



Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde



**Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres
atendidas pela Estratégia de Saúde da Família**

Angela Maria Corrêa Gonçalves

Orientadora: Prof^a Dra^a Maria Teresa Bustamante Teixeira

Juiz de Fora
2018

Angela Maria Corrêa Gonçalves

**Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres
atendidas pela Estratégia de Saúde da Família**

Orientadora: Prof^a Dra^a Maria Teresa Bustamante Teixeira

Juiz de Fora

2018

Angela Maria Corrêa Gonçalves

**Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres
atendidas pela Estratégia de Saúde da Família**

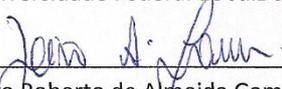
Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de doutor no Curso de Doutorado em Saúde. Área de concentração: Saúde Brasileira

Aprovada em 15 de março de 2018

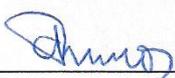
BANCA EXAMINADORA



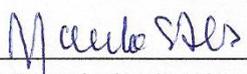
Profa. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira - orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



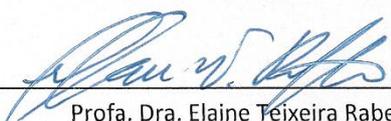
Prof. Dr. Jairo Roberto de Almeida Gama - coorientador
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profa. Dra. Andreia Aparecida de Miranda Ramos
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profa. Dr. Marcelo da Silva Alves
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profa. Dra. Elaine Teixeira Rabello
Universidade Estadual do Rio de Janeiro



Profa. Dra. Teresa Cristina Soares
Universidade Federal de Juiz de Fora

“Um dia a saudade deixa de ser dor e vira história para contar e guardar para sempre. Algumas pessoas são assim, eternas dentro da gente”.

(Autor desconhecido)

À memória de meus pais, João e Mathilde, que me ensinaram valores essenciais e não mediram esforços para que pudesse trilhar meu caminho e assim viver esse momento de realização pessoal.

“Lindo é quando alguém escolhe pousar a seu lado, podendo voar. Podendo encontrar até outros ninhos, outros caminhos, escolhe ficar...”

*A você Ricardo,
pessoa especial em minha vida. Muita coisa não
existiria sem o nosso encontro.*

*“Existem pessoas que nos inspiram. Outras nos fazem bem...
E aquelas que, simplesmente sem pedir
licença, tocam nossa alma”.*

*Minha gratidão a todos que participaram
dessa caminhada, por cada sorriso que
recebi, por cada sonho que vivi, por cada
conquista que alcancei, por cada sopro de
inspiração, por cada presença.*

À minha orientadora, Pro^a Dra. *Maria Teresa Bustamante Teixeira* (Teita), pelas sábias orientações, conversas, ensinamentos, paciência e por ter se dedicado a este trabalho, corrigindo atentamente cada parágrafo. Sua competência e profissionalismo sempre me fizeram admirá-la.

Ao Prof. Dr. *Jairo Roberto Almeida Gama* todo o meu respeito, reconhecimento e gratidão pelo incentivo, presença, dedicação e capacidade de compartilhar seu conhecimento amplo e integrado da matéria contida neste estudo.

As minhas irmãs por serem presença tão marcante em minha vida. *Tildinha*, que, apesar da distância, sempre se fez presente de alguma forma e a *Nádia*, que superou seus momentos difíceis com tanta dignidade e assim, me motivou a vencer obstáculos.

À Prof^a Dra. *Andreia Aparecida Miranda Ramos* por sua inestimável contribuição.

A *Kristiane Duque*, que, dotada de uma alma extremamente generosa, não mediu esforços para ajudar nos primeiros passos na análise estatística deste estudo e me fez acreditar que eu era capaz.

À Prof^a Dra. *Estela Márcia Saraiva Campos*, que me incentivou e abriu as portas para que eu pudesse trilhar esse caminho e assim contribuiu para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

A *Malu*, que, com colaboração, disponibilidade e amizade, contribuiu valiosamente com a construção deste estudo.

A *Consola* pelo acolhimento, conhecimento e disponibilidade com que me auxiliou na análise estatística. As experiências compartilhadas e ensinamentos foram importantes para meu aprendizado.

À amiga *Teresa Cristina Soares*, obrigada por sempre me ouvir, aconselhar e ensinar pacientemente; por ter participado como membro da banca de qualificação desta tese, proporcionando valiosas contribuições e por significar um exemplo de amizade.

Às Prof^{as} Dra. Gulnar Azevedo e Silva e Dra. Claudia Souza Lopes meu agradecimento pelas preciosas sugestões, responsáveis pelo aprimoramento deste estudo.

Aos professores Dr. Rossano Cabral Lima e Dra Beatriz Francisco Farah meus agradecimentos pela disponibilidade em participar como suplente na qualificação da minha da tese.

À Prof^a Dra. *Roberta Pereira Nunes*, amiga que me socorreu nos momentos de sufoco, que vibra por mim e está sempre apoiando o meu trabalho.

Aos *Agentes Comunitários de Saúde* das UPAs Progresso e Parque Guarani, que, com sua contribuição no contato com as participantes, fizeram este trabalho se tornar real.

À Prof^a Dra. *Girlene Alves da Silva*, amiga querida, pela compreensão e apoio em todos os momentos.

Aos meus colegas *Mário, Homero e Diogo* pelo convívio, companheirismo e solidariedade constantes no período de construção desta pesquisa. Tenho a certeza de que estes são amigos que levarei para toda a vida.

Às *mulheres* participantes deste estudo pela confiança e generosidade em compartilhar comigo suas histórias de vida e seu sofrimento. Aprendi muito com o que ouvi e senti durante as entrevistas.

Aos *membros das bancas de qualificação e defesa* pelas valiosas contribuições, responsáveis pelo engrandecimento deste trabalho.

Ao *Thiago Edmar de Oliveira* que, carinhosamente, me auxiliou no envio dos artigos para publicação e na impressão da tese.

Agradeço a *todas as pessoas* que, mesmo não citadas nominalmente, torceram pela finalização e sucesso deste trabalho.

À *UFJF* pela concessão da bolsa de doutorado (Proquali).

A *Deus*, meu protetor, por sempre me sustentar nos momentos difíceis e por me dar forças e sabedoria para levantar e prosseguir após cada queda.

*“Gratidão é saber que
todas as pessoas
que cruzam nosso caminho
são necessárias para
nossa evolução”.*

(Autor desconhecido)

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	American Psychiatry Association
APS	Atenção Primária à Saúde
CES-D	Centers for Epidemiologic Studies – Depression
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM-III	Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EDM	Episódio Depressivo Maior
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipes de Saúde da Família
GHQ	General Health Questionnaire
HUCFF/UFRJ	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	Intervalo de confiança de 95%
IMS	Instituto de Medicina Social
IPUB/UFRJ	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
MHI-5	Mental Health Index 5
MINI	McGill Illness Narrative Interview
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NATES	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Pesquisa por Amostra de Domicílios
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
QMPA	Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos
QMPI	Questionário de Morbidade Psiquiátrica na Infância
RESF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RP	Razão de Prevalência
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire
STATA	StataCorp. CollegeStation
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Transtorno Mental
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

VIGITEL	Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
VD	Visitas Domiciliares
WHO	World Health Organization
WHO WMH-CIDI	World Mental Health Composite International Diagnostic Interview
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life
WMH	World Mental Health Survey Initiative

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Diagnóstico de depressão por região brasileira segundo Pesquisa Nacional de Saúde	39
------------------	---	----

Lista de Quadros

Quadro 1	Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013	41
Quadro 2	Descrição das variáveis selecionadas em blocos de análise, com apresentação original do questionário e agrupamento estabelecido para o estudo.....	62

Lista de Tabelas

Tabela 1	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, por sexo, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e a situação do domicílio – 2013	40
-----------------	---	----

Lista de Tabelas do Artigo 1

Tabela 1	Descrição da amostra, prevalência de depressão e fatores associados em mulheres de 20 a 59 anos, assistidas pela ESF do Município de Juiz de Fora (MG)	91
Tabela 2	Razão de Prevalência (bruta e ajustada) de depressão, segundo variáveis selecionadas, em mulheres de 20 a 59 anos assistidas pela ESF do Município de Juiz de Fora (MG)	93

SUMÁRIO

1	Introdução	18
2	Revisão da literatura	26
2.1	Depressão e tristeza – disjunções e congruências.....	26
2.2	Diagnóstico da depressão: o sofrimento	30
2.3	Tratamento da depressão: o alívio	34
2.4	Prevalência da depressão no Brasil e no mundo,.....	36
2.4.1	Fatores de risco para depressão	43
2.5	A atenção primária à saúde - avanços e desafios	46
3	Justificativa	51
4	Objetivos.....	53
5	Materiais e métodos	54
5.1	Local e população do estudo	54
5.2	Instrumentos de coleta de dados	56
5.3	Coleta de dados	61
5.4	Variáveis do estudo	61
5.5	Análise estatística	63
5.6	Análise qualitativa	64
5.7	Aspectos éticos	67
6	Resultados e Discussão	68
	ARTIGO 1 – Prevalência da depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família	69
	Resumo	70
	Introdução	72
	Métodos	73
	Resultados	76
	Discussão	77
	Conclusão	83
	Referências	84
	Tabelas	88
	ARTIGO 2 – Depressão em mulheres e fatores associados	91
	Resumo	91

	Introdução	92
	Métodos	95
	Resultados e Discussão	99
	Conclusão	120
	Referências	122
7	Considerações finais.....	129
8	Referências.....	132
9	Anexos	146

RESUMO

Introdução: A depressão clínica é um dos principais problemas de saúde pública na atualidade. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, são mais de 10 milhões de pessoas que sofrem com depressão. A incidência maior da doença se dá entre os 20 e os 40 anos, justamente no auge da vida profissional. As mulheres são as mais vulneráveis ao problema, sendo que o número de casos é o dobro dos homens.

Objetivo: Avaliar a prevalência de depressão e os fatores associados em mulheres de 20 a 59 anos de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família de município da Zona da Mata Mineira; analisar a experiência de adoecimento de mulheres de 20 a 59 anos atendidas na atenção primária, avaliadas com depressão segundo o PHQ-9.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, com mulheres de 20 a 59 anos, cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família, que utilizou um questionário contendo variáveis sociodemográficas, apoio social, autoavaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade e saúde da mulher. O desfecho depressão foi avaliado segundo o PHQ-9, considerando como positivas as mulheres que obtiveram um score ≥ 10 pontos. Para a análise dos fatores associados, foram calculadas as razões de prevalência brutas e ajustadas, por meio de regressão robusta de Poisson. Para a análise da experiência de adoecimento, as mulheres que pontuaram positivamente no PHQ-9 passaram por uma entrevista com médicos psiquiatras que utilizaram como instrumento o CIS-R (*Clinical Interview Schedule - Revised*), instrumento que tem sido utilizado como padrão de referência em estudos de transtornos mentais comuns. Foram então identificadas mulheres com diagnóstico positivo para depressão e outras em que o afeto de tristeza estava presente, mas que não caracterizavam depressão clínica. Para o conjunto destas mulheres, foi aplicado o questionário *McGill Illness Narrative Interview* (MINI) e realizada análise de conteúdo deste material.

Resultados: Das 1.958 mulheres incluídas nesta análise, 28,5% encontravam-se na faixa etária entre 30 e 39 anos; 15,4% não haviam concluído o ensino elementar; 54,5% não trabalhavam ou nunca trabalharam; e 44,2% declararam não ser da raça branca. A prevalência de depressão encontrada foi de 19,7%, e os fatores associados foram: possuir baixa escolaridade, trabalhar atualmente e ter doença mental prévia. Os fatores associados à ocorrência de depressão na população estudada foram: possuir baixa escolaridade, trabalhar atualmente e ter doença mental prévia. Como fatores de proteção, observaram-se: ser casada ou viver com companheiro, realizar atividades físicas regularmente e relatar autoavaliação positiva de saúde. A análise qualitativa revelou que as mulheres com depressão se tornam descuidadas de seus compromissos devido a um sentimento de incapacidade, prostração, desmotivação, que não lhes permite sair da inércia e assumir a rotina da vida cotidiana. A morte aparece, para algumas, como um alívio e única solução possível para o término do sofrimento. A espiritualidade e a religiosidade contribuíram para amenizar o sofrimento, sendo importantes para a mudança de vida e para a reabilitação.

Conclusão: Os resultados revelam que uma assistência específica na atenção primária à saúde deve ser dada às mulheres, especialmente àquelas com baixa escolaridade, que trabalham, apresentam doença mental e não praticam exercícios físicos, a fim de reduzir o sofrimento e promover a saúde. Foi também evidenciado que a falta de sentido na vida torna-se algo aparentemente normal, a ponto de não motivar a procura de ajuda para tratar a doença. Ressalta-se a lacuna na utilização de instrumentos de rastreamento dos casos de depressão na atenção primária. É preciso que os profissionais sejam capacitados para diagnosticar corretamente os transtornos mentais, visando especialmente discriminar depressão e tristeza, evitando a medicalização e a estigmatização. É importante fortalecer a rede assistencial, reconhecendo a necessidade de articular, de forma incisiva, a atenção primária à saúde e as políticas/ações específicas da área da saúde mental.

Palavras-chave: Depressão; tristeza; fatores associados; atenção primária à saúde; prevalência.

ABSTRACT

Introduction: Clinical depression is one of the major public health problems facing our society today. According to the Ministry of Health, there are more than 10 million people suffering from depression in Brazil. Incidence rates were higher among people aged 20 to 40 years old, just at the peak of professional career. Women are the most vulnerable and the number of cases is twice as high as compared to men.

Objective: to evaluate the prevalence of depression and associated factors among women aged 20 to 59 years including areas covered by Family Health Strategy at a city in Zona da Mata Mineira; to analyse the illness experience among women aged 20 to 59 assisted in primary care and evaluated with depression according to PHQ-9.

Methods: A cross-sectional study with women aged 20 to 59 enrolled in two Family Health Units, using a questionnaire containing sociodemographic variables, social support, self-reported health status, lifestyle, morbidity and women's health. The depression diagnosis was assessed according to the PHQ-9, considering as positive women scoring ≥ 10 points. In order to analyse the associated factors, crude and adjusted prevalence ratios were calculated using robust Poisson regression. To analyze illness experience, women who scored positively on PHQ-9 were interviewed by psychiatrists using the CIS-R (Revised Clinical Interview Schedule), an instrument which has been used as a reference standard in studies of common mental disorders. Women with a positive diagnosis for depression were identified and there were others with symptoms of sadness, but were not diagnosed with clinical depression. For this group of women *McGill Illness Narrative Interview questionnaire* (MINI) was applied and content analysis of the material was performed.

Results: Considering 1,958 women included in this analysis, 28.5% were aged 30 to 39 years; 15.4% had not finished elementary school; 54.5% were not employed or have never worked and 44.2% declared themselves not White. The prevalence of depression was 19.7% and the associated factors were: low level of education, currently employed, and with previous diagnosis of mental disorder. The factors associated with the depression in the investigated population were: low level of education, currently employed and with previous diagnosis of mental disorder. Among the protection factors, there are: be married or live with a partner, perform physical activities regularly and report positive health self-assessment. Qualitative analysis revealed that women with depression do not pay much attention to her appointments due to a sense of inability, prostration, demotivation which prevents her from overcoming inertia and take on daily routine. Death is seen as a relief and the only possible solution to end suffering. Spirituality and religiosity have played a crucial role in order to relieve suffering, being important factors to promote a change in life and rehabilitation.

