

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

VICTOR CELESTINO PIRES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADES FÍSICAS COM APOIO SOCIAL E
DEPRESSÃO EM ADULTOS BRASILEIROS**

Florianópolis

2022

Victor Celestino Pires

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADES FÍSICAS COM APOIO SOCIAL E
DEPRESSÃO EM ADULTOS BRASILEIROS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Educação Física – Bacharelado do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Educação Física.
Orientador: Prof. Dr. Thiago Sousa Matias
Co-orientador: Prof. Me. Marcus Vinicius Veber Lopes

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pires, Victor Celestino

Associação entre atividades físicas com apoio social e
depressão em adultos brasileiros / Victor Celestino Pires
; orientador, Thiago Sousa Matias, coorientador, Marcus
Vinicius Veber Lopes, 2022.
36 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Desportos, Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Atividade física. 3. Saúde mental.
4. Apoio social. 5. Depressão. I. Sousa Matias, Thiago.
II. Vinicius Veber Lopes, Marcus. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Educação Física. IV.
Título.

Victor Celestino Pires

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ATIVIDADES FÍSICAS COM APOIO SOCIAL E
DEPRESSÃO EM ADULTOS BRASILEIROS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Educação Física” e aprovado em sua forma final pelo Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, com a nota 9

Florianópolis, 24 de Março de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Thiago Sousa Matias, Dr.

Orientador

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof(a). Marcus Vinicius Veber Lopes, Me.

Coorientador

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof(a). Priscila Cristina dos Santos, Dr(a).

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof(a). Fernanda Castro Monteiro, Me(a).

Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO

A relação positiva entre atividade física e depressão tem sido apontada atualmente por alguns mecanismos, dentre esses mecanismos, podemos citar o suporte social como uma variável que vem sendo consistentemente observada e definida como importante influenciador para melhora do estado psicológico, sistemas biológicos e da saúde de forma geral. Com isso, o objetivo do presente estudo é compreender se a exposição a atividades físicas com apoio social está associada à depressão em adultos brasileiros. A coleta de dados foi feita com dois instrumentos: O questionário dos moradores do domicílio – PNS e Manual de Entrevista da Saúde – PNS. A coordenação e organização o trabalho de campo aconteceram sob supervisão e responsabilidade do IBGE. Análise descritiva com resultados expressos em frequências relativas e medidas de tendência central serão empregadas para a caracterização da amostra. As associações entre contextos de apoio social e depressão serão por meio de modelos de regressão logística binária. Participaram do estudo 88.522 adultos (53,16% mulheres, média de idade: $44,92 \pm 17,20$ anos). O engajamento semanal em atividades físicas (OR: 0.73; IC95%: 0.64;0.82) e atividades religiosas (OR: 0.81; IC95%: 0.70;0.94) foi associado à menor ocorrência de depressão quando comparado à adultos não engajados nessas atividades. Por outro lado, aqueles que participam de atividades comunitárias semanalmente (OR: 1.37; IC95%: 1.11;1.71) e atividades voluntárias 2 a 3 vezes no mês (OR: 1.39; IC95%: 1.07;1.80) apresentaram chances aumentadas para a ocorrência de depressão comparado aqueles que não participaram dessas atividades. A participação voluntária dos sujeitos em diferentes contextos de interação social parece repercutir de forma diferente sobre a saúde mental. É possível que os intercâmbios sociais das atividades físicas e da atividade religiosa gerem fontes de apoio e bem-estar mental. Este é um estudo transversal, e relações causais não podem ser estabelecidas.

Palavras-chave: Atividade física. Saúde mental. Apoio social. Depressão.

ABSTRACT

The positive relationship between physical activity and depression has been indicated currently by some mechanisms, among these mechanisms, we can mention social support as a variable that has been consistently observed and defined as an important influencer for the improvement of psychological state, biological systems and health in general. Thus, the objective of this study is to understand if the exposure to physical activities with social support is associated with depression in Brazilian adults. Data collection was done with two instruments: The Household Residents Questionnaire - PNS and Health Interview Manual - PNS. The field work was coordinated and organized under the supervision and responsibility of IBGE. Descriptive analysis with results expressed in relative frequencies and measures of central tendency will be used to characterize the sample. The associations between contexts of social support and depression will be by means of binary logistic regression models. A total of 88,522 adults (53.16% women, mean age 44.92 ± 17.20 years) participated in the study. Weekly engagement in physical activities (OR: 0.73; 95%CI: 0.64;0.82) and religious activities (OR: 0.81; 95%CI: 0.70;0.94) was associated with lower occurrence of depression when compared to adults not engaged in these activities. On the other hand, those who participated in community activities weekly (OR: 1.37; 95%CI: 1.11;1.71) and voluntary activities 2 to 3 times a month (OR: 1.39; 95%CI: 1.07;1.80) showed increased odds for the occurrence of depression compared to those who did not participate in these activities. The voluntary participation of subjects in different social interaction settings appears to impact mental health differently. It is possible that the social exchanges of physical activities and religious activity generate sources of support and mental well-being. This is a cross-sectional study, and causal relationships cannot be established.

Keywords: Physical activity. Mental health. Social support. Depression.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra	19
Tabela 2 - Prevalência de depressão de acordo com o apoio social	21
Tabela 3 - Associação entre apoio social e depressão em adultos brasileiros	22
Tabela 4 - Prevalência de depressão de acordo com o apoio social e faixa etária	25
Tabela 5 - Associação entre apoio social e depressão em adultos brasileiros	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AICA – Atendimentos integrados à criança e ao adolescente

CNEFE – Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos

DMC – Dispositivos móveis de coleta

DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI – Instituição de longa permanência para idosos

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds ratio*

PHQ-9 – *Patient Health Questionnaire-9*

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

SIPD – Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Objetivos	12
1.1.1	Objetivo Geral	12
1.1.2	Objetivos Específicos	12
1.2	Justificativa	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	32
2.1	Atividade física e depressão	12
2.2	O papel do apoio social e depressão	15
3	METODOLOGIA	16
3.1	Delimitação da proposta	16
3.2	População referência do estudo	16
3.3	Variáveis	17
3.3.1	Variáveis de caracterização	17
3.3.2	Variável independente	17
3.3.3	Variável dependente	18
3.4	Coleta de dados	18
3.5	Análise de dados	19
4	RESULTADOS	19
5	DISCUSSÃO	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A relação entre atividade física e depressão tem sido explicada por alguns mecanismos, existe uma associação inversamente proporcional entre a ocorrência de problemas de saúde mental e a prática de atividades físicas, visto que a prática de atividade física é apontada como uma forma de redução de ansiedade e depressão, além de reduzir níveis de stress, melhor sono, melhora a qualidade de vida, aumenta a autoestima e melhora o humor, indicando que para a prevenção de distúrbios mentais, pode-se começar com a promoção da atividade física (ANDRADE, 2005; ASZTALOS et al., 2010; CORDEIRO, 2013; PELUSO, 2005). Além de psicoterapias e terapias farmacológicas, a atividade física pode ser incluída como uma das formas de trazer benefícios comparáveis a psicoterapia (RIBEIRO, 1998).

Entre esses mecanismos, o suporte social tem sido consistentemente observado como importante influenciador para melhora do estado psicológico, sistemas biológicos e da saúde de forma geral (AZEVEDO et al., 2017). Azevedo et al. (2017) aponta em seu estudo que menores níveis de apoio social e qualidade de vida estão diretamente relacionados com maiores níveis de sintomas depressivos, um estudo de Wicke et al. (2014) que indica que quanto maior o apoio social recebido, menos sintomas depressivos foram encontrados, dito isso, o apoio social vem sendo apontado como uma forma de prevenir e proteger indivíduos de humor depressivo, o que tem efeito diretamente em sua vida.

Algumas formas de atividade física em grupo, como esportes populares, principalmente os de equipe, podem favorecer maior interação social e conseqüentemente uma maior chance de ocorrer algum tipo de suporte social, já que esse tipo de esporte está associado com uma melhor saúde mental (CHEKROUD et al., 2018), visto que estudos apontam que atividades com interações sociais promovem redução de depressão e maior resiliência ao estresse (ANDRADE, 2005; ASZTALOS et al., 2010; KAUFMAN, et al., 2004; PELUSO, 2005). Além disso outros benefícios de maior sociabilidade podem ser listados, como a redução de retraimento social e de isolamento, podendo contribuir de alguma forma adicional na saúde mental em associação a outros tipos de exercícios físicos (CHEKROUD et al., 2018). Atividades como Yoga e/ou Tai Chi são exemplos de exercícios considerados “mindfulness”, que segundo a literatura, estão sendo relacionados com praticantes que obtém uma melhor saúde mental quando comparados a praticantes de caminhadas e outros exercícios (HOFMANN et al., 2010).

