



HÁBITOS E PREFERÊNCIAS DE CONSUMO DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM DEPRESSÃO

Objetivo: Estudos relacionando a depressão e o consumo de produtos em geral ainda são incipientes na literatura do comportamento do consumidor. Com isso, o objetivo desta pesquisa foi identificar quais os hábitos e preferências de consumo de indivíduos diagnosticados com algum nível de transtorno depressivo.

Método: Por meio de um *survey*, 451 participantes responderam a itens relativos à depressão e ao consumo de bens e serviços distribuídos em doze categorias. Para verificar se os participantes apresentavam algum nível de depressão, aplicou-se o Inventário de Depressão de Beck-BDI.

Originalidade/Relevância: Não se viu na literatura acessada estudos que pudessem indicar um perfil de consumo de pessoas com depressão, já que geralmente elas apresentam comportamentos relativamente distintos ou mais frequentes daqueles que não tem a doença, por conta dos seus sintomas. Com isso, percebe-se que há uma lacuna teórica em estudos que avaliem os efeitos que esse transtorno pode gerar nos hábitos gerais e preferências de consumo e de que modo as empresas podem desenvolver ações que venham melhorar o bem-estar dessas pessoas.

Resultados: Os resultados revelaram que 26,2% dos respondentes apresentaram algum nível de depressão. Constatou-se que há relação entre depressão e alguns hábitos específicos e preferências de consumo, o que caracteriza um perfil específico de consumidores.

Contribuições teóricas/metodológicas: Este estudo contribui com a literatura do comportamento do consumidor ao apresentar um quadro com perfil mais frequente, hábitos e preferências de consumo de pessoas com depressão, além de apontar possibilidades de práticas para o desenvolvimento de políticas públicas e empresariais, para geração de bem-estar desses indivíduos na sociedade.

Palavras-chave: Depressão. Hábitos de Consumo. Inventário de Beck.

Recebido em:
13/03/2018

Aceito em:
01/08/2018

Editores Responsáveis:
Prof. Dr. Otávio Bandeira De Lamônica Freire
Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes

Processo de Avaliação:
Double Blind Review

Revisão:
Gramatical, normativa e de formatação



HABITS AND PREFERENCES OF CONSUMPTION OF PEOPLE DIAGNOSED WITH DEPRESSION

Objective: Studies relating depression and consumption of products in general are still incipient in the consumer behavior literature. With this, the objective of this research was to identify the consumption habits and preferences of individuals diagnosed with some level of depressive disorder.

Method: Through a survey, 451 participants answered items related to depression and the consumption of goods and services distributed in twelve categories. To check if the participants had any level of depression, the Beck Depression Inventory (BDI) was applied.

Originality/Relevance: Studies that could indicate a profile of the habits of consumption of people with depression were not seen in the literature, since they generally present relatively different or more frequent behaviors of those who do not have the disease, due to their symptoms. With this, it is noticed that there is a theoretical gap in studies that evaluate the effects that this disorder can generate in the general habits and preferences of consumption and in what way the companies can develop actions that improve the well-being of these people.

Results: The results revealed that 26.2% of respondents presented some level of depression. It was found that there is a relationship between depression and some specific habits and consumption preferences, which characterizes a specific profile of consumers.

Theoretical/methodological contributions: This study contributes to the consumer behavior literature by presenting a frame with more frequent profile, habits and preferences of people with depression, besides pointing out practical possibilities for the development of public and business policies, for the well-being of these individuals in society.

Keywords: Depression. Consumption Habits. Beck Inventory.

Francisco Vicente Sales Melo¹
Daniela Gomes Alcoforado²
Nathália Arraes Guedes³

¹ Doutor em Administração pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco - PROPAD/UFPE. Professor da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Pernambuco, Brasil. E-mail: vicsmelo@gmail.com

² Mestre em Administração pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco - PROPAD/UFPE. Pernambuco, Brasil. E-mail: alcoforado.daniela@gmail.com

³ Mestranda em Administração pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco - PROPAD/UFPE. Pernambuco, Brasil. E-mail: nathaliarraes@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um distúrbio psiquiátrico comum caracterizado por humor deprimido ou triste, perda de interesse, redução da energia, fadiga, distúrbios no sono ou apetite e pensamentos recorrentes de morte; normalmente possui sinais de ansiedade (Kendler & Gardner, 1998; Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm, & Saxena, 2012). Estima-se que, mundialmente, mais de 320 milhões de pessoas sofram de algum transtorno depressivo, tendo este número aumentado 18,4% entre 2005 e 2015 (WHO, 2017). A depressão é a doença mental mais recorrente entre adultos de meia-idade e idosos (Blazer, 2003). Acredita-se que até os 21 anos, 25% dos jovens já terão vivenciado um episódio de depressão (Kessler, Avenevoli, & Ries Merikangas, 2001) e de acordo com projeções da World Health Organization (WHO) (2017), em 2030 ela será o mal mais prevalente do planeta, à frente de câncer e de algumas doenças infecciosas.

Segundo dados da WHO (2017), a depressão grave revela-se como um problema de saúde pública em todas as regiões do mundo e tem ligações com as condições sociais em 18 países, de alta e baixa renda, incluindo o Brasil. O relatório da WHO, divulgado em fevereiro de 2017 com estimativas globais sobre a depressão, apontou que o Brasil é o quinto país com maior índice de depressão (5,8%), e o país com maior taxa de ansiedade do mundo (9,3%) (WHO, 2017); não sendo registrados casos que não são diagnosticados e tratados. Ou seja, na prática, se desconhece a dimensão real da doença.

Geralmente relacionada ao uso de cigarros, drogas ilícitas, bebidas alcoólicas, comportamento compulsivo, sedentarismo e baixa autoestima, esta doença é bastante estudada nas áreas da saúde. Além disso, alguns autores já iniciaram estudos que apontam a relação entre o consumo e transtornos de humor (Elden, Özdem, & Bakır, 2013; Hirschman & Stern, 1998; Holbrook & Hirschman, 1982). No entanto, não se viu na literatura acessada estudos que pudessem indicar um perfil de consumo de pessoas com depressão, já que geralmente elas apresentam comportamentos relativamente distintos ou mais frequentes daqueles que não tem a doença, por conta dos seus sintomas. Por exemplo, ansiedade, pânico, isolamento, dentre outros. Com isso, percebe-se que há uma lacuna teórica em estudos que avaliem os efeitos que esse transtorno pode gerar nos hábitos gerais e preferências de consumo e de que modo as empresas podem desenvolver ações que venham melhorar o bem-estar dessas pessoas.

De acordo com a previdência social, os transtornos mentais já são a terceira razão de afastamento do trabalho no Brasil, sendo que os gastos do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) giram em torno de R\$ 200 milhões em

pagamentos de benefícios anuais (Jornal O Progresso, 2016); dado que reforça a importância de se criar medidas de prevenção. Percebe-se, assim, que a ansiedade, assim como a depressão, são males que afetam as pessoas na sociedade. Desse modo, por se tratar de algo recorrente e que tende a ser mais frequente no futuro do país, observa-se a necessidade de se compreender como a depressão se relaciona com as práticas de consumo, como se pode lidar com esse tipo de indivíduo no mercado e quais hábitos são mais característicos ou frequentes em pessoas com depressão.