Conclusion: The outcomes have shown that a specific assistance in primary health care should be delivered to women, especially to those with low levels of education, those who are employed and do not practice exercise, in order to reduce suffering and promote health. It was also highlighted that lack of meaning in life appears normal to the extent that it prevents women from searching treatment for the disease. There is a clear gap in the use of screening instruments for cases of depression in

primary care. Health professionals must be trained so they may correctly make the diagnosis of mental disorders, especially to distinguish depression and sadness, avoiding medicalization and stigmatization. It is crucial to improve healthcare network, recognizing how important it is to sharply articulate primary health care and specific policies/actions directed to mental health field

Keywords: Depression; sadness; associated factors; primary health care; prevalence.

*Mesmo quando tudo parece desabar,
cabe a mim decidir entre rir ou
chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar;
porque descobri, no caminho incerto da
vida, que o mais importante é
decidir.*

Cora Coralina

1 Introdução

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem”.

Guimarães Rosa

“A tristeza faz parte da vida!” Toda a gente se sente triste de vez em quando. Há pessoas que se sentem tristes muitas vezes e outras que, por si só, já são tristes na sua maneira de ser. Um fracasso profissional ou amoroso; uma traição ou doença crônica inesperada; um reconhecimento não obtido ou desejo não correspondido formam, quase sempre, o fio condutor da tristeza humana ou da depressão¹. Seria então a depressão “o mal do século” ou “a doença da moda” como questionam alguns autores? (HORWITZ, WAKEFIELD, 2010). Qual a diferença entre tristeza e depressão? Como saber se o que a pessoa tem é tristeza normal somente ou se é depressão?

Uma das razões para a confusão entre tristeza e depressão está relacionada ao fato de que os sintomas são semelhantes e o tratamento é muitas vezes praticamente o mesmo. A maioria dos remédios para depressão ajuda a combater a tristeza. O tempo de duração, a intensidade com que acontecem os sentimentos, pensamentos e ações negativas são relevantes para determinar o diagnóstico.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) apresentou alterações no capítulo sobre transtornos depressivos, contemplando novos diagnósticos e levantando discussões sobre a “patologização” de reações normais e a superestimativa do número de casos de depressão (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Aponta os vários sintomas da depressão, abrangendo desde aspectos psíquicos, fisiológicos e até comportamentais. Entre os sintomas psíquicos, destacam-se: humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa); redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis; perda de interesse; fadiga ou sensação de perda de energia. O tempo para a execução das tarefas

¹ Neste estudo, os termos depressão e transtorno depressivo serão usados como sinônimos.

torna-se mais lento; diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões, as quais, antes, eram quase automáticas; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes (APA DSM V, 2013).

Por outro lado, a tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades, é um sinal de alerta de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. A depressão é considerada quando o humor segue persistentemente deprimido e a tristeza ultrapassa o limiar da normalidade (ARANTES, 2007).

Os transtornos depressivos constituem um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e impacto psicossocial. Pacientes deprimidos são frequentadores assíduos de serviços de atendimento primário, porém, muitas vezes, não são diagnosticados como tal.

Nem sempre o sofrimento psíquico apresenta-se de maneira explícita nos atendimentos de atenção primária. Ressalta-se que diversas doenças podem estar associadas à depressão, como, por exemplo: insuficiência renal crônica (RIBEIRO et al., 2009), doença de Parkinson, câncer (DUARTE; REGO, 2007), endometriose e dor pélvica (LORENÇATTO et al., 2002); cefaleia (MATTA; MOREIRA FILHO, 2003), doenças cardiovasculares, endocrinológicas, renais (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005), síndrome metabólica (VIEIRA; TURATO, 2010), dor crônica, como as doenças musculoesqueléticas (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005; BRUCH et al., 2006; DEMYTTENAERE et al., 2007).

Pessoas com uma ou mais doenças crônicas apresentam maior prevalência de depressão, maiores gastos em saúde, incapacidade para o trabalho, menor aderência a tratamentos médicos prescritos e risco mais elevado de mortalidade pós-cirurgia cardíaca, além de redução significativa da qualidade de vida e aumento considerável dos custos associados aos cuidados com a saúde (MARTHA et al., 2005; CASTRO et al., 2011), (BOING et al., 2012).

Salienta-se nos serviços de saúde uma dificuldade para distinguir entre depressão, a doença, e tristeza, o estado de ânimo. Entender as diferenças entre tristeza e depressão parece não ser uma tarefa fácil, mas é fundamental para o diagnóstico precoce.

É possível observar, nas histórias de vida dos usuários dos serviços de saúde, o relato frequente de dificuldades financeiras, as brigas com o

companheiro, principalmente devido ao alcoolismo; a violência doméstica; a falta de perspectivas na vida; os problemas com os filhos; a perda de entes queridos, ou qualquer outra situação emocional desconfortável e dolorosa. A vida quase não tem prazeres! Suas falas são carregadas de sofrimento, angústia, lamentações, frustração e queixas, de sonhos ou aspirações não realizados e de confissões de ideias ou até mesmo tentativas de suicídio. As pessoas tendem a atribuir erroneamente a origem de seus sucessos ao acaso e os fracassos, a si mesmas. Mas do que elas sofrem: tristeza ou depressão? (HORWITZ, WAKEFIELD, 2010).

Na literatura especializada, os termos tristeza e depressão são descritos com pouca precisão na delimitação de seus campos, produzindo quebra de parâmetros clínicos e semiológicos. Essa imprecisão conceitual desqualifica o saber clínico e nosológico, provocando confusões terminológicas e éticas (COSER, 2003; KRISTEVA, 1989).

A dúvida é saber se a tristeza, inerente e necessária ao ser humano, passou a ser considerada uma doença psiquiátrica. Em geral, é uma combinação de diversos fatores que vai determinar o diagnóstico. Existem fatores psicológicos (como uma intensa reação à perda de uma pessoa querida, por exemplo), fatores do ambiente (como ter que enfrentar uma situação de convívio com uma pessoa muito doente ou um ambiente de trabalho muito difícil), fatores genéticos (que é a predisposição orgânica que cada pessoa traz ao nascer), fatores hormonais (como o baixo funcionamento da tireoide ou desbalanceamento de outros hormônios) e fatores bioquímicos cerebrais nos transmissores químicos do cérebro (HORWITZ, WAKEFIELD, 2010).

No entanto, o que faz uma pessoa, ao perceber-se triste, culpada, desanimada? A grande maioria das pessoas recorre à “pílula da felicidade”, pois quer, na verdade, amortecer esses sentimentos.

A prevalência na população geral para transtornos depressivos tem alcançado números entre 4% e 10%, sendo observada uma maior incidência em mulheres, variando de 10% a 25%, enquanto nos homens a porcentagem é de 5% a 12% (CUNHA, BASTOS, DUCA 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão será a doença mais comum no mundo em 2030, e, hoje, cerca de 350 milhões de pessoas sofrem do problema (ABELHA, 2014).

No Brasil, em um estudo realizado com amostra nacional, a prevalência estimada de sintomas de Episódio Depressivo Maior (EDM) foi 15,3% para o país

(COELHO et al., 2013) e, em uma recente revisão e metanálise, que incluiu 23 estudos conduzidos com população adulta brasileira, a estimativa de EDM e outros transtornos depressivos foi 14% (SILVA et al., 2014).

Nessa direção, observa-se que pode haver um exagero na avaliação diagnóstica até mesmo pela banalização daquilo que de fato é depressão: a tristeza patológica, prolongada e acompanhada de outros sintomas (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Alguns autores têm apontado a possibilidade de o transtorno depressivo estar sendo diagnosticado de maneira excessiva, com um grande número de pessoas com diagnóstico falso-positivo (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010). Esses autores indicam que a “epidemia” de depressão na sociedade pode ser um falso problema, gerado pela excessiva amplitude dos sistemas classificatórios da psiquiatria contemporânea. Os sistemas diagnósticos mais utilizados atualmente são a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID.10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) da *American Psychiatry Association* (APA).

Esses sistemas diagnósticos buscam categorizar as patologias mentais através de modelos classificatórios descritivos, baseados em lista de sintomas. A intenção é a de desenvolver um sistema atóxico, pragmático e de fácil utilização pelos profissionais de saúde. Entretanto, esse desenvolvimento pode estar contribuindo para o excesso de diagnósticos, pois, ao desconsiderar o sofrimento psíquico e produção de sintomas gerados em contextos de vida difíceis do ponto de vista social, econômico e pessoal, pode ter suscitado a patologização de problemas existenciais e psicossociais diversos (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

De acordo com Soares e Capone (2011, p. 438),

um indício do processo de medicalização entendido como o conjunto de mecanismos que levam a tornar médicos certos eventos ou problemas da vida cotidiana, – é o aumento de cerca de 300% do número de casos diagnosticados de depressão entre os anos de 1987 e 1997.

A medicalização da sociedade alcançou tamanha proporção que seria o caso de cogitar se não se estaria produzindo hipocondríacos em massa por meio do incentivo do uso de medicamentos (PEREIRA, 2010). Além de hipocondríacos, também os intoxicados, já que, segundo o Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (Sinitox), os remédios – metade cura, metade veneno –

são os maiores responsáveis pelas intoxicações no Brasil, sendo que parte dos casos se deve à automedicação; uma estranha confirmação do dito popular de que “de médico e louco todo mundo tem um pouco”. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em pesquisa realizada entre os anos de 2003 e 2007, indica que

houve um aumento de 42% nas vendas de antidepressivos. Eles ocupam o quarto lugar na lista de categorias de medicamentos mais vendidos no Brasil e movimentam anualmente o montante de 320 milhões de dólares (GUIMARÃES, 2008).

Nas duas décadas de existência do SUS, uma série de normatizações tem delineado políticas que preconizam ações intersetoriais, a promoção da saúde, a humanização do Sistema Único de Saúde, a territorialização dos serviços e o vínculo de responsabilidade com a comunidade. No entanto, observa-se na prática o conflito entre qualidade e quantidade/produzitividade nos atendimentos comprometendo a efetivação das propostas colocadas.

Muitas vezes, as ações dos serviços se reduzem ao tradicional processo queixa-conduta, sem conseguir contemplar mais amplamente a prevenção de adoecimentos e promoção de saúde. Verifica-se que a grande maioria dessa população que busca os serviços de saúde na atenção primária é composta por mulheres que procuram por atendimento devido a queixas de depressão e ansiedade.

O uso de medicamentos psicotrópicos por essas mulheres é um modo de minimizar os problemas enfrentados no cotidiano: “ansiolíticos durante o dia, sonífero à noite e psicoestimulantes pela manhã” (PEREIRA, 2004, p.116). Os benzodiazepínicos são as medicações mais procuradas nos serviços de saúde.

Lefèvre em 1983 (p.502), já mencionava que,

A sociedade de consumo, ao mesmo tempo que promove, por todos os seus canais de comunicação a ideia de que qualquer sofrimento, qualquer dor, qualquer estado, enfim, que fuja daquilo que ela institui como padrão, inclusive estético, constitui algo insuportável para o indivíduo; por outro lado, oferece a solução mágica, na ponta dos dedos: os comprimidos.

Nesse contexto, a medicação surge como solução que produzirá apenas resultados paliativos, porque não decodifica os verdadeiros problemas que causaram o mal-estar.

Diversos autores apontam que o custo ligado ao tratamento, à perda de dias trabalhados e à incapacidade chega a milhões de dólares anuais. Rombaldi (2010) relata que os problemas psicológicos figuram entre as cinco doenças que mais provocaram afastamento temporário do trabalho. A literatura mostra que os transtornos depressivos, em estudos de base populacional, atingem prevalência de 10% e incidência de 2% na população, conforme apontam Wünsch Filho (2000) e Moura e Silva (2007).

No Brasil, pesquisas indicam uma prevalência de 15,5% com uma incidência de 10,4% de novos casos por ano. Estima-se também que a prevalência de depressão é 2 a 3 vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens (OMS, 2001). Alguns autores apontam uma prevalência aumentada na atenção primária, sendo que muitos casos podem não estar sendo detectados (MOLINA, 2012).

Instrumentos de *screening* para detecção de depressão na população foram desenvolvidos, como: *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, *Mental Health Index 5 (MHI-5)* *Centers for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D)*, sendo o mais utilizado deles o *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* da Associação Psiquiátrica Americana (APA) (FLECK, 2002; KROENKE et al., 2001). Ainda segundo os mesmos autores, esse instrumento é preconizado como um avanço na detecção de possíveis casos de depressão na população, dada sua sensibilidade e confiabilidade.

A ideia inicial deste estudo se configurou a partir de um projeto amplo: “Avaliação de estratégias para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Juiz de Fora (MG)” desenvolvido pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e pelo Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES/UFJF).

Para o desenvolvimento do referido projeto, foi aplicado o questionário PHQ-9, que tem um Módulo “Morbidade” (item 9): “Problemas que podem tê-la incomodado nos últimos dias”, referente a depressão. Esse instrumento foi aplicado para mulheres entre 20 e 59 anos de idade. Nessa oportunidade, observou-se que muitas mulheres apresentavam “escore” para depressão.

A problemática deste estudo se insere na ampla discussão sobre a questão da depressão na contemporaneidade, que não se caracteriza apenas como problema de saúde, mas um problema social, uma vez que a manifestação da mesma está diretamente associada ao contexto de vulnerabilidade da população, permeada por diversos aspectos (COSTA, 2015). Pesquisas epidemiológicas indicam um aumento significativo dessa forma de adoecimento nas últimas décadas, o que traz um forte impacto sobre a saúde pública mundial.

Considera-se a alta prevalência da depressão nos dias atuais não apenas como fruto de disfunções da fisiologia do cérebro ou de fatores genéticos, mas como reflexo de um modo de organização da própria sociedade contemporânea.

No Brasil, estudos de base populacional sobre a prevalência de transtornos mentais em geral e da depressão, em particular, são relativamente escassos e esse fato pode estar relacionado, principalmente, à dificuldade no uso de instrumentos e/ou escalas para o diagnóstico de tais transtornos na população, segundo Stopa et al. (2015).

Reconhecer os desfechos de saúde e os fatores associados torna-se importante para o planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde e qualidade de vida.

Esta tese está estruturada da seguinte forma:

- Na revisão da literatura, procurou-se apresentar os conceitos sobre os vários aspectos do tema da pesquisa;
- Em seguida, na parte referente a materiais e métodos, foram descritos os recursos e instrumentos utilizados para coleta dos dados, interpretação e discussão dos resultados;
- Os resultados quantitativos da pesquisa são apresentados na forma de um artigo onde são evidenciados os principais resultados.
- A abordagem qualitativa é discutida e sistematizada no artigo 2 e,
- Por fim, pontuam-se algumas conclusões do estudo e reflexões sobre a temática da depressão na atenção primária.
- Nos anexos, estão as autorizações para a pesquisa, os instrumentos para coleta dos dados, o aceite para publicação do artigo 1 e o artigo 2 que foi submetido para publicação.

Buscou-se com este estudo,

- Avaliar a prevalência de depressão e os fatores associados em mulheres de 20 a 59 anos de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Juiz de Fora – MG;
- Analisar a experiência de adoecimento de mulheres com depressão, diagnosticada pelo PHQ-9, atendidas na atenção primária.

2 Revisão da literatura

2.1 Depressão e tristeza – disjunções e congruências

“... a doença, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas estão intimamente relacionadas com as características de cada sociedade [...] a doença é uma realidade construída e [...] o doente é um personagem social”.

Cecília Minayo

O termo **depressão**, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s). Em fins do século XIX e início do século XX, com a consolidação da psiquiatria como campo do saber médico, a palavra depressão foi amplamente adotada, em detrimento do termo melancolia (MAXIMO, 2010) que foi cunhado por Hipócrates em 400 a.C. para descrever uma síndrome ou variações negativas de humor (NARDI, 2006).

