

Sintomatologia depressiva em mulheres e associação às características socioeconômicas, clínicas e comportamentais

Depressive symptomatology in women and association with socioeconomic, clinical, and behavioral characteristics

Sintomatología depresiva en mujeres y su relación con características socioeconómicas, clínicas y conductuales

Daniela Marisol Pérez Angarita¹  <https://orcid.org/0000-0002-4174-0748>

Fernanda Garcia Gabira Miguez²  <https://orcid.org/0000-0001-7603-3325>

Franciele Marabotti Costa Leite²  <https://orcid.org/0000-0002-6171-6972>

Como citar:

Angarita DM, Miguez FG, Leite FM. Sintomatologia depressiva em mulheres e associação às características socioeconômicas, clínicas e comportamentais. Acta Paul Enferm. 2026;39:eAPE000561.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2026A0000561>



Descritores

Depressão; Prevalência; Saúde das mulheres; Fatores de risco

Keywords

Depression; Prevalence; Women's health; Risk factors

Descriptores

Depresión; Prevalencia; Salud de la mujer; Factores de riesgo

Submetido

12 de Março de 2025

Aceito

31 de Agosto de 2025

Autor correspondente

Franciele Marabotti Costa Leite
E-mail: francielemarabotti@gmail.com

Associate Editor

Thiago da Silva Domingos
(<https://orcid.org/0000-0002-1421-7468>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Disponibilidade dos dados:

Os dados da pesquisa estão disponíveis no artigo.

Resumo

Objetivo: Verificar a prevalência de sintomas de depressão em mulheres e sua associação com as características socioeconômicas, clínicas e comportamentais.

Métodos: Os sintomas depressivos foram avaliados pelo instrumento o *Beck Depression Inventory* (BDI). Os dados foram analisados usando estatística descritiva, tomando as frequências brutas e relativas junto com o intervalo de confiança de 95% (IC95%); nas análises bivariadas foi usado o teste qui-quadrado de Pearson. A regressão de Poisson foi realizada com variância robusta usando as Razões de Prevalência (RPs) bruta e ajustada junto com os intervalos de confiança (IC95%). As análises foram realizadas usando o programa Stata 17.

Resultados: As maiores prevalências de sintomas depressivos foram observadas em mulheres com menor escolaridade (RP: 1,59; IC95%: 1,19-2,12), sem religião (RP: 1,47; IC95%: 1,15-1,88), que recebem auxílio do governo (RP: 1,41; IC95%: 1,11-1,80), não praticam exercício físico (RP: 1,47; IC95%: 1,17-1,87), fumantes, (RP: 1,51; IC95%: 1,18-1,94) e com diagnóstico de multimorbidade (RP: 1,60; IC95%: 1,29-1,98).

Conclusão: Os dados apontam para a urgência em fortalecer e ampliar os serviços oferecidos nas redes de atenção psicossocial bem como as políticas públicas para responder às demandas e necessidades das mulheres, considerando suas dificuldades no acesso aos serviços.

Abstract

Objective: To verify the prevalence of depression symptoms in women and their association with socioeconomic, clinical and behavioral characteristics.

Methods: Depressive symptoms were assessed using the Beck Depression Inventory (BDI). Data were analyzed using descriptive statistics, taking unadjusted and relative frequencies along with 95% Confidence Intervals (95%CI). In bivariate analyses, Pearson's chi-square test was used. Poisson regression was performed with robust variance using unadjusted and adjusted Prevalence Ratios (PRs) along with 95%CI. Analyses were performed using Stata 17.

Results: The highest prevalence of depressive symptoms was observed in women with lower education (PR: 1.59; 95%CI: 1.19-2.12), without religion (PR: 1.47; 95%CI: 1.15-1.88), who receive government aid (PR: 1.41; 95%CI: 1.11-1.80), do not practice physical exercise (PR: 1.47; 95%CI: 1.17-1.87), smokers (PR: 1.51; 95%CI: 1.18-1.94) and with a diagnosis of multimorbidity (PR: 1.60; 95%CI: 1.29-1.98).

Conclusion: The data point to the urgency of strengthening and expanding the services offered in psychosocial care networks, as well as public policies to respond to women's demands and needs, considering their difficulties in accessing services.

¹Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Verificar la prevalencia de los síntomas de depresión en las mujeres y su relación con las características socioeconómicas, clínicas y conductuales.

Métodos: Los síntomas depresivos se evaluaron mediante el instrumento *Beck Depression Inventory* (BDI). Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva, tomando las frecuencias brutas y relativas junto con el intervalo de confianza del 95 % (IC95 %). En los análisis bivariados se utilizó la prueba ji cuadrado de Pearson. La regresión de Poisson se realizó con varianza robusta utilizando las razones de prevalencia (RP) brutas y ajustadas junto con los intervalos de confianza (IC95 %). Los análisis se realizaron utilizando el programa Stata 17.

Resultados: La mayor prevalencia de síntomas depresivos se observó en mujeres con menor nivel educativo (RP: 1,59; IC95%: 1,19-2,12), sin religión (RP: 1,47; IC95%: 1,15-1,88), que reciben ayuda del gobierno (RP: 1,41; IC95%: 1,11-1,80), que no practican ejercicio físico (RP: 1,47; IC95%: 1,17-1,87), fumadoras (RP: 1,51; IC95%: 1,18-1,94) y con diagnóstico de multimorbilidad (RP: 1,60; IC95%: 1,29-1,98).

Conclusión: Los datos apuntan a la urgencia de fortalecer y ampliar los servicios ofrecidos en las redes de atención psicosocial, así como las políticas públicas para responder a las demandas y necesidades de las mujeres, teniendo en cuenta sus dificultades para acceder a los servicios.