Além de ser uma doença considerada como um problema de saúde pública, a mesma pode influenciar o consumo e não se têm indícios de ações específicas desenvolvidas por empresas, no setor público ou privado, para esse perfil de consumidor. Como esse transtorno tende a afetar os estados emocionais do ser humano, acredita-se que os hábitos e preferências de consumo, em geral, podem ser atingidos tanto por conta das limitações, quanto pelas necessidades geradas pela doença. Assim, questiona-se: quais os hábitos e preferências de consumo de indivíduos diagnosticados com depressão? Para responder ao problema, o objetivo desta pesquisa foi identificar quais os hábitos e preferências de consumo de indivíduos diagnosticados com algum nível de transtorno depressivo.

A motivação para realizar este estudo se deu pela necessidade de se entender melhor como lidar com pessoas que sofrem desse transtorno no mercado, por meio de ações que possam gerar bem-estar, e na sociedade, por meio de políticas públicas – perspectiva até então negligenciada por esses agentes. Além disso, estudos sobre o indivíduo depressivo enquanto consumidor, ainda são incipientes, sobretudo no Brasil. Desse modo, inicialmente, realizou-se um levantamento teórico sobre depressão e hábitos de consumo e aplicou-se o Inventário de Depressão de Beck-BDI para o diagnóstico de depressão entre os participantes. Depois, os procedimentos metodológicos são apresentados seguidos dos resultados, análises e conclusões.

2 DEPRESSÃO E HÁBITOS DE CONSUMO

Estudos diversos apresentam relações entre a depressão e o uso de cigarros, drogas ilícitas, bebidas alcoólicas, além de um comportamento mais compulsivo no momento da compra, sedentarismo, baixa autoestima e felicidade. No que concerne ao consumo de álcool, pacientes com algum distúrbio emocional, frequentemente apresentam altos níveis

de sintomas depressivos quando entram em tratamento (Foulds et al., 2015). O consumo excessivo de álcool foi associado a uma maior incidência de depressão (Bellos et al., 2016).

Boden e Fergusson (2011) revisaram sistematicamente a literatura sobre a relação entre os transtornos do uso de álcool e a depressão. Enquanto que Park e Romer (2007) buscaram obter evidências sobre a relação entre tabagismo e depressão entre adolescentes. Esse e outros estudos já sugeriram que a depressão é um dos fatores de risco mais consistentes na influência ao tabagismo (Guo et al., 2016), pois associações bidirecionais foram encontradas entre o fumo e a depressão e, entre o fumo e o consumo elevado de bebidas alcoólicas. Com isso, já se entende que a depressão também pode prever o engajamento futuro com bebidas alcoólicas (An & Xiang, 2015).

Em uma pesquisa na Indonésia, Liew e Gardner (2016) também verificaram a relação existente entre o cigarro e a depressão, destacando que o efeito da depressão sobre o tabagismo é maior entre as mulheres. A doença foi vista como uma barreira a mudanças comportamentais em relação a atitudes mais benéficas para o bem-estar, como parar de fumar e ter hábitos mais saudáveis, sendo esses aspectos também observados por Xiang (2016).

Crane, Langenecker e Mermelstein (2015) verificaram que o maior uso de maconha e cigarros está relacionado, especialmente em homens, positivamente com maiores níveis de depressão. Diferenças de gênero nos fatores relacionados ao uso de maconha podem significar que há riscos e consequências diferentes do uso e têm implicações para esforços de prevenção e intervenção. Ademais, níveis elevados de depressão foram significativamente associados a maior frequência de uso de maconha e, a maior frequência no uso de cigarros, foi relacionada ao aumento da frequência de uso de maconha (Crane et al., 2015).

Entretanto, não apenas o uso de maconha foi associado à depressão. Os pacientes viciados em cocaína, por exemplo, que apresentam sintomas de abstinência graves, também apresentam taxas mais altas de sintomas depressivos (Rovaris et al., 2016). Lister et al. (2015) apoiam a concepção de que os sintomas depressivos podem resultar no consumo e uso de cocaína ao longo da vida. De forma geral, o uso de drogas ilícitas, com e sem consumo de cannabis, por exemplo, aumenta o risco de depressão, ideação suicida e tentativas de suicídio. O consumo intenso de cannabis sozinho prediz depressão, mas não ideação ou tentativa suicida (Rasic, Weerasinghe, Asbridge, & Langille, 2013).

Semelhantemente ao uso de drogas ilícitas, o abuso de medicamentos também se mostra relacionado à depressão. Edlund et al. (2015) relataram que o episódio depressivo (Major

Depressive Episode – MDE) ocorre com frequência em adolescentes e está relacionado ao abuso e a dependência de opioides não prescritos por um médico.

Outro fator intimamente ligado à depressão é a obesidade e o consumo excessivo de alimentos, principalmente, os mais calóricos. Uma meta-análise sugere que a depressão e a obesidade estão reciprocamente ligadas, sendo a condição de obesidade diretamente relacionada com o aumento do risco de depressão (Luppino et al., 2010). O primeiro mediador possível da relação entre a depressão e ganho de peso, é o consumo emocional. O consumo emocional é o ato de comer em resposta a emoções negativas, como sentimentos depressivos. Esses sentimentos estão normalmente associados à perda de apetite e subsequente perda de peso. No entanto, existe um subtipo de depressão que se caracteriza pelas características atípicas do apetite aumentado (van Strien, Konttinen, Homberg, Engels, & Winkens, 2016). Mannan et al. (2016) verificaram que a força da associação é maior para a direção que leva da depressão à obesidade, e essa ligação foi mais evidente para mulheres de meia-idade e jovens. Há a hipótese de que a depressão causa um aumento de peso ao longo do tempo devido a distúrbios neuroendócrinos.

O aumento ou diminuição de peso, contudo, não está ligado apenas ao aumento ou diminuição no consumo de alimentos, pois mudanças na autoestima também podem afetar diretamente a motivação para cuidar do corpo. O ganho de peso ao longo dos 4 anos de frequência universitária esteve associado ao aumento da insatisfação corporal e atitudes alimentares negativas para as mulheres, em estudo longitudinal aplicado por Girz et al. (2013). A estima do corpo possui correlação positiva com exercícios físicos no momento em que níveis mais elevados de depressão estão relacionados a níveis mais baixos de estima do corpo (Kamimura et al., 2014). E, hábitos e estilos de vida não saudáveis, tendem a gerar hábitos na alimentação também não saudáveis, aumentando o ciclo que pode levar à depressão. A falta de refeições principais e um padrão de lanches não saudáveis podem levar a má qualidade da dieta de um indivíduo e, conseqüentemente, à presença de doenças crônicas, entre as quais o transtorno mental não é exceção (Tajik et al., 2016). Assim, a má qualidade da dieta leva a doenças depressivas ao longo do tempo (Quirk et al., 2013). Além disso, foi revelado que lanches como batatas fritas, chocolate e biscoitos estão associados a um maior grau de estresse (Chaplin & Smith, 2011).