Hipócrates (460 - 377 a.C.) forneceu a primeira definição conhecida de melancolia como transtorno específico: “se o medo e a tristeza persistem por muito tempo, trata-se de melancolia”. Também mencionou como possíveis sintomas: “aversão à comida, abatimento, insônia, irritabilidade” (SANTOS, 2015, p. 18).

Quando o século XX se aproximava, a tradicional abordagem contextual ao diagnóstico da depressão começou a se dividir em duas vertentes. De um lado, Sigmund Freud enfatizava a origem psicológica de todos os transtornos depressivos e, para diagnosticar e tratar, interpretava os pensamentos relatados; de outro, Emil Kraepelin usava o modelo médico clássico que examinava os sintomas depressivos (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010). Entretanto, a partir de meados do século XX, a Associação Americana de Psiquiatria vem exercendo forte influência sobre os critérios diagnósticos dos transtornos mentais, com a definição e codificação dos transtornos depressivos (SANTOS, 2015).

A depressão não tem uma apresentação clínica específica, sendo seus limites obscuros, sua história natural e seu prognóstico difíceis de predizer em

um nível individual. Caracteriza-se pela presença de humor deprimido persistente, perda de interesse e falta de disposição que afetam o desempenho e a qualidade de vida das pessoas acometidas. Acontece de forma isolada (episódios depressivos separados por vários anos) ou acontece de maneira consecutiva em determinado período da vida, ou ainda, aumenta a recorrência com o passar da idade e acarreta prejuízos pessoais, sociais, ocupacionais e econômicos para o indivíduo e sociedade (KESSLER, AGUILAR-GAXIOLA, ALONSO, CHATTERJI, LEE, ORMEL et al., 2009).

A depressão é considerada uma doença mental, catalogada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), recebendo abordagens científica, médica, psicanalítica e cognitivista (SOLOMON, 2002).

A CID-10 e o DSM-V não utilizam os mesmos critérios para diagnóstico dos transtornos mentais. A 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças – CID-10, na parte dedicada à Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (OMS, 1993), define a depressão como transtorno no qual a pessoa usualmente sofre de humor deprimido, com perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando à fadigabilidade, caracterizada por um cansaço marcante após esforços apenas leves. Outros sintomas comuns são: concentração e atenção reduzidas; autoestima e autoconfiança reduzidas; ideias de culpa e de inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; ideias ou atos autolesivos, ou suicídio; sono perturbado; apetite diminuído (OMS, 1993, p. 117).

A CID-10 classifica o primeiro evento/doença como episódio depressivo e como transtorno depressivo recorrente os episódios depressivos posteriores. Estas categorias ainda se subdividem em leve, moderada e grave. De acordo com o DSM-V, os transtornos depressivos incluem: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

Embora incapacitante, a depressão é pouco diagnosticada pelos profissionais de saúde que não são especialistas em saúde mental (FLECK, BERLIM, LAFER, SOUGEY, DEL PORTO, BRASIL et al. 2009). Não há padrão ouro para o

diagnóstico de depressão, como afirmam Williams, Noël, Cordes, Ramirez, Pignone (2002). Para defini-lo, é necessária a aplicação de instrumentos com qualidades psicométricas comprovadas (questionários, inquéritos, protocolos) que possam torná-lo menos subjetivo e, por meio de pontuação, possa sugerir a presença de transtorno depressivo (WHOOLEY, AVINS, MIRANDA, BROWNER, 1997).

O EDM é caracterizado pela presença de cinco ou mais sintomas específicos nas últimas duas semanas anteriores ao momento do diagnóstico durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (DUAILIBI; SILVA; MODESTO, 2013). São sintomas específicos para EDM, segundo o DSM-V: (1) humor deprimido, (2) anedonia, (3) problemas com o sono, (4) cansaço ou falta de energia, (5) mudança no apetite ou peso, (6) sentimento de culpa ou inutilidade, (7) problemas de concentração, (8) sensação de estar lento ou inquieto, (9) pensamentos suicidas (APA, 2013). Com base no número e intensidade dos sintomas, o transtorno depressivo pode ser classificado como: leve, moderado e severo.

O transtorno depressivo leve (ou menor) caracteriza-se por trazer sofrimento ao indivíduo, mas sem inabilitá-lo à execução da maior parte de suas atividades cotidianas. De acordo com a Associação Médica Britânica, a depressão menor pode “ir e voltar”, várias vezes, e a doença se estabelece, normalmente, após um evento estressante específico. A pessoa sente-se ansiosa, concomitantemente aos outros sintomas da depressão. No entanto, esse tipo de episódio depressivo não requer, normalmente, o tratamento com fármacos, já que mudanças no modo de vida se mostram, em grande parte, bastante eficazes para sustá-lo (OMS, 2007; MAXIMO, 2010).

No episódio depressivo moderado, o paciente apresenta muita dificuldade para executar suas atividades (OMS, 2007; MAXIMO, 2010). Esse tipo de episódio depressivo caracteriza-se pela persistência de “baixo-astral” e pela manifestação de sintomas físicos, característicos desse transtorno, que variam de pessoa para pessoa. Nesses casos, mudanças no estilo de vida não costumam, por si só, resultar em remissão total dos sintomas depressivos, sendo necessária, portanto, a intervenção médica por meio de antidepressivos e psicoterapia (OMS, 2007; MAXIMO, 2010).

O episódio depressivo maior (grave ou ainda severo) é subcategorizado pela OMS (2007) entre outros dois. O primeiro é o episódio depressivo grave sem

sintomas psicóticos, no qual vários dos nove sintomas enumerados anteriormente são acentuados e angustiantes, com perda da autoestima, sentimentos de inutilidade e culpa. Ideias e atos suicidas se tornam comuns e uma série de sintomas somáticos é verificada. O segundo é o episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, que, além dos sintomas descritos para o primeiro subtipo, é acompanhado de alucinações, ideias delirantes, lentidão psicomotora incapacitante, com risco real de morte por suicídio, desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios não correspondem, necessariamente, ao caráter dominante do distúrbio (MAXIMO, 2010).

A Organização Mundial da Saúde estima que 121 milhões de pessoas tenham depressão, das quais menos de 25% dispõem de acesso a tratamentos efetivos, e aponta que ela será a segunda maior causa de incapacidades em 2020 (WHO, 2015).

Na maioria das vezes, a abordagem sobre a depressão se faz de forma equivocada, baseando-se no senso comum, sem pressupostos teóricos ou científicos para fundamentar a discussão. Muitas pessoas, quando estão tristes, desanimadas, angustiadas, classificam-se ou são consideradas depressivas. A tristeza é muitas vezes confundida com a depressão, talvez por ser um dos mais importantes sintomas definidores daquele quadro clínico (MAXIMO, 2010). Ainda de acordo com Maximo (2010), há uma diferença muito grande entre a tristeza comum a todos os seres humanos, aquela que vem como uma resposta a um evento estressor, e a tristeza típica de um paciente depressivo.

Del Porto (1999, p. 6), ao definir o termo **tristeza**, afirma que

Os sentimentos de tristeza e alegria colorem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro. Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda.

A tristeza normal tem três componentes essenciais importantes: é específica ao contexto; tem intensidade mais ou menos proporcional à magnitude e permanência à perda que provocou e tende a desaparecer quando o contexto muda para melhor ou quando o indivíduo se adapta à perda (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010); removendo-se a causa, a tristeza vai embora” (MALTA, 2010, p. 97).

Segundo Nardi (2006, p.18),

A tristeza é um sentimento humano normal e corresponde a uma resposta à frustração, decepção, perda ou fracasso. A tristeza diminui com o tempo e a aceitação da perda. Ao contrário, a depressão é uma doença com sintomas físicos e psíquicos bastante claros e intensos, que ocorrem na ausência de um fator ambiental desencadeante ou é desproporcional ao evento estressante.

Na tristeza, o indivíduo costuma apresentar períodos de melhora ao longo do dia, conseguindo esquecer por momentos a causa da sua tristeza, como, por exemplo, durante a visita de uma pessoa querida. Mas ele também sabe que tão logo essa situação específica deixe de existir, ele se sentirá bem novamente. Na depressão, o sentimento é contínuo e não alivia com a ajuda de outros. A tristeza é um sentimento intrínseco ao ser humano. Todas as pessoas estão sujeitas a tristeza. É a ausência de satisfação pessoal quando o indivíduo se depara com sua fragilidade (NARDI, 2006).

Salienta-se que a transformação da tristeza em problema médico e seu consequente tratamento medicamentoso acabariam por roubar do indivíduo o tempo necessário para superar seu sofrimento, impedindo-o de construir novas referências e normas de vida mais próximas de sua nova realidade (KEHL, 2009).

Para Horwitz e Wakefield (2010, p.185), é de extrema importância que os médicos, ao fazer o diagnóstico de depressão, estejam atentos ao contexto em que surgiram os sintomas relatados e sejam instigados a usar o bom senso e adotar uma política de “espera de alerta”, em vez de seguir apenas o DSM e prescrever medicamento de forma irrefletida.

2.2 O diagnóstico da depressão – o sofrimento

Embora a depressão seja um transtorno mental conhecido de longa data, ainda é bastante estigmatizada e incompreendida pelo senso comum e por vários profissionais da saúde.

De acordo com a WHO (2016), a depressão é a segunda causa de invalidez entre todas as doenças físicas e psíquicas, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e tem uma estimativa de, em 2020, ser a doença de maior

incidência em todo o mundo. Pelo menos 350 milhões de pessoas vivem com depressão.

Spitzer (2010, p.07), ao escrever o prólogo do livro de Horwitz e Wakefield (2010), destacou:

a psiquiatria contemporânea confunde a tristeza normal com o transtorno mental depressivo, pois ignora a relação dos sintomas com o contexto em que eles emergem. O diagnóstico psiquiátrico baseia-se na hipótese de que os sintomas podem por si só indicar que há um transtorno; essa hipótese permite que as respostas normais aos estressores sejam mal definidas como sintomas do transtorno.

Os atuais critérios utilizados para o diagnóstico e classificação dos estados depressivos se encontram no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua quinta edição (DSM-V, lançado em maio de 2013). Cinco ou mais dos sintomas abaixo deverão estar presentes por pelo menos duas semanas e representarem mudanças no funcionamento prévio do indivíduo; pelo menos um dos sintomas deverá ser: 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou prazer.

1. Humor deprimido na maioria dos dias, quase todos os dias (p. ex.: sente-se triste, vazio ou sem esperança) por observação subjetiva ou realizada por terceiros (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável);
2. Acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros);
3. Perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta (p.ex. alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou aumento ou diminuição de apetite quase todos os dias (Nota: em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperado);
4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
5. Fadiga e perda de energia quase todos os dias;

6. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente);
7. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);
8. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio.

Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado.

Para Horwitz e Wakefield (2010), é fato que a psiquiatria contemporânea tem exposto uma confusão entre tristeza “natural” e transtorno mental depressivo, ignorando a relação entre sintomas e o contexto do paciente pelo fato de a tristeza ser profunda e intensa, reunindo várias manifestações por um tempo maior do que o esperado.

Faz-se oportuno destacar que a tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades, constituindo-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de ajuda. As reações de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da atividade simpática e inquietude. As reações de luto normal podem estender-se até por um ou dois anos, devendo ser diferenciadas dos quadros depressivos propriamente ditos. No luto normal, a pessoa usualmente preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente, quando devidamente estimulada. Não se observa, no luto, a inibição psicomotora característica dos estados melancólicos. Os sentimentos de culpa, no luto, limitam-se a não ter feito todo o possível para auxiliar

a pessoa que morreu; outras ideias de culpa estão geralmente ausentes (DEL PORTO, 1999).

Caponi (2009) aponta que, na definição do diagnóstico de depressão, nem sempre são consideradas as causas da doença – sua etiologia – e os avaliadores se reduzem à descrição e enumeração de sintomas. O tratamento direciona-se exclusivamente à sintomatologia ou ao controle dos fatores de risco.

Para um eficaz/eficiente diagnóstico da depressão, é preciso levar em conta: sintomas psíquicos; fisiológicos; e evidências comportamentais. O problema, segundo Horwitz e Wakefield (2010), é que os sistemas classificatórios e os instrumentos de *screening* são extremamente restritivos em relação ao que seria a tristeza normal. O tempo exíguo de duas semanas com os sintomas descritos, a ressalva apenas quanto à depressão motivada pelo luto de pessoas amadas e a avaliação dos sintomas sem contextualizar sua ocorrência são os principais equívocos apontados pelos autores. A tristeza intensa é uma capacidade que o ser humano tem de reagir à perda.

Desse modo, o tratamento antidepressivo deve ser entendido de uma forma globalizada, precisa levar em consideração o ser humano como um todo, incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Há necessidade de informações adicionais para identificar se existem outras condições que causam ou contribuem para a depressão, como comorbidades e uso de determinadas substâncias. Os transtornos do humor são duas a três vezes mais frequentes em indivíduos com doenças físicas do que na população geral (PATTEN, 2001; SANTOS & SIQUEIRA, 2010).

Os motivos para o subdiagnóstico são relacionados tanto aos pacientes quanto aos médicos (FLECK et al., 2002), considerando que os primeiros demonstram pouca confiança no tratamento e os últimos não possuem treinamento em saúde mental e nem tempo para investigação (COSTA, 2010).

De acordo com Valença et al. (2008, p. 14), estudos realizados pela OMS em 14 países com amostra de 26.422 indivíduos sobre "Problemas Psicológicos nos Cuidados Gerais à Saúde"² demonstraram que uma proporção substancial (cerca de

² Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on "Psychological Problems in General Health Care". Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 819-824.

24%) de todos os pacientes em contextos de atenção primária apresentava transtorno mental. Os diagnósticos mais comuns foram depressão, ansiedade e transtornos do uso de substâncias. De acordo com esses autores (p. 14),

a prevalência de depressão maior na prática clínica é de 13,7%. Apesar desta alta prevalência, apenas 54% dos pacientes foram reconhecidos como "casos psiquiátricos" pelo médico generalista, sendo que apenas 15% receberam diagnóstico de depressão. Entre aqueles diagnosticados corretamente, apenas 43% tiveram prescrição de um medicamento antidepressivo.

O portador de transtorno depressivo pode se sentir triste e com baixa autoestima por semanas ou até mesmo anos, mas é a intensidade desse sentimento que vai determinar a gravidade da doença (MCKENZIE, 1999; PARANHOS & WERLANG, 2010).

Contrário ao que possa parecer ao senso comum, o diagnóstico da depressão é bastante complexo devido à multiplicidade de sintomas e torna essa tarefa um grande desafio para os profissionais da área de saúde, que têm de se basear apenas em exame clínico, visto que não há exames laboratoriais ou complementares para esse fim. Destarte, o diagnóstico está suscetível a erros e pode levar tanto ao aumento da prevalência da doença na população como a sua redução, considerando que os critérios definidos para o diagnóstico são subjetivos e frágeis. Uma das formas de se minimizar o erro diagnóstico é fazer reavaliações até que se firme o diagnóstico da depressão (MITCHELL, VAZE, RAO, 2009).

2.3 O tratamento da depressão – o alívio

Considerados uma espécie de “bálsamo multiuso”, os antidepressivos hoje são receitados em várias especialidades da área de saúde. No entanto, o tratamento do transtorno depressivo não deve ser orientado apenas pela utilização de antidepressivos.

Após ter a depressão diagnosticada, verifica-se uma diversidade de tratamentos que devem abranger também as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo, associando alguma modalidade de psicoterapia, mudanças no

estilo de vida, além da terapia farmacológica. O objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente, diminuir a necessidade de internação hospitalar, evitar o suicídio, reduzir as reincidências dos quadros depressivos (CIPRIANI, BARBUI, BUTLER, HATCHER, GEDDES, 2011).