Introdução

Depressão é um dos transtornos psiquiátricos que mais afetam a população globalmente, sendo considerada como o transtorno mais comum junto com os transtornos de ansiedade. Cerca de 300 milhões de pessoas padecem de depressão no mundo e um incremento aproximado de 25% ocorreu durante o primeiro ano da pandemia pelo coronavírus-19.⁽¹⁾

O Brasil é considerado o país com maior número de casos de depressão na América do Sul, com 11.548.577 (5,8%) de casos registrados na população brasileira.⁽²⁾ Segundo os dados do *Global Burden Disease* (GBD) no Brasil (2017), os transtornos depressivos estavam entre as principais causas de incapacidade vivenciada durante anos principalmente entre mulheres.⁽³⁾ Mulheres apresentam uma prevalência de depressão duas vezes maior que os homens devido aos fatores socioculturais e ambientais permeados pela desigualdade de gênero transmitida historicamente.^(4,5)

Quanto à manifestação clínica, os sintomas depressivos são caracterizados principalmente por humor triste e perda de interesse ou prazer. Eles afetam significativamente a capacidade para realizar atividades cotidianas, repercutindo no rendimento laboral, relacionamentos e qualidade de vida.⁽¹⁾ Os sintomas são tais como tristeza, desânimo, fadiga, lentidão, isolamento e ruminação; perdas de interesse, vontade, senso de humor e capacidade de desfrutar; sono irregular, falta de energia, dificuldade para realizar atividades, alimentação e higiene corporal; percepção catastrófica, crenças rígidas, sentimentos de culpa e redução na concentração.^(6,7) Os sintomas podem estar inter-relacionados, apresen-

tando retroalimentação e agravamento progressivo na maioria dos casos.^(8,9)

Neste cenário, é importante considerar a Política Nacional de Saúde Mental,⁽¹⁰⁾ que representa um marco legal robusto para enfrentar doenças psiquiátricas, bem como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial.⁽¹¹⁾ Neste sentido, a Portaria 2436/2017 incluiu a área de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.⁽¹²⁾ Esses procedimentos administrativos contribuem para uma abordagem ampliada, multidisciplinar e holística para melhorar os serviços prestados, distanciando-se do modelo hospitalocêntrico.⁽¹³⁾

Além disso, vale refletir sobre a importância do conhecimento sobre o tema da saúde mental. As capacitações são muito importantes, pois quando os profissionais recebem capacitação, eles estão melhor preparados para o atendimento. Além disso, é fundamental que os treinamentos ultrapassem a oferta de conhecimentos específicos em saúde mental, contribuindo para um cuidado interprofissional, priorizando o diálogo entre saberes e deveres e promovendo assistência integral.⁽¹⁴⁾ Destaca-se a relevância desta pesquisa, considerando o exposto acima e que os estudos sobre a prevalência dos sintomas de depressão em mulheres são poucos. Este é o primeiro estudo transversal de base populacional, que explora os sintomas depressivos e os fatores associados em mulheres que moram na cidade de Vitória (Espírito Santo, ES, Brasil), contribuindo para o conhecimento nas áreas de saúde mental e integral das mulheres. Portanto, o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de sintomas de depressão e sua associação com as características socioeconômicas, clínicas e comportamentais em mulheres.

Métodos

Estudo epidemiológico tipo transversal foi realizado no período de janeiro a maio de 2022. O estudo foi realizado na cidade de Vitória (Espírito Santo, ES) com 1086 mulheres com idade ≥ 18 anos. O critério de inclusão foi ter um parceiro íntimo atual ou nos últimos 24 meses. As mulheres que não tinham capacidade de compreensão ou comunicação devido a um déficit intelectual ou sensorial, que impossibilitou responder a pesquisa, foram excluídas.

A amostragem foi realizada consultando os setores censitários na cidade de Vitória conforme o censo de 2010 conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).⁽¹⁵⁾ O número total de domicílios na área urbana de Vitória (ES) em 2010 (108.515) foi dividido por 100 (número de setores a serem visitados) para calcular o salto sistemático (1.085). A lista de domicílios foi ordenada por nível socioeconômico e o sorteio foi realizado aleatoriamente usando o programa estatístico *R* até obter o número adequado a cada setor. Foi respeitada a proporcionalidade ao número de residências e mulheres em cada setor.⁽¹⁶⁾ Depois da seleção dos setores censitários, os domicílios foram selecionados aleatoriamente a partir da lista disponibilizada pelo IBGE em sua plataforma *online*. Para estimar o tamanho da amostra, foi considerada a prevalência de 50% visando maximizar a amostra (nível de confiança: 95%; erro aceitável: 5%). Para estudar a associação dos fatores de risco, foram considerados nível de 95%, poder de 80% e razão expostos/não expostos de 1:1. A esse valor foram somados 10% para possíveis perdas e 30% para fatores de confusão, e a amostra final calculada foi de 1100 mulheres.⁽¹⁶⁾

A coleta de dados foi realizada em domicílio, de forma individual e em local privativo. Todas entrevistadoras eram do sexo feminino, tendo sido adequadamente treinadas e supervisionadas. Os dados foram coletados usando Tablets, tendo sido gerenciados pela ferramenta eletrônica para captura de dados *Research Electronic Data Capture* (REDCap). O estudo piloto ocorreu em dezembro de 2021 (34 entrevistas) cujos dados não foram incluídos na amostra final da pesquisa. A variável dependen-

te do presente estudo está relacionada à sintomatologia depressiva avaliada pelo instrumento *Beck Depression Inventory* (BDI) desenvolvido por Aaron Beck e colaboradores (1961).⁽¹⁷⁾ O questionário avaliou itens tais como: tristeza, pessimismo, auto-crítica, choro, irritabilidade, indecisão, autoestima, preocupação, cansaço ou fadiga, pensamento suicida, falta de energia, perda de prazer e/ou interesse, sentimentos de fracasso e/ou culpa e/ou punição e/ou decepção, e alterações no apetite e/ou sono e/ou peso e/ou interesse sexual.⁽¹⁷⁾

O Inventário de Depressão de Beck é uma escala tipo *Likert* formada por 21 itens que pode ser autoadministrada. De acordo com a validação do instrumento, a presença de sintomas depressivos é classificada em mínima (0-11), leve (12-19), moderada (20-35) e grave (36-63).⁽¹⁸⁾ No presente estudo, os itens e suas respectivas classificações de intensidade (leve, moderada e grave) foram inicialmente descritas, sendo depois dicotomizados, classificando os que pontuaram 0-11 como ausência de sintomas depressivos e aqueles com pontuação ≥ 12 como sintomas depressivos.

