastramentoESF	1= Sim (Não cadastrado na ESF) 2= Não (Cadastrado na ESF)
E28- Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) foi vítima de alguma forma de violência física/agressão que tenha resultado em lesões corporais?	1= Sim 2= Não	Violência Física	1= Sim (Vítima de violência física) 2= Não (Não sofreu violência)

*A resposta “Sim” diz respeito à categoria em maior risco para apresentar depressão; valores faltantes =9.

ANEXO 3 - Quadro de recategorização das variáveis relacionadas ao nível da Vizinhança/ Comunidade

Variáveis	Valores	Nome da Variável Recategorizada	Categorias Dicotômicas*
M113a- Há muito lixo ou entulho nas ruas da sua vizinhança?	1= Sim 2= Não	LixoCat	1= Sim (Presença de lixo ou entulho na vizinhança) 2= Não (Sem lixo nas ruas)
M113b- Há muito barulho na sua vizinhança?	1= Sim 2= Não	BarulhoCat	1= Sim (Barulho na Vizinhança) 2= Não (Sem barulho)
M113c- Há alguma área de lazer, para praticar esportes ou fazer caminhada na sua vizinhança?	1= Sim 2= Não	ÁreadeLazerCat	1= Sim (Sem área de lazer) 2= Não (Tem área de lazer)
M113d- Há algum local na sua vizinhança para se comprar frutas e legumes?	1= Sim 2= Não	LocalFrutasLeg	1= Sim (Sem locais para comprar Fruta/legumes) 2= Não (Com local de comprar frutas/legumes)
M113e- O(a) sr(a) se sente seguro(a) caminhando na sua vizinhança, de dia e de noite?	1= Sim 2= Não	SegurançaCat	1= Sim (Sem segurança para caminhar de dia/noite) 2= Não (Se sente seguro para caminhar na vizinhança)
Em relação a violência, durante os últimos seis meses, com que frequência aconteceu:			
M114a- Uma briga na sua vizinhança na qual uma arma tenha sido usada?	1= Frequentemente 2= Às vezes 3= Raramente 4= Nunca	Briga Vizinhança	1= Sim (Briga com arma de fogo -> valores 1,2,3) 2= Não (Sem briga com arma de fogo -> valor 4)
M114b- Uma briga entre gangues (bandos de malfeitores, bandidos) na sua vizinhança?	1= Frequentemente 2= Às vezes 3= Raramente 4= Nunca	BrigaGanguesCat	1= Sim (Brigas de gangue na vizinhança -> valores 1,2,3) 2= Não (Sem brigas de gangues -> valor 4)
M114c- Uma agressão sexual ou estupro na sua vizinhança?	1= Frequentemente 2= Às vezes 3= Raramente 4= Nunca	Agressão Sexual	1= Sim (Aconteceu uma agressão sexual -> valores 1,2,3) 2= Não (Sem agressão sexual -> valor 4)
M114d- Um roubo ou furto na sua vizinhança?	1= Frequentemente 2= Às vezes 3= Raramente 4= Nunca	Roubo	1= Sim (Já teve roubo/furto na vizinhança -> valores 1,2,3) 2= Não (Não teve roubo/furto na vizinhança -> valor 4)

*A resposta "Sim" diz respeito à categoria em maior risco para apresentar depressão; valores faltantes =9.