A elaboração incorreta do diagnóstico pode levar a tratamentos injustificados, medicalização desnecessária, impedindo que o indivíduo tome consciência das suas necessidades pessoais, sociais, afetivas e de buscar soluções adequadas aos seus problemas reais (NARDI, 2006). Nas pessoas que apresentam os sintomas de transtorno depressivo, os antidepressivos vão minimizar os efeitos de sintomas como desânimo, irritabilidade, labilidade de humor etc., e, daí então, deve-se iniciar um tratamento psicoterapêutico, conforme recomenda Nardi (2006).

Cada vez mais eficientes e com menos efeitos colaterais, os antidepressivos ajudam a pessoa a se sentir melhor, desde que indicados por um médico, com a fórmula e a dosagem adequadas para cada caso, minimizando os riscos e maximizando a resposta terapêutica como alega o mesmo autor.

É importante destacar que, se os episódios depressivos não forem tratados corretamente, por meio da associação entre psicoterapia e antidepressivos, podem perdurar por 6 a 15 meses, ou até mais, comprometendo o paciente em várias áreas de sua vida: trabalho, vida familiar e social, lazer, com aumento considerável do risco de morte por suicídio. Com o tratamento adequado, esse período pode ser reduzido para 8 a 12 semanas. No entanto, não é possível descartar que a recidiva e/ou a cronificação do transtorno depressivo pode ser uma realidade de qualquer quadro depressivo, mesmo quando o paciente responde bem ao tratamento ministrado (NARDI, 2006).

Estima-se que, após o primeiro episódio, o risco de recorrências seja de 50%; após o segundo episódio, este risco se eleva para 70-80% e, após três episódios depressivos, o risco de episódios seguintes é de 90% (NARDI, 2006).

A dificuldade de adesão ao tratamento e de procura por auxílio profissional está entre os grandes problemas para lidar com a complexidade de sintomas presentes no quadro depressivo (HISATUGO, YAZIGI, 2014). O longo período de latência para os efeitos do antidepressivo pode estar associado à redução da adesão ao tratamento (CUNHA & GANDINI, 2009), o que vai influenciar diretamente no sucesso dos resultados, além de implicar os custos médicos e sociais (TELLES-CORREIA et al., 2008). Nesse contexto, ainda é preciso considerar os efeitos

adversos como sonolência e as contraindicações como uso de bebida alcoólica, que podem interferir no trabalho e na vida social do indivíduo. Não se podem desconsiderar também experiências anteriores com tratamentos que não foram bem-sucedidos (MIASSO, 2006).

O tratamento da depressão recomenda a utilização de algumas estratégias conjugadas: a) o tratamento psicofarmacológico; b) o tratamento espiritual; c) o tratamento psicoterápico ou psicológico; d) a qualidade de vida; e) o acolhimento do grupo família (SOLOMON, 2002; BRUNONI, 2010).

2.4 A prevalência de depressão no Brasil e no mundo

Na década de 70, teve início a utilização de inquéritos populacionais no Brasil quando Coutinho e colaboradores, estudando uma área do centro de Salvador, onde residiam 1.514 pessoas, encontraram prevalência para distúrbios psiquiátricos de 49,3% (ALMEIDA-FILHO et al., 1989). Nessa época, diversos estudos populacionais foram conduzidos na Bahia e acabaram sendo essenciais para o desenvolvimento de duas escalas: o Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA) e na infância (QMPI) (ALMEIDA-FILHO et al., 1989).

A primeira pesquisa brasileira de morbididade psiquiátrica nacional foi conduzida por Almeida-Filho et al. (1997), através de inquérito domiciliar em três cidades brasileiras: Brasília, São Paulo e Porto Alegre. Foi um estudo transversal, de base populacional, que entrevistou, ao todo, 6.476 indivíduos de 15 anos de idade ou mais. Ocorreu em dois estágios: o primeiro estágio foi a aplicação do QMPA para detectar os casos suspeitos de transtorno mental; o segundo consistiu na entrevista psiquiátrica dos casos positivos para confirmação da presença de morbididade psiquiátrica, utilizando-se o inventário de sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-III). Os índices de prevalência de TM para toda a vida foram de 51% em Brasília, 43% em Porto Alegre e 30% em São Paulo. Entre as mulheres, foram encontradas prevalências maiores em Porto Alegre (50%) e Brasília (54%), enquanto em São Paulo a prevalência foi maior nos homens (33%) (MORAES JUNIOR, 2010).

Um inquérito realizado em 2003 em dez países (Brasil, Canadá, Chile, República Checa, Alemanha, Japão, México, Holanda, Turquia e Estados Unidos), que recrutou 37.710 adultos, relatou a prevalência de depressão de 3% no Japão e 16,9% nos Estados Unidos (ANDRADE, CARAVEO-ANDUAGA, BERGLUND, BIJL, DE GRAAF, VOLLEBERGH, DRAGOMIRECKA, KOHN, KELLER, KESSLER, KAWAKAMI, KILIÇ, OFFORD, USTUN, WITTCHEN, 2003). Na amostra brasileira, recrutada na cidade de São Paulo, esta foi estimada em 12,6%. Em um estudo representativo da população de Porto Alegre, identificou-se prevalência de depressão maior de 12,4% (WIEHE, FUCHS, MOREIRA, MORAES, PEREIRA, GUS, FUCHS, 2006).

Outro estudo, realizado em 308 municípios do Estado de Minas Gerais em 2009, em que foi utilizado o banco de dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD), pôde-se observar que a maior parte dos indivíduos com diagnóstico de depressão é do sexo feminino; alta concentração de pessoas com depressão maior no grupo etário de 60 anos ou mais; e maior concentração na população negra e nas áreas urbanas (DIAS, 2012).

Recentemente, o Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo Megacity, um estudo de corte transversal de base populacional, investigou a prevalência de transtornos mentais de 5.037 indivíduos que residem na região metropolitana de São Paulo, entre os anos de 2005 e 2007. Este estudo selecionou uma amostra representativa da população e entrevistou os participantes no seu domicílio através do questionário *WHO World Mental Health Composite International Diagnostic Interview* (WHO WMH-CIDI). Cerca de um terço dos respondentes (29,6%) foram diagnosticados como portadores de pelo menos um transtorno mental no ano anterior à entrevista e 44,7%, ao longo da vida (MORAES JÚNIOR, 2010).

Foram examinados correlatos sociodemográficos, aspectos da vida urbana como a migração interna, exposição à violência e privação social nos últimos 12 meses. Eles descobriram que os transtornos de ansiedade foram os mais frequentes, acometendo cerca de 20% das pessoas, seguidos do transtorno de humor (11%), impulsividade (4,3%) e uso de substâncias (3,6%). Dependência de tabaco, transtornos depressivos, transtornos ansiosos, somatoformes e relacionados ao uso do álcool apresentaram as maiores porcentagens de casos (MORAES JÚNIOR, 2010). A gravidade dos transtornos variou como leve, moderada e séria, com cada grupo representando um terço do total dos casos afetados (VIANA et al.,

2010). O estudo São Paulo Megacity faz parte do estudo mundial *World Mental Health Survey*, com visibilidade internacional e nacional.

Os transtornos mentais comuns (TMC) também foram pesquisados em estudos realizados nas regiões de serviços de saúde de atenção primária, principalmente relacionados à Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Maragno et al. (2006) utilizaram os dados de um estudo transversal que avaliou o PSF de uma região de Vila Nova Cachoeirinha, município da região metropolitana de São Paulo. Nesse estudo, foram selecionados 2.377 sujeitos e estimada a prevalência de TMC em 24,9% (MORAES JÚNIOR, 2010).

Bandeira et al. (2007) estudaram a prevalência de TMC em dois bairros atendidos pelo ESF de São João del-Rei/MG, utilizando-se do *General Health Questionnaire* (GHQ). Os sujeitos foram selecionados por indicação dos próprios profissionais da equipe dessa unidade de ESF, que, conhecendo a população-alvo, apontaram os que julgavam ter dificuldades psicológicas. A prevalência de TMC foi de 37,8% (MORAES JÚNIOR, 2010).

Fortes et al. (2008) investigaram a população atendida por cinco unidades do PSF de Petrópolis/RJ, selecionando todos os indivíduos com idade entre 18 e 65 anos dessa região que foram consultados pelo médico do programa durante um período de 30 dias, formando uma amostra de 714 sujeitos. O objetivo geral do estudo era avaliar a presença de TMC e os fatores de risco associados, além do perfil nosológico dos transtornos mentais detectados. A prevalência de TMC ficou em 56%, além de alta frequência de comorbidade, especialmente entre transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos (MORAES JÚNIOR, 2010).

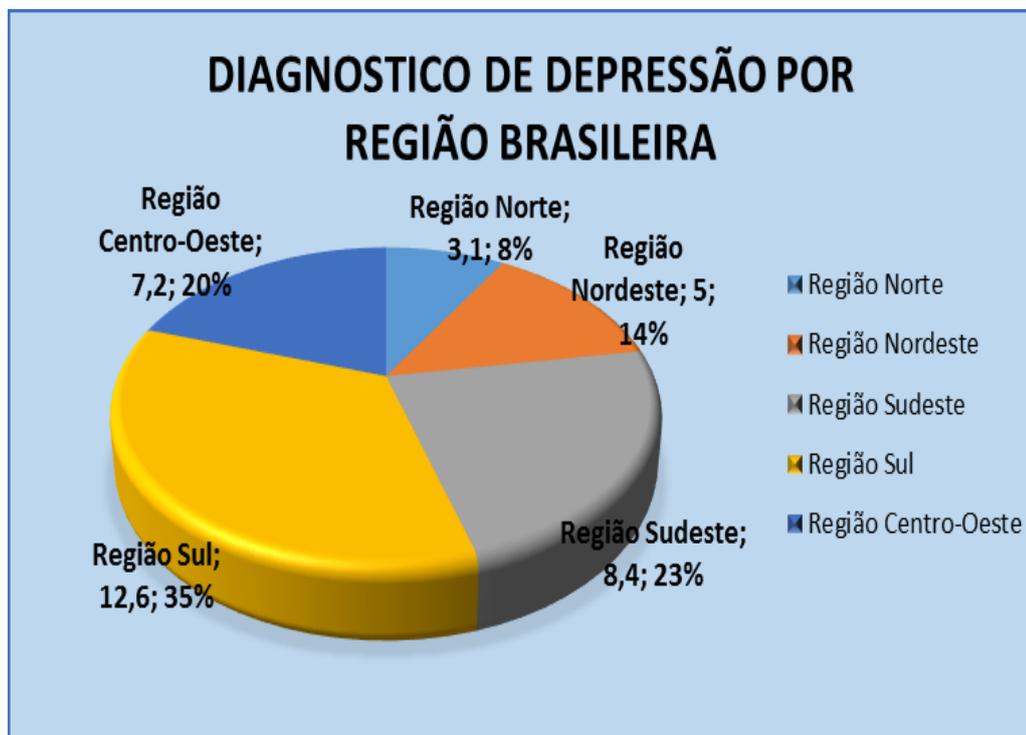
Gonçalves e Kapczinsky (2008) avaliaram a comunidade atendida pelo PSF de Santa Cruz do Sul/RS, com o objetivo principal de estimar a prevalência de transtornos mentais comuns, utilizando o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Todos os moradores maiores de 14 anos foram convidados a participar da entrevista, durante o prazo de um ano, sendo conduzida pelos próprios agentes de saúde. Assim, 1.122 sujeitos responderam aos questionários, o equivalente a 66% da população de origem, com prevalência de TMC de 38% (MORAES JÚNIOR, 2010).

No que se refere a estudos relacionados especificamente a depressão, destacam-se os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Brasil, 7,6% dos adultos já

foram diagnosticados com depressão, o que equivale a 11 milhões de pessoas, tornando-se a quarta doença crônica mais diagnosticada no país (IBGE, 2013).

A maior parte dos registros foi em área urbana (8%). Na rural, foram 5,6% dos entrevistados. Sul foi a região com maior índice de pessoas com a doença, seguida pelo Sudeste (8,4%), Centro-Oeste (7,2%) e Nordeste (5%). A região Norte foi a que apresentou menor taxa de pessoas diagnosticadas, apenas 3,1%. O Rio Grande do Sul é o primeiro da lista, onde 13,2% das pessoas com 18 anos ou mais já foram diagnosticadas por um profissional de saúde. Em seguida, vem Santa Catarina, com 12,9%, e Paraná, com 11,7%. Os estados do Norte, como o Pará, apenas 1,6% dos adultos receberam diagnóstico da doença, seguido pelo Amazonas com 2,7% (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Diagnóstico de depressão por região brasileira segundo Pesquisa Nacional de Saúde



Fonte: (IBGE/PNS, 2013)

A prevalência da enfermidade é maior entre as mulheres (10,9%) do que entre os homens (3,9%) conforme tabela a seguir (IBGE, 2013).

Tabela 1 - Proporção de pessoas de 18 anos de idade ou mais que referem diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, por sexo, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e a situação do domicílio - 2013

Grandes Regiões, Unidades da Federação e situação do domicílio	Proporção de pessoas de 18 anos de idade ou mais que referem diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental (%)								
	Total			Sexo					
	Propor- ção	Intervalo de confiança de 95%		Propor- ção	Masculino		Propor- ção	Feminino	
		Limite infer- ior	Limite super- ior		Limite infer- ior	Limite super- ior		Limite infer- ior	Limite super- ior
Brasil	7,6	7,2	8,1	3,9	3,5	4,4	10,9	10,3	11,6
Urbana	8,0	7,5	8,4	4,1	3,6	4,7	11,3	10,5	12,0
Rural	5,6	4,9	6,3	2,7	1,9	3,6	8,6	7,5	9,8
Norte	3,1	2,7	3,5	1,7	1,3	2,1	4,4	3,7	5,1
Rondônia	5,6	4,1	7,2	2,8	1,3	4,3	8,3	5,5	11,2
Acre	5,8	4,5	7,2	4,3	2,2	6,4	7,2	5,4	9,1
Amazonas	2,7	1,9	3,5	2,0	1,1	3,0	3,3	2,1	4,5
Roraima	4,4	3,2	5,7	2,7	1,2	4,1	6,2	4,2	8,2
Pará	1,6	1,0	2,1	0,6	0,1	1,1	2,5	1,5	3,5
Amapá	3,4	2,0	4,7	1,8	0,0	3,6	4,8	2,7	6,9
Tocantins	7,1	5,2	8,9	3,6	1,8	5,4	10,3	7,3	13,3
Nordeste	5,0	4,5	5,5	2,3	1,9	2,7	7,4	6,6	8,3
Maranhão	3,8	2,4	5,1	1,4	0,0	2,9	5,9	3,6	8,2
Piauí	3,9	2,8	5,1	1,9	0,8	3,0	5,8	4,0	7,6
Ceará	4,4	3,3	5,4	1,8	0,8	2,8	6,7	4,9	8,4
Rio Grande do Norte	6,9	5,4	8,4	3,5	1,9	5,1	9,8	7,4	12,2
Paraíba	4,8	3,4	6,2	2,7	1,2	4,2	6,6	4,4	8,9
Pernambuco	7,2	5,7	8,6	3,8	2,4	5,2	10,1	7,7	12,5
Alagoas	6,2	4,6	7,9	3,6	2,0	5,2	8,4	5,9	11,0
Sergipe	6,2	4,9	7,5	4,2	2,4	6,0	8,0	6,1	9,9
Bahia	4,0	2,7	5,3	1,2	0,4	2,1	6,4	4,3	8,5
Sudeste	8,4	7,6	9,2	4,8	3,9	5,7	11,6	10,4	12,8
Minas Gerais	11,1	9,0	13,1	6,6	4,3	8,9	15,1	11,9	18,2
Espírito Santo	5,5	3,7	7,2	2,9	0,7	5,0	7,8	5,2	10,5
Rio de Janeiro	6,0	5,0	7,0	3,3	2,0	4,5	8,3	6,7	9,8
São Paulo	8,4	7,3	9,5	4,7	3,3	6,0	11,7	10,0	13,4
Sul	12,6	11,2	13,9	6,1	4,9	7,4	18,4	16,4	20,4
Paraná	11,7	9,4	14,0	4,9	3,3	6,6	17,8	14,0	21,5
Santa Catarina	12,9	9,7	16,0	7,0	4,0	10,0	18,4	13,8	23,0
Rio Grande do Sul	13,2	11,5	15,0	6,7	4,7	8,8	18,9	16,4	21,4
Centro-Oeste	7,2	6,4	8,0	2,8	2,0	3,6	11,2	9,9	12,5
Mato Grosso do Sul	8,8	7,3	10,4	3,7	2,1	5,3	13,5	10,8	16,3
Mato Grosso	6,9	5,1	8,7	2,9	1,4	4,4	10,8	7,6	13,9
Goiás	7,1	5,7	8,5	2,5	1,0	4,0	11,3	9,1	13,6
Distrito Federal	6,2	4,9	7,5	2,5	1,2	3,8	9,3	7,3	11,3

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

De acordo com o estudo, em Minas Gerais, a doença acomete mais mulheres: 15,1% das que foram entrevistadas declararam ter sido diagnosticadas

com depressão, enquanto, nos homens consultados pela pesquisa, os registros ocorreram em 6,6%. A média do estado supera o total registrado no país, que aponta que 7,6% da população nessa faixa etária é diagnosticada com a doença, sendo que ela ocorreu em 10,9% das mulheres entrevistadas e em 3,9% dos homens (IBGE, 2013).

