

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

MARCUS TOLENTINO SILVA

ADULTOS COM DEPRESSÃO: PREVALÊNCIA NO BRASIL E EM ESTUDO DE  
BASE POPULACIONAL NO DISTRITO FEDERAL

Tese apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde  
pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da  
Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Maurício Gomes Pereira

BRASÍLIA

2013

MARCUS TOLENTINO SILVA

ADULTOS COM DEPRESSÃO: PREVALÊNCIA NO BRASIL E EM ESTUDO DE  
BASE POPULACIONAL NO DISTRITO FEDERAL

Tese apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde  
pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da  
Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 21 de maio de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Maurício Gomes Pereira – Presidente  
Universidade de Brasília

Luciane Nascimento Cruz  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Marco Polo Dias Freitas  
Universidade de Brasília

Elisabeth Carmen Duarte  
Universidade de Brasília

Mauro Niskier Sanchez  
Universidade de Brasília

David Duarte Lima  
Universidade de Brasília

## RESUMO

**Introdução:** A depressão é um problema de saúde pública associado à incapacidade funcional e à elevada morbimortalidade. Apesar de comum, suas estimativas de frequência estão fragmentadas em diversos estudos, e o Distrito Federal carece de estimativas recentes.

**Objetivo:** Realizaram-se duas pesquisas, uma para avaliar a prevalência de depressão em adultos (18 a 65 anos) em estudos realizados no Brasil e outra para estimar a prevalência e os fatores associados à depressão autorreferida em adultos residentes no Distrito Federal.

**Métodos:** Na primeira pesquisa, conduziu-se uma revisão sistemática. Foram elegíveis estudos transversais de base populacional, sem restrição quanto ao idioma, data ou tipo de publicação. Até abril de 2013, pesquisou-se no MEDLINE, Embase, Scopus, LILACS, SciELO e Domínio Público. Após seleção pareada e independente, a qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada seguindo instrumento padronizado. Realizaram-se meta-análises a partir do modelo de efeito randômico de Mantel-Haenszel para obter a estimativa global, e metarregressões para investigar a heterogeneidade. Na segunda pesquisa, realizou-se um estudo transversal de base populacional, com amostragem probabilística, por conglomerados, em dois estágios. Partiu-se dos setores censitários urbanos e com mais de 200 moradores. Recrutaram-se adultos entre 18 a 65 anos. Considerou-se a depressão autorreferida como desfecho primário. A partir de uma análise hierarquizada em blocos e uma regressão de Poisson com variância robusta, calculou-se as razões de prevalência (RP) dos seguintes fatores associados: renda, escolaridade, ocupação, sexo, idade, estado conjugal, doenças crônicas autorreferidas, utilização de serviços de saúde e avaliação subjetiva do estado de saúde.

**Resultados:** A primeira pesquisa selecionou 23 estudos ( $n = 455.058$ , 65,7% mulheres). A prevalência de depressão foi 13,7% (IC 95%: 12,5-14,9%;  $I^2 = 99,4\%$ ) na população geral; 18,8% (IC 95%, 16,9-20,0%;  $I^2 = 99,3\%$ ) em mulheres; e 6,8% (IC 95%: 5,9-7,7%;  $I^2 = 97,9\%$ ) em homens. Constatou-se tendência de aumento da

prevalência com a idade de recrutamento no sexo feminino ( $p < 0,01$ ) e de declínio no masculino ( $p = 0,02$ ). A segunda pesquisa incluiu 1.593 adultos, dos quais 58,3% eram mulheres. A depressão foi autorreferida por 11,2% (IC 95%: 9,8-12,9%) dos entrevistados. A frequência em mulheres foi 14,6% (IC 95%: 12,0-17,6%) e em homens 7,7% (IC 95%: 5,6-10,2). A análise multivariada apontou os seguintes fatores estatisticamente significantes à depressão autorreferida: sexo feminino (RP = 1,8; IC 95%: 1,4-2,5), 50 a 65 anos (RP = 1,6; IC 95%: 1,1-2,2), hipertensão (RP = 1,6; IC 95%: 1,1-2,4), problemas cardíacos (RP = 2,0; IC 95%: 1,3-3,0), problemas respiratórios (RP = 2,9; IC 95%: 2,1-4,1), hospitalização nos últimos 12 meses (RP = 1,76; IC 95%: 1,2-2,5), limitações na realização de atividades habituais (RP = 2,0; IC 95%: 1,2-3,2) e dor/desconforto (RP = 1,6; IC 95%: 1,1-2,2).

Conclusão: Apesar de a elevada heterogeneidade sugerir inconsistência dos resultados das meta-análises, os dados apontam elevado impacto da depressão na população adulta brasileira, afetando principalmente as mulheres com idade mais avançada. A depressão é uma doença frequente na população adulta do Distrito Federal. As mulheres e as pessoas entre 50 a 65 anos foram os mais susceptíveis. Os demais fatores identificados podem nortear ações de prevenção.

Palavras-chave: depressão; prevalência; revisão sistemática; estudo transversal; Brasil; Distrito Federal.

## RESUMO NA LÍNGUA INGLESA

**Introduction:** Depression is a public health problem, associated to functional incapacity, morbidity and mortality. Despite being frequent, estimates of population prevalence are fragmented in several studies. Brasilia, the federal capital of Brazil, lacks recent estimates in the field.

**Objective:** We performed two researches: the first assessed the prevalence of depression in adults (18 to 65 years old) in studies held in Brazil. The second estimated the prevalence of depression and associated factors in adults that live in Brasilia.

**Methods:** In the first research we did a systematic review of cross-sectional, population-based studies. No restrictions of language, date, or publication type applied. We searched MEDLINE, Embase, Scopus, LILACS, SciELO, and *Dominio Publico* databases up to April 2013. After a duplicate selection of studies, their methodological quality was assessed following a previously standardized tool. We calculated meta-analyses using random effects model to obtain the overall estimate and metarregressions to investigate heterogeneity. In the second research, a cross-sectional, population-based study was held in Brasilia, following a probabilistic cluster sampling of two stages. Adults of 18 to 65 years old residents in census tracks higher than 200 inhabitants were eligible. The primary outcome was self-referred depression. Prevalence ratios (PR) were obtained through Poisson regression of robust variance following a hierarchical model to assess the association of the following factors: income, education, occupation, sex, age, marital status, self-reported chronic diseases, healthcare services utilization, and subjective health state assessment.

**Results:** Twenty-three studies were included in the systematic review (n = 455,058; 65.7% women). The prevalence of depression was 13.7% (IC 95%: 12.5-14.9%;  $I^2 = 99.4\%$ ) in the general population, 18.8% (IC 95%: 16.9-20.0%;  $I^2 = 99.3\%$ ) in women, and 6.8% (IC 95%: 5.9-7.7%;  $I^2 = 97.9\%$ ) in men. We observed a tendency of increase in the prevalence with higher recruitment ages in women ( $p < 0.01$ ) and of decrease in men ( $p = 0.02$ ). The cross-sectional study included 1,593

adults (women = 58.3%). Depression was self-reported by 11.2% (IC 95%: 9.8-12.9%) of the participants. Prevalence in women was 14.6% (IC 95%: 12.0-17.6%) and in men it was 7.7% (IC 95%: 5.6-10.2). Multivariate analysis showed positive association of the following factors to self-reported depression: women (RP = 1.8; IC 95%: 1.4-2.5), age from 50 to 65 years old (RP = 1.6; IC 95%: 1.1-2.2), hypertension (RP = 1.6; IC 95%: 1.1-2.4), cardiac diseases (RP = 2.0; IC 95%: 1.3-3.0), respiratory illnesses (RP = 2.9; IC 95%: 2.1-4.1), hospital admission in the last 12 months (RP = 1.76; IC 95%: 1.2-2.5), limitation in usual activities (RP = 2.0; IC 95%: 1.2-3.2), and pain or discomfort (RP = 1.6; IC 95%: 1.1-2.2).

Conclusion: In spite of the high heterogeneity that suggests inconsistency of the meta-analyses results, data shows a high impact of depression in Brazilian adults, mainly in older women. Depression is a frequent disease in adults that live in Brasilia, and women of older ages are more vulnerable. The other identified risk factors can be useful for planning prevention policies.

Key-words: depression; prevalence; systematic review; cross-sectional study; Brazil; Brasilia.

## LISTA DE FIGURAS

### ARTIGO 1 – PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO EM ADULTOS NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE INQUÉRITOS POPULACIONAIS

Figura 1. Resultado da busca, seleção e inclusão dos estudos .....	27
Figura 2. Prevalência de depressão nos estudos incluídos .....	28
Figura 3. Metarregressão: proporção de mulheres x prevalência de depressão.....	29
Figura 4. Metarregressão: tamanho da amostra x prevalência de depressão.....	29
Figura 5. Gráfico de funil dos estudos incluídos.....	30
Figura 6. Meta-análise do subgrupo mulheres .....	31
Figura 7. Metarregressão: idade de recrutamento x prevalência de depressão no subgrupo mulheres.....	32
Figura 8. Gráfico de funil do subgrupo mulheres.....	32
Figura 9. Meta-análise do subgrupo homens .....	33
Figura 10. Metarregressão: idade de recrutamento x prevalência de depressão no subgrupo homens.....	34
Figura 11. Gráfico de funil do subgrupo homens.....	34

### ARTIGO 2 – PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ADULTOS NO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL

Figura 1. Processo de recrutamento, seleção e inclusão dos entrevistados .....	48
Figura 2. Meta-análise dos artigos identificados na revisão sistemática.. .....	49

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1 – PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO EM ADULTOS NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE INQUÉRITOS POPULACIONAIS

Tabela 1. Características dos estudos incluídos .....	35
Tabela 2. Avaliação crítica dos estudos incluídos .....	37

### ARTIGO 2 – PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ADULTOS NO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL

Tabela 1. Características da população em estudo (n = 1.593) .....	50
Tabela 2. Prevalência da depressão e razões de prevalência (RP) dos fatores associados na população adulta do Distrito Federal (n = 1.593).....	51



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEP – Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa

BDI – Beck Depression Inventory

CIDI SF – Composite International Diagnostic Interview Short-Form

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fourth edition

ECAS – Epidemiologic Catchment Area Study

EDS – Escala de Depressão de Edimburgo

EPISONO – Epidemiologia do sono

GENACIS – Gender, Alcohol and Culture: An International Study

I<sup>2</sup> – i-quadrado (indicador de heterogeneidade em meta-análises)

IC 95% – Intervalo de confiança de 95%

ISA-Capital – Inquérito de Saúde na Cidade de São Paulo

ISA-SP – Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MINI – Mini-International Neuropsychiatric Interview

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire nine-item depression module

PMS – Pesquisa Mundial da Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PRIME-MD – Primary Care Evaluation of Mental Disorders

PRIME-MD-PHQ – Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire two Questions Screen

PROSPERO – International prospective register of systematic reviews

QMPA – Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos

RP – Razão de prevalência

SciELO – Scientific Electronic Library Online

WHO-CIDI – Composite International Diagnostic Interview

WMH-CIDI – World Mental Health Survey Initiative Version of the Composite International Diagnostic Interview

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	13
1.1. Apresentação .....	13
1.2. Depressão .....	13
1.3. Diagnóstico da depressão .....	14
1.4. Tratamento da depressão .....	15
1.5. Prevalência da depressão no mundo, no Brasil e no Distrito Federal .....	16
2. OBJETIVOS .....	17
3. ARTIGO 1 – Prevalência da depressão em adultos no Brasil: revisão sistemática e meta-análise de inquéritos populacionais .....	18
3.1. Resumo .....	18
3.2. Introdução .....	19
3.3. Métodos.....	20
3.3.1. Protocolo e registro .....	20
3.3.2. Elegibilidade dos estudos.....	20
3.3.3. Fontes de informação e estratégia de busca.....	20
3.3.4. Seleção dos estudos e coleta de dados .....	20
3.3.5. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos.....	21
3.3.6. Análise dos dados .....	21
3.4. Resultados .....	22
3.4.1. Busca e seleção dos estudos.....	22
3.4.2. Características dos estudos incluídos .....	22
3.4.3. Prevalência de depressão .....	23
3.4.4. Prevalência de depressão em mulheres .....	24
3.4.5. Prevalência de depressão em homens .....	24
3.5. Discussão.....	24
3.6. Figuras .....	27
3.7. Tabelas.....	35
4. ARTIGO 2 – Prevalência e fatores associados à depressão em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional .....	38
4.1. Resumo .....	38
4.2. Introdução .....	39
4.3. Método .....	39

4.3.1. Delineamento .....	39
4.3.2. Contexto .....	39
4.3.3. Seleção da amostra .....	40
4.3.4. Coleta de dados .....	40
4.3.5. Métodos estatísticos.....	41
4.3.6. Aspectos éticos .....	42
4.4. Resultados .....	43
4.4.1. Composição da amostra.....	43
4.4.2. Prevalência de depressão .....	43
4.4.3. Fatores associados .....	43
4.5. Discussão.....	43
4.5.1. Síntese dos resultados .....	43
4.5.2. Validade da pesquisa .....	44
4.5.3. Comparação com a literatura existente .....	45
4.5.4. Interpretação dos achados .....	45
4.5.5. Conclusão, implicações, perspectivas e recomendações .....	47
4.6. Figura .....	48
4.7. Tabelas.....	50
5. CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS.....	54

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Apresentação**

Este projeto de doutorado teve o propósito de analisar aspectos da prevalência da depressão. Conjecturando a população adulta, o presente texto relata: (i) a prevalência no Brasil; e (ii) a prevalência autorreferida no Distrito Federal e seus potenciais fatores associados. Tais informações podem ampliar e aperfeiçoar o conhecimento sobre a dinâmica da doença.

Considerou-se depressão as seguintes situações: (i) como um estado de humor, temporário ou associado a uma doença; (ii) como uma síndrome envolvendo um conjunto de sinais e sintomas; e (iii) como um distúrbio específico de condição clínica distinta, como bipolaridade, esquizofrenia ou abuso de substâncias (1).

Para investigar os aspectos da prevalência da depressão assinalados e para facilitar o entendimento, optou-se por segmentar o presente texto em dois artigos: (i) uma revisão sistemática de inquéritos brasileiros; e (ii) um estudo transversal de base populacional. Esses artigos foram estruturados da seguinte forma: resumo, introdução, método, resultados, discussão, figuras e tabelas. Definiu-se que a sequência numérica das tabelas e figuras seria reiniciada em cada análise. As referências bibliográficas utilizadas foram agrupadas no final do documento para reduzir as repetições.

A seguir, são descritos alguns aspectos da depressão, como etiologia, diagnóstico, tratamento e informações epidemiológicas.

### **1.2. Depressão**

A depressão caracteriza-se pela presença de humor deprimido persistente, perda de interesse e falta de disposição. Muitas vezes, esses sintomas prejudicam o desempenho e a qualidade de vida no dia-a-dia da pessoa acometida.

A causa específica da depressão ainda não é conhecida. Entretanto, há achados sugerindo que a síndrome (transtorno depressivo maior) tem fisiopatologia multifatorial (2, 3). Estados depressivos graves frequentemente ocorrem sem que haja a presença de um fator psicobiológico desencadeante evidente. Há evidência de que fatores somáticos, genéticos e ambientais estejam envolvidos com a doença,

destacando-se especialmente distúrbios na função hipotalâmica e de neurotransmissão (2). Uma hipótese é que ocorra disfunção na transmissão monoaminérgica, reduzindo a neurotransmissão de serotonina, norepinefrina e dopamina (4). Esses distúrbios fundamentam o uso de antidepressivos, uma vez que eles alteram a concentração dessas substâncias.

### **1.3. Diagnóstico da depressão**

Depressão é um problema frequente, tratável e regularmente observado no cotidiano. Apesar de ser um transtorno incapacitante, a depressão é pouco diagnosticada pelo médico não psiquiatra (5).

A depressão é diagnosticada por entrevista clínica e escalas subjetivas. Têm-se utilizado a 4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) elaborado pela *American Psychiatric Association*, que define a forma mais comum da síndrome de depressão: o transtorno depressivo maior (6). A depressão maior caracteriza-se pela presença, durante duas semanas ou mais, dos seguintes sintomas: (a) humor deprimido na maioria do dia; (b) desinteresse e desprazer pela maioria das atividades cotidianas; (c) significativos ganho ou perda de peso ou aumento ou perda de apetite; (d) insônia ou excesso de sono; (e) agitação ou lentidão psicomotora; (f) fadiga ou perda de energia; (g) sentimentos de desvalia ou excessiva e inapropriada culpa; (h) dificuldade de concentração mental; e (i) pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida recorrente, tentativa de suicídio perpetrada ou planejada.

Não há padrão-ouro para o diagnóstico da depressão (7). Uma das alternativas para torná-lo menos subjetivo e tentar quantificá-lo é a aplicação de questionários, ferramentas capazes de fornecer informação diagnóstica, evolutiva ou de intensidade sobre a doença, mensurando-a.

Para a detecção de casos em estudos populacionais, a realização de inquéritos contendo duas fases consome recursos importantes (8). Devido a isso, diversos instrumentos são aplicados em pesquisas comunitárias, com razoável acurácia (9). Essas ferramentas resultam em pontuações que sugerem a presença de transtorno depressivo maior e a gravidade do caso. Até o momento, não se sabe qual instrumento é superior ao outro (10).

O PRIME-MD-PHQ (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire two Questions Screen*) e PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire nine-item depression module*) são instrumentos usados por médicos atuantes na atenção primária (10, 11). Considerando a facilidade no entendimento de suas perguntas, ambos são utilizados em diferentes cenários, como envio e recebimento de cartas, pesquisas eletrônicas pela internet, inquéritos telefônicos ou entrevistas domiciliares (12-14).

#### **1.4. Tratamento da depressão**

Quando utilizados apropriadamente, medicamentos são estratégias custo-efetivas que diminuem a mortalidade e morbidade da população (15). Dentre eles, os antidepressivos podem melhorar os sintomas, reduzir a incapacidade, abreviar a história natural, e prevenir recaídas do transtorno depressivo maior (16). Quando opções não farmacológicas estão inacessíveis, e quando a gravidade do quadro exige, são intervenções usadas no tratamento de primeira linha (17).

Frequentemente, os efeitos dos antidepressivos são mensurados por escalas. Apesar de serem úteis para o acompanhamento, outros desfechos orientados aos pacientes tem maior importância clínica (16). Em geral, esses medicamentos apresentam resultados clínicos melhores que o placebo e similares entre si (18). As maiores diferenças são observadas na incidência de eventos adversos e no custo do tratamento, que têm influência na tolerância e na adesão ao tratamento pelo paciente.

Recentemente, o debate científico tem-se centrado na eficácia dos antidepressivos quando associados ou não à terapia cognitiva (19, 20), e nas consequências quando utilizado por subgrupos especiais (crianças, adolescentes e idosos) (21-23). Destaca-se também a discussão sobre os critérios de início (24) e o custo do tratamento farmacológico (25).

O uso de antidepressivos é influenciado por diversos fatores, incluindo a assimetria de informação entre os produtores, médicos e consumidores, circunstância econômica, fatores culturais, crenças comunitárias, pouca comunicação entre prescritores e pacientes e baixa aderência a medicamentos prescritos adequadamente (17). Consequentemente, para promover seu uso apropriado são desenvolvidas estratégias com prescritores, dispensadores e

usuários. Considerando esses últimos, estudos que permitam estimar sua frequência e seus fatores associados podem orientar ações de planejamento que propiciem seu uso mais racional.

O tratamento do transtorno depressivo maior não deve ser orientado apenas pela utilização de antidepressivos (18). Considerando todo o suporte terapêutico disponível, alternativas como a psicoterapia e eletroconvulsoterapia devem ser ponderadas por uma equipe multiprofissional. Independente da modalidade, o tratamento tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente, diminuir a necessidade de internação hospitalar, evitar o suicídio, reduzir as reincidências dos quadros depressivos e garantir boa adesão, com o mínimo de efeitos adversos (16).