Ainda no que diz respeito à saúde, indicadores de estilos de vida pouco saudáveis, saúde física e funcionamento psicossocial estão associados com sintomas depressivos recorrentes (Hiles et al., 2015). Em pesquisa realizada com

estudantes universitários do sexo feminino, Regestein et al. (2010) relataram que àquelas que possuem um déficit de duas horas de sono por noite têm maior risco de relatar sintomas melancólicos do que outras. Muitos estudantes universitários têm sono irregular ou insuficiente por causa de mudanças no estilo de vida e nos horários de trabalho (Regestein et al., 2010). Hiles et al. (2015) também mostraram que aspectos de doenças físicas e do estilo de vida pouco saudável, incluindo obesidade, baixa atividade física, má qualidade da dieta, tabagismo e uso de álcool, são frequentemente observados em pessoas com depressão.

Outrossim, já existem estudos que associam o transtorno depressivo com níveis de felicidade. Em pesquisa aplicada a estudantes no Kuwait, Baqer (2017) verificou que há correlação negativa entre depressão e felicidade. Estudos realizados por Fergus & Bardeen (2016) e Muñiz-Velázquez, Gomez-Baya, & Lopez-Casquete (2017) também corroboram com esse achado.

A incidência de depressão também foi maior entre os subconjuntos de indivíduos que relatam dificuldades financeiras (Bridges & Disney, 2010). E, ainda mais, com indivíduos que possuem um perfil de consumo compulsivo. A compra compulsiva foi associada à sintomatologia depressiva elevada (Thomas, Al-Menhali, & Humeidan, 2016). Vários estudos também relatam que os sintomas depressivos estão fortemente correlacionados com os elevados níveis de compra compulsiva. Claes et al. (2010), por exemplo, descobriram que a compra compulsiva está associada a um baixo nível de autocontrole, mesmo depois de controlar os sintomas depressivos. Antes disso, Mitchell et al. (2002) já haviam verificado que os compradores compulsivos são significativamente mais propensos a ter uma história de vida de abuso de substâncias ou dependência.

Neste sentido, considera-se que o estado depressivo pode estar relacionado a outros aspectos do comportamento de consumo em geral, até então não analisados. Além disso, não se sabe como a doença pode influenciar tipos específicos de consumo, algo que deixa uma lacuna para tomada de decisão empresarial e governamental.

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS

Este estudo é de natureza quantitativa e característica descritiva (Malhotra, 2006). A coleta de dados foi realizada por meio de uma *survey online* nos meses de outubro e novembro de 2016. Após o tratamento das respostas, obtiveram-se 451 questionários válidos. No ambiente *online*, além da possibilidade de acessar um maior número de pessoas, o participante pode se sentir mais à vontade

para responder e tende a gerar respostas mais consistentes com a realidade (Malhotra, 2006), sobretudo em pesquisas de caráter tão pessoal como esta. Antes da aplicação do instrumento final, foi realizado um pré-teste presencial com 15 participantes, sendo realizados apenas ajustes nos itens de consumo de alguns produtos. Os resultados do pré-teste corroboraram com os encontrados na pesquisa final.

O instrumento de coleta foi dividido em três seções. A primeira seção foi composta por 12 categorias de produtos consumidos de forma mais usual pelas pessoas. Dessa forma, foram estabelecidas as seguintes categorias: atividade física, entretenimento, acessórios e/ou vestuários, cosméticos, jogos eletrônicos, restaurantes, bebidas alcoólicas, cigarros, drogas ilícitas, comidas mais e/ou menos saudáveis e medicamentos. Essas últimas cinco categorias são citadas mais frequentemente em outros estudos e foi escolhida a fim de investigar como essas relações ocorrem no Brasil, visto que, a maioria dessas investigações é realizada em países desenvolvidos e com população com renda per capita mais elevada. As demais foram escolhidas com o intuito de contribuir com as lacunas dos estudos desta natureza. No final desta etapa, foi solicitado que os respondentes indicassem a frequência de consumo de cada categoria por meio de uma escala do tipo *Likert* de 10 pontos.

Na seção seguinte, tendo-se uma versão na língua portuguesa, inseriu-se o Inventário de Depressão de Beck – BDI para o diagnóstico das pessoas com depressão. Este instrumento já foi validado em amostras clínicas tanto para identificação de pessoas depressivas quanto em relação a sua utilidade como uma medida de aspectos específicos de depressão em populações não-clínicas (Gorenstein & Andrade, 1998).

O BDI foi desenvolvido originariamente por Beck et al (1961). Trata-se de uma escala de autorrelato para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). Esta escala consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (Gorenstein & Andrade, 1998).

Os 21 itens são somados e o escore total representa o nível de depressão do respondente, sendo de 0-13 depressão mínima, 14-19 depressão leve, 20-28 depressão moderada e 29-63 depressão severa. Dessa maneira, o escore total permite a

classificação dos níveis de intensidade da depressão no indivíduo. Por essa escala já ter sido validada em outros estudos, foi possível comparar os resultados deste com outros já realizados (Gorenstein & Andrade, 1998; Keyes & Goodman, 2006; Kuehner, 2017), o que confirmou sua validade. Quanto a confiabilidade, o teste do Alpha de Cronbach indicou consistência interna adequada ($\alpha=0,859$).

Com a finalidade de traçar o perfil sócio-demográfico da amostra, a última seção foi composta por 15 itens. Além desses aspectos, haviam questões mais específicas relativas à religião, peso, altura, sensação de peso e preferência climática. Por fim, a antepenúltima questão solicitava que os respondentes apontassem, também numa escala tipo *Likert* de 10 pontos, como eles classificavam os níveis de: autoestima, felicidade, motivação, autocontrole no momento de uma compra e realização pessoal e, por fim, inseriu-se um item com o propósito de avaliar como cada participante julgava o seu nível de endividamento atual.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o SPSS (*Statistical Package of Social Sciences*) versão 23, onde foram empregados testes estatísticos, como estatísticas descritivas (análises de frequência e tabela cruzada), testes de diferenças de médias e regressão linear múltipla.

4 RESULTADOS E ANÁLISES

Inicialmente, apresentam-se as características da amostra e individuais, sendo essas relacionadas com a depressão. Demonstra-se a relação entre situação financeira, o corpo, autocontrole, emoções e a depressão. Em seguida, analisaram-se de forma comparativa (pessoas com e sem depressão), os hábitos e preferências de consumo dos todos os participantes.