Apesar disso, atualmente vivemos dois problemas mundiais: O aumento da depressão e da inatividade física na população. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a

prevalência de depressão elevou 18% no período entre 2005 e 2017, considerada uma variação alarmante, cerca de 350 milhões de pessoas são diagnosticadas com depressão atualmente em todo mundo. A depressão acaba gerando um gasto na área da saúde de aproximadamente 800 bilhões de dólares por ano, além de obter o posto número 1 de doenças incapacitantes. O Brasil é o país com maior prevalência de depressão entre os países em desenvolvimento, e ocupa o quinto lugar em escala mundial de pessoas acometidas por depressão (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al, 2017).

Já está estabelecido na literatura que a prática diária de atividade física está associada a inúmeros benefícios para a saúde do indivíduo (LAZZOLI et al., 1998; WARBURTON et al., 2006). Porém, atualmente vivemos em uma epidemia de sedentarismo e inatividade física. Inúmeros estudos na literatura vêm confirmando uma redução do nível de atividade física, com um aumento proporcional ao tempo gasto em comportamento sedentário, como tempo dirigindo, tempo de tela e tempo sentado. Esses exemplos acontecem independente de região investigada, faixa etária e nível socioeconômico, acontecendo em nível mundial (DUMITH et al., 2008; GUTHOLD et al., 2008).

As relações sociais detêm uma função imprescindível para a promoção e manutenção da saúde mental e física (HOUSE et al., 1988; COCKERHAM, 1991). Contudo, com relação a promoção da saúde, não somente a atividade física pode ser uma opção para alcançar esse objetivo, visto que também existem outras dinâmicas sociais do indivíduo que podem favorecer interações sociais e, possivelmente um potencial apoio social, estudos trazem como evidência a capacidade das relações sociais em moderar o stress em indivíduos que passaram por alguma crise financeira, o falecimento do companheiro (a) ou até mesmo adversidades de saúde (LAWTON et al., 1994). Os benefícios do apoio social estão relacionados com a utilidade das diversas formas de suporte oferecidos pela família, seja ele funcional ou emocional (IRELLI, 1990).

Esse entendimento pode aumentar e democratizar acesso a diferentes ambientes que pode servir como mediadores psicológicos e sociais para a depressão, inclusive a atividade física, estudos envolvendo adolescentes apontam que a convivência em ambientes com contextos em comum e as relações de amizades apresentam uma tendência natural dos indivíduos adotarem comportamentos parecidos com os indivíduos do grupo em que se está inserido, em outras palavras, se um grupo de pessoas pratica alguma atividade física, isso se torna um incentivo importante para as próximas pessoas que se inserirem no mesmo a começarem a prática (CHENG et al., 2014; HAMILTON et al., 2017; LU et al., 2014).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender se a exposição a atividades físicas com apoio social está associada à depressão em adultos brasileiros.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos adultos brasileiros em função das condições sociodemográficas, participação em atividades sociais com apoio social e sintomas/diagnóstico de depressão.
- Investigar a associação entre a exposição de adultos brasileiros em diferentes contextos com apoio social (incluindo atividades físicas) e depressão.

1.2 Justificativa

A alternativa de abordar a perspectiva de aspectos associados a depressão partiu de minha vontade para contribuir de alguma forma com a literatura atual, visando um início pessoal essa linha de pesquisa, podendo conseguir resultados que podem ser importantes e relevantes para uma melhora da saúde mental e qualidade de vida da população. A finalidade do estudo é conhecer e abordar possíveis associações entre atividades físicas com apoio social e depressão em brasileiros, investigando de que forma os contextos sociais podem se associar ou não com a depressão. Segundo Pietrukowicz (2001), a chance de ser acometido por depressão tende a ser reduzida quando há apoio social presente, a partir dessa afirmação, e com as análises dos contextos sociais e depressão poderá ser possível apontar atividades sociais e seu nível de associação com a depressão, partindo do pressuposto que cada contexto pode oferecer diferentes benefícios e níveis de eficácia na redução de aspectos depressivos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A corrente revisão de literatura foi organizada com base em dois tópicos, sendo que o primeiro aborda a relação entre atividade física e depressão, no que se refere a utilização da atividade física como uma forma de tratamento não medicamentoso. O segundo tópico tratou dos benefícios do apoio social para pessoas com transtornos mentais.

2.1 Atividade física e depressão

A depressão é considerada uma das principais doenças incapacitantes de escala mundial, podendo ser um transtorno recorrente ou com maior duração, e tem um efeito muito agudo na capacidade de viver o dia a dia, trabalhar e estudar, o que afeta de forma direta tanto a qualidade de vida da pessoa quanto a da sua família (OMS, 2017). Os acometidos e caracterizados como enfermos unipolares tendem a apresentar “lentificação” e dificuldade em manter atividades motoras e cognitivas, vale ressaltar que a intensidade dos sintomas depende do quadro de gravidade do indivíduo (ROZENTHAL et al., 2004).

Uma das causas ambientais que podem desenvolver depressão e ansiedade são episódios de grande estresse durante a vida, também se resalta que condições genéticas tem uma função na diferença de vulnerabilidade ou não a esses eventos, comprovando a extrema importância de se estudar o estilo de vida e possíveis soluções para o combate a essa doença (MARGIS et al., 2003).

Segundo projeções da OMS, em 2030 a depressão será a principal doença do mundo, superando números de doenças coronárias, pois ainda não existe um tratamento definitivo que funcione de forma uniforme em todos os indivíduos que apresentam a doença (FUNK et al., 2016). Dito isso, estudiosos vem buscando outras formas de tratamento, que possam tanto melhorar o quadro dos pacientes como também diminuir os gastos para a área da saúde, pois além desses tratamentos apresentarem um alto preço, muitos indivíduos acabam tendo reações colaterais advindas de terapias medicamentosas (MATTOS et al., 2004).

Entender fatores neurobiológicos e neuropsicológicos são a base de estudo para entender a eficácia da atividade física como terapia não medicamentosa, pois a depressão causa desequilíbrio neuroquímico, advindo de uma menor concentração de noradrenalina e serotonina nas fendas sinápticas, podendo ser um dos princípios da origem da doença, além disso, outros mediadores como a atenção e a motivação vem sendo apresentados como encarregados de um

maior efeito dos exercícios físicos em situações de saúde mental debilitada (RIBEIRO, 1998; CHEKROUD et al., 2018).

A atividade física consegue proporcionar muitos benefícios, dentre eles: Melhora das capacidades físicas, promove benefícios anatômicos (melhora postural, regulação de peso corporal), melhora sistema imunológico, benefícios fisiológicos (melhor regulação hormonal, de glicose e de enzimas), previne doenças que apresentam relação a obesidade e sedentarismo, além de melhorar condições cardiovascular e respiratória (ANIBAL, 2017; ROMANO, 2017).

Além dos benefícios citados acima, a atividade física também promove benefícios específicos para pessoas que apresentam depressão, como melhorias sociais (maior convivência e interação) e psicológicos (afastamento de pensamentos negativos, melhora da autoestima, melhora do humor, etc... (ANIBAL, 2017; ROMANO, 2017).

Oliveira (2005) menciona em seu estudo que se pode obter um efeito protetor em relação ao risco de depressão através da atividade física, aponta que caminhada diária e sintomas depressivos estão inversamente relacionados, sua pesquisa mostra que a atividade física acompanhada por um período apresentou uma eficácia correspondente a indivíduos que utilizam de tratamentos medicamentosos. A atividade física pode ser atribuída como um tratamento psicossocial para a depressão, pois a mesma apresenta melhoras em princípios da autoeficácia e da autoestima, fatores que são afetados pela doença (CORDEIRO, 2013).

De acordo com Cordeiro (2013), podemos identificar três principais pilares que justificam as melhoras causadas pela atividade física em pessoas com depressão, sendo elas: Melhoria dos aspectos reguladores do humor, melhor condição física e uma menor ruminação intrusiva (pensamentos invasivos e negativos).