As variáveis independentes do estudo foram as seguintes: faixa-etária (18-29; 30-39; 40-49; 50-59 e ≥ 60 anos); raça ou cor da pele (branca; negra; amarela; parda e indígena); escolaridade da mulher (0-8; 9-11 e ≥ 12 anos de estudo); renda familiar por tercil (primeiro, tercil mais baixo; segundo e terceiro, tercil mais alto) e classe socioeconômica (avaliado pelo Critério Brasil, Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas, ABEP, que estratifica as classes socioeconômicas) A1, B1, B2, C1, D e E. No presente estudo, as classificações (A, B, C e D/E)⁽¹⁹⁾ foram agrupadas em situação conjugal (com e sem companheiro); religião (não; sim); trabalho remunerado (não; sim); número de pessoas no domicílio (0-2; 3-5 e ≥ 6 pessoas); tem casa própria (não; sim) e auxílio do governo (não; sim). O excesso de peso foi classificado calculando o índice de massa corporal (IMC) em que o peso e a altura foram autorrelatados, considerando as pessoas com IMC ≥ 25 kg como tendo excesso de peso (não; sim); tabagismo (nunca fumou; já fumou mas parou de fumar); uso de bebidas alcoólicas (não; sim) e atividade física autorrelatada (prática de caminhada,

musculação, ginástica, pilates e/ou outros tipos de atividade), sendo dicotomizada (não; sim). A variável multimorbidades foi mensurada a partir do autorrelato de dois ou mais agravos de doença tais como: hipertensão, dislipidemia, diabetes, doenças coronarianas (infarto agudo do miocárdio e/ou angina), acidente vascular cerebral, problemas pulmonares (asma, bronquite, enfisema e/ou doença pulmonar obstrutiva crônica, DPOC), doença crônica no fígado (hepatite, cirrose e/ou outros), artrite e/ou artrose, problemas de visão (glaucoma e/ou catarata) problemas na tireoide (hipo e/ou hipertireoidismo), câncer, epilepsia, Alzheimer, Parkinson, osteoporose, perda da função renal ou depressão. A variável multimorbidades foi dicotomizada em sim/não.

Os dados foram inicialmente analisados pelos itens e classificações sintomatológicas do BDI usando estatística descritiva por frequências absoluta e relativa e seus intervalos de confiança (IC) de 95%. A análise comparativa das classificações sintomatológicas foi depois realizada dicotomicamente usando o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson (nível de significância: 5%) e a associação entre as variáveis foi feita usando a Regressão de Poisson com variância robusta pela Razão de Prevalências (RPs) bruta e ajustada, bem como seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Para entrar na análise ajustada, foram considerados os valores de $p < 0,20$ e permanência quando $p < 0,05$. A análise ajustada ocorreu pela entrada no modelo a partir de dois níveis: os dados socio-demográficos foram incluídos no primeiro nível e os dados do primeiro modelo adicionados aos dados comportamentais e clínicos foram incluídos no segundo. Para permanência no modelo final, foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A análise estatística foi realizada usando o programa *Stata* (v. 17.0).

Este estudo fez parte da pesquisa “Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo: um estudo de base populacional” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Espírito Santo (CEP/UFES; Parecer: 4.974.080) e registrada com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE: 41628820.6.0000.5060).

Resultados

Quanto aos dados de sintomas depressivos em mulheres residentes na cidade de Vitória (ES, Brasil), 22,8% das entrevistadas relataram ter tido sentimentos de tristeza e 21,2% delas se sentido desanimadas quanto ao futuro. Foi observado que 12,5% delas sentiam que fracassaram mais que pessoas comuns. Cerca de 3 em cada 10 mulheres não sentiam mais prazer nas coisas como antes, sentindo culpa às vezes (25,1%), decepção consigo mesmas (21,3%) e que podiam ser punidas (6,9%). Elas relataram se sentir mais irritadas do que habitualmente (~27%) e se interessar menos pelas pessoas (~24%). Quanto à autoestima, elas relataram sentir que sua aparência está pior do que costumava ser (16,4%), modificações no sono (~26%), e mais cansadas ou fadigadas que habitualmente (~41%). Além disso, elas relataram se sentir mais preocupadas (25%) e ter tido pensamentos suicidas (~5%) (Tabela 1).

As mulheres não apresentavam sintomas depressivos (~76%; IC95%: 73,4-78,5), apresentavam sintomas leves (15,1%; IC95%: 13,1-17,4), moderados (7,9%; IC95%: 6,4-9,7) e graves (~1%; IC95%: 0,5-1,7) (Tabela 2).

Em relação à análise bivariada, a tabela 3 mostra que os sintomas depressivos estavam relacionados às variáveis de escolaridade das mulheres, renda familiar (por tercil) e/ou renda (classificação da ABEP), situação conjugal, religião e auxílio do governo ($p < 0,05$). Quanto às características comportamentais e clínicas, os sintomas depressivos estavam relacionados a tabagismo, atividade física e multimorbidade ($p < 0,05$).