4.1 Características da Amostra

A amostra geral foi composta por 300 mulheres e 151 homens, tendo idades variando entre 16 e 69 anos, com uma média de 32 anos (d.p.=10,32). A maior parte dos participantes está concentrada na região Nordeste (90%) do Brasil e 10% do total estão distribuídos na Região Sudeste e Sul. Quanto ao nível de instrução, 28,6% tem ensino médio completo e 70,1% superior completo, e desses 22,6% já possuem curso de pós-graduação *lato sensu* e 12,2% *stricto sensu*. O estado civil predominante foi o de solteiro (58,8%), correspondendo a mais da metade dos indivíduos. Quanto à orientação sexual, 87,1% indicaram ser heterossexuais. A maioria dos respondentes tem renda média individual *per capita* de R\$ 2.592,43 (d.p.=2.817,85) e familiar de R\$ 7.228,43 (d.p.=8.055,22), estando 55,7% do total com algum nível de endividamento. A religião que mais prevaleceu foi a Católica (43,7%), seguido dos que indicaram não ter religião (23,7%), evangélicos (14%) e espíritas (12,6%).

4.2 Características Individuais e a Depressão

Seguindo a orientação diagnóstica do inventário de depressão utilizado, identificaram-se os indivíduos que apresentavam algum nível de transtorno depressivo. Do total, 73,8% não apresentaram características de depressão, 15,3% estão em condição de depressão baixa, 8,0% média e 2,9% severa. Com isso, 26,2% da amostra apresenta algum nível de transtorno depressivo (Tabela 1). O resultado superou as expectativas, pois segundo dados da OMS (2015), 5,8% dos brasileiros sofrem da doença, tendo a maior prevalência de pessoas com ansiedade no mundo (9,3%).

Tabela 1- Distribuição de pessoas com e sem depressão.

Nível de depressão	F	%
Inexistente	333	73,8
Depressão Baixa	69	15,3
Depressão Média	36	8,0
Depressão Severa	13	2,9
Total	451	100,0

Fonte: dados da pesquisa (2017)

Observou-se que há equilíbrio percentual entre homens (25%) e mulheres (27%) com algum nível de depressão. Em relação às mulheres (15%), os homens (17%) apresentaram maior percentual de depressivos em baixo nível, mas sem diferença significativa ($p>0,05$). No entanto, há mais mulheres

com depressão moderada (9,0%) do que os homens (6,0%) ($p>0,05$). Em ambos os sexos, 2,9% foram classificados com depressão severa. Na amostra analisada, os dados indicaram que não há variação de incidência do transtorno entre os sexos, no entanto estudos já sugeriram que as mulheres são

mais propensas à depressão, sobretudo quando mais jovens (Keyes & Goodman, 2006; Kuehner, 2017).

Em relação à orientação sexual, mais da metade dos respondentes (52,2%) que se identificaram como homossexuais, apresentaram algum nível de transtorno depressivo. Quanto ao estado civil daqueles com algum nível de depressão, predominaram os solteiros (58,8%), estando esses com idades aproximadas à média da amostra. Os indivíduos que estão em união estável apresentaram 39,4% de quadro depressivo. Observou-se que pessoas desempregadas apontaram 47,6% de prognóstico depressivo, enquanto funcionários de empresas públicas apresentaram níveis baixos de depressão (11%) e, além disso, constatou-se que pessoas com maior nível de escolaridade podem ter maior depressão ($\beta_{\text{escolaridade}}=0,383$; $p=0,000$; $R^2_{\text{ajust.}}=0,661$). Assim, os resultados indicam que pessoas solteiras, com união estável, homossexuais e desempregadas apresentam maior nível depressivo. Além disso, aquelas com maior nível de escolaridade também tendem a ser mais depressivas.

4.3 Situação Financeira e a Depressão

Verificou-se que a renda, tanto familiar quando individual mensal, não se relaciona com o estado de depressão dos sujeitos. Porém, constatou-se a relação entre endividamento e depressão. Os achados da análise de regressão mostraram que a depressão é explicada de maneira significativa pelo endividamento ($\beta_{\text{endividamento}}=0,491$; $p=0,000$; $R^2_{\text{ajust.}}=0,588$). Com isso, é possível considerar que os mais depressivos estão mais endividados e o nível de endividamento influencia positivamente no aumento da depressão. Tais achados confirmam o estudo de Bridges e Disney (2010). A relação entre depressão e endividamento pode ser melhor compreendida a partir das considerações de Artifon e Piva (2013). Para os autores, o endividamento não é resultado de um fato isolado, contudo, a aquisição de novas dívidas, prioriza o consumo de itens supérfluos, o que evidencia a existência de fatores simbólicos no ensejo por comprar bens de consumo, o que traz valor ao eu. O descontrole financeiro e o

endividamento não dependem diretamente da renda mensal do indivíduo, mas refletem os apelos exacerbados da sociedade de consumo, de modo a denotar que este comportamento financeiro não pode ser explicado por um viés de racionalidade, pois nele interferem aspectos psicológicos e culturais.

Sendo assim, verifica-se que fatores psicológicos afetam o comportamento financeiro dos indivíduos, o que pode justificar a relação entre depressão e endividamento.

4.4 O Corpo e a Depressão

O peso e a altura, quando avaliados como variáveis relacionadas à depressão, não se mostraram relevantes. No entanto, o Índice de Massa Corpórea (IMC) calculado com base na *National Health and Nutrition Examination Survey*, apresentou relação com a depressão. Os achados da análise mostraram que a depressão é explicada de maneira significativa pelo IMC dos participantes ($\beta_{\text{IMC}}=0,523$; $p=0,000$; $R^2_{\text{ajust.}}=0,731$). Com isso, considera-se que os indivíduos que estão com IMC elevado tendem a ter maior nível de depressão. Esses resultados apoiam os achados de Antoniou, Bongers e Jansen (2017) e Sacks et al. (2017).

4.5 Emoções e a Depressão

Na elaboração da pesquisa, optou-se por mensurar alguns estados emocionais dos participantes. Estabeleceu-se como variável dependente o nível de depressão e, independentes, alguns estados emocionais como humor, pessimismo, autoestima, infelicidade e motivação. Para essa finalidade realizou-se uma análise de regressão. Na Tabela 2 é possível verificar que a 'depressão' pode ser explicada por alguns estados emocionais. Com $p \leq 0,05$ e $R^2_{\text{ajust.}}=0,809$, a equação ficou expressa da seguinte forma: $D_{\text{depressão}} = 0,864 \text{ humor}(-) + 0,468 \text{ pessimismo} + (-0,046) \text{ autoestima} + 0,168 \text{ felicidade}(-)$. A motivação não foi uma variável significativa no modelo, sendo a mesma excluída.

Tabela 2 - Depressão e estados emocionais.

