

## EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

**TIAGO NEUENFELD MUNHOZ<sup>1</sup>; INÁ DA SILVA DOS SANTOS<sup>1</sup>; ALICIA  
MATIJASEVICH<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – tyagomunhoz@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – amatija@yahoo.com

### 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a depressão ocupa o primeiro lugar entre todas as causas que levam às incapacidades funcionais e sociais nos países de renda média e alta. Em diversos países do mundo, incluindo o Brasil, a depressão é um dos transtornos mentais que mais afetam a saúde mental dos indivíduos (SCHMIDT; DUNCAN et al., 2011). Em um estudo transnacional que incluiu dezoito países, a prevalência do Episódio Depressivo Maior (EDM) no último ano variou entre 2,2% (IC95% 1,4-3,0) no Japão a 10,4% (IC95% 9,2-11,6) no Brasil (KESSLER; BIRNBAUM; SHAHLY et al., 2010). Diversos estudos conduzidos mundialmente observam que o sexo, a idade e o estado civil estão associados com a depressão (BROMET; ANDRADE et al., 2011). Em geral, a chance de ter depressão tende a ser maior à medida que aumenta a idade. Em média, em países de alta renda, as mulheres têm um risco duas vezes maior para depressão quando comparadas aos homens (VAN DE VELDE; BRACKE et al., 2010). As pessoas divorciadas, separadas ou viúvas apresentam maior risco para depressão quando comparadas com aquelas pessoas casadas ou que vivem com companheiro (ANDRADE; CARAVEO-ANDUAGA et al., 2003). O objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência do episódio depressivo maior em adultos residentes da zona urbana do município de Pelotas e sua associação com os determinantes demográficos, socioeconômicos e comportamentais.

### 2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal de base populacional na zona urbana do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, entre os meses de fevereiro e junho do ano de 2012. A amostragem foi realizada por conglomerados em dois níveis, com probabilidade proporcional ao tamanho. Todos os indivíduos com 10 anos ou mais de idade residentes nos domicílios sorteados foram convidados a participar do estudo, excluindo-se aqueles indivíduos com incapacidade cognitiva ou mental observada pelo supervisor do trabalho de campo e também àqueles institucionalizados (hospitais, casas geriátricas, entre outros).

Foram coletadas informações demográficas (sexo, idade em anos completos, cor da pele auto percebida, situação conjugal); socioeconômicas (escolaridade em anos de estudo completos, posse de bens no domicílio, situação de trabalho atual); comportamentais (tabagismo e uso de álcool auto referido). A variável sobre utilização de medicação para depressão foi utilizada para classificar os indivíduos que estavam em tratamento psicofarmacológico, logo, apresentando remissão ou atenuação dos sintomas.

Para avaliar o EDM foi utilizado o “*Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*” que avalia os sintomas do EDM nas duas semanas anteriores a entrevista. É um questionário composto de nove perguntas que avaliam cada um dos sintomas

específicos descritos nos critérios diagnósticos do EDM segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Em outras populações onde este instrumento foi aplicado, a sensibilidade e especificidade contra o padrão ouro (entrevista diagnóstica) foram de 75% e 90%, respectivamente. Neste estudo foram classificados como deprimidos os indivíduos com cinco ou mais sintomas entre os nove avaliados (n=236). Além disso, todos aqueles que estavam recebendo medicação psiquiátrica para depressão da classe dos antidepressivos tricíclicos (n=42) ou inibidores seletivos da receptação da serotonina (n=157) foram considerados deprimidos. Entre os indivíduos classificados como deprimidos pelo PHQ-9, 21,6% (n=51) utilizavam a medicação supracitada, totalizando 384 indivíduos deprimidos.

Para a análise foi utilizado o programa *Stata/IC*® 12.1, sendo inicialmente realizadas análises descritivas das variáveis coletadas. Considerando o desenho amostral, foi utilizado o comando *svyset* com o objetivo de corrigir as estimativas da variabilidade para a correlação intra-conglomerado. Análises bivariadas e multivariadas foram realizadas por meio de regressão de Poisson usando o prefixo *svy*, com resultados expressos em razões de prevalências. A análise multivariada utilizou um modelo conceitual previamente estabelecido, sendo considerados 3 níveis hierarquizados de determinação do EDM. O primeiro, representado pelas variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele e situação conjugal); o segundo, pelas características socioeconômicas (escolaridade, ABEP e situação de trabalho); o terceiro nível pelas variáveis comportamentais (tabagismo e uso de álcool). As variáveis que preenchiam as condições para serem potenciais fatores de confusão com associação ao nível de  $p < 0,20$  foram levadas à análise multivariada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas de acordo com protocolo 77/2011. O consentimento livre e esclarecido foi assinado antes da coleta das informações. Os indivíduos rastreados pelo instrumento de pesquisa foram atendidos em suas residências ou encaminhados para os serviços de saúde.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entre 3.381 indivíduos adultos considerados elegíveis para participar do estudo, foram entrevistados 2.925 indivíduos (13,5% perdas e recusas). A mediana de idade foi de 45 anos (intervalo interquartil 31-58), 58,9% da amostra são do sexo feminino, 80,1% consideram sua cor de pele como branca e 59,4% relataram situação conjugal como casada ou vivendo com companheiro. Em relação às variáveis socioeconômicas, 52,5% tinham até 10 anos de estudo, 46,4% pertenciam a classes A ou B de acordo com a classificação da ABEP. Em relação às variáveis comportamentais, 58% relataram nunca ter fumado e 57,8% relataram não ter consumido bebida alcoólica nos últimos 30 dias. A prevalência do EDM foi de 13,1% (IC95% 11,7-14,5). Na análise bruta, estiveram associadas com o EDM as variáveis sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, nível econômico, situação de trabalho, tabagismo e uso de álcool ( $p < 0,001$ ) e cor da pele ( $p = 0,022$ ).