Enquanto a melhora dos reguladores de humor está atrelada aos benefícios antidepressivos dos exercícios por meio de efeitos repetidos na neuro química do indivíduo, a maior condição física advém das alterações fisiológicas e metabólicas que acontecem devido a prática de atividade física, alterações essas que em pessoas destreinadas podem ocorrer em até uma semana de prática, por fim, a diminuição de pensamentos negativos e invasivos (Ruminação intrusiva) está associada a prática de atividade física, pois o indivíduo inserido nesse meio tende a ter uma melhor percepção de autoeficácia, melhor autoconceito, maior distração, etc. (CORDEIRO, 2013).

Mattos et al. (2004), aponta que a realização de exercícios físicos com frequência de três vezes por semana e duração de trinta minutos pode ser tão benéfica quanto psicoterapias, quando relacionado ao tratamento de depressão, onde seus benefícios podem ser equivalentes

a psicoterapias cognitivas, individuais e em grupo, considerando depressão com graus leve e moderado.

Diante dos fatos apresentados, evidencia-se a importância da atividade física no tratamento e prevenção da depressão, além da promoção da atividade física devido aos seus diversos benefícios neuroquímicos, psicológicos e sociais

2.2 O papel do apoio social e depressão

O termo apoio social tem como significado o grau em que as relações interpessoais condizem a funções pré-estabelecidas (apoio afetivo, emocional e material) em caso de urgência (CHOR et al., 2001). O apoio social vem sendo relacionado à precipitação, recuperação e origem de transtornos mentais em pessoas desde a década de sessenta (LANGFORD et al., 1997; GALANTER, 1988).

A integração social pode ser utilizada para a avaliação do apoio social, através da percepção de pessoas próximas ou rede de serviços que se mostram acessíveis, onde possa se sentir seguro, amado e cuidado (BAPTISTA et al., 2006). Deve se ressaltar que não se deve confundir apoio social com interação social, não são todas as relações que apresentam apoio social, outras pelo contrário, podem ser muito estressantes (GOLDSTEIN, 1995).

O apoio social auxilia no controle na vida e na percepção de coerência, e promove benefícios não somente para quem recebe apoio, seja em forma de ajuda ou informação, mas também para quem oferece (VALLA, 1999). Um ponto importante para a harmonia de doenças é o contato social, visto que as formas de adaptação ao ambiente e seu meio pode reduzir a vulnerabilidade tanto para doenças mentais quanto doenças físicas (CASSEL, 1974).

Segundo Olstad et al. (1999), podemos explicar a relação entre saúde mental e apoio social de duas formas: A primeira de que o apoio social atinge diretamente a saúde mental, assim estimulando transtornos mentais. E a segunda se baseando em modelos de eventos estressantes, onde o apoio social teria efeito de um mediador de estresse (efeito buffer), nesse exemplo, a pessoa com um apoio social alto se comporta de forma mais positiva quando colocados em situações de estresse, quando comparados a indivíduos que não possuem esse apoio.

O risco de adoecer por depressão tende a ser menor quando há apoio social presente (PIETRUKOWICZ, 2001), estudos demonstram que a falta de uma pessoa de confiança e isolamento social se relacionam com uma maior incidência de depressão, devido à falta de apoio social (FALCONE et al., 2005). Desta forma, observa-se que o apoio social tem seu papel claro

na saúde mental da população, tanto na prevenção como na diminuição dos efeitos da depressão, além de beneficiar também quem oferece esse tipo de apoio.

3 METODOLOGIA

3.1 Delimitação da proposta

Trata-se de um estudo de natureza aplicada, quantitativa, transversal e descritiva (GIL, 2010). O estudo será conduzido em três etapas: confecção do projeto de TCC, organização dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2019, análise de dados e divulgação dos resultados.

3.2 População referência do estudo

A pesquisa foi realizada entre janeiro e dezembro de 2019 em parceria com o Ministério da Saúde, com brasileiros que residem nas 5 macrorregiões do país: Norte, Sul, Centro Oeste, Sudeste e Nordeste. Os dados utilizados nesta pesquisa vieram da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), ou seja, este trabalho realizou uma análise secundária dos dados dessa pesquisa.

A Amostra é formada pelos Setores Censitários da Base Operacional Geográfica, sendo excluídas algumas áreas com especificações especiais definidas pelo IBGE. como: Agrupamento quilombola, quartéis, agrovilas de projetos de assentamentos rurais, bases militares, hospitais, alojamentos, conventos, setores com baixo patamar domiciliar, atendimentos integrados à criança e ao adolescente (AICA), agrupamentos indígenas, instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e unidades prisionais. A população alvo se constituiu pelos moradores de domicílios particulares que pertencem a área que abrange a pesquisa.

A amostra foi composta por 8.036 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e 108.525 domicílios particulares permanentes. O plano de amostragem empregou uma amostragem em conglomerado em três estágios, e estratificando as unidades primárias das UPAs. Um conjunto de setores e os setores censitários formam unidades primárias de amostragem, os domicílios são unidades de segundo estágio, e os moradores de 15 anos ou mais formam unidades de terceiro estágio.

As unidades primárias de amostragem da pesquisa foram adquiridas da Amostra Mestra (que é estrutura amostral do sistema), sendo parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares – SIPD. Sendo assim, a estratificação das unidades primárias da amostragem da PNS foi a mesma aplicada à Amostra Mestra. A distinção da sub amostra das unidades primárias da amostragem foi executada por amostragem aleatória simples da amostra de um trimestre da Amostra Mestra.

No segundo estágio, foi selecionado por amostragem aleatória simples, um número fixo de domicílios particulares de cada unidade primária de amostragem selecionada no primeiro estágio. Essa seleção foi feita pelo Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos – CNEFE, do IBGE na sua forma mais atualizada. De forma inicial foram escolhidos 15 domicílios em cada unidade primária de amostragem, porém, com isso algumas Unidades da Federação não alcançariam a quantidade de unidades primárias de amostragem que precisam atingir o tamanho da amostra, enquanto outras acabaram ficando muito grande. Com isso, foi determinado que os Estados de Tocantins, Roraima e Amapá teriam 18 domicílios selecionados em cada unidade primária de amostragem, e os estados de Rio Grande do Sul, Maranhão, Santa Catarina, Ceará, Paraná, Pernambuco, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro e Minas Gerais com 12 domicílios escolhidos. As demais Unidades da Federação continuaram com a seleção de 15 domicílios.

Por fim, no terceiro estágio, um morador de 15 anos ou mais de idade foi selecionado, em cada domicílio, para responder um questionário, também por aleatória simples, conseguido através da lista de moradores que foi formada no momento da entrevista.

3.3 VARIÁVEIS

3.3.1 Variáveis de caracterização

Os sujeitos foram caracterizados quanto ao sexo, idade, etnia, nível educacional, consumo de álcool, hábitos fumantes, volume de atividade física no lazer, diagnóstico prévio de depressão, tratamento recente para depressão e autopercepção de saúde.

3.3.2 Variável independente

Refere-se as atividades físicas com apoio social e outros contextos sociais, a partir das pontuações do questionário realizado com os participantes, apresentando questões como: “Nos

últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) se reuniu com outras pessoas para prática de atividades esportivas, exercícios físicos, recreativos ou artísticos?”, “nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) participou de reuniões de grupos como associações de moradores ou funcionários, movimentos sociais/ comunitários, centros acadêmicos ou similares?” para averiguação das variáveis apontadas acima.

3.3.3 Variável dependente

O Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), é constituído de nove questões que analisam a presença ou não dos sintomas que englobam circunstâncias de depressão maior, detalhados no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSMIV) (DSM-IV, 2000). Os sintomas analisados: Humor deprimido, pensamentos suicidas, anedonia (perda de prazer em fazer as coisas ou de interesse), sentir-se lento ou inquieto, problemas com o sono, problemas de concentração, cansaço ou falta de energia, sentimento de culpa ou inutilidade, mudança no apetite ou peso.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de dois instrumentos: O questionário dos moradores do domicílio – PNS e Manual de Entrevista da Saúde – PNS. A coordenação e organização o trabalho de campo aconteceram sob supervisão e responsabilidade do IBGE. Todos os pesquisadores envolvidos foram devidamente capacitados para compreender de forma detalhada toda a pesquisa, e foi desenvolvido materiais para auxiliar a equipe de campo. As entrevistas foram feitas com utilização de Dispositivos Móveis de Coleta (DMC), smartphones, já programados com os processos de crítica das variáveis, além dos questionários.