A análise ajustada mostrou que mulheres com menor escolaridade apresentaram quase 60% mais sintomas depressivos (RP: 1,59; IC95%: 1,19-2,12) em comparação aquelas com maior escolaridade. Mulheres sem companheiro tiveram 42% mais frequência de prevalência de sintomas depressivos (RP: 1,42; IC95%: 1,12-1,80) comparadas àquelas com companheiro. Além disso, não ter qualquer religião levou a 1,47 vezes maior prevalência de sintomas depressivos (RP: 1,47; IC95%: 1,15-1,88) e as mulheres que recebiam auxílio do governo tive-

Tabela 1. Respostas de mulheres residentes na cidade de Vitória (zona urbana; ES, Brasil) sobre a intensidade dos sintomas de depressão (n=1086)

Variáveis	n(%)	IC95%
Tristeza		
Não me sinto triste	786(72,4)	69,6-74,9
Eu me sinto triste	248(22,8)	20,4-25,4
Estou sempre triste e não consigo sair disso	38(3,5)	2,6-4,8
Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	14(1,3)	0,7-2,2
Pessimismo		
Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro	782(72,0)	69,2-74,6
Eu me sinto desanimada quanto ao futuro	230(21,2)	18,8-23,7
Acho que nada tenho a esperar	45(4,1)	3,1-5,5
Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	29(2,7)	1,8-3,8
Sensação de fracasso		
Não me sinto um fracasso	919(84,6)	82,3-86,6
Acho que fracassei mais que as pessoas comuns	135(12,5)	10,6-14,5
Quando olho para trás na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos	20(1,8)	1,2-2,8
Acho que sou um completo fracasso como pessoa	12(1,1)	0,6-1,9
Perda de prazer		
Tenho tanto prazer em tudo como antes	713(65,6)	62,8-68,4
Não sinto mais prazer nas coisas como antes	320(29,5)	26,8-32,3
Não encontro prazer real em mais nada	24(2,2)	1,4-3,3
Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo	29(2,7)	1,9-3,8
Sentimento de culpa		
Não me sinto especialmente culpada	761(70,1)	67,3-72,7
Eu me sinto culpada às vezes	273(25,1)	22,6-27,8
Eu me sinto culpada na maior parte do tempo	38(3,5)	2,6-4,8
Eu me sinto sempre culpada	14(1,3)	0,8-2,2
Sentimento de punição		
Não acho que esteja sendo punida	942(86,7)	84,5-88,6
Acho que posso ser punida	75(6,9)	5,5-8,6
Creio que vou ser punida	13(1,2)	0,7-2,0
Acho que estou sendo punida	56(5,2)	0,4-6,6
Sentimento de decepção		
Não me sinto decepcionada comigo mesmo	843(77,6)	75,0-80,0
Estou decepcionada comigo mesmo	231(21,3)	18,9-23,8
Estou enojada de mim	10(0,9)	0,5-1,7
Eu me odeio	2(0,2)	0,0-0,7
Autocrítica		
Não me sinto de qualquer modo pior que os outros	809(74,5)	71,8-77,0
Sou crítica em relação a mim devido a minhas fraquezas ou erros	210(19,3)	17,1-21,8
Eu me culpo sempre por minhas falhas	56(5,2)	4,0-6,6
Eu me culpo por tudo de mal que acontece	11(1,0)	0,6-1,8
Pensamentos suicidas		
Não tenho qualquer ideia de me matar	1035(95,3)	93,9-96,4
Tenho ideias de me matar, mas não as executaria	40(3,7)	2,7-4,9
Gostaria de me mata	6(0,6)	0,2-1,2
Eu me mataria se tivesse oportunidade	5(0,5)	0,2-1,1
Choro		
Não choro mais que o habitual	812(74,7)	72,1-77,3
Choro mais agora do que costumava antes	170(15,7)	13,6-17,9
Agora, choro o tempo todo	44(4,1)	3,0-5,4
Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira	60(5,5)	4,3-7,0
Irritabilidade		
Não sou mais irritada agora do que já fui	652(60,0)	57,1-62,9
Fico molestada ou irritada mais facilmente do que costumava ficar	288(26,5)	23,9-29,2

Continua...

Continuação.

Variáveis	n(%)	IC95%
Atualmente, me sinto irritada o tempo todo	87(8,0)	6,5-9,7
Não me irrita absolutamente com as coisas que costumavam me irritar	59(5,5)	4,2-6,9
Perda de interesse		
Não perdi o interesse nas outras pessoas	752(69,2)	66,4-71,9
Interesse-me menos do que costumava me interessar pelas outras pessoas	257(23,7)	21,2-26,3
Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas	53(4,9)	3,7-6,3
Perdi todo meu interesse nas outras pessoas	24(2,2)	1,5-3,3
Indecisão		
Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época	795(73,2)	70,5-75,8
Adio minhas decisões mais do que costumava	157(14,5)	12,5-16,7
Tenho mais dificuldade para tomar decisões do que antes	109(10,0)	8,4-11,9
Não consigo mais tomar decisões	25(2,3)	1,6-3,4
Autoestima		
Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser	762(70,2)	67,4-72,8
Preocupo-me por estar parecendo velha ou sem atrativos	178(16,4)	14,3-18,7
Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos	91(8,3)	6,9-10,2
Considero-me feia	55(5,1)	3,9-6,5
Falta de energia		
Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes	753(69,3)	66,5-72,0
Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa	251(23,1)	20,6-25,7
Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa	64(5,9)	4,6-7,4
Não consigo fazer nenhum trabalho	18(1,7)	1,0-2,6
Alteração no sono		
Durmo tão bem quanto de costume	627(57,7)	54,8-60,6
Não durmo tão bem quanto costumava dormir	280(25,8)	23,3-28,5
Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de costume e tenho dificuldade para voltar a dormir	106(9,8)	8,1-11,7
Acordo muitas horas mais cedo do que costumava acordar e tenho dificuldade para voltar a dormir	73(6,7)	5,4-8,4
Cansaço ou fadiga		
Não fico mais cansada do que de costume	555(51,1)	48,1-54,1
Fico cansada com mais facilidade do que costumava ficar	443(40,8)	37,9-43,7
Sinto-me cansada ao fazer quase qualquer coisa	63(5,8)	4,6-7,4
Estou cansada demais para fazer qualquer coisa	25(2,3)	1,6-3,4
Alterações no apetite		
Meu apetite não está pior do que de costume	875(80,6)	78,1-82,8
Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser	133(12,2)	10,4-14,3
Meu apetite está muito pior agora	61(5,6)	4,3-7,1
Não tenho mais qualquer apetite	17(1,6)	0,9-2,5
Alterações no peso		
Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente	896(82,5)	80,1-84,7
Perdi mais de 2,5 kg	115(10,6)	8,9-12,6
Perdi mais de 5,0 kg	39(3,6)	2,6-4,8
Perdi mais de 7,5 kg	36(3,3)	2,4-4,6
Preocupação		
Não me preocupo mais que de costume com minha saúde	718(66,1)	63,2-68,9
Preocupo-me com problemas físicos tais como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre	268(24,7)	22,2-27,3
Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso	80(7,4)	5,9-9,0
Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa	20(1,8)	1,2-2,8
Alterações no interesse sexual		
Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual	643(59,2)	56,2-62,1
Estou menos interessada por sexo agora do que antes	223(20,5)	18,2-23,0
Estou bem menos interessada em sexo agora	139(12,8)	10,9-14,9
Perdi completamente o interesse por sexo	81(7,5)	6,0-9,2