### **1.5. Prevalência da depressão no mundo, no Brasil e no Distrito Federal**

Em países ricos, a prevalência da depressão oscila entre 14,6% a 5,5% e média etária de 25,7 anos (26). Em países pobres e emergentes, a doença acomete de 11,1% a 5,9% e média etária de 24,0 anos (26).

A prevalência da depressão tem sido estudada no Brasil. Considerando o volume de informação disponível, há necessidade de reunir, organizar e avaliar o conhecimento existente na área. Essa conduta permite extrapolar achados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada um deles e explicar as possíveis inconsistências e conflitos.

Paralelamente, o Distrito Federal carece de estimativas recentes da frequência de depressão na população economicamente ativa. Tais informações poderiam subsidiar maior atenção política quanto à extensão da doença. Com o conhecimento de potenciais fatores associados e de aspectos econômicos, é possível planejar com maior racionalidade o dimensionamento de serviços de saúde visando integralidade da atenção.



## 2. OBJETIVOS

Propôs-se, nesta tese, o estudo da prevalência da depressão no Brasil e no Distrito Federal. Com essa finalidade, foram conduzidos dois estudos com os seguintes objetivos:

1. Estimar a prevalência de depressão em adultos (18 a 65 anos) no Brasil; e
2. Estimar a prevalência e os fatores associados à depressão em adultos residentes no Distrito Federal

Os estudos são apresentados em forma de artigos nos capítulos 3 e 4 desta tese.

### 3. ARTIGO 1 – PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO EM ADULTOS NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE INQUÉRITOS POPULACIONAIS

#### 3.1. Resumo

**Objetivo:** Estimar a prevalência de depressão em adultos (18 a 65 anos) no Brasil.

**Métodos:** Foram elegíveis estudos transversais de base populacional, sem restrição quanto ao idioma, data ou tipo de publicação. Até abril de 2013, pesquisou-se no MEDLINE, Embase, Scopus, LILACS, SciELO e Portal Domínio Público. Após seleção pareada e independente, a qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada pelos itens: amostragem adequada; fonte da lista de amostragem; tamanho da amostra adequado; mensuração adequada do desfecho; desfechos avaliados por entrevistadores não enviesados; taxa de resposta e descrição das recusas; prevalência com intervalos de confiança e por subgrupos aplicáveis; e sujeitos do estudo descritos e similares à questão de interesse. Realizaram-se meta-análises a partir do modelo de efeito randômico de Mantel-Haenszel e metarregressões para investigar a heterogeneidade.

**Resultados:** De 1.794 referências, foram selecionados 23 estudos ( $n = 455.058$ , 65,7% mulheres): 5 nacionais, 8 na região Sudeste, 7 na região Sul, 2 na região Nordeste e 1 na região Centro-Oeste. A prevalência de depressão foi 13,7% (IC 95%: 12,5-14,9%;  $I^2 = 99,4\%$ ) na população geral; 18,8% (IC 95%: 16,9-20,0%;  $I^2 = 99,3\%$ ) em mulheres; e 6,8% (IC 95%: 5,9-7,7%;  $I^2 = 97,9\%$ ) em homens. Constatou-se tendência de aumento com a maior idade de recrutamento no sexo feminino ( $p < 0,01$ ) e de declínio no masculino ( $p = 0,02$ ).

**Discussão:** Apesar de a elevada heterogeneidade sugerir inconsistência dos resultados, os dados apontam um elevado impacto da depressão na população adulta brasileira, afetando principalmente as mulheres com idade mais avançada.

**Palavras-chave:** depressão; prevalência; Brasil; revisão sistemática.

### **3.2. Introdução**

A depressão é um problema de saúde pública, relacionado à incapacidade funcional e à elevada morbimortalidade. Anualmente, ela acarreta gasto estimado em 83 bilhões de dólares nos Estados Unidos (27) e em 118 bilhões de euros na Europa (28). Pessoas deprimidas apresentam limitação de suas atividades cotidianas e buscam com maior frequência os serviços de saúde (29).

Mundialmente, a Organização Mundial da Saúde estima que 121 milhões de pessoas tenham depressão, das quais menos de 25% dispõem de acesso a tratamentos efetivos (30). Projeções apontam que ela será a segunda maior causa de incapacidades em 2020.

A depressão apresenta prevalência elevada e a literatura indica tendência de crescimento (31). Compreender os aspectos epidemiológicos da doença pode fornecer informações quanto a sua distribuição e potenciais fatores associados, assim como subsídios para o planejamento da alocação de recursos para os serviços de saúde (32). Tal estratégia é essencial em cenários de escassez, como no Brasil.

Recentemente, pesquisadores tem se esforçado em compreender o comportamento da depressão em situações específicas, como na diabetes (33), no câncer (34), na doença renal crônica (35), em estudantes universitários (36), na atenção primária (37) e no fim da vida (38). Entretanto, poucos estudos buscaram compilar os estudos de prevalência de base populacional (39, 40). Uma revisão narrativa considerou inquéritos publicados no Medline ou Lilacs nos últimos cinco anos (1993-1998) e encontrou resultados brasileiros que variaram de 1,9% a 10,2% em 30 dias (39). Uma meta-análise, restrita a publicações em inglês, disponíveis entre 1980 a 2000, não considerou pesquisas brasileiras (40). Apesar de vários inquéritos realizados no Brasil sobre a doença estarem disponíveis, uma revisão sistemática agrupando esse conjunto de achados não está disponível.

Embora os fatores determinantes da depressão ainda não estarem devidamente compreendidos, têm-se criado hipóteses que fatores geográficos e demográficos estejam associados à heterogeneidade de resultados. Um grande inquérito realizado em 10 países sugere que a depressão é mais frequente no mundo ocidental (3,0 a 5,8%) do que no extremo oriente (0,8 a 2,3%) (41). Adicionalmente, sabe-se que o sexo feminino é mais acometido pela depressão do

que o sexo masculino (42) e que é comum em jovens e em idosos (43). Tais dados sugerem que diferenças culturais ou diferentes fatores de associados afetam a evolução da doença e que essas características podem ser analisadas no cenário brasileiro.

O objetivo do presente estudo foi conduzir uma revisão sistemática da literatura sobre a prevalência da depressão em adultos residentes no Brasil.

### **3.3. Métodos**

#### **3.3.1. Protocolo e registro**

A presente revisão teve seu protocolo de elaboração publicado no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), sob o registro CRD42013003976.

#### **3.3.2. Elegibilidade dos estudos**

Foram elegíveis estudos transversais de base populacional que aferiram a prevalência de depressão na população adulta brasileira, sem restrição quanto ao idioma, data ou tipo de publicação. Foram considerados adultos pessoas entre 18 e 65 anos de idade.

#### **3.3.3. Fontes de informação e estratégia de busca**

Até abril de 2013, pesquisou-se no MEDLINE, Embase, Scopus, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Portal Domínio Público. As referências dos estudos incluídos foram inspecionadas para identificar inquéritos potencialmente elegíveis.

A seguinte estratégia – baseada em termos MeSH e DeCS – foi usada para a base MEDLINE (via PubMed) e adaptada para as demais bases pesquisadas: (depression OR depresion OR depressao) AND (prevalence OR prevalencia) AND (Brazil OR Brasil).

#### **3.3.4. Seleção dos estudos e coleta de dados**

Considerando os critérios de elegibilidade, dois pesquisadores revisaram os títulos e resumos dos estudos recuperados de maneira independente e os casos de

discordantes foram decididos por consenso. A concordância da seleção entre os pesquisadores foi aferida pelo Kappa (44).

A extração dos dados dos artigos foi realizada por um pesquisador e conferida por outro, utilizando formulários padronizados para sua obtenção: cidade, data da pesquisa, publicações resultantes, tamanho da amostra, instrumento usado para mensuração da depressão, uso de diagnóstico em duas etapas e método empregado e prevalência de depressão na amostra, em mulheres e em homens.

### **3.3.5. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos**

Empregou-se um método validado para avaliar a qualidade metodológica dos estudos incluídos (45). Esta ferramenta propõe oito itens para avaliar estudos transversais: (1) amostragem adequada; (2) fonte da lista de amostragem (proveniente de dados censitários); (3) tamanho da amostra adequado; (4) mensuração adequada do evento; (5) desfechos avaliados por entrevistadores não viesados; (6) taxa de resposta e descrição das recusas; (7) prevalência com intervalos de confiança e por subgrupos aplicáveis; e (8) sujeitos do estudo descritos e similares à questão de interesse. Para cada item atendido um ponto foi dado, chegando a um escore máximo de 8, que contempla estudos de melhor qualidade.

Para definição do critério “tamanho da amostra adequado” foi calculado o tamanho ideal de amostra para estimar com precisão adequada o desfecho por meio de amostragem aleatória simples. Foi considerada que a prevalência de depressão na população adulta poderia variar em torno de 10%, considerando o nível de confiança de 95% e precisão de 1,8% (46). Por estes cálculos, o tamanho de amostra deveria ser de 1.068 sujeitos. Portanto, considerou-se que a amostra acima de 1.000 entrevistados seria adequada.

### **3.3.6. Análise dos dados**

O desfecho primário foi a prevalência de depressão em adultos e respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de todos os estudos agrupados. A meta-análise da prevalência foi obtida pelo modelo de Mantel-Haenszel utilizando efeitos randômicos e apresentada juntamente com IC 95% (47). A heterogeneidade estatística dos resultados foi testada pelo qui-quadrado, utilizando o nível de significância de  $p < 0,10$  (48), e a magnitude da inconsistência foi estimada pelo  $i^2$  quadrado ( $I^2$ ).

Quando disponíveis, bancos de dados dos estudos contendo informações individuais foram analisados. Nesses casos selecionaram-se a faixa etária de interesse (18 a 65 anos), e os casos em que o próprio sujeito respondeu sobre o desfecho de interesse, excluindo-se os casos de *proxy* respondente. Este procedimento foi planejado para evitar o viés de memória (49).

Para explorar as causas de heterogeneidade dos resultados foram calculadas metarregressões pelo método da máxima verossimilhança restrita, com teste de Knapp & Hartung, (50) sendo investigado o efeito do tamanho da amostra, escore da qualidade metodológica, proporção de mulheres em cada estudo, emprego de instrumento para aferir a depressão e a idade inicial de recrutamento no estudo.

O efeito de estudos pequenos (*small-study effect*), uma tendência de estudos menores superestimarem as estimativas, foi avaliado pela inspeção visual da simetria do gráfico de funil e pelo teste de Egger (51).

### **3.4. Resultados**

#### **3.4.1. Busca e seleção dos estudos**

A busca em diferentes bases de dados resultou em 2.590 registros, dos quais 796 estavam duplicados, resultando em 1.794 referências únicas. A seleção pareada (Kappa = 0,79; IC 95%: 0,68-0,90) resultou na leitura do texto completo de 43 publicações (26, 39, 52-92). Os motivos de exclusão estão especificados na Figura 1.

#### **3.4.2. Características dos estudos incluídos**

Foram selecionados 23 estudos, relatados em 35 publicações, o que totalizou 455.058 indivíduos, das quais 298.805 (65,7%) eram mulheres (26, 52-85). A maior parte dos inquéritos recrutou pessoas com idade a partir dos 18 anos (26, 52, 54-59, 65-67, 69, 75-77, 80-84). Três estudos não tinham como objetivo primário estimar a prevalência da depressão (53, 64, 72). Cinco inquéritos populacionais de abrangência nacional foram incorporados na revisão (53-59). Oito estudos foram realizados na região Sudeste (26, 52, 60-62, 70, 75-85), sete na região Sul (60-69, 71), dois na região Nordeste (72-74) e um na região Centro-Oeste (60-62). Oito dos 23 inquéritos selecionados foram realizados nos anos 90 (52, 56, 57, 60-62, 69, 72).

Todos os estudos incluídos usaram informações censitárias no delineamento da pesquisa. Foram adotados processos amostrais complexos com dois ou mais estágios. Duas investigações têm menos de 1.000 participantes (64, 72). Dez inquéritos não relataram adequadamente suas perdas (53-59, 64, 70, 73, 74, 78, 79).

Nove estudos estimaram a depressão por meio do relato autorreferido (53-59, 63, 71, 72, 79). As demais investigações usaram os seguintes instrumentos: *Composite International Diagnostic Interview* (WHO-CIDI) (52, 75-77); *World Mental Health Survey Initiative Version of the Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI) (26, 80-84); *Composite International Diagnostic Interview Short-Form* (CIDI SF) (85); Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) (60-62, 73, 74); *Beck Depression Inventory* (BDI) (64, 78); *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (65-67); Escala de Depressão de Edimburgo (EDS) (68); *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fourth edition* (DSM-IV) (69); e *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) (70).

A média da pontuação da qualidade dos estudos foi 5,7. Cinco estudos tiveram pontuação menor que cinco (53-55, 64, 72, 79). Devido à ausência de dados sem ajuste estatístico, três inquéritos não puderam ser incluídos na síntese quantitativa (60-62). Adicionalmente, quatro estudos apresentaram resultados não estratificados por sexo, o que resultou na sua exclusão nas análises de subgrupo (53-55, 71, 85).

### 3.4.3. Prevalência de depressão

Os 20 estudos incorporados na meta-análise resultaram em 444.588 indivíduos, dos quais 34.678 relataram depressão, ou 13,7% (IC 95%: 12,5-14,9%) (Figura 2).

Observou-se elevada heterogeneidade entre os estudos ( $I^2 = 99,4\%$ ). A metarregressão aponta que uma pequena parte dessa heterogeneidade pode ser explicada pelas idades usadas nos critérios de inclusão ( $p = 0,14$ ), o uso de algum instrumento validado para depressão ( $p = 0,18$ ) ou a pontuação do escore de qualidade ( $p = 0,79$ ). Por outro lado, a proporção de mulheres tende a aumentar significativamente a prevalência de depressão ( $p < 0,01$ , Figura 3) enquanto o tamanho da amostra a diminui ( $p < 0,01$ , Figura 4). Destaca-se que o efeito da amostra torna-se insignificante quando foram excluídos os três maiores inquéritos nacionais ( $p = 0,36$ ), fato não observado com a proporção de mulheres ( $p < 0,01$ ).

O teste de Egger ( $p = 0,06$ ) e a inspeção visual do gráfico de funil (Figura 5) sugerem ausência de viés de publicação, uma vez que não há assimetria na distribuição dos estudos incluídos.

#### **3.4.4. Prevalência de depressão em mulheres**

Quinze inquéritos (26, 52, 54-59, 63-71, 73-77, 80-85) permitiram extrair dados brutos de 288.472 mulheres, das quais 26.630 tinham depressão, ou 18,8% (IC 95%: 16,9-20,0%) (Figura 6).

Notou-se elevada heterogeneidade entre os estudos ( $I^2 = 99,3\%$ ). A metarregressão apontou que o uso de instrumento validado ( $p = 0,29$ ) e o escore de qualidade do estudo ( $p = 0,39$ ) tiveram pouca influência. Entretanto, quanto maior a idade de recrutamento das participantes, maior a prevalência de depressão ( $p < 0,01$ , Figura 7).

Nesse subgrupo, observou-se assimetria estatística na distribuição dos estudos no gráfico de funil ( $p = 0,01$ , Figura 8). Esse resultado foi influenciado pelo tamanho da amostra dos três maiores inquéritos nacionais ( $p = 0,16$  após exclusão).

#### **3.4.5. Prevalência de depressão em homens**

Quinze estudos incluídos relataram dados brutos da prevalência de depressão em homens (26, 52, 54-59, 63, 65-69, 71-77, 80-85). Dos 145.942 recrutados, 6.206 tinham depressão, ou 6,8% (IC 95%: 5,9-7,7%) (Figura 9).

Percebeu-se elevada heterogeneidade entre os estudos ( $I^2 = 97,9\%$ ). Assim como no subgrupo de mulheres, a metarregressão apontou que o uso de instrumento validado ( $p = 0,52$ ) e o escore de qualidade do estudo ( $p = 0,36$ ) tiveram pouca influência. Em contraste, quanto maior a idade de recrutamento dos participantes, menor a prevalência de depressão ( $p = 0,02$ , Figura 10).

O teste de Egger assinalou que não há assimetria na distribuição dos estudos incorporados no gráfico de funil ( $p = 0,052$ , Figura 11), o que sugere ausência de viés de publicação.

### **3.5. Discussão**

Os dados da presente revisão mostram que a depressão é uma doença comum na população adulta brasileira. O compilado de inquéritos aponta que um em



cada sete brasileiros estão deprimidos. A prevalência da depressão em mulheres foi três vezes maior do que a observada nos homens. Constatou-se tendência de aumento com a maior idade de recrutamento no sexo feminino e de declínio no masculino.

Os achados do presente estudo revelaram-se significativamente heterogêneos, o que sugere inconsistência do resultado. Os estudos foram realizados em regiões diferentes, utilizando distintos critérios para definição de depressão e com desproporcionalidade nos sexos. A maioria dos estudos foi realizada em grandes centros urbanos, fator associado a maiores taxas de depressão (82). O fato de os inquéritos terem sido realizados em períodos diferentes também traz limitações ao presente resultado: vários estudos apontam que a prevalência de depressão vem aumentando a cada década (31), o que pode ter influenciado nas estimativas dos estudos realizados em anos distintos. Além disso, a transição econômica que o Brasil passa nos últimos anos, com expressivo aumento da classe média, também pode influenciar no resultado encontrado, já que a depressão é mais comum nos estratos sociais mais desfavorecidos (93).

Para minimizar possíveis vieses, nós realizamos buscas sensíveis, cujos resultados foram analisados por pesquisadores independentes. Todos os estudos incluídos foram de base populacional e com qualidade metodológica avaliada. Quando factível, os microdados dos estudos foram analisados para maior homogeneidade com os critérios de elegibilidade desta revisão (57). Nos casos de heterogeneidade significativa foram investigados os prováveis fatores relacionados por meio de metarregressões.

Pessoas com depressão tem menos qualidade de vida, são mais propensos a desenvolver outras doenças, e consomem mais produtos e serviços de saúde, fatores que conseqüentemente oneram os sistemas de saúde (94). Também tem menos produtividade e apresentam mais taxas de absenteísmo, o que impacta negativamente na economia da comunidade em que estão inseridos (95, 96). Além disso, deprimidos tem mais tendência a comportamentos de risco como consumo de álcool e tabaco, sedentarismo e hábitos alimentares pouco saudáveis (31, 97, 98).

Até o momento, há um número limitado de revisões sistemáticas de estudos de prevalência da depressão direcionados a população adulta de um país específico, o que dificulta a comparabilidade de resultados. Dentre os maiores estudos ( $n > 40.000$ ), aponta-se aumento da frequência na população adulta estadunidense: de

3,33% em 1991-1992 para 7,06% em 2001-2002 (31). Em consonância aos resultados encontrados, existem evidências consistentes que apontam maior prevalência da depressão em mulheres do que em homens (42). O efeito da idade na depressão também já foi observado em estudos anteriores (99). Normalmente, após os 55 anos, observa-se declínio da depressão em homens e frequência elevada em mulheres (99).

Investigações futuras deveriam priorizar regiões menos estudadas como a Região Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e incluir áreas de menor densidade populacional, como a zona rural. Priorizar esforços na definição de um instrumento de alta especificidade e sensibilidade, de fácil aplicação e sem necessidade de avaliação em mais de um estágio são essenciais para melhorar a qualidade e homogeneidade das informações oriundas das pesquisas. Também é importante manter a periodicidade de grandes pesquisas nacionais que empreguem tais instrumentos para avaliar a evolução da doença. O suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem em Domicílio poderia responder essa demanda caso considerasse apenas o indivíduo entrevistado e o uso de um instrumento validado de fácil aplicação para aferir a depressão. Evidências adicionais sobre os fatores associados à depressão na população brasileira podem ser trazidas por estudos que explorem fatores como religiosidade, violência, orientação sexual, hábitos alimentares, sedentarismo, participação em atividades culturais, de lazer e *hobbies*.