De forma inicial, foi feito um contato com algum dos moradores do domicílio selecionado ou com a pessoa responsável. O agente de Coleta explicou o estudo ao morador, os procedimentos e seus objetivos, além da sua extrema importância na participação do mesmo, e foi realizada uma lista de todos os moradores do domicílio.

Foram identificados os moradores do domicílio e o morador que respondeu o questionário domiciliar, além do adulto que respondeu a entrevistas individual, que foi escolhido por meio do programa de seleção aleatória do DMC. As entrevistas foram agendadas nas datas e horários que fossem melhores para os informantes, já organizando possíveis outras visitas em cada domicílio.

3.5 Análise dos dados

Análise descritiva com resultados expressos em frequências relativas e medidas de tendência central foram empregadas para a caracterização da amostra. As associações entre contextos de apoio social e depressão foram feitas por meio de modelos de regressão logística binária. As análises inferenciais foram ajustadas para múltiplas covariáveis de caracterização da amostra e os resultados serão expressados em *odds ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95%. As análises foram realizadas no software *Stata versão 15* (StataCorp, College Station, TX, USA).

4 RESULTADOS

Foram observados 88522 adultos, sendo sua maioria do sexo feminino (53,16% versus 46,84%), onde maior parte não apresenta depressão (86,97% versus 13,03%), não apresenta diagnóstico prévio para depressão (89,39% versus 10,24%) e não realiza tratamento para o mesmo (94,13% versus 5,87%). A maior parte consome nunca ou raramente refrigerantes (49,31%) e bebidas alcoólicas (73,61%) e sua maior parte não fuma (87,41% versus 12,59%). A amostra aponta um volume de atividade física de $100,0769 \pm 167,61$ (minutos por semana) e em sua maioria não atende as recomendações de atividade física (73,53% versus 26,47%). Em relação a apoio social, a maior parte da amostra não identificou nenhum apoio social para atividade física (49,56%), não realizou atividades comunitárias (82,12%) e atividades voluntárias (82,27%), em contrapartida, frequentaram atividades religiosas semanalmente (37,53%). Maior parte dos adultos apresentaram como nível de escolaridade o ensino médio completo (34,94%), a maioria dos adultos tem pele parda (43,80%), apresentam uma média de idade de $44,92 \pm 17,20$ e se encaixam no grupo etário de 40 a 59 anos (35,30%) – Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=88.522).

Variáveis	n	%*	95% IC*
<i>Desfechos e comportamentos de saúde</i>			
Depressão			
Não	77.333	86,97	(86,56; 87,37)
Sim	11.198	13,03	(12,63; 13,44)
Diagnóstico Prévio de Depressão			
Não	80.289	89,39	(89,39; 90,13)
Sim	8.242	10,24	(9,87; 10,61)

Tratamento para Depressão			
Não faz	83.937	94,13	(93,83; 94,40)
Faz tratamento	4.594	5,87	(5,60; 6,17)
Consumo de Refrigerantes			
Nunca ou raramente	48.943	49,31	(48,31; 49,89)
Entre 1 ou 3 vezes na semana	30.852	38,39	(37,81; 38,98)
4 vezes ou mais na semana	8.736	12,30	(11,88; 12,72)
Consumo de bebida alcólica			
Nunca ou raramente	67.612	73,61	(73,07; 74,14)
Entre 1 ou 3 vezes na semana	18.111	22,92	(22,40; 23,44)
4 vezes ou mais na semana	2.808	3,47	(3,26; 3,70)
Tabagismo			
Não fumo	77.245	87,41	(87,02; 87,79)
Fumo atualmente	11.286	12,59	(12,21; 12,98)
Volume de AF (minutos/sem), mean±DP	100,0769 ± 167,61	-167,61	
Recomendações de AF			
<150 mins	66.278	73,53	(72,99; 74,05)
≥150 mins	22.253	26,47	(25,95; 27,01)

Apoio Social

Apoio para atividade física			
Nenhuma	47.839	49,56	(48,98; 50,14)
Ao menos uma vez ao ano	11.811	15,06	(14,63; 15,49)
De 2 a 3 vezes no mês	4.857	6,42	(6,11; 6,74)
Semanalmente	24.024	28,96	(28,41; 29,51)
Atividades comunitárias			
Nenhuma	72.392	82,12	(81,68; 82,55)
Ao menos uma vez ao ano	11.324	12,40	(12,03; 12,78)
De 2 a 3 vezes no mês	1.982	2,17	(2,02; 2,33)
Semanalmente	2.833	3,31	(3,11; 3,51)
Trabalho voluntário			
Nenhuma	73.441	82,27	(81,83; 82,71)
Ao menos uma vez ao ano	9.948	11,35	(11,00; 11,71)
De 2 a 3 vezes no mês	1.731	2,21	(2,04; 2,40)
Semanalmente	3.411	4,19	(3,93; 4,41)
Atividades religiosas			
Nenhuma	26.869	30,95	(30,41; 31,49)
Ao menos uma vez ao ano	20.547	22,19	(21,72; 22,66)
De 2 a 3 vezes no mês	8.577	9,34	(9,01; 9,67)
Semanalmente	32.538	37,53	(36,96; 38,10)

Fatores

Sociodemográficos

Nível de escolaridade

Fundamental Incompleto	35.572	34,76	(34,23; 35,29)
Fundamental Completo	12.005	14,48	(14,07; 14,90)
Médio Completo	27.337	34,94	(43,36; 35,52)
Ensino Superior Completo	13.617	15,83	(15,41; 16,25)

Sexo

Masculino	41.662	46,84	(46,25; 47,43)
Feminino	48.869	53,16	(52,57; 53,75)

Cor da Pele

Branca	32.409	43,26	(42,70; 43,82)
Negra	10.132	11,47	(11,12; 11,83)
Parda	44.646	43,80	(43,24; 44,36)
Outra	1.335	1,46	(1,32; 1,62)

Idade (anos), mean±DP 44.92 ± 17.20

Grupo etário

18 a 29 anos	15.394	22,10	(21,56; 22,65)
30 a 39 anos	18.150	20,99	(20,52; 21,47)
40 a 59 anos	32.259	35,30	(34,74; 35,86)
60 anos ou mais	22.728	21,61	(21,18; 22,05)

Nota: * Estimativas ponderadas de acordo com desenho amostral; * Inclui psicoterapia e / ou tratamento farmacológico.

Adultos que apresentam apoio para atividade física possuem prevalência de depressão significativamente menor quando percebem apoiados pelo menos uma vez ao ano (14,63%), de 2 a 3 vezes no mês (11,67%) ou semanalmente (9,69%), quando comparados a quem não recebe nenhum tipo de apoio (14,68%), este resultado apresenta um p-valor estatisticamente significativo – Tabela 2.

Tabela 2. Prevalência de depressão de acordo com o apoio social (n=88.522).

Variables	%*	95% IC*	p-valor
Apoio Social			
Apoio para atividade física			≤ 0,0001
Nenhuma	14,68	(14,12; 15,25)	
Ao menos uma vez ao ano	14,63	(13,48; 15,86)	
De 2 a 3 vezes no mês	11,67	(10,08; 13,46)	
Semanalmente	9,69	(9,00; 10,42)	
Atividades comunitárias			0,7632
Nenhuma	12,95	(12,52; 13,40)	
Ao menos uma vez ao ano	13,32	(12,10; 14,64)	
De 2 a 3 vezes no mês	12,98	(10,75; 15,59)	
Semanalmente	14,02	(11,87; 16,58)	
Trabalho voluntário			0,0785
Nenhuma	12,82	(12,38; 13,27)	

Ao menos uma vez ao ano	13,66	(12,55; 14,86)	
De 2 a 3 vezes no mês	15,71	(12,80; 19,13)	
Semanalmente	14,10	(12,24; 16,19)	
Atividades religiosas			0,5903
Nenhuma	13,42	(12,70; 14,18)	
Ao menos uma vez ao ano	12,65	(11,89; 13,46)	
De 2 a 3 vezes no mês	12,90	(11,57; 14,35)	
Semanalmente	12,96	(12,63; 13,44)	

Nota: * Estimativas ponderadas de acordo com desenho amostral.

Adultos tem 27% menor chance de apresentarem depressão quando se sentem apoiados semanalmente para a prática de atividade física, quando comparado a adultos sem nenhum apoio (OR = 0,73; IC 95%: 0,64-0,82, resultado ajustado) – Tabela 3.