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%

Tabela 2. Intensidade dos sintomas depressivos entre as mulheres residentes na cidade de Vitória (ES, Brasil; 2022) (n=1086)

Variáveis	n(%)	IC95%
Sem sintoma	826(76,1)	73,4-78,5
Sintomas leves	164(15,1)	13,1-17,4
Sintomas moderados	86(7,9)	6,4-9,7
Sintomas graves	10(0,9)	0,5-1,7

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%

Tabela 3. Distribuição dos sintomas depressivos entre mulheres residentes na cidade de Vitória (ES, Brasil; 2022), segundo as características sociodemográficas, econômicas, comportamentais e clínicas (n=1086)

	n(%)	IC95%	p-value*
Características sociodemográficas e econômicas			
Faixa etária (anos)			0,170
18-29	61(30,2)	24,3-36,9	
30-39	48(23,5)	18,2-29,8	
40-49	53(23,9)	18,7-29,9	
50-59	39(19,9)	14,9-26,1	
≥60	59(22,5)	17,8-27,9	
Raça e/ou cor da pele			0,586
Branca	102(23,4)	19,6-27,6	
Negra	54(27,6)	21,7-34,2	
Amarela	2(12,5)	3,1-38,6	
Parda	100(23,2)	19,5-27,4	
Indígena	2(28,6)	7,2-6,7	
Escolaridade das mulheres (anos de estudo)			<0,001
0-8	61(30,1)	24,1-36,7	
9-11	101(28,7)	24,2-33,6	
≥12	98(18,5)	15,4-22,0	
Renda familiar por tercil			<0,001
Primeiro (mais baixo)	127(30,7)	26,4-35,3	
Segundo	76(21,8)	17,8-26,4	
Terceiro (mais alto)	57(17,6)	13,9-22,2	
ABEP**			0,031
A	17(17,2)	10,9-25,9	
B	104(21,7)	18,2-25,6	
C	108(26,1)	22,1-30,6	
D/E	31(32,6)	23,9-42,7	
Situação conjugal			0,003
Com companheiro	196(22,1)	19,5-25,0	
Sem companheiro	64(32,0)	25,9-38,8	
Religião (n= 1.086)			0,002
Não	60(33,0)	26,5-40,1	
Sim	200(22,1)	19,5-24,9	
Trabalho remunerado			0,207
Não	152(25,4)	22,0-29,0	
Sim	108(22,1)	18,6-26,0	
Número de pessoas no domicílio			0,613
0-2	92(22,3)	18,6-26,6	
3-5	155(24,8)	21,6-28,4	
≥6 ou mais	13(26,0)	15,7-39,8	
Tem casa própria			0,082
Não	87(27,4)	22,8-32,6	
Sim	173(22,5)	19,7-22,6	
Auxílio do governo			<0,001
Não	193(21,6)	18,9-24,4	
Sim	67(35,1)	28,6-42,1	

Continua...

Continuação.

	n(%)	IC95%	p-value*
Características comportamentais e clínicas			
Excesso de Peso (N=1075)			0,311
Não	107(22,4)	18,9-26,4	
Sim	150(25,1)	21,8-28,7	
Tabagismo			<0,001
Nunca fumou	171(21,3)	18,6-24,2	
Sim	56(40,9)	32,9-49,3	
Fumou, mas parou de fumar	33(22,8)	16,6-30,3	
Uso de bebidas alcoólicas (N=1080)			0,470
Não	137(25,0)	21,5-28,8	
Sim	123(23,1)	19,7-26,9	
Atividade Física			<0,001
Não	172(29,2)	25,7-33,0	
Sim	88(17,7)	14,6-21,3	
Multimorbidades			<0,001
Não	111(18,6)	15,6-21,9	
Sim	149(30,5)	26,6-34,8	

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; *Teste qui-quadrado de Pearson; **ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ram 41% maior prevalência de sintomas depressivos (RP: 1,41; IC95%: 1,11-1,80) (Tabela 4). Quanto às mulheres tabagistas, elas tiveram 51% maior prevalência de sintomas depressivos que as não tabagistas e aquelas que não praticavam atividade física também apresentaram maior prevalência desse agravo (RP: 1,47; IC95%: 1,17-1,87). A presença de algum diagnóstico de multimorbidade mostrou uma prevalência 60% maior de sintomas depressivos comparada àquelas mulheres sem diagnóstico de multimorbidade.