Variáveis	β	Modelo padrão	Beta	t	Sig.
Humor (-)	0,864	0,055	0,384	15,677	0,000
Pessimismo	0,468	0,048	0,239	9,755	0,000
Autoestima	-0,046	0,025	-0,188	-1,844	0,050
Felicidade (-)	0,168	0,024	0,723	7,116	0,000

Fonte: dados da pesquisa (2017)

Com base no modelo, verificou-se que ao aumentar o mau humor, o pessimismo, a infelicidade e diminuir a autoestima, maior serão os níveis de depressão dos indivíduos. A depressão afeta o estado de humor e, normalmente, pessoas com depressão, apresentam elevado mau humor (Beck et al., 1961; Del Porto, 1999). Segundo Beck et al. (1961) o pessimismo é algo predominante em depressivos. No que diz respeito à autoestima, os resultados alinham-se aos resultados de Kamimura et al. (2014). A depressão possui, ainda, relação negativa clara com a felicidade do indivíduo, ou seja, quanto maior a felicidade do indivíduo, menor seu índice depressivo. Tal resultado já foi validado por Joseph e Lewis (1998) e Robak e Griffin (2000). Os autores se utilizaram de uma Escala de Depressão-Felicidade e encontraram correlação negativa entre elas.

4.6 Autocontrole e a Depressão

O autocontrole é uma variável relevante nos estudos sobre o comportamento de consumo, pois geralmente esse é um antecedente das compras compulsivas. As pesquisas de Claes et al. (2010) e Thomas, Al-Menhali e Humeidan (2016) relacionaram a depressão com a compulsividade no momento de uma compra. Os resultados de ambos os estudos indicam que aqueles indivíduos com quadro mais depressivo tendem a ter comportamento de compra menos controlado e, conseqüentemente, mais compulsivo.

Ao realizar a mesma análise, relacionando o autocontrole no momento de uma compra com a depressão, os resultados destes estudos foram distintos. Ou seja, observou-se que quanto maior o nível de depressão dos indivíduos participantes, maior o seu autocontrole ao decidir realizar uma compra ($\beta_{\text{autocontrole_compra}}=0,179$; $p=0,000$;

$R^2_{\text{ajust.}}=0,617$). Esse aspecto é relevante para a gestão, a fim de que se estabeleça um melhor conhecimento dos consumidores com depressão, algo comum já na sociedade contemporânea. No entanto, apesar dos resultados apresentarem um aspecto interessante, observa-se que alguns hábitos de consumo dos indivíduos podem não ser controlados por parte daqueles com depressão. Essa análise é realizada no tópico a seguir.

4.7 Hábitos e Preferências de Consumo e a Depressão

Hábitos gerais de consumo normalmente não são relacionados a indivíduos com depressão. Sendo assim, procurou-se mapear as preferências e hábitos desse perfil de consumidor comparando com pessoas sem depressão. As principais categorias de consumo foram: atividade física, entretenimento, vestuário e acessórios, cosméticos, jogos eletrônicos, restaurantes, bebida alcoólica, cigarros, drogas ilícitas, comidas (muito e pouco calóricas) e medicamentos. Tendo-se a depressão como variável dependente, uma regressão com esses hábitos de consumo como independentes, considerando sua frequência, foi realizada. A Tabela 3 indica que quanto maior o nível de depressão, menor será o consumo em restaurantes e maior será o consumo de jogos eletrônicos, cigarros, drogas ilícitas, comidas muito calóricas (com maior incidência), comida pouco calóricas (com menor incidência) e de medicamentos, sendo essas as variáveis significativas no modelo. Com $p=0,000$ e $R^2_{\text{ajust.}}=0,717$, a equação ficou da seguinte forma: $D_{\text{depressão}} = 0,034 \text{ jogos_elet.} + (-0,040) \text{ restaurantes} + 0,079 \text{ cigarros} + 0,098 \text{ comida_maiscalór.} + 0,094 \text{ comida_menoscalór.} + 0,080 \text{ medicamentos.}$

Tabela 3 - Hábitos de consumo e depressão.

Hábitos de consumo <i>Frequência em que consome...</i>	B	Modelo padrão	Beta	t	Sig.
Jogos eletrônicos	0,034	0,018	0,072	1,820	0,054
Restaurantes	-0,040	0,020	-0,149	-1,969	0,050
Cigarros	0,079	0,031	0,099	2,533	0,012
Drogas ilícitas	0,098	0,040	0,102	2,486	0,013
Comidas muito calóricas	0,094	0,019	0,340	4,933	0,000
Comidas pouco calóricas	0,041	0,018	0,160	2,258	0,024
Medicamentos	0,080	0,017	0,192	4,629	0,000

Fonte: dados da pesquisa (2017)

Com o intuito de identificar quais preferências de consumo predominam em indivíduos com depressão, foram realizadas análises

comparativas com aqueles com prognóstico de não depressivos. Para análise, o teste de hipóteses Mann-Whitney U foi utilizado. Consideraram-se como

indivíduos depressivos, aqueles classificados de nível leve a alto, de acordo com o inventário aplicado.

No que se refere às atividades físicas, os consumidores com depressão preferem a dança (Dsem_dep.=0,05 | Dcom_dep.=0,13; p=0,009), quando comparados com os sem a doença. As outras atividades como musculação, artes marciais, jogos coletivos, atividades aeróbicas, pilates e yoga, ginástica e treinamento funcional, não são atividades muito atrativas para indivíduos com depressão.

Dentre os diversos tipos de entretenimento como passeio em shopping; assistir filme e programas de televisão; teatro, ópera; shows, festas, bares e baladas; praia, praça ou parque; museus; leitura em casa; navegação na internet; igreja ou centro religioso; cinema; jogos eletrônicos; ouvir música e livreria, as pessoas com depressão apresentaram maiores médias de hábitos e preferências em consumir internet (Isem_dep.=0,66 | Icom_dep.=0,80; p=0,010), cinema (Csem_dep.=0,3 | Ccom_dep.=0,41; p=0,047) e ouvir música (Musem_dep.=0,46 | Mucom_dep.=0,60; p=0,009). As demais atividades geralmente não são tão consumidas por indivíduos sem depressão.

Em relação ao consumo de vestuários e acessórios como roupas, calçados, joias ou bijuterias, relógios, roupas de baixo, óculos, chapéus ou bonés e roupas de banho, não se observou diferenças entre as médias de consumo dos grupos analisados. Algo semelhante aconteceu com a categoria de cosméticos (protetor solar, para o corpo, cabelo, pele, unhas e maquiagem). Com isso, é possível considerar que essas categorias de produto, que normalmente são utilizados pela maioria das pessoas, quando podem, não apresentam variações nos hábitos de consumo entre pessoas com e sem depressão.

Entre as modalidades de jogos eletrônicos analisadas (jogos de esporte, simuladores de corrida de carro e de vida, jogos de tiro, aventura, ficção e puzzle), os que geraram maior interesse de consumo entre aqueles com algum nível de depressão, foram os de aventura. Ou seja, comparando com os indivíduos sem depressão, estes apresentaram maiores médias (JAssem_dep.=0,07 | JAcom_dep.=0,140; p=0,020).

A preferência por se alimentar fora de casa, especificamente em restaurantes, também foi analisada. No entanto, não se verificou diferenças entre os tipos, tais como: sorveterias, restaurantes temáticos, churrascarias, creperias, food trucks, pizzaria, fast food, lanchonetes e lojas de comidas saudáveis.