Verificou-se ainda, sendo possível visualizar a partir da Tabela 3, que adultos que participam semanalmente de atividades comunitárias tem 37% maior chance de apresentarem depressão em comparação a adultos que não realizam esse tipo de atividade (OR = 1,37; IC 95% 1,11-1,71, resultado ajustado)

Em relação à trabalhos voluntários, a Tabela 3 apresenta a chance dos adultos de apresentar depressão, sendo este valor 39% maior quando realizam esse tipo de atividade de 2 a 3 vezes na semana, quando comparado a adultos que não realizam as mesmas (OR = 1,39; IC 95%: 1,07-1,80, resultado ajustado).

Por fim, adultos que participam de atividades religiosas semanalmente tem 17% menor chance de apresentarem depressão, quando comparado à adultos que não participam desse tipo de atividade (OR = 0,83; IC 95%: 0,75-0,91, resultado ajustado) – Tabela 3.

Tabela 3. Associação entre apoio social e depressão em adultos brasileiros Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (n=88.522).

Variáveis	Bruto	Ajustado*
	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Apoio para atividade física		
Nenhuma	REF	REF
Ao menos uma vez ao ano	1(0,9; 1,11)	1.04(0.92; 1.16)
De 2 a 3 vezes no mês	0,77(0,65; 0,91)	0.85(0.71; 1.02)
Semanalmente	0,62(0,57; 0,68)	0.73(0.64; 0.82)
Atividades comunitárias		
Nenhuma		REF
Ao menos uma vez ao ano	1,03(0,92; 1,16)	1.15(1.01; 1.31)
De 2 a 3 vezes no mês	1(0,81; 1,25)	1.14(0.91; 1.44)
Semanalmente	1,1(0,9; 1,33)	1.37(1.11; 1.71)

Trabalho voluntário

Nenhuma	REF	REF
Ao menos uma vez ao ano	1.08(0.97; 1.20)	1.15(1.01; 1.29)
De 2 a 3 vezes no mês	1.27(1.00; 1.61)	1.39(1.07; 1.80)
Semanalmente	1.12(0.94; 1.32)	1.13(0.94; 1.37)

Atividades religiosas

Nenhuma	REF	REF
Ao menos uma vez ao ano	0.93(0.85; 1.03)	0.87(0.79; 0.97)
De 2 a 3 vezes no mês	0.95(0.83; 1.10)	0.81(0.70; 0.94)
Semanalmente	0.96(0.88; 1.05)	0.83(0.75; 0.91)

Para adultos de 18 a 29 anos, ter apoio para atividade física semanalmente diminui a prevalência de depressão em adultos desta faixa etária (10,59%), os resultados para esse contexto foram constatados um p-valor de 0,0093. Indivíduos deste grupo que realizaram semanalmente atividades comunitárias e trabalhos voluntários apresentaram uma maior prevalência de depressão (21,58%, 17,96, respectivamente), ambos apresentam um p-valor de $\leq 0,0001$. No entanto, adultos dessa faixa etária que participaram semanalmente de atividades religiosas apresentaram menor prevalência de depressão (11,74%) – Tabela 4.

Para adultos de 30 a 39 anos, ter apoio para atividade física semanalmente diminui a prevalência de depressão em adultos desta faixa etária (8,52%), esse contexto apresentou um p-valor de $\leq 0,0001$. Adultos de 30 a 39 anos que realizaram atividades comunitárias e trabalhos voluntários de 2 a 3 vezes no mês apresentaram uma maior prevalência de depressão (13,72%, 19,46%, respectivamente). Adultos dessa faixa etária que não participaram de atividades religiosas apresentaram menor prevalência de depressão (11,42%) – Tabela 4.

Para adultos de 40 a 59 anos, ter apoio para atividade física semanalmente diminui a prevalência de depressão em adultos desta faixa etária (9,93%), o p-valor encontrado é de $\leq 0,0001$. Adultos de 40 a 59 anos que realizaram atividades comunitárias e trabalhos voluntários de 2 a 3 vezes no mês apresentaram uma menor prevalência de depressão (12,4%, 13,6%, respectivamente). Já os indivíduos dessa faixa etária que não participaram de atividades religiosas apresentaram menor prevalência de depressão (13,04%) – Tabela 4.

Por fim, para adultos de 60 anos ou mais, ter apoio para atividade física e participar de atividades religiosas de 2 a 3 vezes no mês diminui a prevalência de depressão em adultos desta faixa etária (7,75%, 10,84%, respectivamente), o p-valor desses contextos é de $\leq 0,0001$. Adultos de 60 anos ou mais que realizaram atividades comunitárias e trabalhos voluntários ao menos uma vez no ano apresentaram uma menor prevalência de depressão (8,38%, 9,30%,

respectivamente), o p-valor das atividades comunitárias é de $\leq 0,0001$, o que difere do p-valor encontrado nos trabalhos voluntários – Tabela 4.

Tabela 4. Prevalência de depressão de acordo com o apoio social e faixa etária (n=88.522).

Variables	18 a 29 anos (n=15,394)			30 a 39 anos (n=18,150)			40 a 59 anos (n=32,259)			60 anos ou mais (n=22,728)		
	%*	95% IC*	p-valor	%*	95% IC*	p-valor	%*	95% IC*	p-valor	%*	95% IC*	p-valor
<i>Apoio Social</i>												
Apoio para atividade física			0,0093			≤ 0,0001			≤ 0,0001			≤ 0,0001
Nenhuma	13	(11,58; 14,57)		14,21	(12,85; 15,69)		15,7	(14,80; 16,63)		14,59	(13,65; 15,59)	
Ao menos uma vez ao ano	15,75	(12,92; 19,06)		13,66	(11,49; 16,16)		15,43	(13,65; 17,38)		12,56	(10,48; 14,98)	
De 2 a 3 vezes no mês	12,22	(8,94; 16,49)		11,81	(8,86; 15,58)		12,59	(10,09; 15,62)		7,75	(5,34; 11,12)	
Semanalmente	10,59	(9,18; 12,18)		8,52	(7,35; 9,85)		9,93	(8,77; 11,24)		9,14	(7,68; 10,83)	
Atividades comunitárias			≤ 0,0001			0,777			0,6793			≤ 0,0001
Nenhuma	11,27	(10,32; 12,29)		11,88	(10,93; 12,90)		14,13	(13,39; 14,91)		13,8	(12,98; 14,66)	
Ao menos uma vez ao ano	17,81	(13,95; 22,44)		12,61	(10,97; 14,97)		13,45	(11,85; 15,23)		8,38	(6,67; 10,47)	
De 2 a 3 vezes no mês	15,16	(9,61; 23,10)		13,72	(9,36; 19,67)		12,4	(9,17; 16,57)		11,1	(7,26; 16,60)	
Semanalmente	21,58	(15,79; 28,76)		13,49	(8,85; 20,01)		13	(10,19; 16,44)		8,46	(5,20; 13,47)	
Trabalho voluntário			≤ 0,0001			0,0361			0,627			0,0068
Nenhuma	11,39	(10,36; 12,51)		11,75	(10,79; 12,77)		13,87	(13,14; 14,64)		13,6	(12,80; 14,46)	
Ao menos uma vez ao ano	16,93	(14,08; 20,23)		12,96	(11,02; 15,19)		13,78	(12,11; 15,65)		9,3	(7,20; 11,92)	
De 2 a 3 vezes no mês	19,98	(12,76; 29,87)		19,46	(12,83; 28,39)		13,6	(10,01; 18,20)		10,37	(5,76; 17,97)	
Semanalmente	17,96	(12,81; 24,60)		11,22	(8,20; 15,17)		15,97	(12,97; 19,52)		9,92	(7,10; 13,71)	
Atividades religiosas			0,6091			0,7599			0,2931			≤ 0,0001
Nenhuma	13,26	(11,66; 15,04)		11,42	(10,17; 12,79)		13,04	(11,86; 14,32)		16,19	(14,61; 17,91)	
Ao menos uma vez ao ano	11,78	(10,03; 13,79)		12,08	(10,44; 13,94)		13,82	(12,57; 15,16)		12,33	(10,96; 13,84)	
De 2 a 3 vezes no mês	12,84	(9,11; 17,79)		12,69	(9,92; 16,08)		14,28	(12,42; 16,37)		10,84	(9,06; 12,93)	
Semanalmente	11,74	(10,20; 13,49)		12,48	(10,94; 14,21)		14,56	(13,47; 15,73)		11,65	(10,56; 12,84)	

Os adultos de 18 a 29 anos tem 15% menor chance de apresentarem depressão quando se sentem apoiados semanalmente para a prática de atividade física, quando comparado a adultos sem nenhum apoio (OR = 0,85; IC 95%: 0,68-1,07, resultado ajustado) – Tabela 5.