Em conclusão, a depressão em adultos no Brasil é uma doença frequente, afetando principalmente mulheres na meia-idade em comparação a adultos jovens.

### 3.6. Figuras

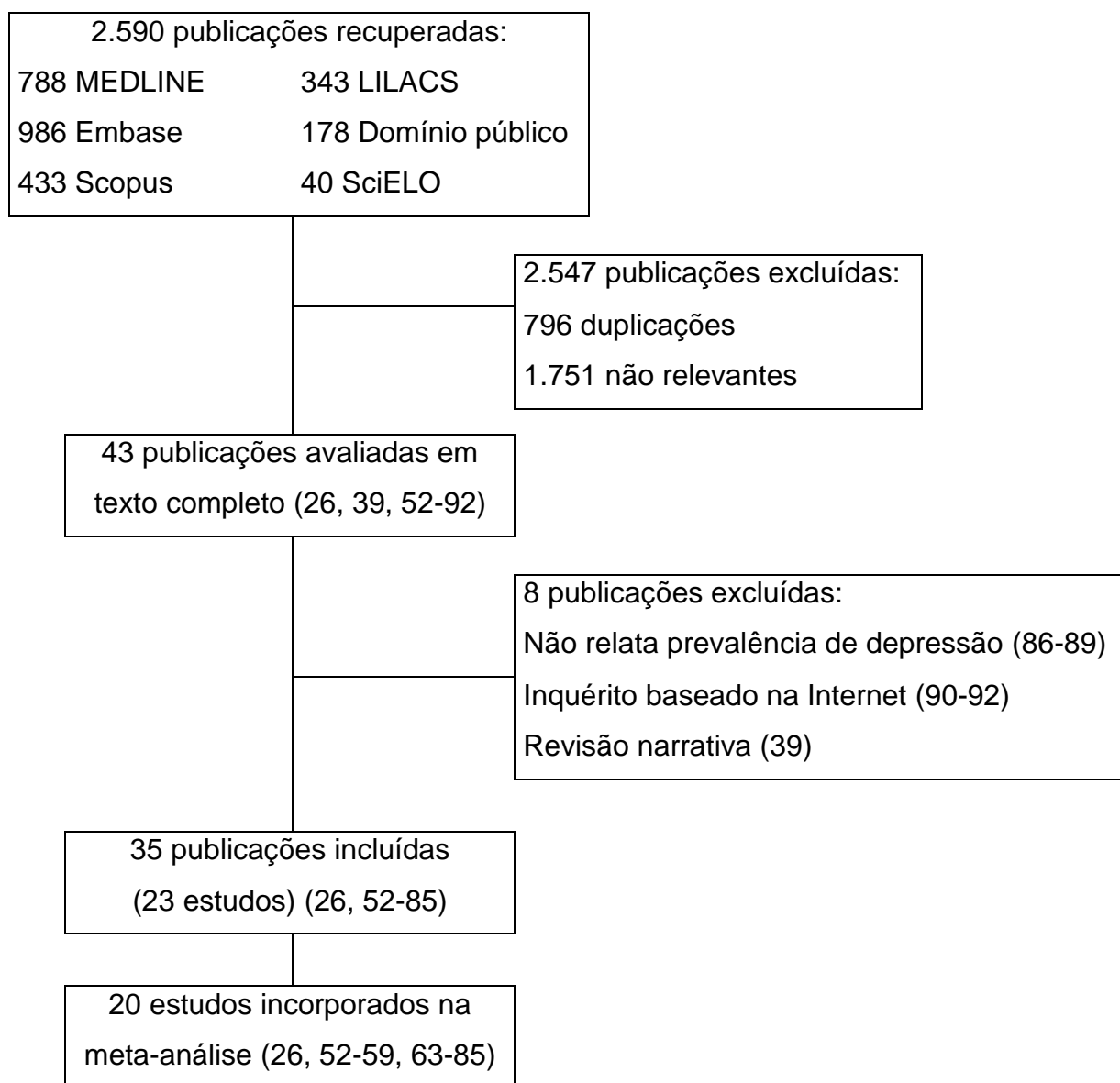


Figura 1. Resultado da busca, seleção e inclusão dos estudos

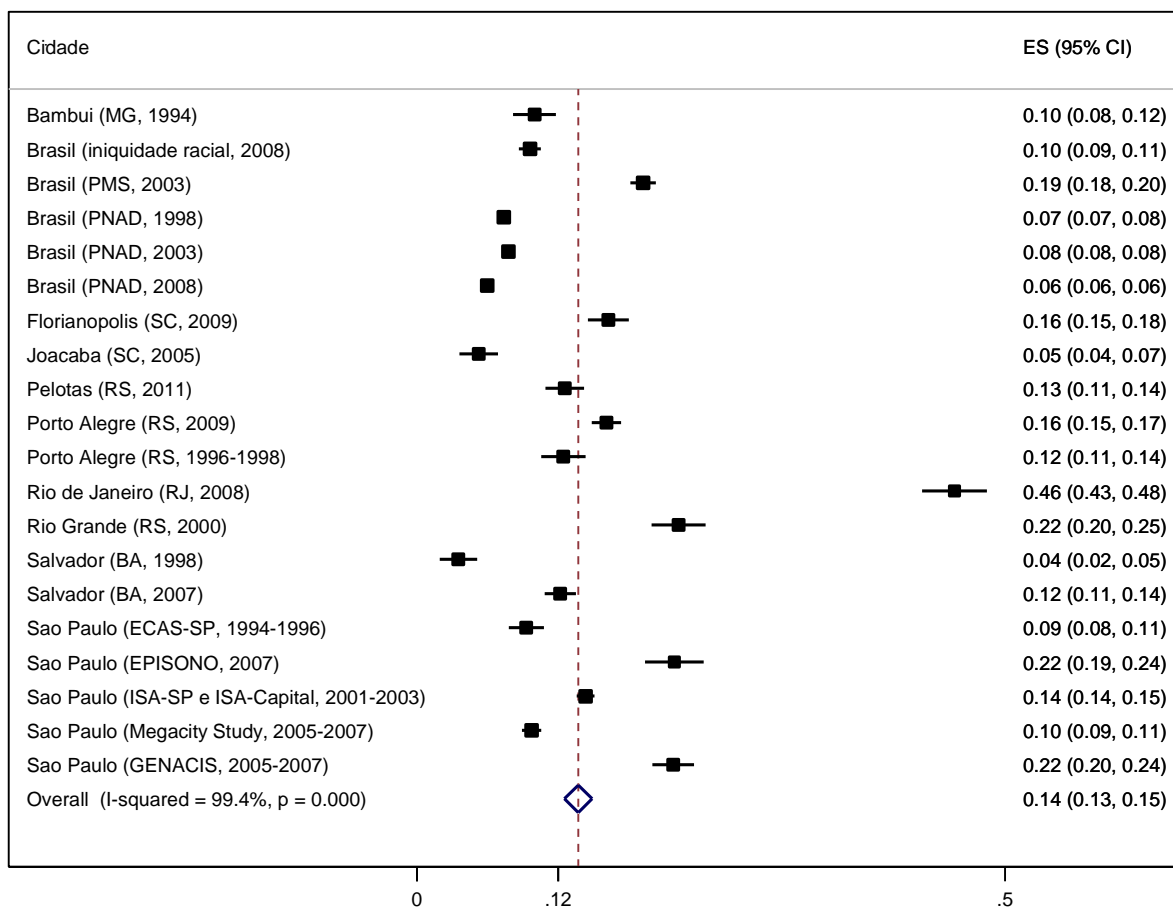


Figura 2. Prevalência de depressão nos estudos incluídos

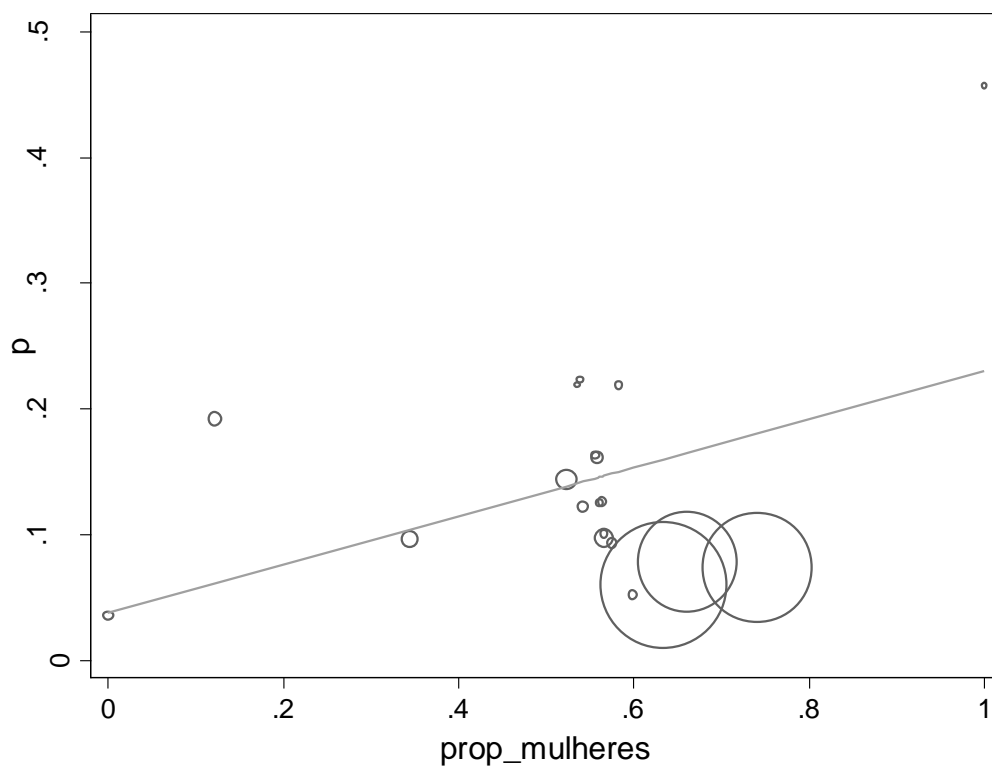


Figura 3. Metarregressão: proporção de mulheres x prevalência de depressão

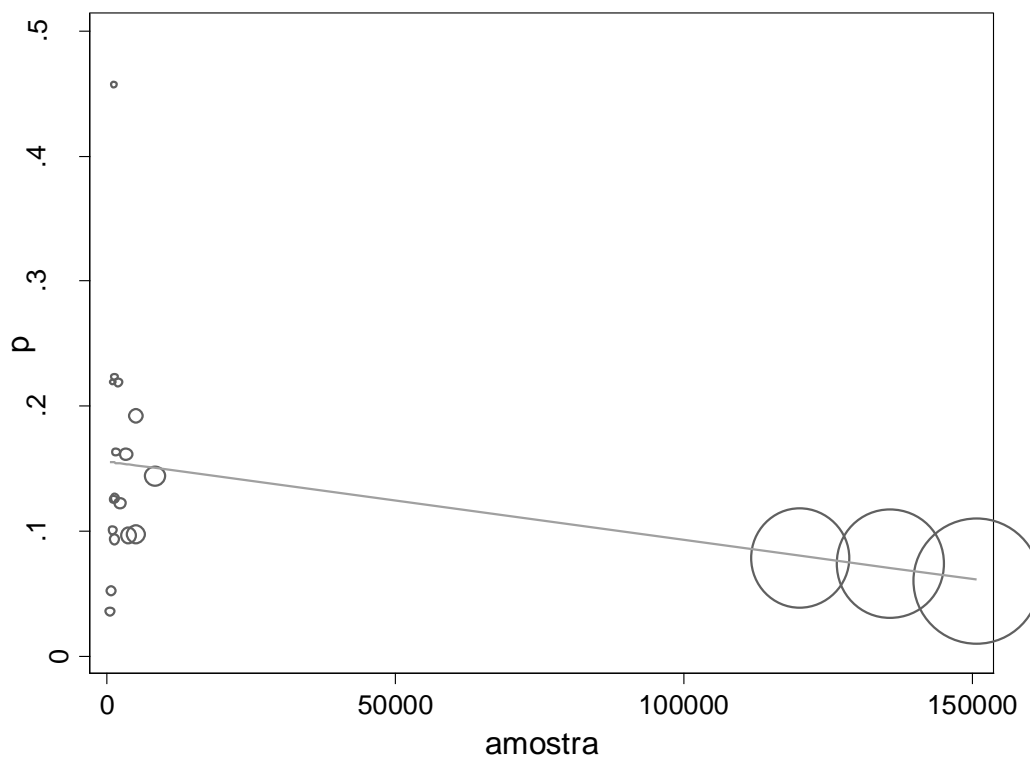


Figura 4. Metarregressão: tamanho da amostra x prevalência de depressão

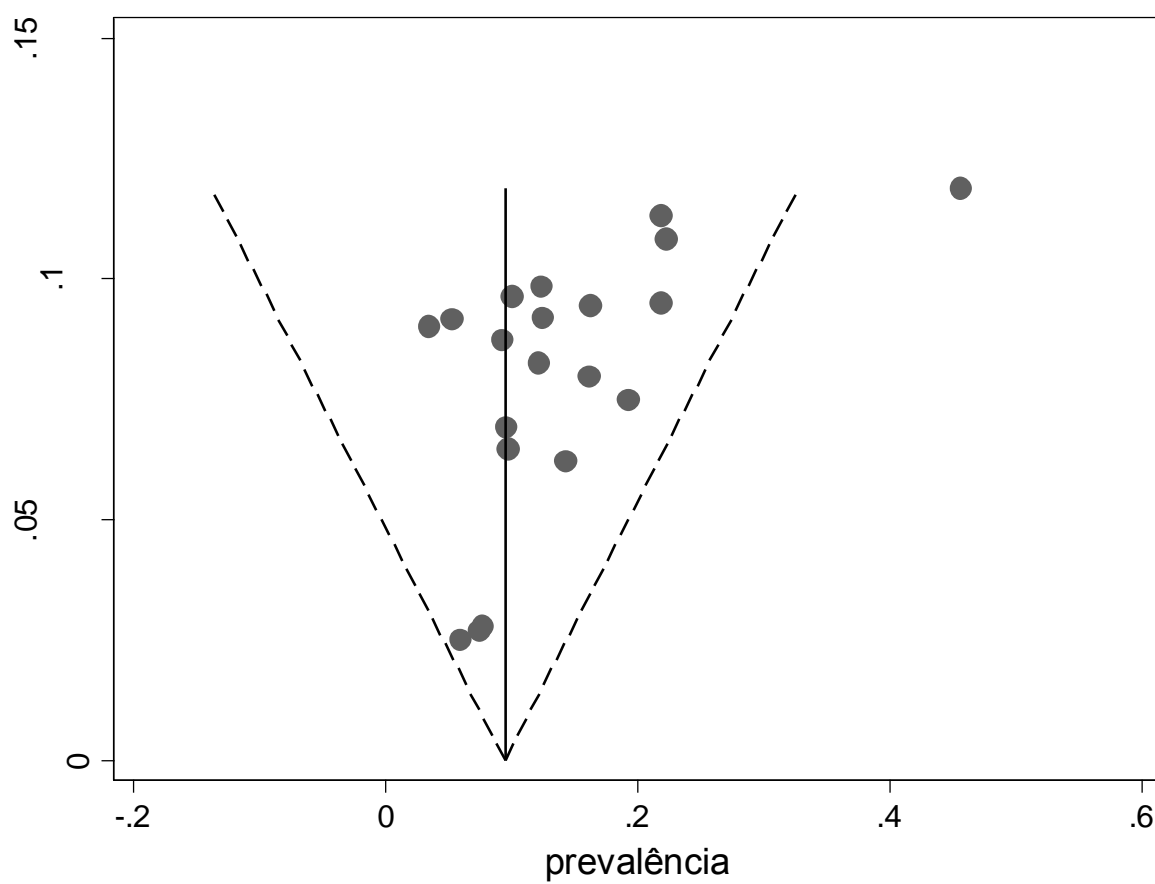


Figura 5. Gráfico de funil dos estudos incluídos

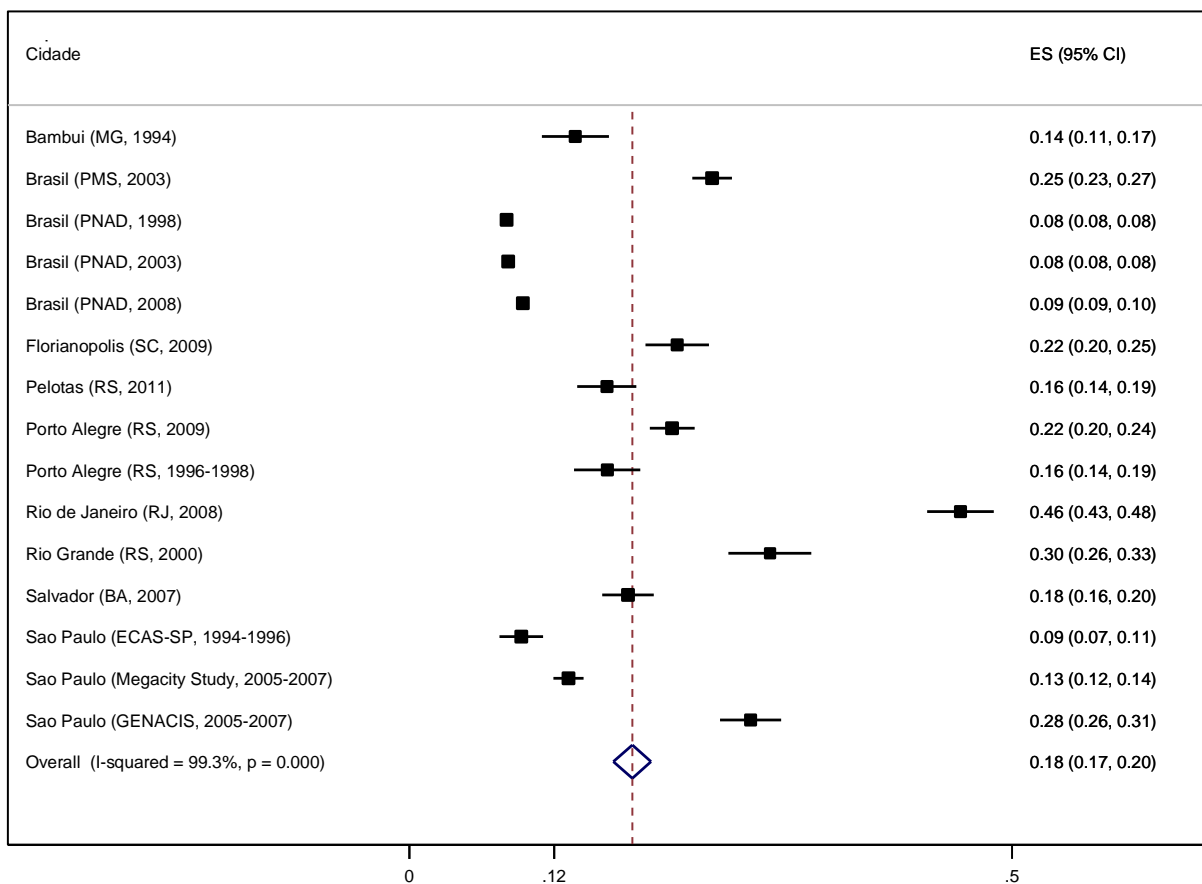


Figura 6. Meta-análise do subgrupo mulheres

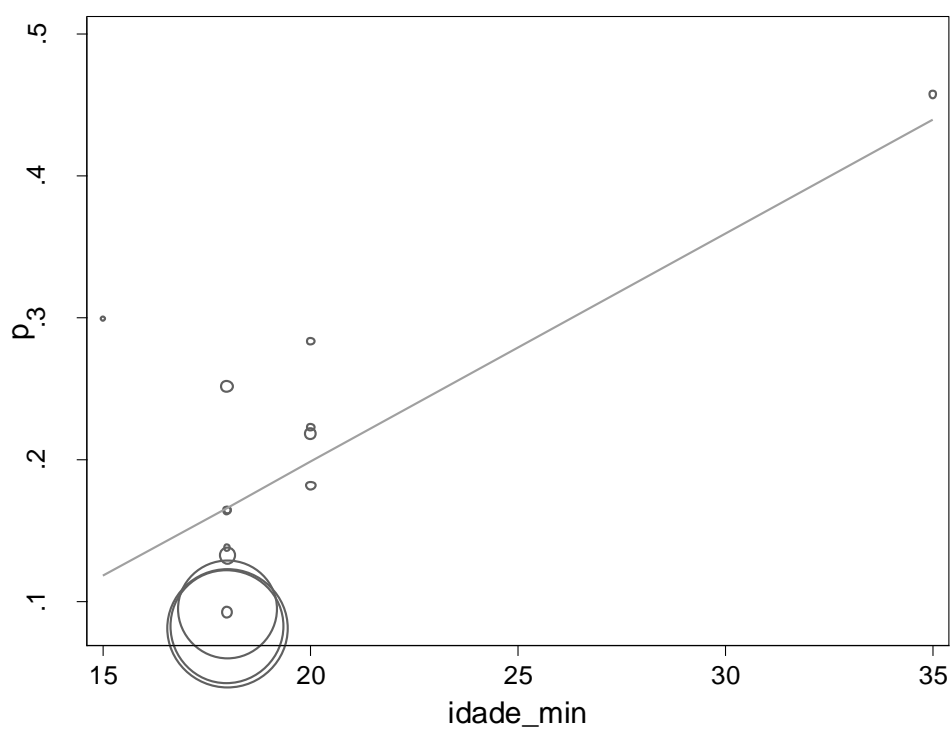


Figura 7. Metarregressão: idade de recrutamento x prevalência de depressão no subgrupo mulheres