Discussão

Os achados do presente estudo mostraram que as mulheres entrevistadas tinham sintomas depressivos leves (15,1%), moderados (7,9%) e graves (0,9%), destacando-se o relato de sintomas tais como redução do prazer ao realizar as atividades, irritabilidade, falta de interesse pelas pessoas, sentimento de culpa, cansaço, fadiga, preocupação e alterações no sono. Os achados acima se assemelham àqueles de um estudo realizado com mulheres assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma cidade de Minas Gerais, apontando que elas tinham sintomas de depressão pelo BDI (~18%) e seus sintomas eram leves (5,0%) e moderados (8,2%).⁽²⁰⁾

Tabela 4. Análise bruta e ajustada de sintomas depressivos usando a Regressão de Poisson com variância robusta entre mulheres residentes na cidade de Vitória (ES, Brasil; 2022) segundo as características sociodemográficas, econômicas, comportamentais e clínicas

Variáveis	RP*	IC95%	p-value	RPa**	IC95%	p-value
Faixa etária (anos)			0,159			0,516
18-29	1,34	0,99-1,82		1,13	0,81-1,59	
30-39	1,04	0,75-1,46		0,99	0,70-1,42	
40-49	1,06	0,77-1,47		1,07	0,77-1,49	
50-59	0,88	0,62-1,27		0,82	0,58-1,17	
≥60	Ref.			Ref.		
Raça e/ou cor da pele			0,608			-
Branca	Ref.			-	-	
Negra	1,18	0,89-1,56		-	-	
Amarela	0,53	0,14-1,98		-	-	
Parda	0,99	0,78-1,26		-	-	
Indígena	1,22	0,34-3,99		-	-	
Escolaridade (anos de estudo)			0,001			0,001
0-8	1,63	1,24-2,15		1,59	1,19-2,12	
9-11	1,55	1,22-1,98		1,50	1,18-1,91	
≥12	Ref.			Ref.		
Renda familiar por tercil			<0,001			0,291
Primeiro (mais baixo)	1,74	1,32-2,29		1,27	0,92-1,17	
Segundo	1,23	0,91-1,68		1,09	0,78-1,50	
Terceiro (mais alto)	Ref.			Ref.		
ABEP#			0,030			0,640
A	Ref.			Ref.		
B	1,26	0,79-2,01		1,04	0,64-1,69	
C	1,52	0,96-2,42		0,88	0,51-1,50	
D/E	1,90	1,13-3,20		0,85	0,46-1,59	
Situação conjugal			0,002			0,004
Com companheiro	Ref.			Ref.		
Sem companheiro	1,45	1,14-1,83		1,42	1,12-1,80	
Religião			0,001			0,002
Não	1,49	1,17-1,90		1,47	1,15-1,88	
Sim	Ref.			Ref.		
Trabalho remunerado			0,218			-
Não	1,15	0,93-1,43		-	-	
Sim	Ref.			-	-	
Número de pessoas no domicílio			0,615			-
0-2	Ref.			-	-	
3-5	1,11	0,89-1,40		-	-	
≥6	1,16	0,71-1,92		-	-	
Tem casa própria			0,079			0,288
Não	1,22	0,98-1,52		1,13	0,90-1,41	
Sim	Ref.			Ref.		
Auxílio do governo			<0,001			0,005
Não	Ref.			Ref.		
Sim	1,63	1,29-2,05		1,41	1,11-1,80	
Excesso de peso			0,312			-
Não	Ref.			-	-	
Sim	1,12	0,90-1,39		-	-	
Tabagismo			<0,001			0,003
Nunca fumou	Ref.			Ref.		
Sim	1,92	1,50-2,45		1,51	1,18-1,94	
Fumou, mas parou de fumar	1,07	0,77-1,49		0,97	0,70-1,34	
Uso de bebidas alcoólicas			0,470			-
Não	Ref.			-	-	
Sim	0,92	0,75-1,14		-	-	
Atividade Física			<0,001			0,001
Não	1,65	1,31-2,07		1,47	1,17-1,85	
Sim	Ref.			Ref.		
Multimorbidades			<0,001			<0,001
Não	Ref.			Ref.		
Sim	1,64	1,32-2,04		1,60	1,29-1,98	

*RP: Razão de Prevalência; **RPa: Razão de Prevalência ajustada; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; #ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Sintomas depressivos em mulheres apontam a vulnerabilidade da população, pois elas são mais suscetíveis a tal condição devido a fatores genéticos, alterações hormonais e sobrecarga por desempenharem várias tarefas e por questões sociais.⁽²¹⁾ Esses achados são preocupantes pois sintomas depressivos causam sofrimento psíquico que podem interferir nas capacidades funcional e social, bem-estar e qualidade de vida das mulheres.⁽¹⁾

Em relação às variáveis socioeconômicas estudadas, mulheres com menor escolaridade apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos (~60%). Um estudo recente mostrou que o nível de escolaridade é um indicador social de risco para a ocorrência de depressão.⁽²²⁾ Igualmente, um outro estudo conduzido em Minas Gerais (Brasil) envolvendo 1958 mulheres destacou que ter baixa escolaridade e histórico de doença mental são fatores associados à depressão.⁽²³⁾ Os dados indicam que menor escolaridade está frequentemente associada a menores oportunidades laborais, resultando em condições econômicas precárias que podem gerar sintomas depressivos.^(24,20)