Verificou-se ainda que adultos dessa faixa etária que participam semanalmente de atividades comunitárias tem 143% maior chance de apresentar depressão em comparação a adultos que não realizam esse tipo de atividade (OR = 2,43; IC 95% 1,56-3,78, resultado ajustado) – Tabela 5.

Em relação à trabalhos voluntários, a chance dos adultos dessa faixa etária de apresentar depressão é 74% maior quando realizam esse tipo de atividade semanalmente, quando comparado a adultos que não realizam as mesmas (OR = 1,74; IC 95%: 1,12-2,69, resultado ajustado) – Tabela 5.

Por fim, adultos de 18 a 29 anos que participam de atividades religiosas semanalmente tem 26% menor chance de apresentarem depressão, quando comparado à adultos que não participam desse tipo de atividade (OR = 0,74; IC 95%: 0,59-0,93, resultado ajustado) – Tabela 5.

Adultos de 30 a 39 anos tem 32% menor chance de apresentarem depressão quando se sentem apoiados semanalmente para a prática de atividade física, quando comparado a adultos sem nenhum apoio (OR = 0,68; IC 95%: 0,54-0,86, resultado ajustado) – Tabela 5.

Verificou-se ainda que adultos dessa faixa etária que participam semanalmente de atividades comunitárias tem 27% maior chance de apresentarem depressão em comparação a adultos que não realizam esse tipo de atividade (OR = 1,27; IC 95% 0,75- 2,14, resultado ajustado) – Tabela 5.

Em relação à trabalhos voluntários, a chance dos adultos dessa faixa etária de apresentar depressão é 104% maior quando realizam esse tipo de atividade de 2 a 3 vezes no mês, quando comparado a adultos que não realizam as mesmas (OR = 2,04; IC 95%: 1,21- 3,45, resultado ajustado), porém, caso realizem trabalho voluntário semanalmente, a chance de apresentar depressão é 6% menor quando comparada a adultos que não realizam essa atividade (OR = 0,94; IC 95%: 0,63-1,39, resultado ajustado) – Tabela 5.

Por fim, adultos de 30 a 39 anos que participam de atividades religiosas semanalmente tem 3% maior chance de apresentarem depressão, quando comparado à adultos que não participam desse tipo de atividade (OR = 1,03; IC 95%: 0,81-1,31, resultado ajustado) – Tabela 5.

Adultos de 40 a 59 anos tem 40% menor chance de apresentarem depressão quando se sentem apoiados semanalmente para a prática de atividade física, quando comparado a adultos sem nenhum apoio (OR = 0,60; IC 95%: 0,51-0,71, resultado ajustado) – Tabela 5.

Verificou-se ainda que adultos dessa faixa etária que participam semanalmente de atividades comunitárias tem 28% maior chance de apresentarem depressão em comparação a adultos que não realizam esse tipo de atividade (OR = 1,28; IC 95% 0,92- 1,77, resultado ajustado) – Tabela 5.

Em relação à trabalhos voluntários, a chance dos adultos dessa faixa etária de apresentar depressão é 12% maior quando realizam esse tipo de atividade semanalmente, quando comparado a adultos que não realizam as mesmas (OR = 1,12; IC 95%: 0,85-1,48, resultado ajustado) – Tabela 5.

Por fim, adultos de 40 a 59 anos que participam de atividades religiosas ao menos 2 ou 3 vezes no mês tem 2% menor chance de apresentarem depressão, quando comparado à adultos que não participam desse tipo de atividade (OR = 0,98; IC 95%: 0,79-1,22, resultado ajustado) – Tabela 5.

Adultos com 60 anos ou mais tem 41% menor chance de apresentarem depressão quando se sentem apoiados pelo menos 2 a 3 vezes no mês para a prática de atividade física, quando comparado a adultos sem nenhum apoio (OR = 0,59; IC 95%: 0,39-0,90, resultado ajustado) – Tabela 5.

Verificou-se ainda que adultos dessa faixa etária que participam semanalmente de atividades comunitárias tem 26% menor chance de apresentarem depressão em comparação a adultos que não realizam esse tipo de atividade (OR = 0,74; IC 95% 0,46- 1,19, resultado ajustado) – Tabela 5.

Em relação à trabalhos voluntários, a chance dos adultos dessa faixa etária de apresentar depressão é 12% menor quando realizam esse tipo de atividade semanalmente, quando comparado a adultos que não realizam as mesmas (OR = 0,88; IC 95%: 0,58-1,32, resultado ajustado) – Tabela 5.

Por fim, adultos de 60 anos ou mais que participam de atividades religiosas semanalmente tem 40% menor chance de apresentarem depressão, quando comparado à adultos dessa faixa etária que não participam desse tipo de atividade (OR = 0,60; IC 95%: 0,50-0,71, resultado ajustado) – Tabela 5.

Tabela 5. Associação entre apoio social e depressão em adultos brasileiros Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (n=88.522).

Variáveis	18 a 29 anos (n=15,394)		30 a 39 anos (n=18,150)		40 a 59 anos (n=32,259)		60 anos ou mais (n=22,728)	
	Bruto OR (95% CI)	Ajustado* OR (95% CI)	Bruto OR (95% CI)	Ajustado* OR (95% CI)	Bruto OR (95% CI)	Ajustado* OR (95% CI)	Bruto OR (95% CI)	Ajustado* OR (95% CI)
Apoio para atividade física								
Nenhuma	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF
Ao menos uma vez ao ano	1.25(0.96; 1.63)	1.18(0.91; 1.55)	0.95(0.76; 1.20)	1.02(0.78; 1.32)	0.98(0.84; 1.15)	0.99(0.83; 1.18)	0.84(0.68; 1.05)	1.00(0.79; 1.26)
De 2 a 3 vezes no mês	0.93(0.64; 1.35)	0.92(0.62; 1.37)	0.81(0.58; 1.14)	0.87(0.57; 1.32)	0.77(0.60; 1.00)	0.86(0.66; 1.11)	0.49(0.33; 0.74)	0.59(0.39; 0.90)
Semanalmente	0.79(0.64; 0.97)	0.85(0.68; 1.07)	0.56(0.46; 0.69)	0.68(0.54; 0.86)	0.59(0.51; 0.69)	0.60(0.51; 0.71)	0.59(0.48; 0.72)	0.74(0.59; 0.91)
Atividades comunitárias								
Nenhuma	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF
Ao menos uma vez ao ano	1.71(1.26; 2.32)	1.65(1.20; 2.25)	1.07(0.86; 1.33)	1.19(0.93; 1.53)	0.94(0.81; 1.11)	1.02(0.85; 1.23)	0.57(0.44; 0.74)	0.81(0.62; 1.06)
De 2 a 3 vezes no mês	1.41(0.83; 2.39)	1.18(0.65; 2.14)	1.18(0.76; 1.83)	1.23(0.80; 1.90)	0.86(0.61; 1.21)	1.11(0.76; 1.61)	0.78(0.49; 1.25)	1.21(0.74; 1.99)
Semanalmente	2.17(1.46; 3.22)	2.43(1.56; 3.78)	1.16(0.71; 1.87)	1.27(0.75; 2.14)	0.91(0.68; 1.20)	1.28(0.92; 1.77)	0.58(0.34; 0.98)	0.74(0.46; 1.19)
Trabalho voluntário								
Nenhuma	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF
Ao menos uma vez ao ano	1.59(1.24; 2.02)	1.43(1.09; 1.87)	1.12(0.91; 1.38)	1.08(0.85; 1.38)	0.99(0.84; 1.17)	1.07(0.89; 1.29)	0.65(0.49; 0.87)	0.91(0.67; 1.24)
De 2 a 3 vezes no mês	1.94(1.13; 3.35)	1.65(0.94; 2.91)	1.82(1.10; 3.01)	2.04(1.21; 3.45)	0.98(0.69; 1.39)	1.08(0.74; 1.58)	0.73(0.39; 1.40)	0.81(0.45; 1.45)
Semanalmente	1.70(1.13; 2.57)	1.74(1.12; 2.69)	0.95(0.66; 1.36)	0.94(0.63; 1.39)	1.18(0.92; 1.52)	1.12(0.85; 1.48)	0.70(0.48; 1.02)	0.88(0.58; 1.32)
Atividades religiosas								
Nenhuma	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF	REF
Ao menos uma vez ao ano	1.59(1.24; 2.02)	0.77(0.60; 0.99)	1.12(0.91; 1.38)	0.98(0.77; 1.23)	1.07(0.92; 1.25)	1.05(0.89; 1.24)	0.73(0.61; 0.87)	0.68(0.56; 0.83)
De 2 a 3 vezes no mês	1.94(1.13; 3.35)	0.78(0.53; 1.15)	1.82(1.10; 3.01)	0.99(0.73; 1.35)	1.11(0.91; 1.35)	0.98(0.79; 1.22)	0.63(0.50; 0.79)	0.53(0.42; 0.67)
Semanalmente	1.70(1.13; 2.57)	0.74(0.59; 0.93)	0.95(0.66; 1.36)	1.03(0.81; 1.31)	1.14(0.99; 1.31)	1.00(0.86; 1.17)	0.68(0.58; 0.80)	0.60(0.50; 0.71)