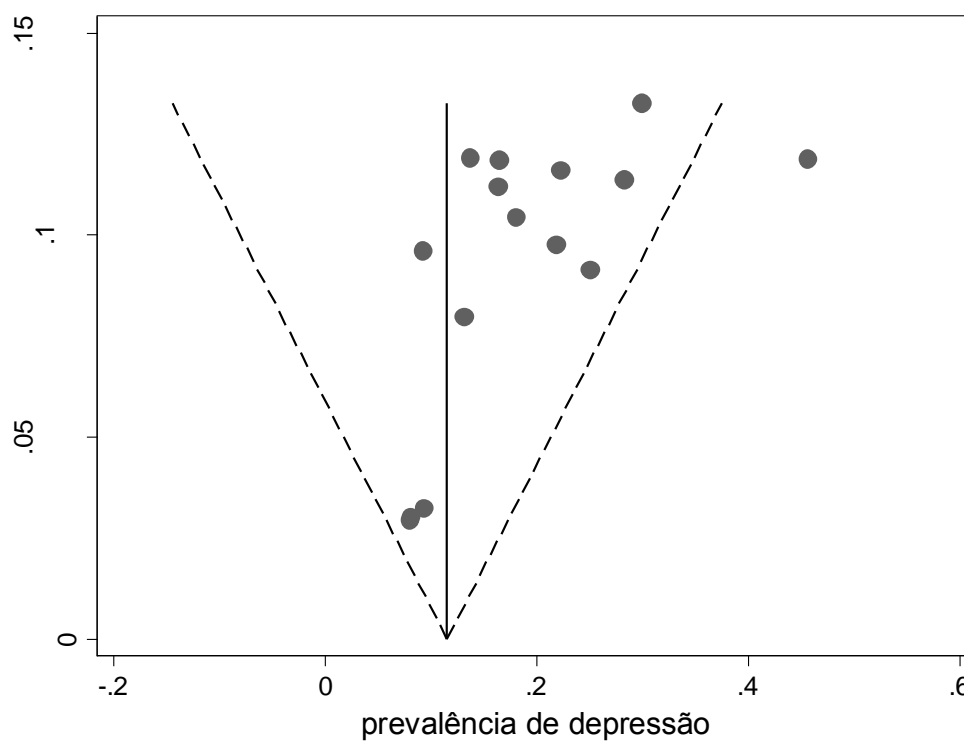


Figura 8. Gráfico de funil do subgrupo mulheres



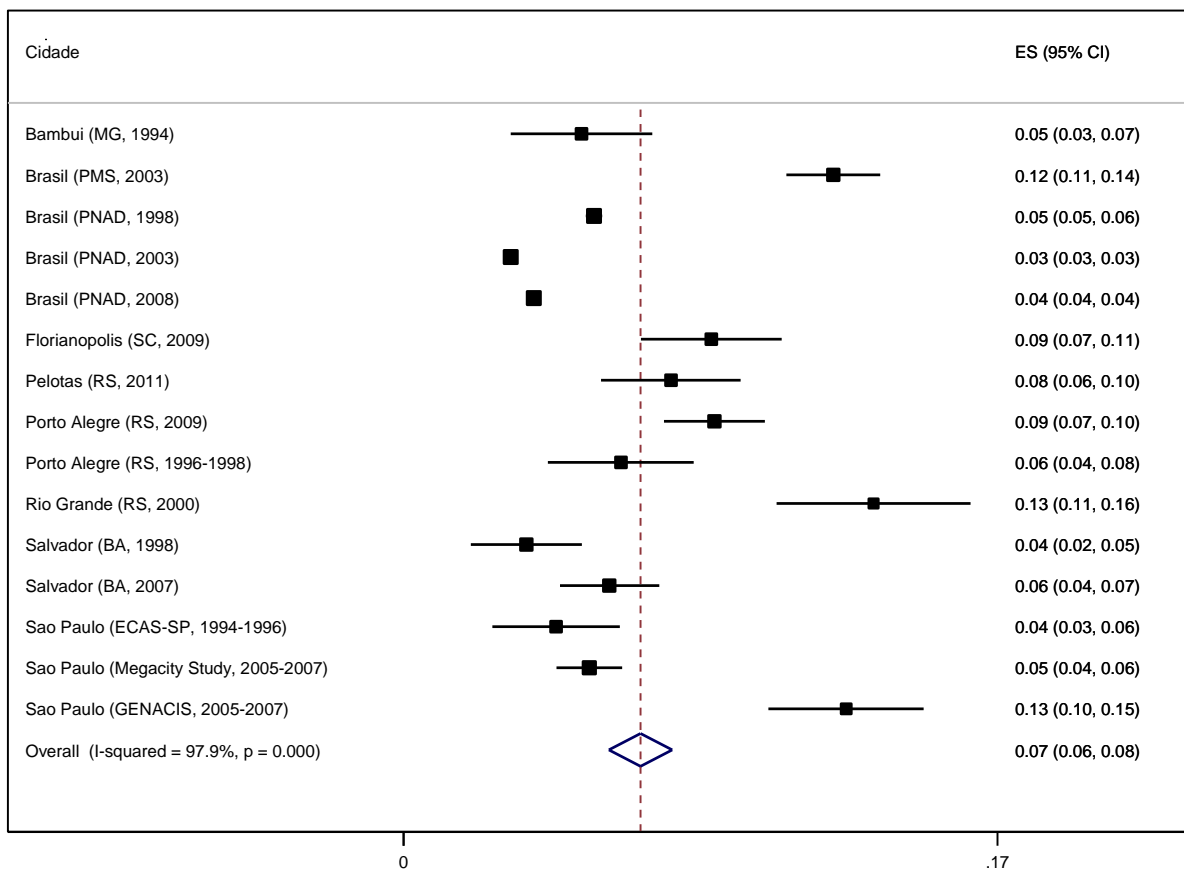


Figura 9. Meta-análise do subgrupo homens

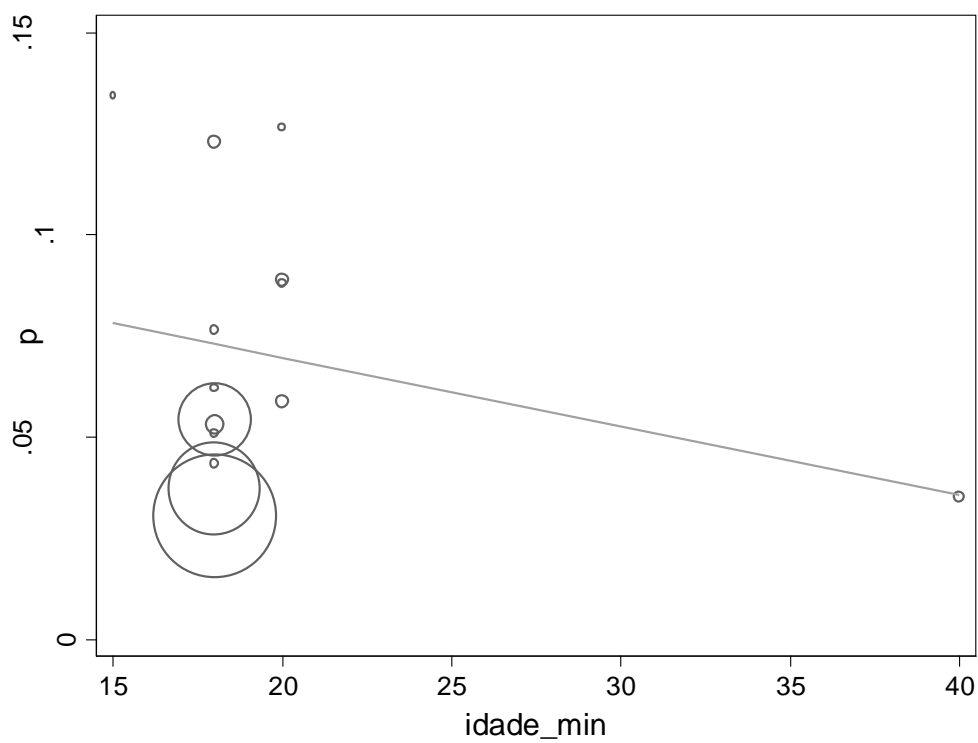


Figura 10. Metarregressão: idade de recrutamento x prevalência de depressão no subgrupo homens

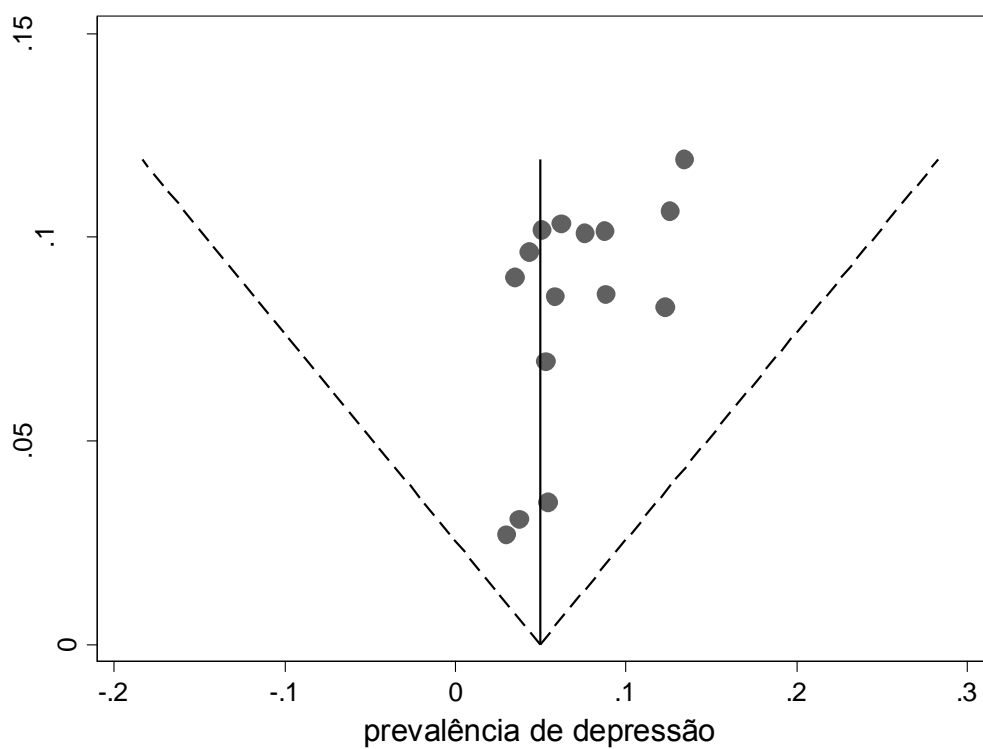


Figura 11. Gráfico de funil do subgrupo homens

### **3.7. Tabelas**

Tabela 1. Características dos estudos incluídos

Estudo	Ano	Faixa etária (anos)	Aferição da depressão	Amostra	% mulheres	Escore de qualidade
BambuÍ (MG) (52)	1994	≥ 18	WHO-CIDI	1.041	56,6	7
Brasil (iniquidade racial) (53)	2008	≥ 20	autorreferida	3.863	34,4	4
Brasil (PMS) (54, 55)	2003	≥ 18	autorreferida	5.000	12,3	4
Brasil (PNAD) (56, 57)	1998	18 a 65	autorreferida	135.932	74,1	5
Brasil (PNAD) (57-59)	2003	18 a 65	autorreferida	120.203	66,2	5
Brasil (PNAD) (57, 59)	2008	18 a 65	autorreferida	150.727	63,4	5
BrasÍlia (DF) (60-62)	1990-1991	≥ 15	QMPA	2.345	53,7	6
Florianópolis (SC) (63)	2009	20 a 59	autorreferida	1.720	55,6	6
Joaçaba (SC) (64)	2005	20 a 59	BDI	707	60,0	4
Pelotas (RS) (65-67)	2007	18 a 24	MINI	1.560	56,4	7
Porto Alegre (RS) (68)	2009	≥ 20	EDS	3.391	55,9	7
Porto Alegre (RS) (69)	1996-1998	≥ 18	DSM-IV	1.174	56,1	7
Porto Alegre (RS) (60-62)	1990-1991	≥ 15	QMPA	2.384	54,9	6
Rio de Janeiro (RJ) (70)	2008	≥ 35	PRIME-MD	1.249	100,0	5
Rio Grande (RS) (71)	2000	≥ 15	autorreferida	1.259	53,9	5
Salvador (BA) (72)	1998	40 a 70	autorreferida	513	0,0	4

Estudo	Ano	Faixa etária (anos)	Aferição da depressão	Amostra	% mulheres	Escore de qualidade
Salvador (BA) (73, 74)	2007	≥ 20	QMPA	2.306	54,3	6
São Paulo (ECAS-SP) (75-77)	1994-1996	≥ 18	WHO-CIDI	1.464	57,5	8
São Paulo (EPISONO) (78)	2007	20 a 80	BDI	1.042	53,5	6
São Paulo (ISA-SP e ISA-Capital) (79)	2001-2003	todas	autorreferida	8.317	52,3	4
São Paulo (Megacity Study) (26, 80-84)	2005-2007	≥ 18	WMH-CIDI	5.037	56,6	7
São Paulo (GENACIS) (85)	2005-2007	20 a 64	CIDI SF	2.083	58,3	6
São Paulo (SP) (60-62)	1990-1991	≥ 15	QMPA	1.742	51,5	6

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostragem em Domicílio; WHO-CIDI: Composite International Diagnostic Interview; QMPA: Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos; BDI: Beck Depression Inventory; MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview; EDS: Escala de Depressão de Edimburgo; DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fourth edition; PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders; WMH-CIDI: World Mental Health Survey Initiative Version of the Composite International Diagnostic Interview; CIDI SF: Composite International Diagnostic Interview Short-Form.

Tabela 2. Avaliação crítica dos estudos incluídos

Estudo	Amostra aleatória	Fonte da amostra	Amostra $\geq 1.000$	Instrumento válido	Avaliação independente	Resposta $\geq 70\%$	IC/subgrupo	Sujeitos descritos
BambuÍ (MG) (52)	1	1	1	1	0	1	1	1
Brasil (iniquidade racial) (53)	1	1	1	0	0	0	0	1
Brasil (PMS) (54, 55)	1	1	1	0	0	0	1	0
Brasil (PNAD) (56, 57)	1	1	1	0	0	0	1	1
Brasil (PNAD) (57-59)	1	1	1	0	0	0	1	1
Brasil (PNAD) (57, 59)	1	1	1	0	0	0	1	1
BrasÍlia (DF) (60-62)	1	1	1	1	0	1	0	1
Florianópolis (SC) (63)	1	1	1	0	0	1	1	1
Joaçaba (SC) (64)	1	1	0	1	0	0	0	1
Pelotas (RS) (65-67)	1	1	1	1	0	1	1	1
Porto Alegre (RS) (68)	1	1	1	1	0	1	1	1
Porto Alegre (RS) (69)	1	1	1	1	0	1	1	1
Porto Alegre (RS) (60-62)	1	1	1	1	0	1	0	1
Rio de Janeiro (RJ) (70)	1	1	1	1	0	0	0	1
Rio Grande (RS) (71)	1	1	1	0	0	1	1	0
Salvador (BA) (72)	1	1	0	0	0	1	0	1
Salvador (BA) (73, 74)	1	1	1	1	0	0	1	1
São Paulo (ECAS-SP) (75-77)	1	1	1	1	1	1	1	1
São Paulo (EPISONO) (78)	1	1	1	1	0	0	1	1
São Paulo (ISA-SP e ISA-Capital) (79)	1	1	1	0	0	0	0	1
São Paulo (Megacity Study) (26, 80-84)	1	1	1	1	0	1	1	1
São Paulo (GENACIS) (85)	1	1	1	1	0	1	1	0
São Paulo (SP) (60-62)	1	1	1	1	0	1	0	1

## 4. ARTIGO 2 – PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ADULTOS NO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL

### 4.1. Resumo

**Objetivo:** Estimar a prevalência e os fatores associados à depressão em adultos residentes no Distrito Federal.

**Delineamento:** Realizou-se um estudo transversal de base populacional, com amostragem probabilística, por conglomerados, em dois estágios.

**Contexto:** Partiu-se dos setores censitários urbanos e com mais de 200 moradores.

**Participantes:** Recrutaram-se adultos entre 18 a 65 anos de idade.

**Desfechos avaliados:** Considerou-se a depressão autorreferida como desfecho primário. A partir de uma análise hierarquizada em blocos e uma regressão de Poisson com variância robusta, calculou-se as razões de prevalência (RP) dos seguintes fatores associados: renda, escolaridade, ocupação, sexo, idade, estado conjugal, outras doenças crônicas autorreferidas, utilização de serviços de saúde e avaliação subjetiva do estado de saúde quanto à mobilidade, cuidado próprio, atividades cotidianas e dor/mal-estar.

**Resultados:** 1.593 adultos foram incluídos no estudo, dos quais 58,3% eram mulheres. A depressão foi autorreferida por 11,2% (IC 95%: 9,8-12,9%) na amostra total, por 14,6% (IC 95%: 12,0-17,6%) nas mulheres e por 7,7% (IC 95%: 5,6-10,2) nos homens. A análise multivariada apontou os seguintes fatores estatisticamente significantes à depressão autorreferida: sexo feminino (RP = 1,8; IC 95%: 1,4-2,5), 50 a 65 anos de idade (RP = 1,6; IC 95%: 1,1-2,2), hipertensão (RP = 1,6; IC 95%: 1,1-2,4), problemas cardíacos (RP = 2,0; IC 95%: 1,3-3,0), problemas respiratórios (RP = 2,9; IC 95%: 2,1-4,1), hospitalização nos últimos 12 meses (RP = 1,76; IC 95%: 1,2-2,5), problemas na realização de atividades habituais (RP = 2,0; IC 95%: 1,2-3,2) e presença de dor ou desconforto (RP = 1,6; IC 95%: 1,1-2,2).

**Conclusões:** Essas informações indicam que a depressão é uma doença frequente na população adulta do Distrito Federal. A doença é mais comum em mulheres e naqueles entre 50 a 65 anos de idade. Os demais fatores identificados podem nortear ações de prevenção.