Quadro 1 – Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Números da Depressão	
Brasil	
Total	7,6%
Mulheres	10,9%
Homens	3,9%
Minas Gerais	
Total	11,1%
Mulheres	15,1%
Homens	6,6%

Fonte: (IBGE/PNS, 2013)

Na literatura epidemiológica, existem vários índices de prevalência em relação ao transtorno depressivo, que tem alcançado números entre 4% e 10%, sendo observada uma maior incidência em mulheres, variando de 10% a 25%, enquanto nos homens a porcentagem é de 5% a 12 % (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2002; ZAVASCHI, 2002).

Diversos estudos mostram certo padrão demográfico no que se refere aos pacientes com depressão. A maior prevalência entre mulheres pode estar relacionada a determinantes fisiológicos, decorrentes de gravidez, parto, puerpério e alterações hormonais de outras naturezas e a determinantes psicossociais, decorrentes da aquisição de papéis sociais e de modelos comportamentais deles derivados (MÁXIMO, 2010).

Muitas teorias têm sido propostas e exploradas para justificar a diferença de prevalência da depressão entre os sexos. Lima (1999), ao analisar quatro pesquisas epidemiológicas de âmbito nacional e internacional, aponta que o sexo

não é um fator de risco por si só. Outros fatores associados ao ambiente e suporte social aumentariam o risco de um adoecimento. Há também pesquisas genéticas que buscam associar o adoecimento a fatores hereditários (ANDRADE et al., 2006).

Diversos estudos têm evidenciado que a prevalência de depressão está relacionada com gênero, estado civil, idade e até mesmo com a renda (SCHULZE, 2009). O transtorno é maior nos indivíduos separados ou nas pessoas sem relações interpessoais íntimas, quando comparadas às casadas ou com companheiro. Nos países com baixa ou média renda, a depressão tende a ser maior à medida que a idade aumenta (SARTORIUS, 2007; MATEUS, MARI, DELGADO, ALMEIDA-FILHO, BARRETT, GEROLIN et al., 2008).

De acordo com estudo realizado por Máximo (2010, p. 64), apesar da prevalência da depressão ser difícil de ser estabelecida, vários estudos epidemiológicos têm mostrado, de uma forma geral, que:

- I. o transtorno depressivo é cerca de duas ou mais vezes prevalente nas mulheres do que nos homens (HOLMES, 2001; YONKERS & STEINER, 2001; GAZZALE *et al.*, 2004; NARDI, 2006; MORENO, DIAS & MORENO, 2007).
- II. diferenças significativas entre os sexos na idade média de início da depressão, que está em torno dos 24 anos, tanto para homens quanto para mulheres parece não existirem (MORENO, DIAS & MORENO, 2007).
- III. independentemente do sexo e da idade, a prevalência da depressão costuma ser mais alta entre indivíduos com menor renda, com menor nível de escolaridade, que estão desempregados, ou recentemente divorciados ou separados (HOLMES, 2001; SOLOMON, 2002; GAZZALE *ET AL.*, 2004; BÓS & BÓS, 2005). O estresse associado a esses eventos deve ser muito provavelmente o fator responsável por desencadear a depressão (HOLMES, 2001).
- IV. diferenças por raça/cor não puderam ainda ser estabelecidas de forma inquestionável. Numa série de trabalhos analisados por Moreno, Dias &

Moreno (2007), por exemplo, a raça/cor do indivíduo não apontou uma relação de causa e efeito com a depressão. Esse dado, contudo, contraria os resultados encontrados por Bós & Bós (2005) no estudo sobre os fatores determinantes da depressão entre idosos no Brasil, segundo o qual a raça/cor branca tende a ser um importante fator preditivo para a depressão naquele subgrupo populacional.

2.4.1 Fatores de risco para depressão

Os transtornos depressivos podem ser desencadeados devido a múltiplos fatores, estabelecendo uma coocorrência de eventos, porém não determinam a relação de causa e efeito (FRANK; RODRIGUES, 2006). A depressão é mais frequente entre membros de uma mesma família, sendo que, quando existe o diagnóstico confirmado, pais, irmãos e filhos possuem um risco de 10% a 15% de apresentar a doença (WHO, 2001).

Os sintomas depressivos tendem a predominar entre as mulheres e em pessoas que apresentam menor escolaridade e menor renda mensal (BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2007; FRANK; RODRIGUES, 2006; MACIEL; GUERRA, 2006). Em trabalho realizado por Lorant et al. (2003), incluindo 56 estudos que analisaram a associação entre o nível socioeconômico e a depressão, foi identificado que os grupos populacionais com menor nível socioeconômico apresentaram maiores prevalências (MUNHOZ, 2012). No estudo transversal com amostra brasileira conduzido por Coelho et al. (2013), menor renda aumentou o risco de ter EDM. Também a menor prevalência de sintomas depressivos foi encontrada nos participantes com ensino superior, o que indica que os níveis de ensino superior podem atuar como um fator de proteção contra os sintomas depressivos. Ainda segundo os autores, “quase todos os estudos descobriram que sexo, idade, grau de instrução, renda e estado civil foram associados com a depressão” (p.146).

Em um estudo transversal de base populacional em Pelotas (RS), realizado por Munhoz (2012), a prevalência de depressão em adultos de acordo com o teste PHQ-9, usando o ponto de corte ≥ 9 , foi de 20,4% (IC95% 18,9-21,8). As mulheres,

os indivíduos mais jovens, com a cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, com menor escolaridade, aqueles solteiros ou separados, os tabagistas, os que não estavam trabalhando apresentaram as maiores prevalências de depressão (MUNHOZ, 2012).

Nos estudos em geral, quando ocorre associação estatística da situação conjugal com a ocorrência de depressão, ser casado (ou em união estável) representa menor risco comparado às outras situações conjugais. A convivência com um companheiro, independentemente do estado civil, é considerada fator protetor para manifestação de sintomas relacionados à depressão (FRANK; RODRIGUES, 2006). No *World Mental Health Survey Initiative* (WMH) (BROMET et al., 2011), no qual foram analisadas outras categorias da situação conjugal (separado, divorciado, viúvo, solteiro e casado), os resultados relativos ao Brasil mostraram que a chance de ter EDM foi maior para ser separado (OR=1,6) e divorciado (OR=3,0) em relação a ser casado. Em dois outros estudos recentes, ser solteiro ou separado aumentou entre 20% e 40% o risco de ter EDM em relação a ser casado (COELHO et al., 2013; MUNHOZ et al., 2013). No entanto, Almeida-Filho (2004) mostrou que, na Bahia, entre as mulheres solteiras, a taxa de prevalência da depressão era menor, se comparada à taxa das mulheres casadas, divorciadas ou viúvas.

Estudos têm demonstrado os efeitos deletérios da ausência do apoio social em situações estressantes, como a morte de pessoas íntimas, separação conjugal, desemprego ou qualquer mudança nociva no meio ambiente. Essas situações podem propiciar transtornos mentais, principalmente a depressão, ou agravar os já existentes naqueles indivíduos que não contam com um apoio social adequado (FONSECA et al., 2010).

O apoio social é entendido como uma informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos (COBB, 1976). Ao perceber que pode contar com a ajuda das outras pessoas, principalmente de familiares e amigos íntimos, o indivíduo tende a sentir-se mais protegido nas situações de crises, facilitando estratégias de enfrentamento e adaptação às mudanças (ALVES, DELL'AGLIO, 2016).

Este apoio pode se configurar como emocional ou de estima e material/instrumental, sendo caracterizado como qualquer atividade que permita efeito direto sobre o bem-estar do indivíduo. O apoio emocional ou estima consiste

em comportamentos como escutar, prover atenção ou fazer companhia de modo que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada. O apoio material/instrumental refere-se à ajuda financeira, à disponibilidade de ajuda a pessoa no manejo ou resolução de situações práticas ou operacionais do cotidiano, como apoio material e ou nas atividades diversas do dia a dia (GONCALVES, PAWLOWSKI, BANDEIRA, PICCININI, 2011).

Apesar das evidências da associação de fatores relacionados a apoio social com depressão, o papel do apoio social permanece pouco explorado no campo das investigações sobre ocorrência e tratamento de depressão (SHIM et al., 2011). No Brasil, a relação entre TMC e apoio social foi investigada em uma comunidade de 1.267 habitantes da Região Norte do país, com participação de “todos” os residentes de 19 anos ou mais (COSTA et al., 2005). As pessoas com *baixo apoio social* apresentaram duas vezes mais chances de TMC em relação àquelas com alto apoio social (SANTOS, 2015).

Destaca-se ainda que os fatores genéticos, a doença cerebrovascular, o uso de medicamentos e os traumas psicológicos são predisponentes para depressão (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Os fatores neurobiológicos, tais como alterações neuroendócrinas, em que há, por exemplo, a diminuição da resposta do hormônio estimulador da tireoide; alterações dos neurotransmissores, com diminuição da atividade da serotonina e noradrenalina e alterações vasculares e degeneração de circuitos corticais e subcorticais relacionadas ao processamento da afetividade e emoção, podem culminar no desenvolvimento da depressão no idoso (STELLA et al., 2002).

Ressalva-se que a presença da depressão pode repercutir na qualidade de vida e contribuir para o aumento do número de morbidades, principalmente em pessoas que já apresentam um quadro de doenças crônicas (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). A presença de comorbidades pode levar ao aumento no número de incapacidades funcionais, maior dependência principalmente no idoso e, conseqüentemente, propiciar o aparecimento de depressão (TORIJA et al., 2007). Nessa perspectiva, é importante que os profissionais da saúde sejam preparados e estejam qualificados para reconhecer a presença da sintomatologia depressiva, bem como as características da doença.

Há que se considerar ainda que a depressão é um transtorno que traz um ônus enorme para pacientes e também familiares, além de comprometer sua vida

laborativa/produziva. Os gastos dos sistemas de saúde com a depressão são de grande magnitude e seu caráter recorrente e crônico aumenta significativamente o seu impacto social e seu custo econômico em longo prazo (ROSENBAUM & HYLAN, 2005).

Cerca de 50% dos pacientes que buscam serviços primários de saúde por queixas físicas apresentam depressão e, entre estes, de 40% a 60% não têm o diagnóstico firmado por médicos não psiquiatras. Entre os custos indiretos, a perda de produtividade e as faltas ao trabalho podem corresponder a 60% dos custos totais com a depressão (MAXIMO, 2010).

Verifica-se também que os custos socioeconômicos com a depressão são elevados. Podem ser relacionados em custos diretos (médicos, medicamentos), indiretos (custos decorrentes da incapacidade ocupacional, de morte prematura) e intangíveis (piora da qualidade de vida).

Mercedes (2013, p.21-22) ressalta que “o custo total de gastos com o referido transtorno mental cresce a cada ano, situação que vem sendo agravada pelo fato de ainda haver um baixo investimento em saúde mental, com metade dos indivíduos com depressão não tendo acesso ao tratamento adequado”. A referida autora ainda aponta que, “na maioria dos países, menos de 2% dos fundos de saúde são gastos com a saúde mental” e que, no Brasil, não existem estimativas.

A oferta de serviços de saúde mental de qualidade, combinada com ações educativas, pode colaborar para aumentar a qualidade de vida de todos que sofrem, direta ou indiretamente com os transtornos depressivos, reduzir as crônicas desigualdades sociais em saúde e tornar mais eficiente os gastos do sistema de saúde (MAXIMO, 2010).

2.5 A depressão na atenção primária à saúde – avanços e desafios

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil a partir de 1994 como principal estratégia para reorganização da rede básica de serviços de saúde, apostando nas repercussões para o Sistema Único de Saúde (SUS) (PIRES et al., 2013).

O Brasil possui 5.570 municípios, totalizando uma população de 193.976.530 habitantes (IBGE, 2013, projeção). Desses, 3.375 municípios (61%) possuem menos de 15 mil habitantes, o que totaliza uma estimativa de 23.478.055 habitantes (12%) que têm na Atenção Básica³ o principal acesso de cuidados em saúde mental. Tais dados são relevantes para a construção de estratégias que busquem fortalecer e qualificar a Atenção Básica, as equipes de Saúde da Família (ESFs) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para atuar com propriedade na identificação e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental, bem como no cuidado a ser prestado a elas (BRASIL, 2015). Evita-se assim o atendimento especializado como primeira estratégia, bem como a medicalização do sofrimento, a cronificação de agravos de saúde e a negligência comum aos estados de sofrimento mental (BRASIL, 2015).

Na literatura, encontram-se vários estudos que afirmam ser a depressão bastante presente no cotidiano da atenção primária à saúde. Estima-se que 30% a 60% dos casos de depressão não são detectados pelo clínico em serviços de atenção primária (DE ALMEIDA FLECK, 2003).

A Atenção Primária à Saúde (APS) expressa o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, onde ocorre o primeiro contato dos pacientes e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde trazidos por eles (LAVRAS, 2011).

O anexo da Portaria 648/GM⁴, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, deixa bem claro que a APS deve “considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (BRASIL, 2006).

³ Preservou-se a nomenclatura utilizada pelos autores referidos no texto, ao citar os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Outro fator que contribuiu para mudança da prática na assistência à saúde mental na APS foi a publicação da Portaria nº 154⁵, em 2008, que dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e normatiza a prática de matriciamento. Com a recomendação de haver pelo menos um profissional de saúde mental no Nasf, o matriciamento pode ser definido como: “atividade de atendimento colaborativo interdisciplinar onde um profissional especializado realiza um atendimento conjunto ou discussão de caso com a equipe de referência para traçar um plano terapêutico” (FORTES; BALLESTER, 2012, p. 266). A proposta do Nasf é:

trabalhar interdisciplinarmente em conjunto com a APS, em ações de interconsulta, discussão de casos, consultas conjuntas e visitas domiciliares para caracterização dos problemas específicos de sua demanda, desenvolvimento de novos tipos de intervenção terapêutica, estruturação da rede de cuidado em saúde e de parcerias intersetoriais com os recursos comunitários (FORTES et al., 2012, p. 1.083).