Notes: OR, Odds Ratio; CI, Confidence Intervals; Estimates were weighted according to the sampling design;

* Adjusted for sex, age, ethnicity, and level of education;

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo compreender se a exposição a atividades físicas com apoio social está associada a depressão em 88522 adultos brasileiros. Essa relação já vem sendo abordada na literatura evidenciando o impacto positivo de atividades físicas e apoio social na saúde mental de indivíduos (CHECKROUD et al., 2018; SCHUCH et al., 2018), onde nesse pretexto, atividades ao ar livre e esportes coletivos são grandes aliados na melhora da saúde mental, promovendo maior resistência ao estresse (SCHNOHR et al., 2018).

Uma menor prevalência de depressão é observada em adultos que manifestam apoio social para atividade física. Esse resultado corrobora com diversos estudos que abordaram o apoio social (AYOTTE et al., 2010; BAUMAN et al., 2012; CARRON, HAUSENBLAS & MACK, 1996; SALLIS et al., 1999; TROST et al., 2002), apoio esse que vem sendo associado a diversos comportamentos saudáveis, incluindo apoio em atividade física (TAMERS et al., 2011). Ayotte et al., (2010) e Bauman (2012) analisaram o apoio da família e seu companheirismo, concluindo uma associação positiva para a prática de atividade física. Dito isso, a prática de atividade física está associada a múltiplos benefícios para indivíduos com depressão, como já está bem determinado na literatura (ANIBAL, 2017; ROMANO, 2017), em adição, atividades onde apoio social pode ser encontrado, como em esportes coletivos, apresentam uma redução de fadiga mental e melhores respostas ao estresse (CHECKROUD et al., 2018; SCHNOHR et al., 2018).

Uma maior prevalência de depressão é observada em adultos de 18 a 59 anos que realizam atividades comunitárias. No entanto, uma menor prevalência de depressão é observada em adultos com 60 anos ou mais. Um estudo que utilizou hortas comunitárias como atividade, evidenciou que esse tipo de atividade faz o indivíduo se sentir útil por ter uma participação ativa na comunidade onde vivem, esse tipo de sentimento é essencial para a melhora da saúde mental e física (CHIERRITO-ARRUDA, et al., 2018), atividades comunitárias são um grande alvo para recém aposentados e idosos (BASTOS et al., 2013). Chierrito-Arruda et al., (2018) ainda relata que as pessoas envolvidas no estudo classificaram a atividade como uma forma de reduzir o estresse, uma distração e uma forma de terapia, esses relatos vêm sendo estudados pela área da psicologia, atrelado a um chamado de “qualidade de fuga” onde o indivíduo tem um local específico para realizar suas atividades em grupo, tendo como objetivo principal reduzir os níveis de ansiedade, estresse e fadiga mental (CAMPOS-DE-CARVALHO et al., 2011). A partir desses achados, podemos propor a hipótese de que o aumento ou diminuição da depressão

em adultos que realizam atividades comunitárias está atrelada ao tipo de atividade realizada e a percepção positiva sobre a mesma, relacionada a “qualidade de fuga”.

Uma maior prevalência de depressão em adultos de 18 a 59 anos foi observada naqueles que realizam trabalhos voluntários, quando comparado aos adultos que não desempenham esse tipo de atividade. Esses resultados vão ao contrário do que é encontrado em outros estudos da literatura (LI, FERRARO, 2005; MUSICK, WILSON, 2003; THOITS, HEWITT, 2001), em seu estudo, Li e Ferraro (2005) analisaram diversos dados de três ondas de estudos anteriores e concluíram que os trabalhos voluntários revelaram efeitos benéficos contra a depressão, contribuindo, Musick e Wilson (2003) ao analisarem os dados de sua pesquisa, concluíram que se o trabalho voluntário for empregado de forma prolongada, consegue oferecer benefícios para qualquer faixa etária.

No entanto para adultos com 60 anos ou mais que exercem trabalhos voluntários apresentam 12% menor chance de depressão, o que corrobora com a literatura (LI, FERRARO, 2005; MUSICK, WILSON, 2003; THOITS, HEWITT, 2001). Uma hipótese que pode justificar esses resultados são que o trabalho voluntário apresenta um valor e uma percepção que difere de pessoa para pessoa, e também pode atribuir valores distintos dependendo da etapa da vida, visto que a partir das mudanças de objetivos de vida, o significado e importância do trabalho voluntário também pode mudar (MUSICK, WILSON, 2003; VAN WILLIGEN, 2000).

Adultos que participaram de atividades religiosas apresentam menores chances de depressão (18 a 29 anos: 26% menor chance, 30 a 39 anos: 3% maior chance, 40 a 59 anos: 2% maior chance, 60 anos ou mais: 40% menor chance) quando comparado aos adultos que não desempenham esse tipo de atividade. Esses resultados corroboram com a literatura, onde estudos sugerem que participar de atividades religiosas é um fator de proteção contra transtornos mentais comuns (BRAAM et al., 2004; CHEN et al., 2007; HAYWARD et al., 2012; HAHN et al., 2004; KOENIG et al., 1997; ROH et al., 2015). Além disso, a espiritualidade e a participação de atividades religiosas vêm atraindo pesquisadores, pois consideram como um fator que pode ser responsável por melhorar o humor e aumentar a resiliência do indivíduo (HAYWARD et al., 2012).

O presente trabalho apresenta algumas limitações importantes, como o desenho transversal, que não permite estabelecer relações causais, a percepção do sujeito em relação as atividades, que limita as inferências sobre o porquê algumas associações são diferentes em outras faixa-etárias

Este trabalho tem importantes implicações para a literatura. Ao que parece o apoio em práticas de atividades físicas impacta positivamente na diminuição da prevalência de depressão

em adultos. Ainda, a percepção individual sobre diferentes atividades deve ser considerada para uma melhora na saúde mental dos indivíduos, dito isso, políticas públicas devem ser instauradas para promover situações e atividades que possam promover apoio social e uma percepção positiva em diferentes faixas etárias, buscando uma maior qualidade de vida para toda a população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sugere-se que atividades com potencial para favorecer o apoio social como às atividades físicas e as atividades religiosas podem favorecer melhor saúde mental como a diminuição de sintomas depressivos. Entretanto, a participação voluntária dos sujeitos em atividade comunitárias e voluntárias, dependendo da faixa etária pode expor as pessoas à estressores e a depressão por consequência.

REFERÊNCIAS

- ANIBAL, Cíntia; ROMANO, Luis Henrique. **Relações entre atividade física e depressão: estudo de revisão.** Revista Saúde em Foco–Edição, n. 9, 2017.
- ASZTALOS, Melinda; DE BOURDEAUDHUIJ, Ilse; CARDON, Greet. **The relationship between physical activity and mental health varies across activity intensity levels and dimensions of mental health among women and men.** Public health nutrition, v. 13, n. 8, p. 1207-1214, 2010.
- AYOTTE, Brian J.; MARGRETT, Jennifer A.; HICKS-PATRICK, Julie. **Physical activity in middle-aged and young-old adults: the roles of self-efficacy, barriers, outcome expectancies, self-regulatory behaviors and social support.** Journal of health psychology, v. 15, n. 2, p. 173-185, 2010.
- AZEVEDO, Cissa et al. **Interface entre apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, 2017.
- BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; TORRES, Erika Cristina Rodrigues. **Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes.** Psic: revista da Vetor Editora, v. 7, n. 1, p. 39-48, 2006.
- BASTOS, Alice et al. **Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-evidência.** 2013.
- BAUMAN, Adrian E. et al. **Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?.** The lancet, v. 380, n. 9838, p. 258-271, 2012.
- BRAAM, Arjan W. et al. **Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam.** Journal of Aging and Health, v. 16, n. 4, p. 467-489, 2004.
- CAMPOS-DE-CARVALHO, M. I. et al. **Temas básicos em psicologia ambiental.** 2011.
- CARRON, Albert V.; HAUSENBLAS, Heather A.; MACK, Diane. **Social influence and exercise: A meta-analysis.** Journal of Sport and Exercise Psychology, v. 18, n. 1, p. 1-16, 1996.
- CASSEL, John. **Psychosocial processes and “stress”:** Theoretical formulation. International Journal of Health Services, v. 4, n. 3, p. 471-482, 1974.
- COCKERHAM, William C. **This aging society.** Pearson College Division, 1991.
- CORDEIRO, Diana. **Relação entre Atividade Física, Depressão, Autoestima e Satisfação com a Vida.** 2013. Tese de Doutorado.
- CHEKROUD, Sammi R. et al. **Association between physical exercise and mental health in 1· 2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study.** The Lancet Psychiatry, v. 5, n. 9, p. 739-746, 2018.