**Palavras-chave:** prevalência; depressão; Distrito Federal; estudo transversal.

## **4.2. Introdução**

As preocupações sobre o aumento da prevalência da depressão em adultos têm-se centrado quanto ao seu impacto futuro como causa de incapacidade e na carga de doença na sociedade (100). Ao longo da vida, eventos estressantes – que envolvem ameaças, perdas, humilhação ou derrotas – influenciam no aparecimento e na evolução da depressão (101-103). Entretanto, nem todas as pessoas submetidas a uma experiência estressante sucumbem à depressão (16).

Ultimamente, a comunidade científica têm se empenhado em entender os fatores associados à depressão em cenários específicos, como o pós-parto (104, 105), atividade laboral (106) e após acidente vascular cerebral (107). Uma revisão sistemática, de boa qualidade metodológica, identificou os seguintes fatores: história familiar, presença de outros distúrbios psicológicos, abuso de substâncias e baixa integração social (108). Conhecer melhor as características mais frequentes da população acometida por depressão detectará grupos de alto-risco, aos quais pode ser ofertada atenção especial.

O Distrito Federal apresenta algumas disparidades em comparação a outros estados brasileiros. Além de sua distinta organização político-administrativa, ele retém elevados índices de desenvolvimento humano e de renda per capita, e está entre os locais com melhor qualidade de vida no País (109). Provavelmente, essas características podem ter impacto na ocorrência de depressão nessa população.

O presente estudo tem como objetivo estimar a prevalência e os fatores associados à depressão autorreferida em adultos residentes no Distrito Federal.

## **4.3. Método**

### **4.3.1. Delineamento**

Foi realizado um estudo transversal de base populacional. O desfecho primário foi a prevalência autorreferida de depressão.

### **4.3.2. Contexto**

A pesquisa contemplou as seguintes regiões administrativas do Distrito Federal no primeiro semestre de 2012: Asa Norte, Asa Sul, Brazlândia, Candangolândia, Ceilândia, Cruzeiro, Gama, Guará, Lago Norte, Lago Sul, Núcleo

Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Riacho Fundo, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Sobradinho e Taguatinga. O desenho amostral foi planejado de modo a permitir a representatividade de todas as classes sociais.

#### **4.3.3. Seleção da amostra**

Segundo estimativas oficiais, o Distrito Federal tem 1.702.419 residentes entre 18 a 65 anos (110). O tamanho de amostra foi calculado a partir de uma estimativa de 14% de depressão autorreferida. Chegou-se a uma amostra de 1.573 adultos a serem entrevistados, considerando o nível de confiança de 95%, precisão de 2,1% e efeito do desenho 1,5. A este número foi adicionado 15% para compensar eventuais perdas, totalizando 1.809 pessoas.

Foi realizada amostragem probabilística, por conglomerados em dois estágios. A partir dos 3.886 setores censitários urbanos e com mais de 200 moradores do Distrito Federal definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram sorteados 182 setores primários e 38 setores de reposição. Em cada setor sorteado, houve seleção de 10 domicílios com o objetivo de entrevistar um membro da família na residência, conforme as cotas por idade e sexo previamente definidas pelo IBGE (110).

#### **4.3.4. Coleta de dados**

O instrumento de coleta consistiu de um questionário semiestruturado e pré-codificado, composto por quatro domínios: (i) socioeconômico (sexo, idade, estado civil, número de residentes, escolaridade e ocupação); (ii) situação de saúde autorreferida (depressão, diabetes, hipertensão, doença cardiovascular, doença respiratória, outras doenças crônicas, acesso a serviços de saúde e avaliação subjetiva do estado de saúde); (iii) consumo de medicamentos (nome comercial, disponibilidade da embalagem, dose, tempo de consumo, responsável pela indicação e forma de acesso); e (iv) informações para o critério de classificação econômica.

O questionário foi preenchido em papel, por entrevistadores com experiência em pesquisa quantitativa, no domicílio do entrevistado, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A compreensão do instrumento foi avaliada por meio de pré-teste compreendendo 150 participantes. Para garantir a confiabilidade



dos dados coletados, 20% das entrevistas foram auditadas por meio de contato telefônico com o entrevistado.

Para minimizar os erros de codificação, todos os dados tabulados foram conferidos por duas pessoas com os questionários originais. Foram excluídos do estudo aqueles que apresentavam erros de preenchimento, com dados incompletos e que sugeriram algum potencial viés de memória.

Considerou-se depressão as seguintes situações: (i) como um estado de humor, temporário ou associado a uma doença; (ii) como uma síndrome envolvendo um conjunto de sinais e sintomas; e (iii) como um distúrbio específico de condição clínica distinta, como bipolaridade, esquizofrenia ou abuso de substâncias (1). A depressão foi avaliada pela resposta a pergunta “possui depressão ou problema de nervos?”. Existem evidências que a depressão autorreferida por uma única pergunta apresenta correlação com o transtorno depressivo maior (24-27). Uma análise da estrutura fatorial de um questionário aplicado em três cidades brasileiras aponta correlação entre “problema de nervos” (interpretado como irritabilidade) e depressão (60).

Os domínios de avaliação subjetiva do estado de saúde são originários de um instrumento de mensuração de qualidade de vida (111). Retirou-se o item ansiedade/depressão para evitar colinearidade de resultados (112). As respostas foram dicotomizadas, ou seja, presença ou ausência de limitação no domínio.

A classificação econômica foi baseada na acumulação de bens materiais no domicílio e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes a partir dos escores alcançados. A letra A se refere à classe mais alta, e a E, à mais baixa (113).

#### **4.3.5. Métodos estatísticos**

Inicialmente, as variáveis de caracterização da amostra foram estratificadas por sexo e descritas proporcionalmente. Em seguida, procedeu-se o cálculo da prevalência de depressão autorreferida na população total com respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Foi executado o mesmo cálculo considerando o sexo e as faixas etárias.

Para identificar os fatores relacionados à prevalência autorreferida na população, empregou-se uma análise bivariada adotando como medida de efeito a razão de prevalência (RP).

A multicolinearidade entre as variáveis independentes foi investigada pelo cálculo do indicador de tolerância (114). Subtraiu-se 1 dos coeficiente de determinação ( $R^2$ ) das regressões lineares de cada variável independente sobre todas as demais para determinação do indicador. Valores menores que 0,4 sugerem multicolinearidade.

Visando avaliar o efeito independente dos fatores em investigação, calculou-se a razão de prevalência ajustada e seus respectivos intervalos de confiança a partir de uma regressão de Poisson com variância robusta (115-121). Essa análise seguiu um modelo hierarquizado (122) constituído por quatro blocos: (1º) variáveis sociais e econômicas (renda, escolaridade e ocupação); (2º) variáveis demográficas (sexo, faixa etária e estado conjugal); (3º) variáveis sobre a situação de saúde (diabetes, hipertensão, problema cardíaco, problema respiratório, outros problemas crônicos, consulta médica e hospitalização); e (4º) variáveis de avaliação subjetiva do estado de saúde (mobilidade, cuidado próprio, atividades cotidianas e dor/desconforto). Cada bloco compôs uma etapa de análise. A partir do primeiro bloco, foram mantidas as variáveis para a próxima etapa caso apresentassem significância estatística ( $p < 0,10$ ) (122).

Foi utilizado o pacote estatístico STATA (versão 10.1). Como o uso de estimadores convencionais poderiam subestimar a variâncias das estimativas, utilizou-se um conjunto de comandos que considerou o delineamento amostral complexo empregado em todos os cálculos (123).

#### **4.3.6. Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o número de registro 003/2012 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 00647212.6.0000.0030. O presente estudo foi aninhado ao projeto “Consumo de medicamentos pela população adulta residente no Distrito Federal”, o qual foi parcialmente financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, em que o orientador da pesquisa foi contemplado (Processo: 564831/2010-7).

## **4.4. Resultados**

### **4.4.1. Composição da amostra**

O estudo incluiu 1.593 entrevistados (Figura 1). Foram excluídos 320 questionários, principalmente devido à informação incompleta.

A Tabela 1 apresenta as características sociais, econômicas e clínicas dos entrevistados. As mulheres representaram 58,3% da amostra. A maior parte dos participantes são adultos jovens, integram a classe C, apresentam escolaridade acima do ensino médio e estão no mercado de trabalho. Um terço da amostra referiu ao menos uma doença crônica.

### **4.4.2. Prevalência de depressão**

A prevalência de depressão autorreferida na população adulta do Distrito Federal foi 11,2% (IC 95%: 9,8-12,9%). A frequência em mulheres foi 14,6% (IC 95%: 12,0-17,6%) e em homens foi 7,7% (IC 95%: 5,6-10,2). Entre os mais jovens, de 18 a 34 anos, a depressão foi observada em 9,9% (IC 95%: 7,6-12,8), enquanto nos de maior idade, de 50 a 65 anos, em 16,5% (IC 95%: 12,8-21,1).

### **4.4.3. Fatores associados**

O indicador de tolerância variou de 0,64 a 0,94, ou seja, não existiu multicolinearidade entre as variáveis independentes que foram incluídas no modelo.

A análise ajustada sugere que os fatores renda familiar, escolaridade e estar fora do mercado de trabalho não foram associados à depressão (Tabela 2). Pessoas do sexo feminino e com idade avançada apresentaram maior frequência de terem depressão. Adultos com hipertensão, com problemas cardíacos, com problemas respiratórios e que foram hospitalizados nos últimos 12 meses relataram depressão com maior frequência. Os adultos depressivos também apontaram problemas nos domínios realização de atividades habituais e dor/desconforto.

## **4.5. Discussão**

### **4.5.1. Síntese dos resultados**

Os dados apresentados fornecem as estimativas mais recentes da prevalência de depressão autorreferida na população adulta do Distrito Federal. A

prevalência é maior em mulheres e aumentou significativamente com a idade. Em comparação aos homens de 18 a 34 anos, o relato de depressão nas mulheres de 50 a 65 anos foi três vezes maior.

Os resultados do modelo multivariado indicam que algumas características da população estudada foram estatisticamente associadas à depressão autorreferida: sexo feminino, idade > 50 anos, hipertensão, problema cardíaco, problema respiratório, hospitalização nos últimos 12 meses e limite nos domínios realização de atividades habituais e dor/desconforto.

#### **4.5.2. Validade da pesquisa**

Os resultados relatados podem estar limitados por cinco potenciais vieses, o que sugere cautela na interpretação dos achados. Primeiro, é possível que pacientes com história de depressão tenham menos disposição em participar da pesquisa, e conseqüentemente sejam menos acessíveis (124). Segundo, é presumível que a definição de depressão não seja uniforme entre os entrevistados, superestimando ou subestimando a prevalência (125). Terceiro, há fatores não investigados associados à depressão que podem explicar parcialmente os achados, como fumo, álcool, atividade física, nutrição, religiosidade e fatores ambientais (88, 126, 127). Por fim, considerando a natureza do delineamento do estudo, os casos de depressão podem sugerir uma frequência enviesada dos fatores investigados no momento da entrevista (128), e não se pode afirmar que as associações detectadas são de natureza causal (129).

Dentre os fatores não investigados, sabe-se do elevado envolvimento religioso no Brasil (130). Esse fator foi recentemente investigado em um estudo longitudinal canadense de 14 anos (127). Os autores concluíram que frequentar atividades religiosas ao menos uma vez por mês tem efeito protetor contra a depressão.

Por outro lado, as frequências encontradas têm base em estudo transversal de base populacional, em amostra probabilística, de tamanho previamente calculado, e que permitiu a exclusão de questionários contendo erros de preenchimento e com respostas “não sei” (potencial viés de memória). Adicionalmente, as características da população em estudo apresentam proporções similares das que são encontradas em censos oficiais e 20% das entrevistas foram auditadas. Esses procedimentos conferem maior validade dos resultados.

A etiologia da depressão ainda é desconhecida (16). Fatores como idade do primeiro diagnóstico, duração do episódio depressivo, história familiar, dependência de substâncias e interação social negativa são comumente estudadas. Entretanto, existem poucos estudos longitudinais que provam tais relações (108).

Por esses motivos, optou-se pela realização de uma entrevista orientada por questionário semiestruturado que pudesse ser preenchido no domicílio do entrevistado e que permitisse uma avaliação subjetiva do seu estado de saúde. Essa abordagem reduziu os custos de uma entrevista diagnóstica realizada por especialistas, que provavelmente não acarretaria maior confiabilidade ao resultado (131).

#### **4.5.3. Comparação com a literatura existente**

A depressão e seus fatores associados já foram investigados em diversos estudos transversais de base populacional no Brasil. Uma revisão sistemática (ARTIGO 1) identificou 23 inquéritos nacionais, totalizando 455.058 participantes. A meta-análise da prevalência de depressão foi 13,7% (IC 95%: 12,5-14,9%) na população geral, 18,8% (IC 95%: 16,9-20,0%) em mulheres, e 6,8% (IC 95%: 5,9-7,7%) em homens. Tais resultados revelaram-se heterogêneos. Em parte, esse fato pode ser explicado pelas diferenças na idade de recrutamento, na proporção de mulheres e nos instrumentos usados na aferição. A metarregressão constatou que a maior idade de recrutamento dos participantes aumenta a prevalência no sexo feminino e diminui no masculino.

Ao agrupar com os resultados do presente estudo, houve pouca mudança na prevalência anteriormente observada: 13,6% (IC: 12,4-14,8%) na população geral (Figura 2); 18,2% (IC 95%: 16,7-19,7%) em mulheres e 6,8% (IC 95%: 5,9-7,7%) em homens.

#### **4.5.4. Interpretação dos achados**

Cabe destacar a prevalência elevada e estatisticamente significativa de depressão autorreferida em mulheres e em pessoas entre 50 a 65 anos. Alguns estudos nacionais também observaram esse efeito (85, 132). Evidências robustas apontam que a prevalência de depressão é aproximadamente duas vezes maior no sexo feminino comparado ao masculino, independente do contexto (42). Quanto à idade, dados nacionais sugerem aumento significativo da prevalência até os 60 anos

e sua estabilização no fim da vida (59). Em países de maior renda observa-se declínio da prevalência após os 55 anos em homens, mas mantêm-se frequente em mulheres (99).

Considerando as classes sociais, aguardava-se uma relação inversa com a depressão, ou seja, quanto maior o nível econômico, menor a prevalência da doença (58, 68, 73). Habitualmente, a pobreza está associada ao desemprego, baixa escolaridade, pior qualidade de moradia e alimentação inadequada, atuando como provável determinante da depressão. É pouco provável que a amostra do estudo tenha sido insuficiente para detectar essa diferença ou que essa seja uma característica particular do adulto residente do Distrito Federal. Uma possível explicação é a forma de estratificação das classes sociais que é baseada no consumo domiciliar (113), o que pode não refletir na renda média familiar. O consumo familiar é influenciado pelo aumento do poder aquisitivo, que por sua vez é motivado por políticas de abertura de crédito ou por programas de redistribuição de renda (133).

Os achados do presente estudo reforçam a recomendação de considerar a depressão durante o processo de prevenção e tratamento na cardiologia, e condizem com pesquisas na área (134, 135). Evidências de boa qualidade sugerem que a depressão provavelmente é um fator associado independente para a hipertensão (134). Meta-análise sugere que a cada cinco pacientes com insuficiência cardíaca, um está com depressão (135). Várias alterações nos marcadores biológicos de indivíduos deprimidos contribuem para mais vulnerabilidade à doença cardiovascular, incluindo hiperatividade simpatoadrenal, menos variabilidade da frequência cardíaca, instabilidade ventricular e isquemia miocárdica em resposta ao estresse mental e alterações nos receptores de plaquetas e a reatividade plaquetária (136).

Ressalta-se também a elevada associação entre depressão e problemas respiratórios autorreferidos. Aparentemente, as repetidas sensações de falta de ar podem gerar crenças e medos exacerbados que induzem ataque de pânico e ansiedade antecipada (137).

Esperava-se associação entre depressão e diabetes autorreferida (138). As mudanças bioquímicas e psicológicas induzidas pela diabetes levam a acreditar que a doença pode induzir a depressão. Provavelmente, a amostra de pessoas com diabetes pode ter sido insuficiente para detectar essa associação ( $n = 156$ ), ou o

tempo de exposição à doença não foi longo o suficiente para desencadear a depressão.

Notou-se a associação da dor e/ou desconforto com a depressão autorreferida. Tal fato é comum de ser observado em pessoas com dor crônica (139). Normalmente, a dor induz uma resposta estressante, como ansiedade, irritabilidade e agitação. Quando a dor torna-se crônica, o acometido pode sentir-se constantemente tenso e estressado. Ao longo do tempo, essa repetição de sintomas pode induzir problemas característicos da depressão, como mau humor persistente, perda de interesse e falta de disposição.

#### **4.5.5. Conclusão, implicações, perspectivas e recomendações**

A depressão é uma doença frequentemente relatada pela população adulta do Distrito Federal. A classe social e a escolaridade parecem não interferir nesses resultados. As mulheres e os indivíduos mais velhos são os grupos mais acometidos, assim como aqueles com outras doenças crônicas e que foram hospitalizados recentemente. Por fim, pessoas que referiram depressão têm maior dificuldade na realização de atividades cotidianas e apresentam dor ou desconforto. Tais informações podem substanciar ações e programas direcionados a essa população.