Para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf, algumas ferramentas já foram testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do Projeto de Saúde no Território (PST) (BRASIL, 2009).

De acordo com Starfield (2002), a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada.

A partir da década de 1990, com a reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil, a atenção à saúde mental foi direcionada para APS através da Estratégia de Saúde da Família, numa proposta de superação do modelo curativo e hospitalocêntrico, na medida em que está mais próxima da população e tem como um dos seus princípios o cuidado longitudinal (SCHUTEL, RODRIGUES, PERES 2015). Schutel, Rodrigues, Peres (2015, p. 86) destacam um aspecto relevante e crucial dessa assistência quando alertam que

a APS como porta de entrada recebe uma população com diversos tipos de queixas, problemas, necessidades, desejos e demandas que por vezes uma escuta profissional apressada, ou com frágil orientação teórico crítico-reflexiva ou ainda com um fluxograma de acolhimento indefinido, pode mistificar uma realidade ao ponto de reduzir o sofrimento humano e sua complexidade.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Nessa perspectiva, Lavras (2011) chama atenção para o que apresenta o Relatório Mundial da Saúde, publicado pela OMS em 2008, "dar prioridade às pessoas" realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008, p. 43).

É frequente na prática da APS, a demanda de transtornos mentais comuns (TMC) e as principais queixas estão relacionadas a sintomas depressivos e ansiosos associados a queixas físicas inespecíficas, incluindo irritabilidade, insônia, nervosismo, fadiga, esquecimento e falta de concentração, sensação de peso em uma parte do corpo, tonturas, palpitações, disfunção gastrointestinal, falta de ar, dores articulares e lombalgia. Os "portadores desses transtornos têm na ESF sua principal porta de entrada e referência para o cuidado em saúde" (FORTES, 2014, p. 1.087).

Verifica-se que os casos de depressão podem ser divididos em três níveis: o primeiro seria o mais leve e com possibilidade de tratamento psicossocial na unidade de saúde e pelo clínico geral; o segundo, mais grave e com necessidade de tratamento medicamentoso orientado também pelo clínico geral; apenas o terceiro nível, gravíssimo e com risco de suicídio, deveria ser encaminhado para centros especializados e de referência. Os dois primeiros níveis deveriam ser diagnosticados na atenção básica, mas eles não estão preparados para tal, como relata Wang Yuan Pang⁶. Esse autor afirma que o Brasil não tem um programa de governo para a prevenção das doenças mentais. Muitos profissionais ainda acreditam que a depressão é resultado das tragédias e adversidades ocorridas com as pessoas acometidas (VALENTINE et al., 2004).

Uma revisão de estudos populacionais sobre transtornos psiquiátricos (incluiu 37 estudos conduzidos em 24 países) estimou a média da falta de tratamento (*treatment gap*) do EDM em 56,3% (KOHN et al., 2004). No Rio de Janeiro, a falta de tratamento para os EDMs e outros transtornos depressivos foi de 72,9% (QUINTANA et al., 2013).

Ainda pautados no modelo hegemônico, os profissionais de saúde nem sempre estão preparados para a escuta, o diálogo, o acolhimento e o cuidado

⁶ Wang Yuan Pang, pesquisador do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo e coordenador da pesquisa São Paulo Megacity Mental Health Survey, que gerou para o relatório internacional os dados relativos à Grande São Paulo.

integral à saúde e, desse modo, apreender o sofrimento dos usuários. A prática da medicalização dos sintomas ainda é uma constante nos serviços de APS, além da fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos (CARVALHO, MIRANDA, ARAÚJO, CHAGAS, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013, p. 23), na assistência à saúde mental na atenção primária,

é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas, pois as intervenções em saúde mental são construídas no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

Desse modo, verifica-se que há necessidade de que os profissionais de saúde constituam uma nova prática, com outros propósitos, pautada no conceito ampliado de saúde e em novos atributos – conhecimentos, habilidades e atitudes no sentido de aprender a aprender, trabalhar em equipe e construir uma aprendizagem individual, coletiva e institucional como afirmam Ferreira, Chirelli, Pereira (2011).

3 Justificativa

“Somente quem caminha sabe o valor, o tamanho, a conquista de que é feita a história de cada único passo”.

Ana Jácomo

O transtorno depressivo é uma preocupação considerável para a saúde pública em todas as regiões do mundo e estima-se que, até 2020, seja a segunda causa de incapacidade para a saúde (WHO, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) atribui que a depressão é responsável por aproximadamente 12% do total de anos vividos com incapacidade em todo o mundo e, sem tratamento, tende a associar-se com maior nível de incapacidade para a execução de atividades cotidianas (MUNHOZ, 2012).

Ressalta-se que a depressão é uma condição médica comum, crônica e recorrente, que leva a limitação do bem-estar, comprometendo a qualidade de vida, e as mulheres têm sido apontadas como as mais vulneráveis para esse acometimento.

Faz-se interessante destacar que a autora desta pesquisa desenvolve atividade prática como professora na área de saúde mental e tem a oportunidade de vivenciar essa realidade cotidianamente nos serviços de saúde onde atua. Por meio da escuta da história de vida dos indivíduos nos serviços de saúde, é possível verificar sentimentos difusos, fragilidades, isolamento transformando-se em sofrimento psíquico. As queixas são as mais diversas: relatam insônia, crises de choro, aperto no peito, palpitações, nó na garganta, falta de ar, dores das mais variadas. Esses indivíduos são, muitas vezes, rotulados pelos profissionais de saúde como “pacientes difíceis”, principalmente pela diversidade de queixas e pela não adesão ao tratamento.

No entanto, faz-se necessário nomear o sofrimento, isto é, identificar do que sofrem esses indivíduos, detectar sob que condições e em que situações ele surge, elucidar suas causas de modo que possam ser enfrentadas com eficácia.

Pacientes do sexo feminino habitualmente frequentam os serviços de atendimento médico primário e também os serviços ginecológicos, cardiológicos, neurológicos e outros com queixa de ansiedade e depressão (VERAS, NARDI, 2008). As motivações para a procura por esses serviços são inúmeras, no entanto, menos da metade desses pacientes recebe tratamento mínimo adequado, o que contribuiria para a prevenção de complicações e novos episódios depressivos.

Realizar este estudo é uma importante oportunidade de contribuir para o conhecimento dos profissionais de saúde, principalmente sobre a vulnerabilidade das mulheres no que se refere ao transtorno depressivo, de modo que possam se atentar de forma mais contundente e eficaz para os fatores associados e assim determinar ações que possibilitem a reabilitação e melhor qualidade de vida para essas pessoas. A ideia é colaborar para o redesenho das práticas na saúde a partir da reflexão sobre a atenção que se dá atualmente, no âmbito do sistema público de saúde, à portadora do transtorno depressivo e a seus familiares que arcam com o ônus econômico e social desse sofrimento.

4 Objetivos

“Para conhecer as coisas que queremos fazer é preciso fazer as coisas que queremos saber”.

Aristóteles

Buscou-se com este estudo,

- Avaliar a prevalência de depressão e os fatores associados em mulheres de 20 a 59 anos de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Juiz de Fora – MG;
- Analisar a experiência de adoecimento de mulheres com depressão, diagnosticada pelo PHQ-9, atendidas na atenção primária.

5 Materiais e Métodos

“Para mim as ideias são como nozes, até hoje não descobri melhor processo para saber o que está dentro de uma e de outras, senão quebrando-as”.

Machado de Assis

Esta seção tem como objetivo apresentar os aspectos metodológicos deste estudo, descrevendo a base de dados utilizada e os métodos estatísticos empregados para se estabelecer os fatores associados à utilização dos serviços de saúde por aquelas que se autorreferiram com depressão.

Trata-se de um estudo de delineamento transversal que, segundo Medronho e colaboradores (2006), é caracterizado pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, num prazo determinado de tempo, o mais curto possível. A vantagem do estudo transversal em relação a outros estudos é que a amostra é constituída por indivíduos de toda população – não exclusivamente de pessoas que estão doentes.

Este estudo é parte integrante de um projeto amplo denominado “Avaliação de estratégias para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Juiz de Fora (MG)”, desenvolvido pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Uerj e pelo NATES/UFJF. Foi aprovado pelo Comitê de Ética do IMS/UERJ (Anexo A) e tem a coordenação da professora Dr^a Gulnar Azevedo e Silva.

O questionário PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*), entre outros, tem um Módulo “Morbidade” (item 9): “Problemas que podem tê-la incomodado nos últimos dias”, referente a depressão, que servirá de base para as investigações propostas neste estudo de natureza quali-quantitativa.

5.1 Local e população do estudo

Cenário: a pesquisa foi realizada em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde, em um município de médio porte, localizado na Zona da Mata, sudeste de Minas Gerais,

com uma população de aproximadamente 516.247 habitantes, composição demográfica com maioria feminina - 52,73% (IBGE, 2010).

A fim de garantir as questões éticas, a presente pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), conforme parecer número 0026.1.259.180-09.

Este estudo foi realizado na área de abrangência da UAPS Progresso, que compreende três bairros: Progresso, Santa Paula e Borborema, que estão localizados na região Leste do município de Juiz de Fora/MG, com uma população aproximada de 13 mil habitantes e também na UAPS Parque Guarani, na região nordeste, que tem uma população adscrita de aproximadamente 6.628 pessoas, sendo 2.030 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos (SIAB, 2012).

As referidas UAPS abrigam o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Resf) coordenado pelo Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (Nates) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). As residências atendem às áreas de Medicina, Enfermagem e Serviço Social, objetivando a construção de um trabalho interdisciplinar que valorize as trocas de saberes, o conhecimento das demandas e necessidades dos usuários e o intercâmbio de procedimentos. Cada equipe multiprofissional conta com dois residentes de cada uma das três categorias profissionais, sendo um do primeiro ano e outro do segundo ano. Além dos residentes, as UAPS contam com médicos de família, enfermeira, assistente social, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs). Destes, um médico, um enfermeiro e um assistente social são preceptores de serviço da Resf.

População da Pesquisa: a população de estudo desta pesquisa foram as mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, moradoras na área de abrangência das UAPS, em um total de 2.077 mulheres. Foram excluídas as mulheres que, no questionário PHQ-9, obtiveram avaliação menor que dez pontos no Módulo “Morbidade”, item: “Problemas que podem tê-la incomodado nos últimos dias”. Quando detectado o transtorno, a voluntária foi encaminhada para fazer acompanhamento gratuitamente.

A amostra foi composta de 1.958 mulheres residentes nas áreas adscritas às UAPSs que responderam ao questionário PHQ-9, apenas 387 pontuaram positivamente para depressão.

Essas mulheres encontravam-se na faixa etária entre 20 e 59 anos; a maioria não concluiu o ensino elementar, declarou ser da cor branca, viver com um

companheiro e o número de filhos variou entre um e cinco. Entre as atividades profissionais desenvolvidas pela maioria delas estão: faxina, serviços domésticos, costura em malharia, além de vendas autônomas.

5.2 Instrumentos de coleta de dados

Trata-se de um estudo transversal de prevalência, descritivo e analítico de natureza quali-quantitativa que utilizou como ponto de partida os dados obtidos no questionário PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire* - Anexo D).

Entre os instrumentos validados para detectar e mensurar distúrbios depressivos está o PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*). Esse questionário é resultado do estudo PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), conduzido nos Estados Unidos, na década de 1990, o qual desenvolveu o instrumento PRIME-MD, que avalia cinco grupos de transtornos mentais: ansiedade, humor, manifestações somatoformes, uso de álcool e tabaco. Como a aplicação deste instrumento era demorada, os pesquisadores optaram por dividi-lo em instrumentos específicos para cada tipo de transtorno, originando diferentes PHQ.

A tradução do PHQ-9 para o português foi realizada por psiquiatras brasileiros e a *back translation* por um dos autores do instrumento original, em estudo publicado previamente (FRAGUAS JR., HENRIQUES JR., DE LUCIA, IOSIFESCU, SCHWARTZ, MENEZES et al. 2006). O PHQ-9 pode ser tanto aplicado por entrevistadores treinados como pode ser inteiramente autoadministrável. Ele tem validade diagnóstica comparável à aplicação do PRIME-MD, sendo a versão mais utilizada atualmente na detecção de sintomas depressivos (KROENKE; SPITZER, 2012).

O PHQ-9 pode ser interpretado de três formas: na forma de algoritmo, identificando os indivíduos com um episódio depressivo maior e rastreando possíveis casos de Transtornos Depressivos Maiores; como uma medida contínua, com escores de 0 a 27 pontos, avaliando os níveis de sintomas de depressão através dos pontos de corte (maior ou igual a 5, 10, 15 e 20 pontos, representando, respectivamente, depressão leve, moderada, severa e grave); e como uma medida contínua com escores de 0 a 27 pontos, classificando os indivíduos de modo

dicotômico, utilizando um único ponto de corte, geralmente maior que dez (MUNHOZ, 2012).

De acordo com a pontuação obtida, tem-se a seguinte classificação (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001): 5 ou mais pontos = depressão leve; 10 ou mais pontos = depressão moderada; 15 ou mais pontos = depressão moderadamente severa (ou severa); 20 ou mais pontos = depressão severa (ou grave).

No presente estudo, optou-se pela forma de medida contínua categórica para avaliar os níveis de sintomas de depressão por ser um instrumento de acesso livre, mais rápido e fácil de ser aplicado (SANTOS et al., 2013).

Outro aspecto relevante é que se trata de um teste breve, disponível gratuitamente, de fácil compreensão e pontuação e comprovado para detectar depressão (critérios do DSM-IV) em adultos. É composto por nove afirmações que se referem a cada sintoma nos últimos 15 dias, avaliados numa escala Likert, onde para cada afirmação são dadas quatro possibilidades de resposta, variando entre 0 (nenhuma vez) e 3 (quase todos os dias) (KROENKE, K. SPITZER, R.L. WILLIAMS, 2001). O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar. Foram consideradas como positivas para depressão as mulheres que no questionário PHQ-9 obtiverem um *score* ≥ 10 .

Esses dados faziam parte de um questionário maior da “Pesquisa sobre a Saúde da Mulher” que foi elaborado com base no instrumento que estava sendo preparado para a Pesquisa Nacional de Saúde, por meio da autorização de seus coordenadores. Abordou questões sociodemográficas, apoio social, autoavaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade, saúde da mulher, além de dados aferidos.

Para a análise da experiência de adoecimento, as mulheres que pontuaram positivamente no PHQ-9 passaram por uma entrevista com médicos psiquiatras que utilizaram como instrumento o CIS-R (*Clinical Interview Schedule - Revised*). O CIS-R (Anexo E) é um instrumento de origem inglesa, que tem sido utilizado como padrão de referência em estudos de transtornos mentais comuns. É constituído de 15 seções (A-O), sendo que cada seção avalia um tipo específico de sintoma (sintomas somáticos, fadiga, concentração e esquecimento, problemas de sono, irritabilidade, preocupação com a saúde física, depressão. Ideias depressivas,

ansiedade, fobia, pânico, compulsões e obsessões). A última seção, seção O, efeitos globais, avalia grau de prejuízo do sintoma na qualidade de vida do entrevistado.

Os principais conceitos em cada seção do instrumento são a existência e intensidade do sintoma, o período de ocorrência, a frequência e a sua duração (BOTEGA et al., 1995; NUNES et al., 2011). A tradução da CIS-R para o português foi utilizada num estudo anterior para estimar a prevalência de ansiedade e depressão em uma enfermaria geral de adultos e determinar a adequação e a validação da escala "Hospital Anxiety Depression" realizada por BOTEGA et al. (1995) num hospital de 600 leitos.