Na análise multivariada as mulheres apresentaram maior risco para o EDM quando comparadas aos homens [RP=2,85 (IC95% 2,23-3,64),  $p < 0,001$ ]. Estes resultados são consistentes com a literatura nacional e internacional sobre este tema de pesquisa. Inúmeros estudos identificam um risco maior para o desenvolvimento EDM e outros transtornos mentais entre as mulheres. No

entanto, o mecanismo causal ainda não foi bem esclarecido. Acredita-se que a diferença entre os sexos seja resultado da inter-relação entre fatores genéticos, psicológicos e sociais (VAN DE VELDE; BRACKE et al., 2010) ou ainda seja resultado do nível de equidade das relações de gênero (HOPCROFT; BRADLEY, 2007).

O risco para o EDM foi maior entre os indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos [RP=2,24 (IC95% 1,51-3,32),  $p=0,002$ ] quando comparados com aqueles mais jovens (20 a 29 anos). Nos países de renda baixa e média o EDM se encontra associado com os indivíduos idosos (KESSLER; BIRNBAUM; BROMET et al., 2010; KAWAKAMI; ABDULGHANI et al., 2012). Estudos verificam que o aumento na expectativa de vida da população, relacionado com a transição demográfica nos países de renda baixa e média, pode contribuir para comorbidade entre doenças crônicas, agravando problemas de saúde mental. Além disso, a limitada identificação dos casos de depressão, a baixa qualidade dos serviços e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde contribuem para a permanência dos problemas de saúde mental ao longo da vida (FERNANDEZ; PINTO-MEZA et al., 2010). Os indivíduos com cor da pele preta apresentaram proteção para o EDM em comparação com aqueles com a cor da pele branca [RP= 0,64 (IC95% 0,46-0,90),  $p=0,012$ ]. A maioria dos estudos encontra uma relação inversa, considerando que as relações étnicas desiguais contribuem para maior prevalência entre os indivíduos com cor da pele preta. A situação conjugal não se manteve associada na análise multivariada ( $p=0,781$ ). Este resultado difere de outros estudos que encontraram associação entre situação conjugal e EDM. Aqueles indivíduos sem escolaridade apresentaram um risco maior para o EDM quando comparados com aqueles com escolaridade igual ou superior a 15 anos [RP= 1,98 (IC95% 1,34-2,91),  $p=0,007$ ]. Há um risco maior para apresentar o EDM entre os indivíduos que não estão trabalhando atualmente quando comparados a aqueles que estão trabalhando [RP= 1,58 (IC95% 1,26-1,99),  $p<0,001$ ]. A baixa escolaridade, assim como os indivíduos que não trabalham, além de um reflexo de inequidades sociais pode ser compreendida como maior fator de risco para o EDM à medida que estas pessoas, de maneira geral, também possuem menos condições de acesso aos serviços de saúde, além de piores condições de vida. O nível econômico não se manteve associado na análise multivariada ( $p=0,129$ ). A associação não causal entre nível econômico e depressão não se tem mostrado consistente na literatura, no entanto, a maior parte dos estudos aponta para maior nível de transtornos mentais entre os indivíduos com menor nível econômico. Os indivíduos que fumavam atualmente apresentaram um risco 61% maior para o EDM do que aqueles que nunca fumaram [RP=1,61 (IC95% 1,28-2,01),  $p<0,001$ ]. Uma explicação para o aumento no risco para o EDM entre indivíduos tabagistas encontrada na literatura indica que o uso do tabaco serve para lidar com as alterações no humor, estigma, isolamento social e ansiedade. O uso de álcool não se manteve associado na análise multivariada ( $p=0,636$ ). O uso de álcool é considerado um depressor do sistema nervoso central, porém não foi encontrada associação de risco com o EDM.

#### 4. CONCLUSÕES

Entre os indivíduos adultos, o sexo feminino, a idade mais avançada, aqueles sem escolaridade, que não estão trabalhando atualmente e tabagistas, apresentaram maior risco para o EDM. Indivíduos com a cor da pele preta

apresentaram um fator de proteção para o EDM em relação a aqueles com cor da pele branca. O presente estudo pode contribuir para o entendimento da relação entre o EDM e os determinantes demográficos, socioeconômicos e comportamentais, contribuindo para novas pesquisas sobre este tema e possibilitando que ações de saúde sejam realizadas para o monitoramento, avaliação e tratamento dos transtornos depressivos na atenção primária a saúde.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys.

**International Journal of Methods in Psychiatric**, v. 12, n. 1, p. 3-21, 2003.

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v. 9, n. 1, p. 90, 2011.

FERNANDEZ, A. et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. **General hospital psychiatry**, v. 32, n. 2, p. 201-9, Mar-Apr 2010.

HOPCROFT, R. L.; BRADLEY, D. B. The Sex Difference in Depression Across 29 Countries. **Social Forces**, v. 85, n. 4, p. 1483-1507, June 1, 2007 2007.

KAWAKAMI, N. et al. Early-life mental disorders and adult household income in the world mental health surveys. **Biological psychiatry**, v. 72, n. 3, p. 228-37, Aug 1 2012.

KESSLER, R. C. et al. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **Psychological medicine**, v. 40, n. 2, p. 225-37, Feb 2010.

KESSLER, R. C. 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**, v. 27, n. 4, p. 351-64, Apr 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, Jun 4 2011.

VAN DE VELDE, S.; BRACKE, P.; LEVECQUE, K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. **Social Science & Medicine** v. 71, n. 2, p. 305-13, Jul 2010.