Já no que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, observou-se que 26,3% das pessoas com quadro depressivo e 31,5% das sem depressão,

consomem frequentemente esse item, não havendo diferença significativa. Porém, entre as bebidas como cervejas, destilados (gim, rum, vodka, uísque), vinhos, drinks e coquetéis, o champanhe/espumante é o mais consumido por pessoas com algum nível de depressão (B_Champsem_dep.=0,06 | B_Champcom_dep.=0,130; p=0,050). É possível supor que essas bebidas podem gerar mais prazer e bem-estar nos indivíduos depressivos.

Com relação ao consumo de cigarros e drogas ilícitas, não há preferências distintas entre depressivos (11,9% fumam e 11,9% usam drogas) e não depressivos (8,7% fumam e 7,8% usam drogas). Verificou-se que as pessoas que sofrem do transtorno tendem a consumir mais drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, heroína, ecstasy etc.), sendo a maconha a mais comum dentre elas, algo já observado em estudos anteriores (Rovaris et al., 2016). Apesar de a literatura ser exaustiva no que diz respeito à relação entre depressão e abuso no uso de bebidas alcoólicas, cigarros e drogas ilícitas, tais resultados não podem ser associados, já que não houve aprofundamento na investigação dos hábitos de consumo desses produtos das pessoas com depressão em seus diversos graus, nos estudos analisados.

A alimentação variou entre os indivíduos com e sem depressão. Com relação à comida calórica, aqueles que apresentaram algum nível do transtorno, consomem mais, sendo os biscoitos (recheados ou não) (Biscsem_dep.=0,31 | Bisccom_dep.=0,46; p=0,003) e os doces (bolos, docinhos, chocolates, sorvetes) (Dsem_dep.=0,55 | Dcom_dep.=0,69; p=0,054), os mais consumidos. Quanto ao consumo de comidas menos calóricas, houve uma expressiva relação negativa, ou seja, quanto menor o consumo de comidas saudáveis, maior o risco de depressão. Tais resultados corroboram os estudos de Quirk et al. (2013) e Tajik et al. (2016). Isto também pode estar relacionado à autoestima, no momento em que indivíduos com menor autoestima tendem a cuidar menos do corpo e da própria alimentação, como é indicado por Girz et al. (2013).

Apesar dos indivíduos sem depressão apresentarem maiores médias no consumo de alimentos menos calóricos, como saladas, legumes, carnes magras, frutas, grãos etc., essas não foram significativas. Com isso, é possível considerar que ambos os grupos consomem esses produtos alimentícios.

Para ampliar o conhecimento sobre os hábitos dos depressivos, verificou-se qual tipo de medicamento é mais utilizado. Vários tipos de remédios foram avaliados, sendo que os ansiolíticos (Asem_dep.=0,03 | Acom_dep.=0,14; p=0,000), os antidepressivos (AntDsem_dep.=0,02 | AntDcom_dep.=0,09; p=0,001) e os analgésicos

(Ansem_dep.=0,11 | Ancom_dep.=0,23; p=0,002) são os mais consumidos entre os depressivos. Os analgésicos aparecem com maiores médias, o que pode sugerir que as pessoas tendem a buscar medicações que venham aliviar as dores, que geralmente são causadas pela doença e não são diagnosticadas. Esses dados confirmam também o diagnóstico atribuído aos indivíduos de acordo com o inventário de Beck. Como dado complementar, verificou-se, ainda, que os hormônios (Hsem_dep.=0,04 | Hcom_dep.=0,08; p=0,054) são mais consumidos por não doentes de depressão. Tanto na literatura (Edlund et al., 2015), quanto no que foi averiguado nesta pesquisa, o uso recorrente de medicamentos se mostra relacionado à depressão.

Para conhecer melhor o perfil das pessoas depressivas, assim como seus hábitos e preferências de consumo, o Quadro 1 foi desenvolvido. Demonstra-se, a partir dos dados da pesquisa, o perfil das pessoas diagnosticadas com algum nível de depressão, sendo esse classificado como: perfil mais frequente, mais propenso a usar e estados emocionais e comportamentais. Do mesmo modo, os hábitos e preferências foram classificados como: consomem com mais e menos frequência, e preferências de consumo, sendo destacados os principais produtos de cada uma das categorias analisadas.

PERFIL DO INDIVÍDUO COM DEPRESSÃO	HÁBITOS E PREFERÊNCIAS DE CONSUMO DO INDIVÍDUO COM DEPRESSÃO
<i>PERFIL MAIS FREQUENTE</i>	<i>CONSOMEM COM MAIS FREQUÊNCIA</i>
Solteiros ou com união estável Homossexuais Desempregados Escolaridade alta Endividados	Jogos eletrônicos Comidas mais calóricas Medicamentos: ansiolíticos, antidepressivos, e analgésicos
<i>MAIS PROPENSO A USAR</i>	<i>CONSOMEM COM MENOS FREQUÊNCIA</i>
Cigarros e drogas ilícitas	Comidas menos calóricas Restaurantes: sorveterias, restaurantes temáticos, churrascarias, creperias, food trucks, pizzaria, fast food e lanchonetes
<i>ESTADOS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS</i>	<i>PREFERÊNCIAS DE CONSUMO</i>
Pessimismo Infelicidade Mau humor Baixa autoestima Alto autocontrole	Atividades físicas: dança Entretenimento: navegar na internet, cinema, ouvir música Jogos eletrônicos: de aventura Bebidas alcoólicas: champanhe ou espumante Comidas calóricas: biscoitos, doces (bolos, chocolates)

Quadro 1 - Perfil, hábitos e preferências de consumo de pessoas com depressão.
Fonte: elaborado pelos pesquisadores (2017).

5 CONCLUSÕES

Com o levantamento teórico realizado, foi possível verificar que o conhecimento sobre hábitos de pessoas diagnosticadas com depressão está geralmente relacionado com drogas lícitas e ilícitas, bebidas alcoólicas (Foulds et al., 2015; Bellos et al.,

2016) e, com menos frequência, comidas mais calóricas (Chaplin & Smith, 2011; Quirk et al., 2013); não sendo identificados estudos com o mesmo propósito aqui estabelecido. Com isso, pode-se considerar que esse assunto é incipiente na literatura do marketing e comportamento do consumidor, acreditando estar-se diante de um

relevante tópico de pesquisa para essas áreas; podendo gerar contribuições tanto para o meio organizacional público quanto privado.

Após as análises das categorias de bens e serviços consumidas pelos participantes, pode-se concluir que os indivíduos com quadro depressivo apresentam características específicas de consumo, confirmando a suposição que gerou a questão aqui levantada. Ou seja, os depressivos têm o hábito de consumir jogos eletrônicos, comidas calóricas e medicamentos, e preferem a dança como atividade física. Em relação ao entretenimento, gostam de navegar na internet, ir ao cinema e ouvir música. Jogos de aventura e beber champanhe ou espumantes são preferíveis pelos diagnosticados com a doença, além de comidas mais calóricas.