Nessa etapa, foram então identificadas mulheres com diagnóstico positivo para depressão e outras em que o afeto de tristeza estava presente, mas que não caracterizavam depressão clínica.

Essas mulheres foram submetidas ainda, a entrevista *McGill Illness Narrative Interview* (MINI) (Anexo F). Este roteiro de entrevista foi desenvolvido pelo grupo de pesquisa em Psiquiatria Social e Transcultural da Universidade *Mc Gill*, fundado em 1981, localizada em Montreal, Canadá (GROLEAU et al., 2006). Teve a tradução⁷, a adaptação transcultural e a validação realizadas por pesquisadores do IPUB/UFRJ (Erotildes Leal, Octávio Serpa, Ana Cristina Figueiredo) e do HUCFF/UFRJ (Alicia Navarro) em 2007. É um instrumento que serve para a obtenção de narrativas acerca do processo de adoecimento, de sua significação subjetiva e do processo terapêutico.

A MINI foi projetada para ser um instrumento útil para pesquisas no campo da saúde com o objetivo de compreender ou investigar o comportamento em saúde, ou a experiência de adoecimento e seus significados atribuídos, ligados a qualquer problema, condição ou evento de saúde de indivíduos e/ou grupos. Por possibilitar a produção de narrativas complexas, a MINI tem o potencial de estimular a troca de dados entre diferentes disciplinas e realimentar os dados gerados pelas pesquisas quantitativas (GROLEAU et al., 2006).

A MINI tem como hipótese central: as narrativas produzidas são um bom meio de examinar as maneiras como os indivíduos dão sentido a sua experiência de

⁷ Versão reconhecida pela Universidade McGill e disponível no site para *download*.
<http://www.mcgill.ca/tcpsych/research/cmhru/mini>

adoecimento/sofrimento dentro de um panorama sócio-histórico, não visando reproduzir a fotografia de uma experiência de adoecimento, pois *a priori* todo relato é dinâmico, complexo e contraditório (BTESHE, 2013).

Allan Young propôs dois novos modelos de compreensão do vivido. O pesquisador, em 1981, criticou o fato de que os discursos leigos acerca do adoecimento, divulgados pelas disciplinas de psicologia da saúde e antropologia médica, pareciam estar sendo construídos através de esquemas lógicos e coerentes organizados em torno somente de atribuições causais, ignorando outras camadas da experiência que têm incoerências e inconsistências, como refere Bteshe (2013).

Young abordou um modelo explicativo e causal de representação do vivido, mas propôs dois outros modelos de compreensão da experiência que poderiam aparecer nas narrativas: o modelo complexo-cadeia (menos organizado) e o modelo dos protótipos. O primeiro refere-se às narrativas organizadas somente em termos de sequência de eventos temporais, que geralmente são mais livres. O segundo modelo sugerido por Young incluiria as narrativas organizadas a partir das experiências prévias, de membros de sua família ou pessoas que serviram de exemplo para a significação da experiência em questão, de acordo com Bteshe (2013).

Diferentemente, portanto, do modelo de entrevista de história de vida, que geralmente é composto somente por perguntas abertas, a MINI tem perguntas abertas (que permitem ao entrevistado contar livremente sua história) e perguntas semiestruturadas (que permitem a comparação sistemática das narrativas). Existe uma preocupação em seguir o roteiro, composto por 5 seções e 46 perguntas, pois é a partir deste que o entrevistado é convidado a falar de um tema que a princípio ele não abordaria espontaneamente (GROLEAU et al., 2006).

A primeira versão dessa entrevista data de 1996 e foi proposta como um método de investigar a experiência de adoecimento dos indivíduos em um estudo de comunidade, a busca de ajuda, os sintomas não explicados medicamente e a utilização de serviços de saúde mental. Allan Young realizou 120 entrevistas em comunidades etíopes e nos serviços de atenção primária de saúde em Israel (GROLEAU et al., 2006).

O modelo atual é a quarta versão adaptada e foi nomeado pelo grupo de pesquisa de "versão genérica". É possível encontrar estudos que utilizaram a MINI como ferramenta metodológica nos mais diversos lugares: Nepal, Brasil, Portugal,

África, Noruega, China e Canadá. Originalmente projetada em inglês, já foi adaptada e traduzida para oito línguas: albanês, francês, lugandês, norueguês, nepalês, português, sami, espanhol e tibetano (BTESHE, 2013).

A entrevista MINI foi projetada para obter:

1. Narrativa inicial e temporal da experiência de adoecimento, organizada em termos da sequência de eventos;
2. Narrativa sobre outras experiências prévias do entrevistado, de membros de sua família, de amigos, encontradas na mídia, e outras representações populares que serviram de modelo para a significação da experiência do adoecimento em questão e que aparecem como protótipos relacionados ao problema de saúde estudado;
3. Narrativas sob forma de modelos explicativos do sintoma ou da doença, incluindo rótulos, atribuições causais, expectativas de tratamento, curso e resultado;
4. Narrativas de busca e procura de ajuda, relatos sobre caminhos para chegar ao cuidado e relatos sobre a experiência de tratamento e adesão;
5. Narrativas do impacto da doença sobre a identidade, a autopercepção e as relações com os outros (GROLEAU *et al.*, 2006).

O roteiro é composto por 46 perguntas e, no caso deste estudo, a entrevista MINI foi aplicada inteira. Ela é composta de três seções e duas suplementares. As seções correspondem aos objetivos supracitados, uma vez que a primeira contempla o sintoma e a experiência inicial de doença organizada a partir da contiguidade dos eventos; a segunda aborda os protótipos relacionados a problemas de saúde com base na experiência prévia do entrevistado; a terceira trata dos modelos explicativos, atribuições causais, expectativas concernentes ao tratamento, curso e prognóstico; e as duas últimas referem-se, respectivamente, aos serviços e respostas aos tratamentos propostos e ao impacto sobre a vida. A entrevista MINI termina com uma pergunta aberta (BTESHE, 2013).

A MINI permite entender a relação entre comportamento e saúde, através de uma narrativa explicativa do doente sobre a sua condição, bem como através da abordagem de várias dimensões da sua vida (LEAL *et al.*, 2014).

5.3 Coleta dos dados

A captação das mulheres para participação na pesquisa ocorreu com ampla divulgação nos bairros, pelo movimento de saúde denominado *Campanha de Preventivos para Rastreamento de Câncer de Colo de Útero*, com exposição de cartazes nas UAPSs e centros comerciais, sala de espera, meios de comunicação comunitários, parcerias com lideranças comunitárias, orientações individuais em todos os atendimentos profissionais e principalmente orientações nas visitas domiciliares (VD) dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Para controle e acompanhamento, os ACSs listaram todas as mulheres elegíveis de sua microárea, que eram então convidadas para uma consulta na UAPS de referência.

A coleta de dados foi realizada no período de abril de 2011 a junho de 2012, em local reservado e individualizado, por enfermeiras, antes da realização do exame ginecológico. Foram abordadas 2.077 mulheres com idade entre 20 e 59 anos, residentes nas áreas adscritas às UAPSs. Após a entrevista, o instrumento de coleta de dados foi examinado e revisado por supervisores de campo, a fim de garantir o controle de qualidade. Os questionários foram guardados em local seguro até o envio para a digitação. Os dados foram armazenados em um banco desenvolvido no programa Epi Info (versão 6.04b).

Torna-se necessário enfatizar que as mulheres participantes deste estudo não procuraram a unidade de saúde devido a alguma queixa de ansiedade ou depressão. Elas foram levadas pela questão da *Campanha de Preventivos para Rastreamento de Câncer de Colo de Útero*, que oportunizou o exame de Papanicolau.

No caso do não comparecimento das mulheres a convite da unidade de saúde, foi realizada outra tentativa de agendamento, por meio de nova visita domiciliar e/ou contato telefônico.

5.4 Variáveis do estudo

Determinou-se como variável dependente dicotômica a presença de depressão. Consideraram-se como casos positivos as mulheres que, no teste PHQ-9, apresentaram escore ≥ 10 . Foram selecionadas como variáveis independentes as

características sociodemográficas: idade, grau de instrução, situação conjugal, cor/raça, renda familiar; hábitos e comportamentos: autoavaliação do estado de saúde, apoio social, consumo de bebida alcoólica, prática regular de atividade física, tabagismo, acesso à UAPS. O Quadro 2, a seguir, apresenta como foram agrupadas as variáveis analisadas.

Quadro 2 - Descrição das variáveis selecionadas em blocos de análise, com apresentação original do questionário e agrupamento estabelecido para o estudo.

Bloco	Variáveis	Variável original	Agrupamento
Variáveis demográficas	Idade	B 01	20 a 29 anos 30 a 39anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos
	Cor da pele autotclassificada segundo IBGE (branca, negra, amarela, parda, indígena)	B 02 1. Branca 2. Negra 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	Negro + pardo (1+4) Outras
	Estado conjugal (nunca foi casada, casada ou vive com o companheiro, separada, divorciada, viúva)	B 03 1. Nunca foi casada 2. Casada ou vive com companheiro 3. Separada 4. Divorciada 5. Viúva	Solteira (1,3,4) Casada (2)
	Grau de instrução (anos completos de estudo)	B 04 Até elementar incompleto (1,2) Elementar completo a ensino médio incompleto (3,4) Ensino médio completo e mais (5,6)	Até elementar incompleto (1,2)
	Religião	B 5 Resposta aberta	Sim Não
Variáveis socioeconômicas	Situação de trabalho	B 6 1. Trabalha atualmente (inclui estágio remunerado). 2. Trabalha, mas não está em atividade atualmente.	Trabalha atualmente (1) Não trabalha, nunca trabalhou (2,3,4)

	Renda mensal	B 11 1. Até um salário mínimo 2. Mais que 1 salário mínimo	Até um salário mínimo (0) Mais que 1 salário mínimo (1)
Apoio social	Pessoas com as quais se pode contar nas necessidades de saúde (familiares, amigos e ambos). Atividade em grupo social – frequência mensal de participação em atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei e outros) ou atividades artísticas em grupo.	C1 a C6	Nenhum 1 ou mais
Autoavaliação do estado de saúde	Como avalia a saúde?	D1 1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim	Muito boa (1,2) Ruim (3, 4,5)
	Procurou atendimento na UAPS nos últimos 12 meses	D4 1. Sim 2. Não	Sim (0) Não (1)
Estilo de vida	Consumo de álcool	E25 1. Não bebo nunca 2. Menos 1 vez mês 3. Uma vez ou mais	Sim (1) Não (2,3)
	Prática regular de exercícios	E-30 0.Sim 1. Não	Sim (0) Não (1)
	Tabagismo	E41 1. Sim, diariamente 2. Sim, menos que diariamente. 3. Não fumo atualmente	Sim (1) Não (2,3)

Fonte: a autora

5.5 Análise estatística

Determinou-se como variável dependente dicotômica a presença de depressão. As variáveis independentes foram agrupadas em variáveis sociodemográficas (idade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, escolaridade, apoio social); estilo de vida (consumo de bebida alcoólica e uso de tabaco e prática regular de atividade física); situação de saúde (autoavaliação do estado de saúde).

A análise desenvolveu-se com os seguintes passos: análise univariada para a descrição da distribuição das variáveis dependente e independentes na população estudada.

Foi realizada análise bivariada para identificação da associação de cada uma das variáveis independentes com o desfecho em pauta, efetuada pelo cruzamento com a variável dependente, dicotômica com cada uma das variáveis independentes, de acordo com sua natureza, por meio de tabelas de contingência (teste qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher). Foram verificadas as Razões de Prevalência (RP) com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e valores de p . Para testar a diferença de médias, foi utilizado o teste t de *Student*.

Finalizando, foi realizada a análise multivariada por meio de regressão logística de Poisson, para identificar todas as variáveis associadas com a presença de depressão. Para a análise multivariada, foram selecionadas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada e consideradas relevantes para o estudo. Foram consideradas no modelo final as seguintes variáveis: idade, escolaridade, renda familiar, autoavaliação do estado de saúde, prática regular de atividade física, acesso à UAPS.

Todas as análises foram realizadas no *software Stata 11.0*.

5.6 Análise qualitativa

Para analisar a experiência de adoecimento de mulheres com depressão, diagnosticada pelo PHQ-9, atendidas na atenção primária e assim cumprir com o segundo objetivo deste estudo, optou-se pelo método análise de conteúdo, de Bardin (2009). De acordo com Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014, p.14):

a escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

O método de análise de conteúdo permite ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e a

interpretação que faz dos significados a sua volta (SILVA, GOBBI, SIMÃO, 2005). Diferente de outras técnicas é sempre feita a partir da mensagem e tem por finalidade a produção de inferências, que é a razão de ser da análise de conteúdo e confere ao método relevância teórica (CAMPOS, 2004). O mesmo autor afirma que

Produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores (CAMPOS, 2004, p.611).

Inicialmente as informações obtidas através das entrevistas gravadas em áudio foram transcritas na íntegra; conferida a fidelidade, foram encadernadas, constituindo o documento de análise. Após tal procedimento, passou-se à fase da leitura atenta dos discursos, tentando agregá-los de acordo com referências que possibilitassem criar uma classificação.

Para operacionalização do segundo momento, adotaram-se os passos propostos por Bardin (2009, p. 121) na análise de conteúdo, que é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Essas etapas são organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

A *pré-análise* teve como finalidade sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. Em seguida, partiu-se para a *exploração do material* que consiste na construção de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Compreendeu uma *leitura flutuante* do texto, na intenção de apreender as estruturas relevantes, as ideias centrais e os postos-chave numa tentativa de estabelecer as categorias empíricas e confrontá-las com as analíticas.

Nesse momento de organização do *corpus* da pesquisa, foi feito um recorte de cada entrevista em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), agrupadas tematicamente em categorias. Através de uma leitura transversal, tentou-se desvendar o conteúdo subjacente ao que está manifesto. Acredita-se que o real não se apresenta claramente ao pesquisador, que é preciso ir além da aparência, é preciso buscar a essência, ultrapassando aquilo que foi externado pelo sujeito,

explorando todos os seus aspectos, todas as suas correlações e as suas mediações para chegar à realidade objetiva. Tais recortes foram agrupados de acordo com a afinidade temática, o que possibilitou a definição e a classificação das categorias e subcategorias empíricas, conforme serão apresentadas posteriormente (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Para finalizar, na terceira etapa, *inferência e interpretação*, procurou-se unir todo o material coletado, para tentar estabelecer articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos da pesquisa, isto é, as categorias analíticas que respondessem às questões da pesquisa, interpretando, analisando e descrevendo os resultados com base no objetivo traçado inicialmente.

Denzin e Lincoln (2006, p. 20) afirmam que

A triangulação é a exposição simultânea de realidades múltiplas, refratadas. Cada uma das metáforas “age” no sentido de criar a simultaneidade, e não o sequencial ou o linear. Os leitores e as audiências são então convidados a explorarem visões concorrentes do contexto, a se imergirem e a se fundirem em novas realidades a serem compreendidas.

Propôs-se a triangulação, que consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista por meio do trabalho conjunto de vários pesquisadores, de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados, como critério técnico para garantia eficiente de validação (FIGARO, 2014).

Como defendem Minayo e Minayo-Goméz, (2003, p. 136), a triangulação metodológica

pode iluminar a realidade a partir de vários ângulos, o que permite confluências, discordâncias, perguntas, dúvidas, falseamentos, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados.

Assim sendo, a compreensão e a explicação de um fenômeno dependem da descoberta das relações e conexões que lhes são intrínsecas, que o formam e que o inserem numa totalidade. A compreensão desta totalidade não pode prescindir da análise de suas partes e da análise de como se relacionam neste todo, pois, do contrário, implicaria a apreensão inadequada do real (FIGARO, 2014).