CHEN, Hongtu et al. **Religious participation as a predictor of mental health status and treatment outcomes in older persons.** International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, v. 22, n. 2, p. 144-153, 2007.

CHENG, Luanna Alexandra; MENDONÇA, Gerefeson; FARIAS JÚNIOR, José Cazuza de. **Physical activity in adolescents: analysis of the social influence of parents and friends.** Jornal de pediatria, v. 90, n. 1, p. 35-41, 2014.

CHIERRITO-ARRUDA, Eduardo et al. **Percepção ambiental e afetividade: Vivências em uma horta comunitária.** Ambiente & Sociedade, v. 21, 2018.

CHOR, Dóra et al. **Social network and social support measures from the Pró-Saúde Study: pre-tests and pilot study.** Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001.

DSM-IV, PATFO. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IVTR.** American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

DUMITH, Samuel C. et al. **Physical activity change during adolescence: a systematic review and a pooled analysis.** International journal of epidemiology, v. 40, n. 3, p. 685-698, 2011.

FALCONE, Vanda Mafra et al. **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes.** Revista de Saúde Pública, v. 39, p. 612-618, 2005.

FUNK, M. et al. **Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level.** Retrieved on, v. 30, 2016.

GALANTER, Marc. **Research on social supports and mental illness.** The American journal of psychiatry, v. 145, n. 10, p. 1270-1272, 1988.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDSTEIN, Lucila Lucchino. **Stress e coping na vida adulta e na velhice.** In: Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida. 1995. p. 145-158.

GUTHOLD, Regina et al. **Worldwide variability in physical inactivity: a 51-country survey.** American journal of preventive medicine, v. 34, n. 6, p. 486-494, 2008.

HAMILTON, Kyra; WARNER, Lisa M.; SCHWARZER, Ralf. **The role of self-efficacy and friend support on adolescent vigorous physical activity.** Health Education & Behavior, v. 44, n. 1, p. 175-181, 2017.

HAHN, Cheng-Yi et al. **Religious attendance and depressive symptoms among community dwelling elderly in Taiwan.** International Journal of Geriatric Psychiatry, v. 19, n. 12, p. 1148-1154, 2004.

HAYWARD, R. David et al. **Religion and the presence and severity of depression in older adults.** The American Journal of Geriatric Psychiatry, v. 20, n. 2, p. 188-192, 2012.

HOUSE, James S.; LANDIS, Karl R.; UMBERSON, Debra. **Social relationships and health.** Science, v. 241, n. 4865, p. 540-545, 1988.

HOFMANN, Stefan G. et al. **The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review.** Journal of consulting and clinical psychology, v. 78, n. 2, p. 169, 2010.

IRELLI, V. R. C. **Family support in relation to health problems of the elderly.** Family relationships in later life, v. 64, p. 212, 1990.

KAUFMAN, Joan et al. **Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children.** Proceedings of the National Academy of Sciences, v. 101, n. 49, p. 17316-17321, 2004.

KOENIG, Harold G. et al. **Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms.** The American Journal of Geriatric Psychiatry, v. 5, n. 2, p. 131-144, 1997.

LANGFORD, Catherine Penny Hinson et al. **Social support: a conceptual analysis.** Journal of advanced nursing, v. 25, n. 1, p. 95-100, 1997.

LAWTON, L.; SILVERSTEIN, M.; BENGSTON, V. **Affect, Social Contact, and Geographic Distance between parents and their adult children.** Journal of Marriage and the Family, v. 56, p. 57-68, 1994.

LI, Yunqing; FERRARO, Kenneth F. **Volunteering and depression in later life: Social benefit or selection processes?.** Journal of health and social behavior, v. 46, n. 1, p. 68-84, 2005.

LU, Frank JH et al. **Adolescents' physical activities and peer norms: the mediating role of self-efficacy.** Perceptual and motor skills, v. 118, n. 2, p. 362-374, 2014.

LAZZOLI, José Kawazoe et al. **Atividade física e saúde na infância e adolescência.** Revista brasileira de medicina do esporte, v. 4, n. 4, p. 107-109, 1998.

MATTOS, Aretuza Suzay; ANDRADE, Alexandro; BERNARDI, Alessandro. **A contribuição da atividade física no tratamento da depressão.** Lecturas: Educación física y deportes, n. 79, p. 20, 2004.

MARGIS, Regina et al. **Relação entre estressores, estresse e ansiedade.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 25, p. 65-74, 2003.

MUSICK, Marc A.; WILSON, John. **Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups.** Social science & medicine, v. 56, n. 2, p. 259-269, 2003.

OLIVEIRA, Ana Claudia Becattini de. **Estudo comparativo dos efeitos da atividade física com os da terapêutica medicamentosa em idosos com depressão maior.** 2005. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

OLSTAD, R.; SEXTON, H.; SØGAARD, A. J. The Finnmark study. **Social support, social network and mental distress in a prospective population study.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 34, n. 10, p. 519-525, 1999.

PELUSO, Marco Aurélio Monteiro; ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra de. **Physical activity and mental health: the association between exercise and mood.** Clinics, v. 60, n. 1, p. 61-70, 2005.

PIETRUKOWICZ, Marcia Cristina Leal Cypriano et al. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde.** 2001. Tese de Doutorado.

RIBEIRO, Suzete Neves Pessi. **Atividade física e sua intervenção junto a depressão.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 3, n. 2, p. 73-79, 1998.

ROH, Hyun Woong et al. **Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea.** PloS one, v. 10, n. 7, p. e0132838, 2015.

ROZENTHAL, Marcia; LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Elias. **Aspectos neuropsicológicos de la depresión.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do sul, v. 26, n. 2, p. 204-212, 2004.

SALLIS, James F. et al. **Potential mediators of change in a physical activity promotion course for university students: Project GRAD.** Annals of Behavioral medicine, v. 21, n. 2, p. 149-158, 1999.

SCHNOHR, Peter et al. **Various leisure-time physical activities associated with widely divergent life expectancies: the Copenhagen City Heart Study.** In: Mayo clinic proceedings. Elsevier, 2018. p. 1775-1785.

SCHUCH, Felipe B. et al. **Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies.** American Journal of Psychiatry, v. 175, n. 7, p. 631-648, 2018.

TAMERS, Sara L. et al. **The association between worksite social support, diet, physical activity and body mass index.** Preventive medicine, v. 53, n. 1-2, p. 53-56, 2011.

THOITS, Peggy A.; HEWITT, Lyndi N. **Volunteer work and well-being.** Journal of health and social behavior, p. 115-131, 2001.

TROST, Stewart G. et al. **Correlates of adults' participation in physical activity: review and update.** Medicine & science in sports & exercise, v. 34, n. 12, p. 1996-2001, 2002.

VALLA, Victor Vincent. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.** Cadernos de Saúde Pública, v. 15, p. S7-S14, 1999.

VAN WILLIGEN, Marieke. **Differential benefits of volunteering across the life course.** The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, v. 55, n. 5, p. S308-S318, 2000.

WARBURTON, Darren ER; NICOL, Crystal Whitney; BREDIN, Shannon SD. **Health benefits of physical activity: the evidence.** Cmaj, v. 174, n. 6, p. 801-809, 2006.

WICKE, Felix S. et al. **Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients.** BMC Family Practice, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Depression and other common mental disorders: global health estimates.** World Health Organization, 2017.