Foi possível constatar que o uso de medicamentos é recorrente, sobretudo para aqueles que estão em tratamento, resultado que se alinha ao estudo de Edlund et al. (2015). No entanto, o que chamou a atenção foram os níveis de consumo de analgésicos que normalmente não fazem parte do tratamento de depressão. É possível supor que esse consumo se dê pela necessidade de aliviar as dores fisiológicas às vezes geradas ou sentidas por conta da doença. Com isso, chama-se a atenção dos especialistas nas áreas da saúde e governo para o desenvolvimento mais frequente de campanhas sobre o consumo de medicamentos não prescritos por especialistas.

Solteiros ou com união estável, homossexuais, desempregados e endividados são os perfis mais frequentes entre os depressivos. Além disso, observou-se que as pessoas com maior escolaridade também fazem parte do perfil mais predominante. Com isso, acredita-se que políticas públicas e ações empresariais com objetivo de ajudar no tratamento de pessoas com depressão ou até mesmo o desenvolvimento de ações que possam contribuir para geração do bem-estar social, podem ser direcionadas inicialmente para esses perfis de pessoas.

As práticas empresarias também podem ser alinhadas ao perfil de consumidores com depressão. No caso, aqueles indivíduos doentes que tem renda, não deixam de consumir, mas, como constatado, mudam a maneira e as preferências. Por exemplo, a exclusão social é algo comum nos doentes, sobretudo naqueles em estágios mais elevados da doença (NIH, 2018). Com isso, evitam tipos de consumo coletivos e preferem ficar mais tempo em casa. Sabendo disso, se uma academia de ginástica, normalmente recomendada por especialistas no tratamento de depressão, deseja atrair esse público, deve oferecer mais serviços relacionados à dança, que é a atividade física mais preferida deles. Da mesma forma, se o governo quer desenvolver políticas públicas para ajudar no tratamento dessa

doença, deve investir mais em projetos também com foco na dança, não dando ênfase apenas a criação de academias de musculação ao ar livre. Neste sentido, acredita-se que os achados podem ser úteis para diversas ações tanto no meio empresarial quanto governamental.

Os resultados encontrados demonstram a necessidade de novos estudos que venham avançar nas análises da relação entre depressão e motivação, e depressão e autorrealização a partir do consumo, aspectos não analisados nesta pesquisa, mas observados com base em indicativos percebidos nas análises preliminares. Novas pesquisas com o uso de outras categorias de bens e serviços, a partir também de outras abordagens metodológicas, como as qualitativas, também serão relevantes para a consolidação do conhecimento nessa temática, pois o aprofundamento no entendimento das preferências pode apresentar novas perspectivas de análise e ações práticas com foco no bem-estar desses indivíduos.

Certamente há limitações relacionadas às questões territoriais de aplicação da pesquisa, o que pode limitar o entendimento de que se trata de uma realidade brasileira. No entanto, acredita-se que as conclusões confirmadas pela teoria e aquelas que avançam no conhecimento, geradas entre as pesquisas teóricas nacionais e internacionais realizadas e os resultados aqui encontrados, permitem considerar a validade e relevância da pesquisa. Quanto ao instrumento utilizado para o diagnóstico da depressão, a escala de Beck, considera-se que itens explícitos que tratam de desejo autopunitivo, ideias suicidas e perda de libido, podem inibir as pessoas no momento de responder o questionário, algo que aconteceu no pré-teste por não ter sido individual. Desse modo, optou-se pela coleta virtual para tentar reduzir possíveis constrangimentos por parte dos respondentes.

Por fim, os resultados obtidos permitiram constatar que há relação entre depressão e alguns hábitos específicos e preferências de consumo, o que caracteriza um perfil específico de consumidor no mercado. Assim, este estudo contribui com a literatura ao apresentar um quadro com as principais características de consumo entre indivíduos depressivos que pode ser útil para o desenvolvimento de políticas públicas e ações de cunho mercadológico.

REFERÊNCIAS

An, R., & Xiang, X. (2015). Smoking, heavy drinking, and depression among U.S. middle-aged and older adults. *Preventive Medicine*, 81, 295–302. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.09.026>

- Antoniou, E. E., Bongers, P., & Jansen, A. (2017). The mediating role of dichotomous thinking and emotional eating in the relationship between depression and BMI. *Eating Behaviors*, *26*, 55–60. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2017.01.007>
- Artifon, S., & Piva, M. (2013). Endividamento nos Dias Atuais: Fatores Psicológicos Implicados neste Processo. *Psicologia.pt*. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0771.pdf>
- Baqer, G. (2017). Correlation between depression and happiness among Kuwait university students. *European Psychiatry*, *41*, S522. <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2017.01.692>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3204199>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561–71. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>
- Bellos, S., Skapinakis, P., Rai, D., Zitko, P., Araya, R., Lewis, G., ... Mavreas, V. (2016). Longitudinal association between different levels of alcohol consumption and a new onset of depression and generalized anxiety disorder: Results from an international study in primary care. *Psychiatry Research*, *243*, 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.049>
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, *58*(3), 249–65. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12634292>
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction (Abingdon, England)*, *106*(5), 906–14. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
- Bridges, S., & Disney, R. (2010). Debt and depression. *Journal of Health Economics*, *29*(3), 388–403. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.02.003>
- Chaplin, K., & Smith, A. P. (2011). Breakfast and snacks: associations with cognitive failures, minor injuries, accidents and stress. *Nutrients*, *3*(5), 515–28. <https://doi.org/10.3390/nu3050515>
- Claes, L., Bijttebier, P., Eynde, F. Van Den, Mitchell, J. E., Faber, R., Zwaan, M. de, & Mueller, A. (2010). Emotional reactivity and self-regulation in relation to compulsive buying. *Personality and Individual Differences*, *49*(5), 526–530. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.020>
- Crane, N. A., Langenecker, S. A., & Mermelstein, R. J. (2015). Gender differences in the associations among marijuana use, cigarette use, and symptoms of depression during adolescence and young adulthood. *Addictive Behaviors*, *49*, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.05.014>
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *21*, 06–11. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>
- Edlund, M. J., Forman-Hoffman, V. L., Winder, C. R., Heller, D. C., Kroutil, L. A., Lipari, R. N., & Colpe, L. J. (2015). Opioid abuse and depression in adolescents: Results from the National Survey on Drug Use and Health. *Drug and Alcohol Dependence*, *152*, 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.010>
- Elden, M., Özdem, Ö. O., & Bakır, U. (2013). Hedonic consumption and depressed mood: how does depression influence consumer behavior? *International Conference on Marketing and Consumer Behavior*. Retrieved from http://www.academia.edu/17271681/Hedonic_consumption_and_depressed_mood_how_does_depression_influence_consumer_behavior
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2016). Negative mood regulation expectancies moderate the association between happiness emotion goals and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *100*, 23–27. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2015.08.010>
- Foulds, J. A., Douglas Sellman, J., Adamson, S. J., Boden, J. M., Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (2015). Depression outcome in alcohol dependent patients: An evaluation of the role of independent and substance-induced depression and other predictors. *Journal of Affective Disorders*, *174*, 503–510. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.052>
- Girz, L., Polivy, J., Provencher, V., Wintre, M. G., Pratt, M. W., Mark Pancer, S., ... Adams, G. R. (2013). The four undergraduate years. Changes in weight, eating attitudes, and depression. *Appetite*, *69*, 145–150. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.002>
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de

- depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português, 25(5), 245–250.
- Guo, L., Hong, L., Gao, X., Zhou, J., Lu, C., & Zhang, W.-H. (2016). Associations between depression risk, bullying and current smoking among Chinese adolescents: Modulated by gender. *Psychiatry Research*, 237, 282–289. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.027>
- Hiles, S. A., Baker, A. L., de Malmanche, T., McEvoy, M., Boyle, M., & Attia, J. (2015). Unhealthy lifestyle may increase later depression via inflammation in older women but not men. *Journal of Psychiatric Research*, 63, 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.02.010>
- Hirschman, E. C., & Stern, B. B. (1998). Consumer Behavior and the Wayward Mind: the Influence of Mania and Depression on Consumption. *NA - Advances in Consumer Research Volume 25*. Retrieved from <http://www.acrwebsite.org/volumes/8189/volumes/v25/NA-25>
- Holbrook, M. B., & Hirschman, E. C. (1982). The Experiential Aspects of Consumption: Consumer Fantasies, Feelings, and Fun. *Journal of Consumer Research*, 9(2).
- Jornal O Progresso. (2016). OMS diz que 33% da população mundial sofre de ansiedade. Retrieved from <http://www.progresso.com.br/caderno-a/ciencia-saude/oms-diz-que-33-da-populacao-mundial-sofre-de-ansiedade>
- Joseph, S., & Lewis, C. A. (1998). The Depression-Happiness Scale: Reliability and validity of a bipolar self-report scale. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 537–544. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199806\)54:4<537::AID-JCLP15>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199806)54:4<537::AID-JCLP15>3.0.CO;2-G)
- Kamimura, A., Christensen, N., Al-Obaydi, S., Solis, S. P., Ashby, J., Greenwood, J. L. J., & Reel, J. J. (2014). The Relationship between Body Esteem, Exercise Motivations, Depression, and Social Support Among Female Free Clinic Patients. *Women's Health Issues*, 24(6), 656–662. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.05.007>
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (1998). Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 172–7. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.2.172>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Riechman, R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002–14. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430842>
- Keyes, C. L. M., & Goodman, S. H. (2006). *Women and depression : a handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*. Cambridge University Press. Retrieved from https://books.google.de/books?id=dWLljTH0powC&dq=ALLGOOD-MERTEN+et+al.,+1990&hl=pt-BR&source=gbs_navlinks_s
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
- Liew, H.-P., & Gardner, S. (2016). The interrelationship between smoking and depression in Indonesia. *Health Policy and Technology*, 5(1), 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2015.10.003>
- Lister, J. J., Ledgerwood, D. M., Lundahl, L. H., & Greenwald, M. K. (2015). Causal pathways between impulsiveness, cocaine use consequences, and depression. *Addictive Behaviors*, 41, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.09.017>
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2>
- Malhotra, N. K. (2006). *Pesquisa de Marketing: Uma Orientação*. Retrieved from https://books.google.pt/books/about/Pesquisa_de_Marketing_Uma_Orientação.html?hl=pt-BR&id=FtdIFogTP8UC&pgis=1
- Mannan, M., Mamun, A., Doi, S., & Clavarino, A. (2016). Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 21, 51–66. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.12.008>
- Marcus, M., Yasamy, T. T., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A Global Public Health Concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*.
- Mitchell, J. E., Redlin, J., Wonderlich, S., Crosby, R., Faber, R., Miltenberger, R., ... Lancaster, K. (2002). The relationship between compulsive buying and eating disorders. *International Journal*

of *Eating Disorders*, 32(1), 107–111.
<https://doi.org/10.1002/eat.10053>

Muñiz-Velázquez, J. A., Gomez-Baya, D., & Lopez-Casquete, M. (2017). Implicit and explicit assessment of materialism: Associations with happiness and depression. *Personality and Individual Differences*, 116, 123–132.
<https://doi.org/10.1016/J.PAID.2017.04.033>

NIH. National Institute of Mental Health. Depression. Disponível em:
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

Park, S., & Romer, D. (2007). Associations between smoking and depression in adolescence: an integrative review. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 37(2), 227–41. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17435408>

Quirk, S. E., Williams, L. J., O’Neil, A., Pasco, J. A., Jacka, F. N., Housden, S., ... Brennan, S. L. (2013). The association between diet quality, dietary patterns and depression in adults: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 13(1), 175.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-175>

Rasic, D., Weerasinghe, S., Asbridge, M., & Langille, D. B. (2013). Longitudinal associations of cannabis and illicit drug use with depression, suicidal ideation and suicidal attempts among Nova Scotia high school students. *Drug and Alcohol Dependence*, 129(1), 49–53.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.09.009>

Regestein, Q., Natarajan, V., Pavlova, M., Kawasaki, S., Gleason, R., & Koff, E. (2010). Sleep debt and depression in female college students. *Psychiatry Research*, 176(1), 34–39.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.11.006>

Robak, R. W., & Griffin, P. W. (2000). Purpose in life: What is its relationship to happiness, depression, and grieving? *North American Journal of Psychology*.

Rovaris, D. L., Aroche, A. P., da Silva, B. S., Kappel, D. B., Pezzi, J. C., Levandowski, M. L., ... Bau, C. H. D. (2016). Glucocorticoid receptor gene modulates severity of depression in women with crack cocaine addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 26(9), 1438–1447.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.06.010>

Sacks, R. M., Takemoto, E., Andrea, S., Dieckmann, N. F., Bauer, K. W., & Boone-Heinonen, J. (2017). Childhood Maltreatment and

BMI Trajectory: The Mediating Role of Depression. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(5), 625–633.
<https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2017.07.007>

Tajik, E., Latiffah, A. L., Awang, H., Siti Nur’Asyura, A., Chin, Y. S., Azrin Shah, A. B., ... Mohd Izudin Hariz, C. G. (2016). Unhealthy diet practice and symptoms of stress and depression among adolescents in Pasir Gudang, Malaysia. *Obesity Research & Clinical Practice*, 10(2), 114–123. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2015.06.001>

Thomas, J., Al-Menhali, S., & Humeidan, M. (2016). Compulsive buying and depressive symptoms among female citizens of the United Arab Emirates. *Psychiatry Research*, 237, 357–360.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.042>

van Strien, T., Konttinen, H., Homberg, J. R., Engels, R. C. M. E., & Winkens, L. H. H. (2016). Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*, 100, 216–224.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.034>

Who, W. H. O. (2017). WHO | Depression.
 Xiang, X. (2016). History of major depression as a barrier to health behavior changes after a chronic disease diagnosis.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.04.001>