Igualmente, foi observada maior prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres que recebem auxílio do governo, indicando que elas tiveram maior prevalência de sintomas depressivos (41%) comparadas às mulheres que não recebem auxílio. Isso concorda com um estudo que evidenciou prevalência de depressão em mulheres analfabetas, desempregadas e viúvas e/ou separadas, bem como em pessoas de grupos étnicos minoritários e famílias de menor tamanho (1-4 membros).⁽²⁵⁾ Foi confirmado que fatores socioeconômicos tais como pobreza, dificuldades econômicas e desemprego podem aumentar o risco de desenvolver sintomas depressivos.⁽²⁶⁾

Foi confirmada maior prevalência de sinais e sintomas de depressão em mulheres sem companheiros que tiveram maior prevalência de sintomas depressivos (42%). Isso pode ser justificado considerando que a ausência de uma rede de apoio familiar e emocional pode levar a maior vulnerabilidade psicológica, bem como a uma sobrecarga desproporcional de responsabilidades domésticas, compromissos sociais e econômicos para mulheres sem suporte conjugal.^(27,28) Além disso, é importante destacar a disparidade e desigual-

dade de gênero que tornam as mulheres mais vulneráveis ao estresse social, além da feminização da pobreza que leva mulheres a fazer dupla ou tripla jornada de trabalho.^(6,29)

Neste estudo, um outro achado foi que a prevalência de sintomas de depressão é maior entre as mulheres que declararam não ter qualquer religião. Isso levou a maior prevalência de sintomas depressivos (47%) pois a religião facilita a busca do sentido da vida; a espiritualidade é considerada parte importante da saúde integral e uma espécie de suporte para enfrentar as dificuldades e problemas.^(30,31)

Em relação às variáveis comportamentais da presente pesquisa, foi encontrada maior prevalência de sintomas de depressão entre mulheres tabagistas, que tiveram maior frequência de sintomas depressivos comparadas às não tabagistas (51%). Isto concorda com um estudo que mostrou que o tabagismo é uma das causas do deterioramento da saúde, alterando o funcionamento cerebral e predispondo as doenças neuropsiquiátricas.⁽³²⁾ Neste sentido, maior prevalência de sintomas depressivos foi observada entre mulheres que não praticam atividade física. Um aumento na prevalência de depressão encontrado no Brasil em 2013-2019 foi associado a comportamentos de tabagismo e sedentarismo.⁽³³⁾ Diferentes pesquisas mostraram que há fatores de risco relacionados com comportamentos, hábitos e estilos de vida não saudáveis, má alimentação, inatividade física e sedentarismo bem como consumo e abuso de substâncias psicoativas tais como álcool, cigarro e drogas.^(34,35)

Quanto à associação com a presença de multimorbidade (isto é, diagnóstico de dois ou mais problemas de saúde), os achados apontaram prevalência 1,6 vezes maior de sintomas depressivos entre as mulheres que afirmaram ter duas ou mais doenças crônicas. Esse resultado é semelhante ao encontrado na literatura onde foi confirmado que pessoas com doenças têm maiores chances de atingir a manifestação mais grave do quadro depressivo.⁽³⁶⁾

A saúde mental é uma desafiadora questão de saúde pública que requer a reconstrução da política de saúde no Brasil, permitindo oferecer também um cuidado adequado para acompanhar os determinantes do adoecimento mental.⁽³⁷⁾ Novas estra-

tégias de cuidado devem ser implementadas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, envolvendo um cuidado interprofissional contínuo contemplando todos os níveis de assistência com escuta qualificada.⁽¹⁴⁾

Quanto às limitações do estudo, destacamos o delineamento da pesquisa, pois estudos transversais devem ponderar a possibilidade de causa reversa entre os sintomas depressivos e as variáveis socioeconômicas, clínicas e comportamentais estudadas. Por outro lado, nossos achados concordam com outros estudos. Além disso, recomendamos desenvolver pesquisas futuras de base populacional em diferentes cidades a fim de obter diferentes parâmetros de comparação, bem como estudos de abordagem qualitativa em mulheres com sintomas depressivos para complementar as informações e fortalecer as políticas de saúde mental.

Conclusão

A prevalência de sintomas depressivos leves e a maior prevalência de sintomas depressivos está associada a mulheres com menor escolaridade, sem religião, que recebem auxílio do governo, sedentárias, tabagistas e com multimorbidade. São necessárias políticas públicas abordando nos serviços de saúde as desigualdades de gênero, sobrecarga de trabalho doméstico junto com atividades de cuidados, vulnerabilidades e determinantes sociais que afetam a saúde mental das mulheres. É urgente fortalecer e ampliar os serviços oferecidos nas redes de atenção psicossocial para responder às demandas e necessidades das mulheres, facilitar o acesso aos serviços de Saúde mental no Brasil e o diagnóstico e tratamento dos sintomas de depressão nas mulheres e qualificar os serviços de saúde mental para fornecer um tratamento mais holístico para esse público.

Colaborações

Angarita DMP, Miguez FGG e Leite FMC contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica

ca relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 July 31]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
2. World Health Organization (WHO). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 July 31]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
3. Bonadiman CS, Malta DC, de Azeredo Passos VM, Naghavi M, Melo AP. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Popul Health Metr.* 2020;18(1 Suppl 1):6.
4. Toribio-Caballero S, Cadernal V, Avila A, Ovejero M. Gender roles and women's mental health: their influence on the demand for psychological care. *An Psicol.* 2022;38(1):7–16.
5. Bacigalupe A, Martín U. Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: are we medicalising women's mental health? *Scand J Public Health.* 2021;49(3):317–24.
6. Alshaya DS. Genetic and epigenetic factors associated with depression: an updated overview. *Saudi J Biol Sci.* 2022;29(8):103311.
7. Dalgallarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico] / Paulo Dalgallarrondo. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
8. Thorp JG, Gerring ZF, Colodro-Conde L, Byrne EM, Medland SE, Middeldorp CM, et al. The association between trauma exposure, polygenic risk and individual depression symptoms. *Psychiatry Res.* 2023;321:115101.
9. Bonetto GG, Corral RM, Lupo C, Duprat MV, Alessandria H, Kanevsky G, et al. Trastorno depresivo mayor y depresión resistente al tratamiento: un análisis epidemiológico en Argentina del estudio de Depresión resistente al tratamiento en América Latina. *Vertex Rev Argentina Psiquiatría.* 2022;33(155):36–49.
10. Brasil. Presidência da República. Lei no. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF): Presidência da República; 2001 [citado 2025 Jul 31]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 2025 Jul 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2025 Jul 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
13. Mercedes BP. Depressão em adultos do Brasil: custos, perfil dos atendimentos e cobertura presumida dos CAPS [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2023.