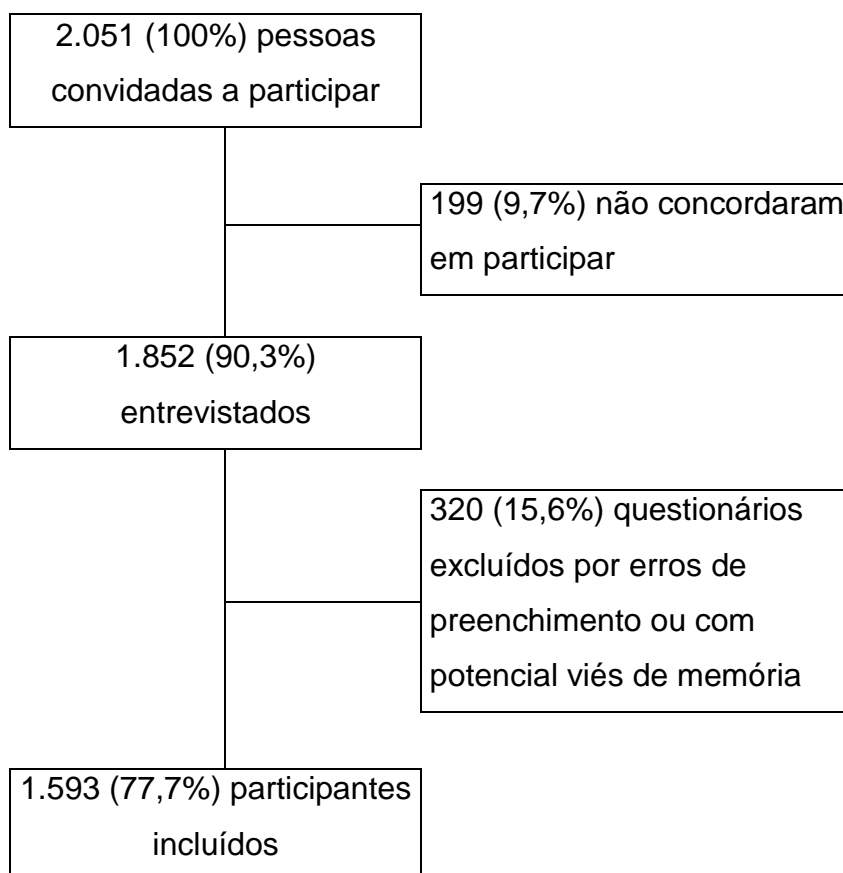
**4.6. Figura**

Figura 1. Processo de recrutamento, seleção e inclusão dos entrevistados



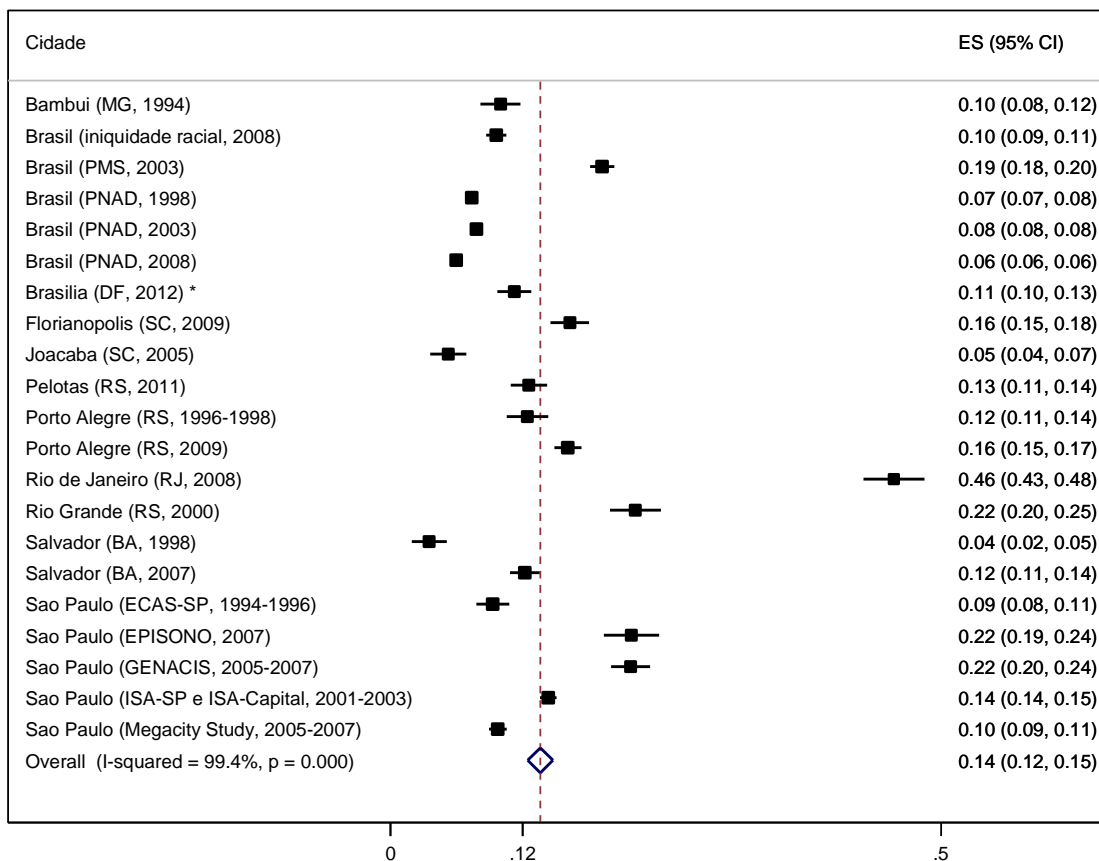


Figura 2. Meta-análise dos artigos identificados na revisão sistemática. A marcação (\*) indica o presente estudo.

#### **4.7. Tabelas**

Tabela 1. Características da população em estudo (n = 1.593)

Características (%)	Mulheres (n = 928)	Homens (n = 665)
<b>Faixa etária (anos)</b>		
50 a 65	21,1	22,0
35 a 49	35,8	35,5
18 a 34	43,1	42,6
Não casado	49,5	45,7
Mora só	4,3	8,0
<b>Renda familiar<sup>a</sup></b>		
Classe D e E	8,7	8,1
Classe C1-C2	49,7	41,2
Classe B1-B2	33,9	38,5
Classe A	7,8	12,2
<b>Escolaridade</b>		
Até ensino fundamental	25,3	24,2
Até ensino médio incompleto	21,1	22,6
Até ensino superior incompleto	36,4	34,0
Até pós-graduação	17,1	19,2
Fora do mercado de trabalho	26,8	18,2
<b>Presença de doenças crônicas autorreferidas</b>		
Diabetes	10,0	9,3
Hipertensão	22,8	16,1
Problema cardíaco	7,7	5,1
Problema respiratório	8,9	3,8
Outros problemas crônicos	9,5	5,3

<sup>a</sup> Renda média bruta familiar no mês em R\$: Classe A = 9.263; B1= 5.241; B2 = 2.654; C1 = 1.685; C2 = 1.147; D-E = 776.

Tabela 2. Prevalência da depressão e razões de prevalência (RP) dos fatores associados na população adulta do Distrito Federal (n = 1.593)

Característica	Prevalência (%)	RP bruta	RP ajustada	IC 95%	p-valor
Bloco sócioeconômico <sup>a</sup>					
Renda familiar					
Classe D-E	14,53	1,46	1,02	0,42-2,48	0,96
Classe C1-C2	12,58	1,27	0,97	0,44-2,16	0,94
Classe B1-B2	10,23	1,03	0,89	0,42-1,86	0,75
Classe A	9,94	1	1	-	-
Escolaridade					
Até ensino fundamental	16,16	1,91	1,78	1,00-3,16	0,05
Até ensino médio incompleto	9,61	1,14	1,08	0,58-2,02	0,81
Até ensino superior incompleto	11,42	1,35	1,33	0,80-2,23	0,27
Até pós-graduação	8,44	1	1	-	-
Fora do mercado de trabalho	14,55	1,35	1,29	0,95-1,74	0,10
Bloco demográfico <sup>b</sup>					
Mulheres	14,57	1,90	1,84	1,35-2,52	<0,01
Faixa etária (anos)					
50 a 65	16,53	1,67	1,55	1,12-2,15	<0,01
35 a 49	10,94	1,10	1,13	0,79-1,61	0,49
18 a 34	9,90	1	1	-	-

Característica	Prevalência (%)	RP bruta	RP ajustada	IC 95%	p-valor
Não casados	13,12	1,28	1,20	0,88-1,64	0,24
Bloco sobre situação de saúde autorreferida <sup>c</sup>					
Diabetes	22,14	2,09	0,99	0,69-1,44	0,98
Hipertensão	24,58	2,91	1,59	1,06-2,39	0,02
Problema cardíaco	40,61	4,27	1,97	1,29-3,01	<0,01
Problema respiratório	42,31	4,44	2,91	2,05-4,13	<0,01
Outros problemas crônicos	23,34	2,17	1,64	1,08-2,50	0,02
Consulta médica nos últimos três meses	14,39	1,49	0,98	0,73-1,31	0,87
Hospitalização nos últimos 12 meses	26,08	2,56	1,76	1,24-2,49	<0,01
Bloco de avaliação subjetiva do estado de saúde <sup>d</sup>					
Problemas de mobilidade	18,22	1,64	0,65	0,35-1,21	0,17
Problemas com os cuidados pessoais	22,26	1,99	1,03	0,54-1,95	0,93
Problemas na realização de atividades habituais	33,15	3,24	1,96	1,21-3,18	<0,01
Presença de dores/mal-estar	18,86	2,37	1,55	1,10-2,18	0,01

<sup>a</sup> primeira etapa do modelo hierarquizado: os resultados foram ajustados pelas variáveis do bloco. As variáveis escolaridade e ocupação foram mantidas para as próximas etapas.

<sup>b</sup> segunda etapa: ajuste pelas variáveis mantidas na primeira etapa e as variáveis do bloco. Mantiveram-se as variáveis sexo e idade.

<sup>c</sup> terceira etapa: ajuste pelas variáveis mantidas na primeira e segunda etapa e as variáveis do bloco. Mantiveram-se as variáveis hipertensão, problema cardíaco, problema respiratório, outros problemas crônicos e hospitalização.

<sup>d</sup> quarta etapa: ajuste pelas variáveis mantidas na primeira, segunda e terceira etapa e as variáveis do bloco.

## 5. CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como finalidade estudar a depressão no Brasil e no Distrito Federal, com vistas a contribuir para o aperfeiçoamento das informações disponíveis sobre a depressão no País. Foram, então, conduzidos dois estudos, apresentados como artigos nos capítulos 3 e 4 desta tese.

O primeiro estudo (Capítulo 3) teve como objetivo avaliar a prevalência de depressão em adultos (18 a 65 anos) no Brasil. A revisão sistemática identificou inquéritos nacionais e realizados em diversas regiões do País. Constatou-se que a depressão é uma doença comum na população adulta brasileira: um em cada sete adultos tem depressão. A prevalência da depressão em mulheres foi três vezes mais observada que os homens. A aumento da idade de recrutamento aumentou a frequência no sexo feminino e diminuiu no sexo masculino.

O segundo estudo (Capítulo 4) propôs estimar a prevalência e os fatores associados à depressão autorreferida em adultos residentes no Distrito Federal. A cada nove adultos entrevistados, um se autorreferenciou com depressão. A frequência é maior em mulheres e nos mais velhos. Aparentemente, esses resultados não são influenciados pela classe social ou escolaridade. Os deprimidos tiveram limitação nos domínios dificuldade na realização de atividades cotidianas e dor/desconforto.

Os dois estudos que compõem esta tese apresentam limitações. A meta-análise da revisão sistemática sugere inconsistência por apresentar resultados heterogêneos. Pessoas com depressão podem ter recusado a participar do estudo transversal e a definição da doença pode não ser uniforme entre os entrevistados.

Por outro lado, a revisão sistemática usou um processo abrangente de busca, minimizando potenciais vieses de publicação, e os casos fatores de heterogeneidade foram investigados por metarregressões. O estudo transversal é de base populacional, proveniente de amostra probabilística e de tamanho previamente calculado que permitiu executar análises multivariadas.

Os dados apontam a elevada frequência da depressão no Brasil e indicam que a doença é comum na população adulta do Distrito Federal. As análises assinalam sua maior prevalência nas mulheres e nas pessoas entre 50 a 65 anos.

## REFERÊNCIAS

1. Lyness J, Peter P Roy-Byrne P, Solomon D. Clinical manifestations and diagnosis of depression. In: Basow D, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2013.
2. Sjöholm L, Lavebratt C, Forsell Y. A multifactorial developmental model for the etiology of major depression in a population-based sample. *J Affect Disord.* 2009;113(1-2):66-76.
3. Office of the Surgeon General (US). Center for Mental Health Services (US). National Institute of Mental Health (US). Chapter 2 Culture Counts: The Influence of Culture and Society on Mental Health. *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity: A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US)*; 2001.
4. aan het Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *CMAJ.* 2009;180(3):305-13.
5. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. [Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Complete version)]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31 Suppl 1:S7-17.
6. American Psychiatric Association 2013. Available from: <http://www.psychiatry.org/>.
7. Williams JW, Noël PH, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. Is this patient clinically depressed? *JAMA.* 2002;287(9):1160-70.
8. Dunn G, Pickles A, Tansella M, Vázquez-Barquero JL. Two-phase epidemiological surveys in psychiatric research. *Br J Psychiatry.* 1999;174:95-100.
9. Pignone M, Gaynes BN, Rushton JL, Mulrow CD, Orleans CT, Whitener BL, et al. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic. Screening for Depression. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2002.
10. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997;12(7):439-45.
11. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13.

12. Chen S, Conwell Y, Vanorden K, Lu N, Fang Y, Ma Y, et al. Prevalence and natural course of late-life depression in China primary care: a population based study from an urban community. *J Affect Disord.* 2012;141(1):86-93.
13. Li C, Ford ES, Zhao G, Tsai J, Balluz LS. A comparison of depression prevalence estimates measured by the Patient Health Questionnaire with two administration modes: computer-assisted telephone interviewing versus computer-assisted personal interviewing. *Int J Public Health.* 2012;57(1):225-33.
14. Pirkis J, Pfaff J, Williamson M, Tyson O, Stocks N, Goldney R, et al. The community prevalence of depression in older Australians. *J Affect Disord.* 2009;115(1-2):54-61.
15. Howitt P, Darzi A, Yang GZ, Ashrafian H, Atun R, Barlow J, et al. Technologies for global health. *Lancet.* 2012;380(9840):507-35.
16. Cipriani A, Barbui C, Butler R, Hatcher S, Geddes J. Depression in adults: drug and physical treatments. *Clin Evid (Online).* 2011;2011.
17. WHO - World Health Organization. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva 2009.
18. Silva MT, Silva AS, Silveira DGA, Brito GV, Vidal JS, Vieira NC. Antidepressivos no transtorno depressivo maior em adultos. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde [Internet].* 2012; ano IV. nº 18. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/brats\\_18.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/brats_18.pdf).
19. Wiles N, Thomas L, Abel A, Ridgway N, Turner N, Campbell J, et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial. *Lancet.* 2012.
20. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, Reifler D, Sokol L, Burns MN, et al. Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: a randomized trial. *JAMA.* 2012;307(21):2278-85.
21. Devi S. Antidepressant-suicide link in children questioned. *Lancet.* 2012;379(9818):791.
22. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012;379(9834):2373-82.
23. Ito K. ACP Journal Club. Antidepressants were associated with increased risk for adverse outcomes in depressed elders. *Ann Intern Med.* 2012;156(4):JC2-13.

24. Sheldon T. Reserve antidepressants for cases of severe depression, Dutch doctors are told. *BMJ*. 2012;344:e4211.
25. Donohue JM, Morden NE, Gellad WF, Bynum JP, Zhou W, Hanlon JT, et al. Sources of regional variation in Medicare Part D drug spending. *N Engl J Med*. 2012;366(6):530-8.
26. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90.
27. Donohue JM, Pincus HA. Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. *Pharmacoeconomics*. 2007;25(1):7-24.
28. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9(2):87-98.
29. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA*. 1992;267(11):1478-83.
30. WHO. World Health Organization. Depression: World Health Organization; 2012 [updated 2012-10-05 14:19:36]. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/en/>.
31. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry*. 2006;163(12):2141-7.
32. Cowen ME, Bannister M, Shellenberger R, Tilden R. A guide for planning community-oriented health care: the health sector resource allocation model. *Med Care*. 1996;34(3):264-79.
33. Johnson B, Eiser C, Young V, Brierley S, Heller S. Prevalence of depression among young people with Type 1 diabetes: a systematic review. *Diabet Med*. 2013;30(2):199-208.
34. Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Sawhney A, Thekkumpurath P, Beale C, et al. Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol*. 2013;24(4):895-900.
35. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int*. 2013.



36. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J Psychiatr Res.* 2013;47(3):391-400.
37. Tarricone I, Stivanello E, Poggi F, Castorini V, Marseglia MV, Fantini MP, et al. Ethnic variation in the prevalence of depression and anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2012;195(3):91-106.
38. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2012;136(3):212-21.
39. Vorcaro CMR, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Prevalência e características associadas à depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. *J bras psiquiatr.* 2002;51(3):167-82.
40. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry.* 2004;49(2):124-38.
41. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA.* 1996;276(4):293-9.
42. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(7):785-95.
43. Williams DR, González HM, Neighbors H, Nesse R, Abelson JM, Sweetman J, et al. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(3):305-15.
44. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med.* 2005;37(5):360-3.
45. Loney PL, Chambers LW, Bennett KJ, Roberts JG, Stratford PW. Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. *Chronic Dis Can.* 1998;19(4):170-6.
46. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in the Health Sciences.* 5 ed. Atlanta, Georgia: John Wiley & Sons; 1987. 1571 p.

47. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein HR. Introduction to meta-analysis: Wiley; 2009.
48. Higgins J, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. The Cochrane Collaboration; 2011 [cited 2011 Apr 14]. Version 5.1.0:[Available from: [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org)].
49. Nelson LM, Longstreth WT, Koepsell TD, van Belle G. Proxy respondents in epidemiologic research. *Epidemiol Rev.* 1990;12:71-86.
50. Knapp G, Hartung J. Improved tests for a random effects meta-regression with a single covariate. *Stat Med.* 2003;22(17):2693-710.
51. Sterne JA, Sutton AJ, Ioannidis JP, Terrin N, Jones DR, Lau J, et al. Recommendations for examining and interpreting funnel plot asymmetry in meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ.* 2011;343:d4002.
52. Vorcaro CM, Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104(4):257-63.
53. Pavão AL, Ploubidis GB, Werneck G, Campos MR. Racial discrimination and health in Brazil: evidence from a population-based survey. *Ethn Dis.* 2012;22(3):353-9.
54. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica.* 2005;21 Suppl:43-53.
55. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PR. [Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions]. *Rev Saude Publica.* 2008;42(1):73-81.
56. Leite IdC, Schramm JMda, Gadelha AMJ, Valente JG, Campos MR, Portela MC, et al. Comparação das informações sobre as prevalências de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNAD/98 e as estimadas pelo estudo Carga de Doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2002;7:733-41.
57. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2012.
58. Barros MBdA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Social inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11(4):911-26.

59. Barros MB, Francisco PM, Zanchetta LM, César CL. [Trends in social and demographic inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil. PNAD: 2003- 2008]. *Cien Saude Colet*. 2011;16(9):3755-68.
60. Andreoli SB, Mari JJ, Blay SL, de Almeida-Filho N, Coutinho E, França J, et al. [The factor structure of the adult psychiatry morbidity questionnaire in a community sample of Brazilian cities]. *Rev Saude Publica*. 1994;28(4):249-60.
61. Almeida-Filho N, Mari JeJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171:524-9.
62. Soares K, Almeida Filho N, Coutinho EdSF, Mari JdJ. Sintomas depressivos entre os adolescentes e adultos de uma amostra populacional de tres centros urbanos brasileiros: analise dos dados do "estudo multicentrico de morbidade psiquiatrica". *Rev psiquiatr clín (São Paulo)*. 1999;26(5):218-24.
63. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. [Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study]. *Rev Saude Publica*. 2012;46(4):617-23.
64. Bortoluzzi MC, Kehrig RT, Loguercio AD, Traebert JL. [Prevalence and tobacco user profile in adult population in the South of Brazil (Joaçaba, SC)]. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1953-9.
65. Jansen K, Ores LaC, Cardoso TeA, Lima RaC, Souza LD, Magalhães PV, et al. Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. *J Affect Disord*. 2011;130(1-2):328-33.
66. Lopez MRA, Ribeiro JP, Ores LdC, Jansen K, Souza LDdM, Pinheiro RT, et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2011;33:103-8.
67. Jansen K, Campos Mondin T, Azevedo Cardoso T, Costa Ores L, de Mattos Souza LD, Tavares Pinheiro R, et al. Quality of life and mood disorder episodes: Community sample. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):123-7.
68. da Cunha RV, Bastos GA, Del Duca GF. [Prevalence of depression and associated factors in a low income community of Porto Alegre, Rio Grande do Sul]. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):346-54.
69. Wiehe M, Fuchs SC, Moreira LB, Moraes RS, Pereira GM, Gus M, et al. Absence of association between depression and hypertension: results of a prospectively designed population-based study. *J Hum Hypertens*. 2006;20(6):434-9.

70. Guimarães JM, de Souza Lopes C, Baima J, Sichieri R. Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women. *J Affect Disord.* 2009;117(1-2):120-3.
71. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Fiori N, Bortolotto A. [Prevalence of signs and symptoms, associated sociodemographic factors and resulting actions in an urban center in southern Brazil]. *Rev Panam Salud Publica.* 2006;20(1):22-8.
72. Moreira ED, Lbo CF, Diamant A, Nicolosi A, Glasser DB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. *Urology.* 2003;61(2):431-6.
73. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA, et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med.* 2004;59(7):1339-53.
74. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, de Jesus MJ. Co-occurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007;257(7):423-31.
75. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(7):316-25.
76. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):3-21.
77. Moreno DH, Andrade LH. Latent class analysis of manic and depressive symptoms in a population-based sample in São Paulo, Brazil. *J Affect Disord.* 2010;123(1-3):208-15.
78. De Mello MT, Lemos VD, Antunes HK, Bittencourt L, Santos-Silva R, Tufik S. Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms: A population study. *J Affect Disord.* 2013.
79. De Castro SS, Cesar CL, Carandina L, Barros MB, Alves MC, Goldbaum M. Physical disability, recent illnesses and health self-assessment in a population-based study in São Paulo, Brazil. *Disabil Rehabil.* 2010;32(19):1612-5.
80. Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani IeS, Andrade LH. São Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of

psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(4):375-86.

81. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety.* 2010;27(4):351-64.

82. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One.* 2012;7(2):e31879.

83. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(3):249-60.

84. Alexandrino-Silva C, Wang YP, Carmen Viana M, Bulhões RS, Martins SS, Andrade LH. Gender differences in symptomatic profiles of depression: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *J Affect Disord.* 2013;147(1-3):355-64.

85. Prado JeA, Kerr-Corrêa F, Lima MC, Silva GG, Santos JL. Relations between Depression, Alcohol and Gender in the Metropolitan Region of São Paulo, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2012;17(9):2425-34.

86. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceicao AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med.* 1996;26(2):211-22.

87. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. [Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil]. *Rev Saude Publica.* 2008;42 Suppl 2:26-33.

88. Rombaldi AJ, da Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. [Prevalence of depressive symptoms and associated factors among southern Brazilian adults: cross-sectional population-based study]. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(4):620-9.

89. da Silva A, Costa EC, Gomes JB, Leite FM, Gomez RS, Vasconcelos LP, et al. Chronic headache and comorbidity: a two-phase, population-based, cross-sectional study. *Headache.* 2010;50(8):1306-12.

90. Annunziata K, Gross HJ, Chapnick J. PMH57 Cross-Country Comparisons of Adults with Major Depressive Disorder. *Value in health : the journal of the*

International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 2012;15(4):A92.

91. Mould JF, Fujii RK, Paganini P, Manfrin DF. Burden of disease in patients with diagnosed depression in Brazil: Results from 2011 National Health and Wellness Survey (NHWS). *Value in Health*. 2012;15(4):A92.

92. Mould JF, Fujii RK, Paganini P, Manfrin DF. PMH59 Burden of Disease in Patients with Diagnosed Depression in Brazil: Results from 2011 National Health and Wellness Survey (NHWS). *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2012;15(4):A92.

93. Rai D, Zitko P, Jones K, Lynch J, Araya R. Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *Br J Psychiatry*. 2013;202:195-203.

94. Slomp M, Jacobs P, Ohinmaa A, Bland R, Block R, Dewa CS, et al. The distribution of mental health service costs for depression in the Alberta population. *Can J Psychiatry*. 2012;57(9):564-9.

95. Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med*. 2004;46(4):398-412.

96. Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry*. 2006;51(2):63-75.

97. Chaiton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health*. 2009;9:356.

98. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):220-9.

99. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(5):489-96.

100. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442.

101. Farmer AE, McGuffin P. Humiliation, loss and other types of life events and difficulties: a comparison of depressed subjects, healthy controls and their siblings. *Psychol Med.* 2003;33(7):1169-75.
102. Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(8):789-96.
103. Patton GC, Coffey C, Posterino M, Carlin JB, Bowes G. Life events and early onset depression: cause or consequence? *Psychol Med.* 2003;33(7):1203-10.
104. Burgut FT, Bener A, Ghuloum S, Sheikh J. A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2013.
105. Ikeda M, Kamibeppu K. Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R-J). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:112.
106. Suzumura M, Fushiki Y, Kobayashi K, Oura A, Suzumura S, Yamashita M, et al. A Cross-sectional Study on Association of Work Environment, Coping Style, and Other Risk Factors with Depression among Caregivers in Group Homes in Japan. *Ind Health.* 2013.
107. De Ryck A, Brouns R, Fransen E, Geurden M, Van Gestel G, Wilssens I, et al. A prospective study on the prevalence and risk factors of poststroke depression. *Cerebrovasc Dis Extra.* 2013;3(1):1-13.
108. Hölzel L, Härter M, Reese C, Kriston L. Risk factors for chronic depression--a systematic review. *J Affect Disord.* 2011;129(1-3):1-13.
109. CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios - Brasília - PDAD 2012. Brasília2012.
110. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. 2012.
111. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med.* 2001;33(5):337-43.
112. Lima AFBdS, Fleck MPdA. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.* 2009;31:0-.
113. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2013. Available from: <http://www.abep.org/>.
114. O'brien R. A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors. *Quality & Quantity.* 2007;41(5):673-90.

115. Thompson ML, Myers JE, Kriebel D. Prevalence odds ratio or prevalence ratio in the analysis of cross sectional data: what is to be done? *Occup Environ Med.* 1998;55(4):272-7.
116. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21.
117. Behrens T, Taeger D, Wellmann J, Keil U. Different methods to calculate effect estimates in cross-sectional studies. A comparison between prevalence odds ratio and prevalence ratio. *Methods Inf Med.* 2004;43(5):505-9.
118. Wolkewitz M, Bruckner T, Schumacher M. Accurate variance estimation for prevalence ratios. *Methods Inf Med.* 2007;46(5):567-71.
119. Coutinho LM, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica.* 2008;42(6):992-8.
120. Petersen MR, Deddens JA. A comparison of two methods for estimating prevalence ratios. *BMC Med Res Methodol.* 2008;8:9.
121. Lee J, Tan CS, Chia KS. A practical guide for multivariate analysis of dichotomous outcomes. *Ann Acad Med Singapore.* 2009;38(8):714-9.
122. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7.
123. Siller AB, Tompkins L, editors. *The big four: analyzing complex sample survey data using SAS®, SPSS®, STATA®, and SUDAAN®2006.*
124. Fulcher CD, Badger T, Gunter AK, Marrs JA, Reese JM. Putting evidence into practice: interventions for depression. *Clin J Oncol Nurs.* 2008;12(1):131-40.
125. Borges TT, Rombaldi AJ, Knuth AG, Hallal PC. [Knowledge on risk factors for chronic diseases: a population-based study]. *Cad Saude Publica.* 2009;25(7):1511-20.
126. de Moraes JR, Moreira JP, Luiz RR. [Association between self-reported state of health among adults and the location of the home: ordinal logistic regression analysis using PNAD 2008]. *Cien Saude Colet.* 2011;16(9):3769-80.
127. Balbuena L, Baetz M, Bowen R. Religious Attendance, Spirituality, and Major Depression in Canada: A 14-Year Follow-up Study. *Can J Psychiatry.* 2013;58(4):225-32.

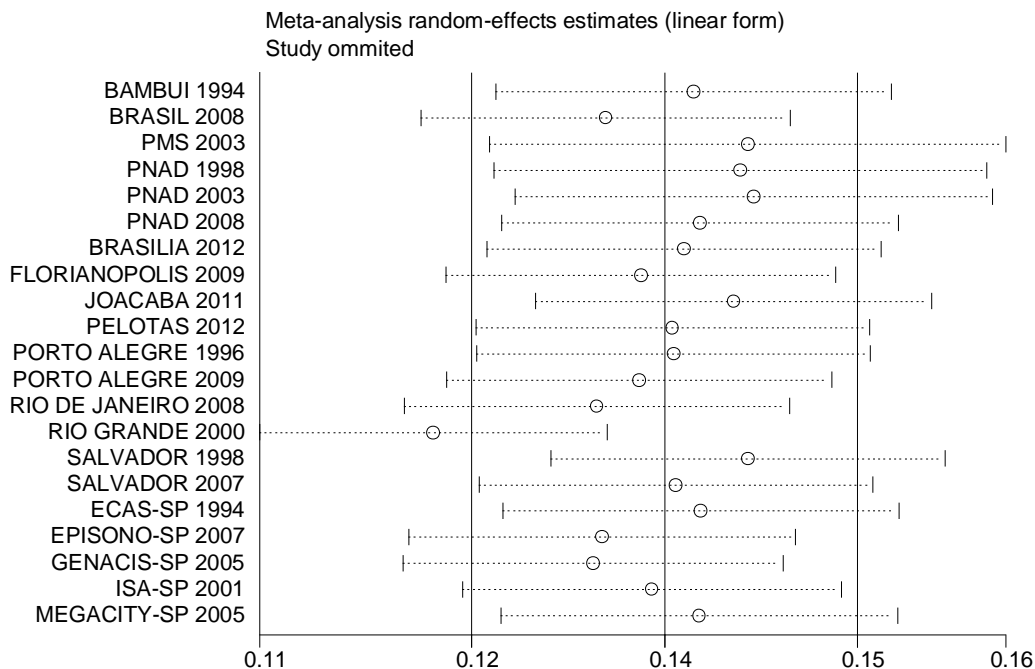


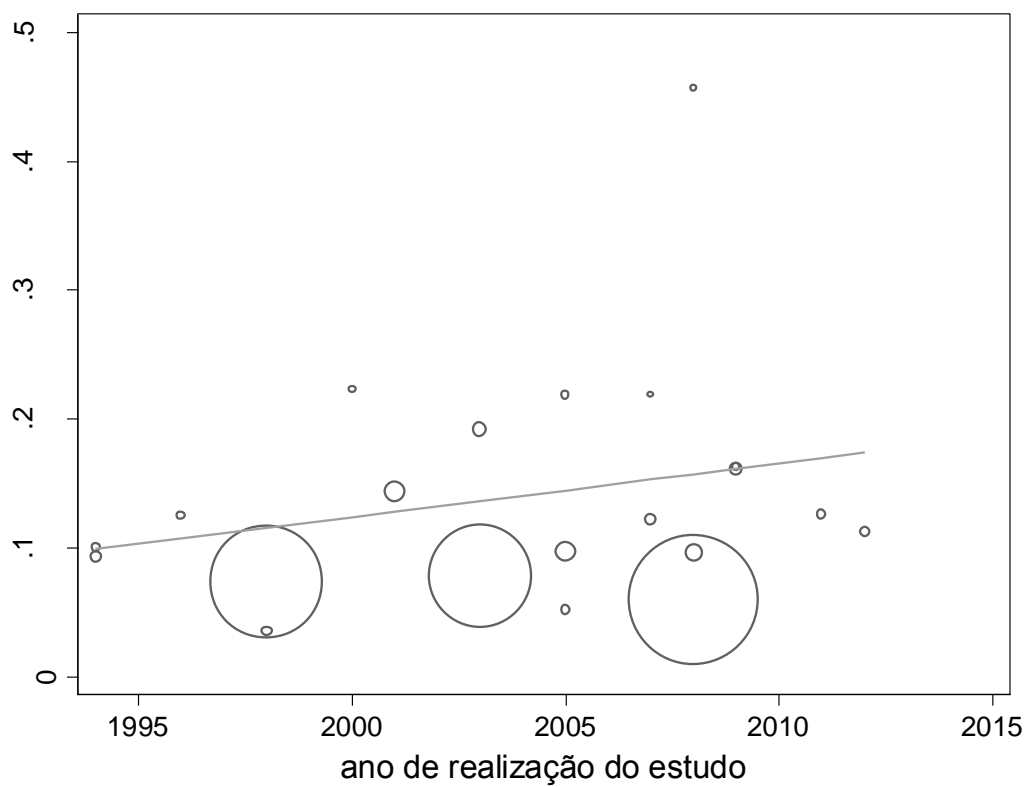
128. Tripepi G, Jager KJ, Dekker FW, Wanner C, Zoccali C. Bias in clinical research. *Kidney Int.* 2008;73(2):148-53.
129. Flanders WD, Lin L, Pirkle JL, Caudill SP. Assessing the direction of causality in cross-sectional studies. *Am J Epidemiol.* 1992;135(8):926-35.
130. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica.* 2010;37:12-5.
131. Andreoli SB, de Almeida Filho N, Coutinho ES, Mari JdJ. [Psychiatric cases identification by multi-step epidemiological studies: methods, problems and applicability]. *Rev Saude Publica.* 2000;34(5):475-83.
132. Machado Vde S, Valadares AL, Costa-Paiva L, Morais SS, Pinto-Neto AM. [Morbidity and associated factors in climacteric women: a population based study in women with 11 or more years of formal education]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(5):215-20.
133. de Castro Pires MC. Crédito e Crescimento Econômico: Evidências para os Municípios Brasileiros.
134. Meng L, Chen D, Yang Y, Zheng Y, Hui R. Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Hypertens.* 2012;30(5):842-51.
135. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol.* 2006;48(8):1527-37.
136. Silver MA. Depression and heart failure: an overview of what we know and don't know. *Cleve Clin J Med.* 2010;77 Suppl 3:S7-S11.
137. Lu Y, Mak KK, van Bever HP, Ng TP, Mak A, Ho RC. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: A meta-analysis and meta-regression. *Pediatr Allergy Immunol.* 2012.
138. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *J Affect Disord.* 2012;142 Suppl:S8-S21.
139. Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, Lee J, Constantino MJ, Fireman B, et al. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosom Med.* 2006;68(2):262-8.

## APÊNDICES

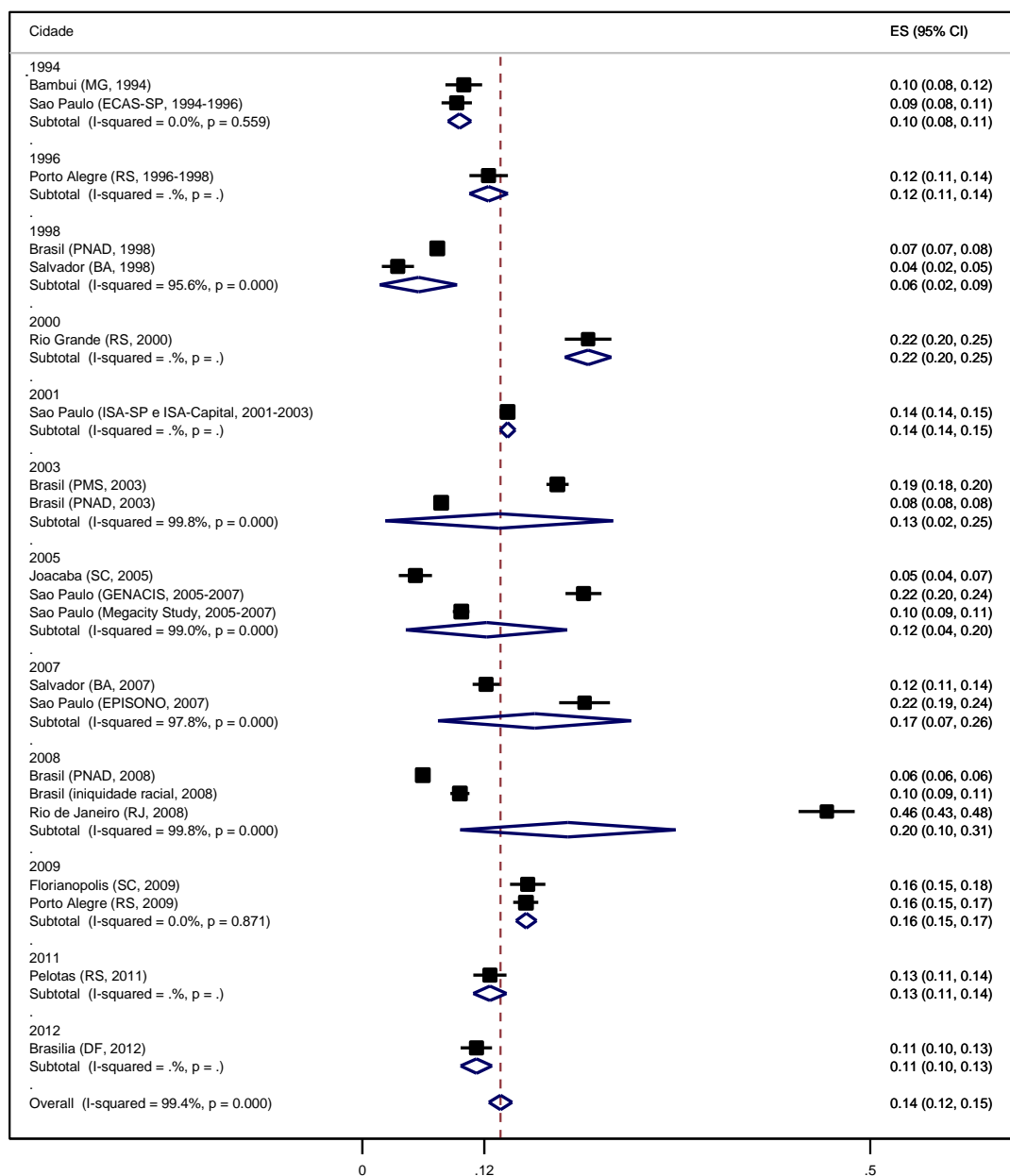
Impacto individual de cada estudo incorporado na meta-análise .....	66
Impacto do ano de realização dos inquéritos populacionais ( $p = 0,25$ ) .....	67
Meta-análise dos estudos incluídos estratificada por ano .....	68
Meta-análise dos estudos incluídos estratificada pelo instrumento usado na aferição da depressão.....	69
Meta-análise dos estudos incluídos estratificada pela região do País .....	70
Instrumento utilizado na coleta de informações .....	71
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74
Características da amostra e da população do Distrito Federal entre 18 e 65 anos e descrição das perdas .....	75
Modelo conceitual de determinação da depressão utilizado na regressão de Poisson .....	76