14. de Souza JK, Mendes DC, Silva GC, Vedana KG, Scorsolini-Comin F, Fiorati RC, et al. Percepção de enfermeiros de unidades básicas de saúde quanto a atuação frente aos casos de depressão. *Cogitare Enferm.* 2023;28:e87045.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: resultados do Município de Vitória-ES. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2025 Jul 31]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
16. Leite FM, Venturin B, Ribeiro LE, De Paula Silva R, Luis Alves M, Wehrmeister FC, et al. Intimate partner violence against women during covid-19: A population-based study in Vitória, state of Espírito Santo, Brazil. *PLoS One.* 2023;18(12):e0295340.
17. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol.* 1988;8:77–100.
18. Cunha JA. Manual da versão em português da Escala Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
19. de Empresas de Pesquisa AB. Critério de classificação econômica Brasil 2022: Índice ABEP. São Paulo: ABEP; 2022 [citado 2025 Jul 31]. Disponível em: <https://abep-tic.org.br/indice-abep-2022/>
20. Parreira BD, Goulart BF, Ruiz MT, Silva SR, Gomes-Sponholz FA. Sintomas de depressão em mulheres rurais: fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais e reprodutivos. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(4):375–82.
21. Martins HX, Siqueira JH, Oliveira AM, Jesus HC, Pereira TS, Sichieri R, et al. Multimorbidade e cuidado com a saúde de agentes comunitários de saúde em Vitória, Espírito Santo, 2019: um estudo transversal. *Epidemiol Serv Saude.* 2022;31(1):e2021543.
22. Pena-Gralle AP, Talbot D, Trudel X, Milot A, Gilbert-Ouimet M, Lavigne-Robichaud M, et al. Socioeconomic inequalities, psychosocial stressors at work and physician-diagnosed depression: time-to-event mediation analysis in the presence of time-varying confounders. *PLoS One.* 2023;18(10):e0293388.
23. Gonçalves AM, Teixeira MT, Gama JR, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr.* 2018;67(2):101–9.
24. Laurindo CR, Leite IC, Cruz DT. Prevalência e fatores associados a sintomas ansiosos e depressivos em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora-MG, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2022;27(12):4493–509.
25. Luitel NP, Lamichhane B, Pokhrel P, Upadhyay R, Taylor Salisbury T, Akerke M, et al. Prevalence of depression and associated symptoms among patients attending primary healthcare facilities: a cross-sectional study in Nepal. *BMC Psychiatry.* 2024;24(1):356.
26. Holmgren JL, Carlson JA, Gallo LC, Doede AL, Jankowska MM, Sallis JF, et al. Neighborhood socioeconomic deprivation and depression symptoms in adults from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL). *Am J Community Psychol.* 2021;68(3-4):427–39.
27. Cruz-barreda XG, Hernández-vásquez A, Azañedo D. Fatores contextuais e individuais associados a sintomas depressivos em residentes latino-americanos de onze cidades: análise multinível. *Med Prev.* 2022;161:107156.
28. Echeburúa E, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello FP. Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y el Uso de la Violencia Revisado (IPDMUV-R): propiedades psicométricas. *An Psicol.* 2016;32(3):837–46.
29. Franco DA, Magalhães AS, Féres-carneiro T. Violência doméstica e rompimento conjugal: repercussões do litígio na família. *Pensando Fam.* 2018;22(2):154–71.
30. de Miranda SL, Lanna MA, Fellippe WC. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: estudo exploratório. *Psicol Cien Profissão.* 2015;35(3):870–85.
31. Lancuna AC, de Prince KA, D'Angelis CE, Magalhães NP, Santos AL, Santo LR, et al. Religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da ansiedade, estresse e depressão. *Braz J Health Review.* 2021;4(2):5441–53.
32. Hintz AM, Gomes-Filho IS, Loomer PM, de Sousa Pinho P, de Santana Passos-Soares J, Trindade SC, et al. Depression and associated factors among Brazilian adults: the 2019 national healthcare population-based study. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):704.
33. Lopes CS, Gomes NL, Junger WL, Menezes PR. Trend in the prevalence of depressive symptoms in Brazil: results from the Brazilian National Health Survey 2013 and 2019. *Cad Saude Publica.* 2022;38(38 Suppl 1):e00123421.
34. Collins S, Hoare E, Allender S, Olive L, Leech RM, Winpenny EM, et al. A longitudinal study of lifestyle behaviours in emerging adulthood and risk for symptoms of depression, anxiety, and stress. *J Affect Disord.* 2023;327:244–53.
35. Saffari M, Chang KC, Chen JS, Chang CW, Chen IH, Huang SW, et al. Temporal associations between depressive features and self-stigma in people with substance use disorders related to heroin, amphetamine, and alcohol use: a cross-lagged analysis. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):815.
36. Aguiar RA, Riffel RT, Acrani GO, Lindemann IL. Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *J Bras Psiquiatr.* 2022;71(2):133–40.
37. Araújo TM, Torrenté MO. Mental Health in Brazil: challenges for building care policies and monitoring determinants. *Epidemiol Serv Saude.* 2023;32(1):e2023098.