### Impacto individual de cada estudo incorporado na meta-análise

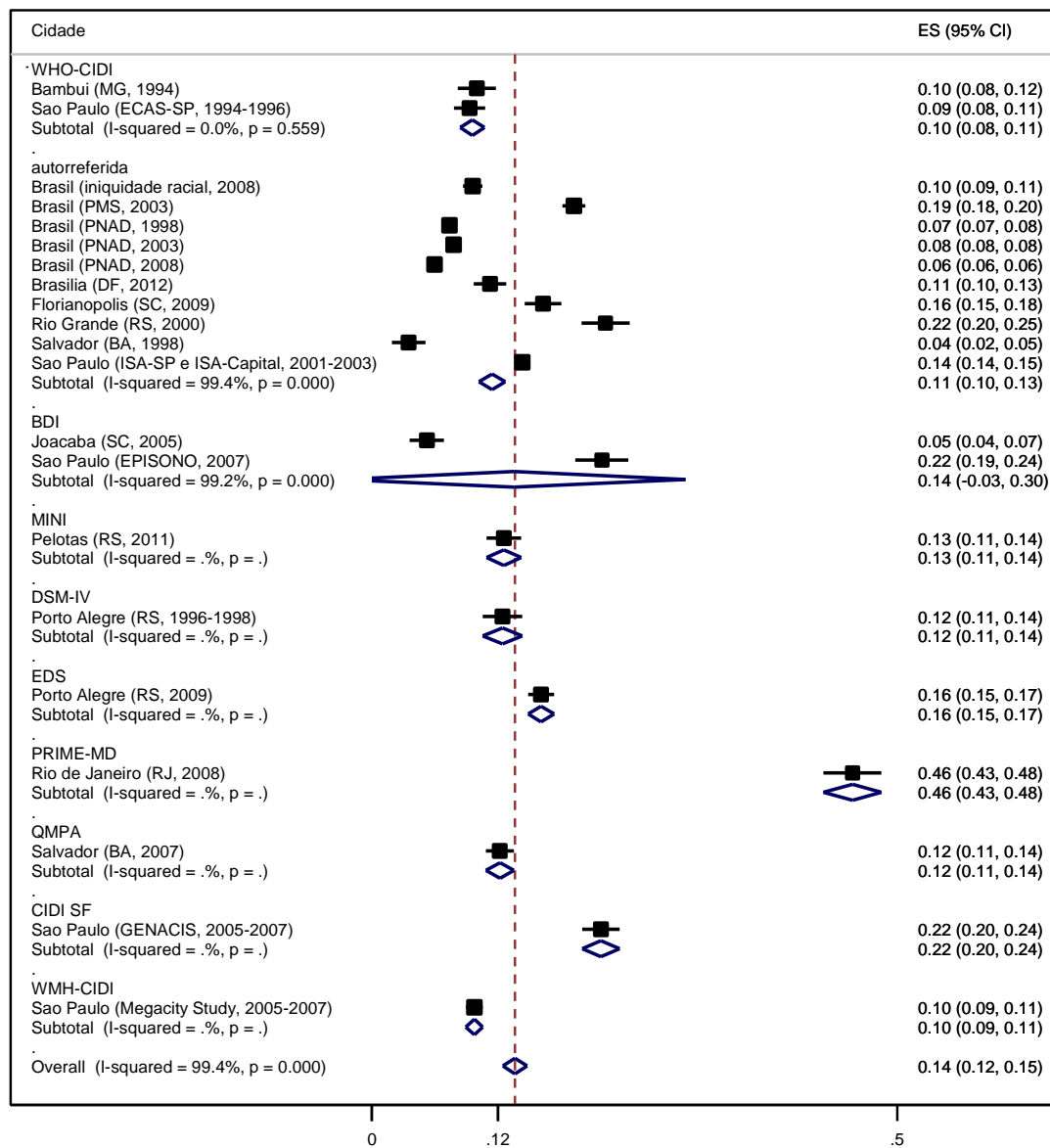


**Impacto do ano de realização dos inquéritos populacionais ( $p = 0,25$ )**

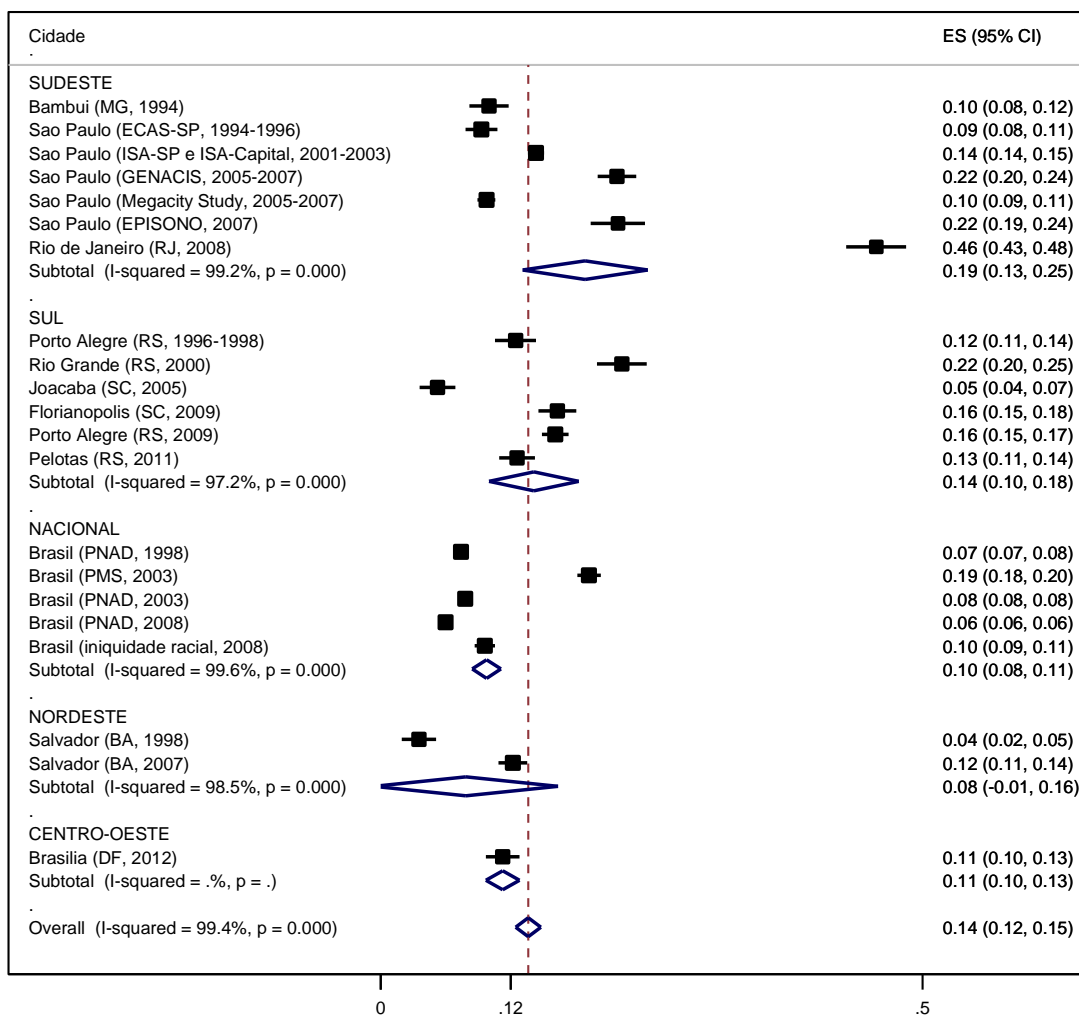
## Meta-análise dos estudos incluídos estratificada por ano



## Meta-análise dos estudos incluídos estratificada pelo instrumento usado na aferição da depressão



## Meta-análise dos estudos incluídos estratificada pela região do País



## Instrumento utilizado na coleta de informações



### Pesquisa - Consumo de medicamentos pela população adulta do Distrito Federal

Critica	Checkagem	Codificação	Obs	Número Questionário
DATA da COLETA: ____/____/2012.				
Entrevistador(a): _____				
<p>A Opinião é uma empresa de pesquisa de Brasília. Nessa ocasião nós estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo descrever os padrões de consumo de medicamentos da população adulta (<b>entre 18 e 65 anos</b>) residente no Distrito Federal. Esta pesquisa é confidencial e as informações passadas serão tratadas apenas sob a forma de estimativas, ou seja, números em relação à população. Sua participação será muito importante para o nosso trabalho. Você contribuirá com informações que serão importantes para orientar as políticas de cobertura e de acesso a medicamentos no País. Ressaltamos que em nenhum momento sua identidade será revelada, respeitando o código de ética que rege o exercício da atividade de pesquisa.</p>				
<b>PERFIL PESSOAL</b>				
Primeiramente, informe algumas questões relativas ao seu perfil.				
PP01. Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino		PP02. DATA DE NASCIMENTO ____/____/____		
PP03. ESTADO CIVIL:				
1 <input type="checkbox"/> Solteiro (a) 2 <input type="checkbox"/> Casado (a) 3 <input type="checkbox"/> Separado/divorciado (a) 4 <input type="checkbox"/> Viúvo (a) 5 <input type="checkbox"/> União consensual				
PP04. RESIDE COM QUANTAS PESSOAS? (contando com a pessoa entrevistada) _____				
PP05. ESCOLARIDADE (última série de estudo)				
		1 <input type="checkbox"/> Analfabeto	5 <input type="checkbox"/> 2º grau completo	
		2 <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto	6 <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto	
		3 <input type="checkbox"/> 1º grau completo	7 <input type="checkbox"/> 3º grau completo	
		4 <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto	8 <input type="checkbox"/> Pós-graduação	
PP06. SITUAÇÃO DE TRABALHO				
1 <input type="checkbox"/> Servidor ou carteira assinada		4 <input type="checkbox"/> Trabalho doméstico		
2 <input type="checkbox"/> Trabalho informal (bico)		5 <input type="checkbox"/> Aposentado		
3 <input type="checkbox"/> Desempregado		6 <input type="checkbox"/> Não trabalha / estudante		
<b>SITUAÇÃO DE SAÚDE</b>				
Agora informe sobre alguns aspectos da sua atual situação de saúde.				
SS01. Possui diabetes ou alta quantidade de açúcar no sangue?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sei		
SS02. Possui pressão alta?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sei		
SS03. Possui depressão ou problema de nervos?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sei		
SS04. Possui problema de coração?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sei		
SS05. Possui asma, bronquite ou outro problema respiratório?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sei		
SS06. Possui alguma doença que não as anteriores? Quais?				
SS07. Tem acesso a algum plano privado de saúde?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
SS08. Consultou-se com médico(a) nos últimos 3 meses?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembro		
SS09. Esteve internado em um hospital nos últimos 12 meses?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembro		
SS10. Mobilidade		1 <input type="checkbox"/> Não tenho problemas para andar 2 <input type="checkbox"/> Tenho alguns problemas para andar 3 <input type="checkbox"/> Estou confinado a uma cama		
SS11. Cuidado próprio		1 <input type="checkbox"/> Não tenho problemas com cuidado próprio 2 <input type="checkbox"/> Tenho problemas para me lavar ou me vestir 3 <input type="checkbox"/> Não consigo me lavar ou me vestir		
SS12. Atividades cotidianas (trabalho, estudo, tarefas domésticas, atividades familiares ou lazer)		1 <input type="checkbox"/> Não tenho problemas para realizar minhas atividades habituais 2 <input type="checkbox"/> Tenho alguns problemas para realizar minhas atividades habituais 3 <input type="checkbox"/> Não consigo realizar minhas atividades habituais		
SS13. Dor ou desconforto		1 <input type="checkbox"/> Não tenho dor ou desconforto 2 <input type="checkbox"/> Tenho dor ou desconforto moderados 3 <input type="checkbox"/> Tenho dor ou desconforto extremos		
SS14. Ansiedade ou depressão		1 <input type="checkbox"/> Não estou ansioso ou deprimido 2 <input type="checkbox"/> Estou moderadamente ansioso ou deprimido 3 <input type="checkbox"/> Estou extremamente ansioso ou deprimido		
SS15. Durante o último mês você se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança?				1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
SS16. Durante o último mês você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?				1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
<b>DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FOI AFETADO(A) POR QUALQUER UM DOS INCÔMODOS ABAIXO (17 a 26)?</b>				
SS17. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas				1 <input type="checkbox"/> Nenhuma vez 2 <input type="checkbox"/> Vários dias 3 <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias 4 <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS18. Se sentir "para baixo", deprimido(a) ou sem perspectiva.				1 <input type="checkbox"/> Nenhuma vez 2 <input type="checkbox"/> Vários dias 3 <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias 4 <input type="checkbox"/> Quase todos os dias



**Pesquisa - Consumo de medicamentos pela população adulta do Distrito Federal**

SS19. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS20. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS21. Falta de apetite ou comendo demais	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS22. Se sentir mal consigo mesmo(a) — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a).	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS23. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS24. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS25. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a).	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS26. <i>Apenas se você assinalou as opções 2,3 ou 4 em algumas das questões acima (17 a 25). Por favor, indique o grau de dificuldade que os incômodos lhe causaram:</i>	<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> Alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Muita dificuldade <input type="checkbox"/> Extrema dificuldade
<b>Agora informe sobre hábitos de consumo de medicamentos. Atenção: informe somente medicamentos ALOPATICOS. Não citar: HOMEOPÁTICOS, FLORAIS DE BACH, PLANTAS MEDICINAIS, ORTOMOLECULAR, FITOTERÁPICOS.</b>	
<b>CONSUMO DE MEDICAMENTOS</b>	
CM01. Você está fazendo uso ou fez a utilização de alguma medicação nos últimos 7 dias? <input type="checkbox"/> Sim (responda as seguintes) <input type="checkbox"/> Não (vá para Critério Brasil - CB01) <input type="checkbox"/> Não lembro (vá para Critério Brasil - CB01)	
CM02. Você está usando ou vai usar algum medicamento hoje (dia da entrevista)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CM03. Quantos tipos de medicamentos você está usando? _____. <i>(inclusive anticoncepcionais, independente de ter embalagem/bula/blister/cartela)</i>	
CM4. Descreva abaixo as características de cada um dos medicamentos que você está usando:	
<b>Medicamento 1</b>	
CM4.1 - Nome do Medicamento:	CM4.2 - Neste momento, você pode mostrar ao entrevistador a caixa, a cartela ou a bula desse medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CM4.3- Qual é a concentração do medicamento? (Ex: 10mg , 10/20mg, 160/5mg)
	CM4.4 - Há quanto tempo você usa o medicamento? Indique se em dias, semanas, meses ou anos; (Ex: 1 ano, 3 dias, etc.)
	CM4.5 - Quem receitou o medicamento? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Balconista ou farmacêutico <input type="checkbox"/> Amigos, parentes ou vizinhos <input type="checkbox"/> Conta própria <input type="checkbox"/> Não lembro <input type="checkbox"/> Outro _____
	CM4.6 - Como o você adquiriu esse medicamento? <input type="checkbox"/> Recursos Próprios <input type="checkbox"/> Farmácia popular <input type="checkbox"/> Serviço público (posto de saúde, hospital, etc.) <input type="checkbox"/> Não sei informar <input type="checkbox"/> Outro _____





### Pesquisa - Consumo de medicamentos pela população adulta do Distrito Federal

Utilize o quadro abaixo para descrever as características dos demais medicamentos. No preenchimento do quadro informe o nome do medicamento e o número correspondente às opções, seguindo o mesmo padrão das respostas do medicamento 1. Veja o exemplo.

	CM4.1	CM4.2	CM4.3	CM4.4	CM4.5	CM4.6
EXEMPLO:	Diovan Amlo Fix	1	160/5 mg	4 anos	1	1
Med. 2						
Med. 3						
Med. 4						
Med. 5						
Med. 6						
Med. 7						
Med. 8						
Med. 9						
Med. 10						

#### CRITÉRIO BRASIL DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

CB01. Apenas para efeitos de classificação sócio-econômica, dos itens descritos abaixo, marque quantos itens que você possui em sua residência.

CB02. Qual o nível de escolaridade do Chefe da Família? Marque a opção.

Item	Quantos? (Quantidade de itens)					Escolaridade do Chefe da Família	
	Não tem	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4 ou +	Nível	Chefe da Família
TV em Cores						Até 3a. Série Fundamental	
DVD/Vídeocassete						4a. Série Fundamental	
Rádios						Fundamental Completo (1o. Grau)	
Banheiros						Médio Completo (2o. Grau)	
Automóveis						Superior Completo	
Empregados Mensalistas							
Máquinas de lavar							
Geladeira							
Freezer ou Parte Duplex							

Para poder validar o meu trabalho, você poderia fornecer um número telefônico de contato para que a minha supervisão possa, eventualmente, verificar se realmente você respondeu essa pesquisa? Isso faz parte do controle de qualidade da empresa, que verifica aleatoriamente algumas entrevistas que eu fiz, ligando para o entrevistado e confirmando se efetivamente ele respondeu a pesquisa.

NOME COMPLETO DO ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

A OPINIÃO AGRADECE PELA SUA COLABORAÇÃO!

TENHA UM BOM DIA!/UMA BOA TARDE!/UMA BOA NOITE!

OBSERVAÇÕES:

---



---



---



---

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****PROJETO DE PESQUISA: CONSUMO DE MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO  
ADULTA RESIDENTE NO DISTRITO FEDERAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “CONSUMO DE MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO ADULTA RESIDENTE NO DISTRITO FEDERAL”. Essa pesquisa tem por objetivo descrever os padrões de consumo de medicamentos da população adulta residente no Distrito Federal. Esse conhecimento é importante para se conhecer o padrão de consumo de medicamentos na nossa região e suas relações com a percepção de saúde de cada pessoa.

Nessa pesquisa serão feitas perguntas a respeito de sua vida e características pessoais, da sua condição de saúde e sobre consumo de medicamentos. São previstos 20 minutos de duração da entrevista.

As informações que serão fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados do trabalho serão de forma global e anônimos. A sua privacidade será mantida. E não será necessário efetuar qualquer pagamento.

Você tem a liberdade de aceitar ou não responder às questões da entrevista e de se recusar a participar no momento em que quiser sem qualquer prejuízo para si ou sua família.

Os resultados dessa pesquisa serão publicados em revistas científicas nacionais e internacionais. Os pesquisadores do projeto, que são pertencentes à Universidade de Brasília, serão responsáveis pela guarda dos dados e material utilizados na pesquisa.

Este termo de consentimento livre esclarecido será feito em duas vias, sendo uma entregue a você, entrevistado, e a outra para o pesquisador. **Qualquer dúvida poderá ser esclarecida com os próprios pesquisadores responsáveis pela pesquisa, Taís Freire Galvão e Marcus Tolentino Silva, pelos telefones (61) 3532-9511, 3107-1894, 9335-0060 e 9229-0692; ou no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde de Universidade de Brasília, telefone (61) 3107-1947.**

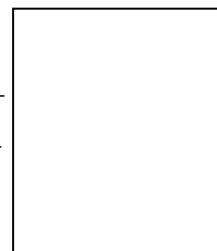
Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura para autorização: \_\_\_\_\_

ou Impressão digital

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Características da amostra e da população do Distrito Federal entre 18 e 65 anos e descrição das perdas**

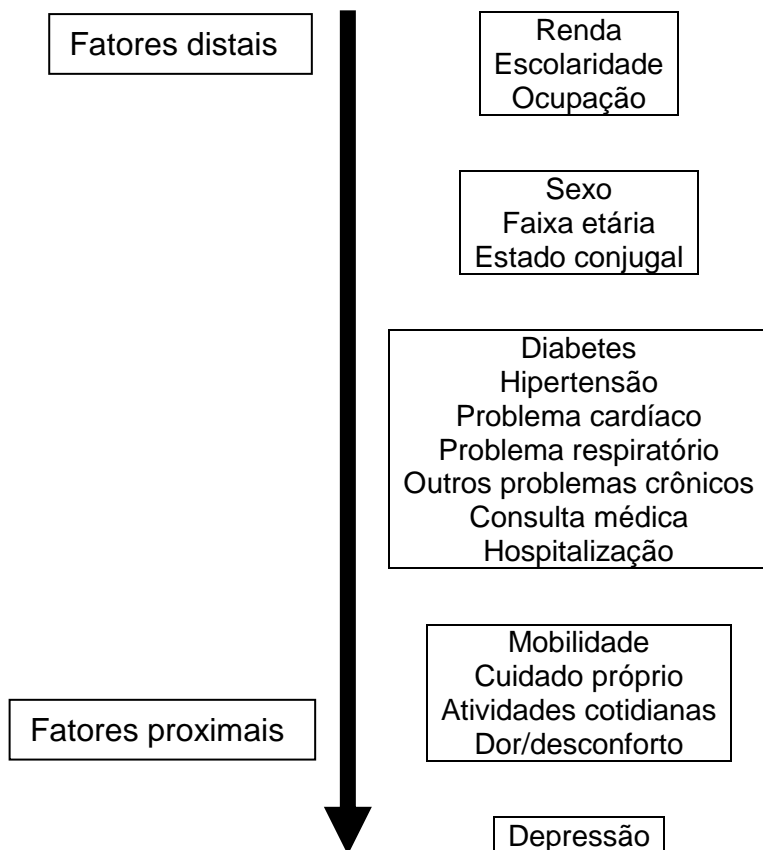
Parâmetro	Amostra (n = 1.593)	População <sup>1</sup> (n = 1.713.415)	p-valor <sup>2</sup>	Perdas (n = 230)
Sexo			0,22	
Feminino	58,3	52,9		70,9
Masculino	41,8	47,1		29,1
Faixa etária (anos)			0,58	
18 a 34	42,9	50,0		44,5
35 a 49	35,7	32,5		30,4
50 a 65	21,5	17,5		25,1
Renda <sup>3</sup>			0,87	
Classe A	9,6	8,5		4,0
Classe B1-B2	35,8	40,6		23,4
Classe C1-C2	46,1	41,2		59,0
Classe D-E	8,5	9,7		13,7

<sup>1</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados do censo de 2010.

<sup>2</sup> Teste do qui-quadrado, valor abaixo de 0,05 aponta diferenças importantes.

<sup>3</sup> Critério Brasil de Classificação Econômica, disponível em <http://www.abep.org>

**Modelo conceitual de determinação da depressão utilizado na regressão de Poisson**



## ANEXO - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **003/12**

Título do Projeto: “Consumo de medicamentos pela população adulta residente no Distrito Federal.”

Pesquisadora Responsável: Tais Freire Galvão

Data de Entrada: 10/02/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **003/12** com o título: “Consumo de medicamentos pela população adulta residente no Distrito Federal.” analisado na 2ª reunião ordinária realizada no dia 21 de março de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 16 de abril de 2012.

Prof. Natan Monsores  
Coordenador do CEP-FS/UnB