5.7 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo o ser humano de forma direta, foi necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Anexo A); nele estão evidenciados os possíveis riscos tanto de caráter físico como emocional, os objetivos e os métodos propostos para o estudo. Destaca-se que, neste estudo, o risco é mínimo, isto é, não foi realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram do estudo, considerando que o instrumento utilizado para coleta dos dados foi uma entrevista. Sendo a participação voluntária, as mulheres foram esclarecidas sobre os objetivos e métodos propostos no estudo e informadas da liberdade para participarem ou se recusarem a participar, podendo retirar seu consentimento ou interromper a participação em qualquer fase da pesquisa.

Após assinar o TCLE, cada participante recebeu uma cópia do mesmo. Foi também designado um número de identificação composto pela área, microárea e número sequencial, garantindo o sigilo e o anonimato de cada uma. Esses documentos serão guardados por cinco anos pela pesquisadora e, após esse prazo, serão adequadamente descartados por incineração. A pesquisa seguiu as normas da Resolução nº 196/1996/ CNS e por isso foi submetida à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, de forma a assegurar os aspectos éticos da pesquisa, tendo sido aprovada pelo Parecer nº 068/2011 (Anexo C).

Os resultados deste estudo são apresentados na forma de dois artigos científicos: um utilizando o método quantitativo e o outro, qualitativo. O artigo quantitativo foi submetido a Revista Jornal Brasileiro de Psiquiatria e aceito para publicação, conforme Anexo G. O artigo qualitativo foi submetido a Revista Physis (Anexo H).

6 Resultados



Artigo 1

**Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela
Estratégia de Saúde da Família**

**Prevalence of depression and associated factors in women covered by Family
Health Strategy**

Depressão em mulheres e fatores associados

Depression in women and associated factors

3.653 palavras

Resumo

Objetivo

Avaliar a prevalência de depressão e os fatores associados em mulheres de 20 a 59 anos de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família de município da Zona da Mata Mineira.

Método

Trata-se de um estudo transversal, com mulheres de 20 a 59 anos cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família, que utilizou um questionário contendo variáveis sociodemográficas, apoio social, autoavaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade e saúde da mulher. O desfecho depressão foi avaliado segundo o Patients Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

Resultados

Das 1.958 mulheres incluídas nesta análise, 28,5% encontram-se na faixa etária entre 30 e 39 anos; não concluíram o ensino elementar 15,4%; não trabalham ou nunca trabalharam 54,5% e 44,2% declararam não ser da raça branca. Fatores associados à ocorrência de depressão na população estudada: possuir baixa escolaridade, trabalhar atualmente, ter doença mental prévia. Como fatores de proteção observaram-se: ser casada ou viver com companheiro, realizar atividades físicas regularmente e relatar autoavaliação positiva de saúde.

Conclusão

Os resultados deste estudo revelam uma prevalência de depressão de 19,7% nas mulheres de 20 a 59 anos de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, apontando para a necessidade de um cuidado especial na atenção primária à saúde às mulheres com baixa escolaridade, que trabalham, apresentam doença mental e não praticam exercícios físicos de modo que possam reduzir o sofrimento e promover a saúde. Ressalta-se a lacuna na utilização de instrumentos de rastreamento dos casos de depressão na atenção primária.

Palavras-chave: Depressão; fatores associados; atenção primária à saúde; prevalência.

Abstract

Aim

To assess the prevalence of depression and its associated factors in women aged 20 to 59 years at some areas with the coverage of Family Health Strategy in a city located at Zona da Mata Mineira.

Method

It is a cross-sectional study with women aged 20-59 enrolled in two Primary Health Care Units making use of a questionnaire containing socio-demographic variables, social support, self-assessment of general health status, lifestyle, morbidity and women's health. Depression was evaluated according to Patients Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

Results

From 1958 women included in this analysis, 28,5% are aged 30-39; 15,4% did not finish High School; 54,5% do not work or have never worked and 44,2% defined themselves as not white. Factors associated with depression episodes in the population studied: lower educational background, currently having a job, previous diagnosis of psychiatric disorders. Protective factors which were observed: being married or living with a partner, practicing physical activities in a regular basis and reporting positive self-assessed health.

Conclusion

The results of this study reveal a prevalence of depression of 19.7% in women aged 20 to 59 years covered by the Family Health Strategy, pointing to the need for special care in primary health care for women with low schooling, who work, have mental illness, and do not exercise so that they can reduce suffering and promote health. It was observed a significant gap related to managing specific tools designed to screening depressive episodes in primary care.

Keywords: Depression; associated factors; primary health care; prevalence.

Introdução

Os transtornos depressivos constituem um grave problema de saúde pública devido a sua alta prevalência, repercussões na saúde geral e impacto psicossocial. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*¹ são critérios para diagnóstico de depressão: Estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo); Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina; Sensação de inutilidade ou culpa excessiva; Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se; Fadiga ou perda de energia; Distúrbios do sono: insônia ou hipersônia praticamente diárias; Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor; Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; Ideias recorrentes de morte ou suicídio¹². Conforme o número de itens respondidos afirmativamente, o estado depressivo pode ser classificado em três grupos: a) Depressão menor: 2 a 4 sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia; b) Distímia: 3 ou 4 sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo; c) Depressão maior: 5 ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.

Pacientes deprimidos são frequentadores assíduos de serviços de atendimento primário, porém, muitas vezes, não são diagnosticados como tal¹. Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015: são 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população)².

A literatura demonstra que “os índices de depressão na atenção primária à saúde apresentam frequências consideráveis tanto nos estudos nacionais quanto nos estudos internacionais”³, contudo observam-se maiores índices nos estudos desenvolvidos no Brasil, o que aponta lacunas na assistência e nas políticas públicas e o pouco investimento em pesquisas nesse âmbito^{4,5,6,7,8,9,10}.

No Brasil, uma pesquisa populacional de 2013 com amostra nacionalmente representativa, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mostrou que a prevalência de depressão maior é mais significativa entre as mulheres, que vivem em áreas

urbanas, com níveis educacionais mais baixos e aquelas com condições crônicas, como hipertensão e diabetes.¹¹ Dados da mesma pesquisa evidenciaram inequidades no acesso aos cuidados em saúde mental. Verificou-se que a maioria dos brasileiros com sintomas depressivos clinicamente relevantes (78,8%) não recebia nenhum tipo de tratamento¹¹.

A depressão se apresenta como uma das principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social. Em ambulatórios de Atenção Primária, a prevalência de depressão foi estimada em 5% a 10% de todos os pacientes, e apenas um em cem, cita a doença como motivo da consulta, sendo que em até 50% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais³. Estudos estabeleceram correlação entre estado depressivo e piora de quadros clínicos, tais como cardiopatias, diabetes, obesidade e problemas oncológicos^{11,12} e ainda associação significativa entre depressão na maternidade, problemas no desenvolvimento infantil e piora no rendimento escolar, com implicações para o ambiente familiar¹³.

Diversos instrumentos de *screening* para detecção de depressão na população foram desenvolvidos como: *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, *Mental Health Index 5 (MHI-5) Centers for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D)*, sendo o mais utilizado deles o *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* da Associação Psiquiátrica Americana (APA)^{15,16}. Esses instrumentos têm sido avaliados como um avanço na detecção de possíveis casos de depressão na população, dada sua sensibilidade e confiabilidade podendo ser aplicado tanto por entrevistadores treinados como auto administrados.

Busca-se com esse estudo avaliar a prevalência de depressão e os fatores associados em mulheres de 20 a 59 anos de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Juiz de Fora-MG.

Métodos

Este estudo é parte da pesquisa “Avaliação de estratégias para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Juiz de Fora (MG)”. Trata-se de um estudo transversal com

captação domiciliar e coleta de dados realizada em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, em mulheres de 20 a 59 anos, faixa etária alvo para o rastreamento citopatológico, excluindo-se as grávidas, virgens e hysterectomizadas.

Foram identificadas, a partir de levantamento realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, 4.516 mulheres, nesta faixa etária, residentes nas áreas adscritas. A captação das mulheres para participação da pesquisa se deu através de convite no domicílio pelos agentes e, no caso de não comparecimento, foram realizadas outras duas tentativas de agendamento, por meio de nova visita domiciliar e/ou contato telefônico. Participaram do estudo 2.077 mulheres, o que correspondeu a 46% do universo. Para a presente análise foram consideradas as 1958 mulheres que responderam ao PHQ-9.

A coleta de dados foi realizada entre julho de 2011 e junho de 2012 por meio de um questionário adaptado do instrumento utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde^{17,18} após a autorização de seus coordenadores. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O questionário foi aplicado por profissionais de nível superior - previamente capacitados - em local reservado e individualizado, antes da realização do exame ginecológico. Os dados foram armazenados em um banco desenvolvido no programa Epi Info (versão 6.04b).

O desfecho depressão foi avaliado por meio da versão brasileira do Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9)¹⁵, já validado no Brasil. Tal questionário é composto por nove questões que avaliam a frequência de sintomas depressivos nos últimos 15 dias, baseado nos critérios para o diagnóstico de depressão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV)¹⁹. Apresenta quatro possibilidades de resposta para cada item, que definem as respectivas pontuações: nenhuma vez (0); vários dias (1); mais da metade dos dias (2); quase todos os dias (3)^{15,16}.

O PHQ-9 pode ser interpretado sob a forma de algoritmo, no rastreamento e identificação de indivíduos com episódios depressivos, seja como uma medida contínua, com escores de 0 a 27 pontos, avaliando os níveis de sintomas de

depressão através dos pontos de corte (\geq a 5, 10, 15 e 20 pontos, representando, respectivamente, depressão leve, moderada, severa e grave); ou classificando os indivíduos de modo dicotômico¹⁶.

No presente estudo, foi utilizado o ponto de corte ≥ 10 para depressão, que em estudo de validação com população de adultos de cidade de médio porte no sul do Brasil, revelou uma sensibilidade de 72,5% (IC95%:61,5% a 89,2%) e uma especificidade de 88,9% (IC95% 83,0% a 89,9%)^{15,16}.

Foram consideradas como positivas para depressão as mulheres que, no questionário PHQ-9, obtiveram um *score* ≥ 10 pontos, que consistiu na variável dependente do estudo. Quando detectado o transtorno, a voluntária foi encaminhada para fazer acompanhamento gratuitamente.

As variáveis independentes foram agrupadas em variáveis sociodemográficas (idade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, escolaridade, ter religião, trabalho, renda mensal *per capita*, apoio social); de estilo de vida (consumo de bebida alcoólica, uso de tabaco e prática regular de atividade física); de situação de saúde (autoavaliação do estado de saúde, doença mental, uso de medicamento para dormir, atendimento na UAPS).

A análise desenvolveu-se com os seguintes passos: análise univariada para a descrição da distribuição das variáveis dependente e independentes na população estudada; análise bivariada para identificação de associação de cada uma das variáveis independentes com a variável dependente, dicotômica, sendo calculadas as razões de prevalência brutas (RP_{Bruta}) com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e valores de *p*. Para a análise multivariada, por meio de regressão robusta de Poisson, foram selecionadas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Utilizou-se para tal o programa estatístico *Stata* 11.0 (*StataCorp. College Station, Estados Unidos*).

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética (CEP) do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), conforme parecer número 0026.1.259.180-09. A pesquisa foi submetida à avaliação do CEP da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovada sob o parecer nº 068/2011.

Resultados

Entre 1.958 mulheres avaliadas pelo PHQ-9, pontuaram como positivas para depressão 387, o que corresponde a uma prevalência de 19,7%. Cabe ressaltar que entre as 387 mulheres que obtiveram pontuação ≥ 10 , 205 (53%) não relataram tal transtorno quando questionadas diretamente no item morbidade do instrumento da pesquisa.

Na tabela 1, verifica-se que a presença de depressão mostrou associação com fatores como escolaridade, situação conjugal e de trabalho, renda mensal, apoio social de parentes, autoavaliação de saúde, prática regular de atividade física, tabagismo, doença mental, uso de medicamentos para dormir e procura por atendimento na UAPS no último ano.

Tabela 1

A prevalência do evento foi maior (22,42%) na faixa etária de 50 a 59 anos, embora a idade não tenha apresentado associação significativa com o desfecho. Possuir menor escolaridade (RP:1,41; IC95%:1,14-1,75), trabalhar atualmente (RP:1,52; IC95%:1,28-1,82), ter baixa renda (RP:1,27; IC95%:1,07-1,52), relatar doença mental (RP:2,48; IC95%:1,84-3,35), usar medicamento para dormir (RP:2,59; IC95%:2,16-3,10), ser tabagista (RP:1,32; IC95%:1,09-1,62) e ter procurado atendimento na UAPS no último ano (RP:1,59; IC95%:1,24-2,03) estiveram associados a um maior risco de apresentar depressão segundo os critérios do PHQ-9. Enquanto que viver com companheiro (RP:0,75; IC95%:0,63-0,91), ter apoio social de parentes (RP:0,73; IC95%:0,60-0,88), praticar regularmente atividade física (RP:0,70; IC95%:0,55-0,89), ter autoavaliação de saúde muito boa ou boa (RP:0,34; IC95%:0,28-0,41), constituíram-se fatores de proteção contra a depressão.

Na tabela 2, são apresentados os resultados da análise multivariada ajustada por idade, que confirma a associação de estar trabalhando atualmente (RP:1,34; IC95%:1,12-1,61), relatar doença mental (RP:1,86; IC95%:1,39-2,49) como fatores

de risco para a depressão e limítrofe para menor escolaridade (RP:1,23; IC95%:0,99-1,53). Estar casada ou viver com companheiro (RP:0,77; IC95%:0,65-0,92), autoavaliar-se com saúde boa ou muito boa (RP:0,37; IC95%:0,30-0,45) e praticar atividade física (RP:0,75; IC95%:0,59-0,94) mostraram-se como fatores de proteção para esta condição.

Tabela 2

Discussão

No presente estudo, a prevalência de depressão encontrada nas mulheres foi de 19,7%, próximo ao valor encontrado em metanálise²² de estudos em adultos brasileiros que apurou uma prevalência de 17% (IC95%:14-19), sendo de 21,6% (IC95%:18,5-24,7) em mulheres e de 9,7% (IC95%:7,5-11,8) em homens. Em estudo transversal de base populacional que incluiu 1.593 adultos do Distrito Federal, dos quais 58,3% eram mulheres, a depressão foi autorreferida por 11,2% (IC 95%:9,8-12,9%) dos entrevistados, sendo de 14,6% (IC 95%:12,0-17,6%) em mulheres e de 7,7% (IC 95%:5,6-10,2) em homens²³.

Vários estudos epidemiológicos sustentam a informação de que a depressão é aproximadamente duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens^{12,20,21,22,23}. Os mesmos estudos têm buscado aferir os fatores explicativos para essa diferença e apontam como fatores relevantes as diferenças fisiológicas e hormonais, baixo nível de escolaridade, baixa renda, questões socioculturais, além de diferentes formas de lidar com situações estressoras.

Verificou-se, neste estudo, que as mulheres com cor da pele branca apresentaram maior prevalência de depressão em comparação com cor da pele preta. Esse resultado contraria os de estudos que observaram uma maior prevalência de depressão nos indivíduos de cor da pele preta, em comparação com a branca. Alguns estudos ressaltam que desigualdades em saúde não devem ser

atribuídas, exclusivamente, à cor da pele, sendo necessário considerar, também, as desigualdades econômicas e sociais em diferentes contextos^{24,25}.

No que se refere à situação conjugal, constatou-se que as mulheres solteiras ou sem companheiro apresentaram maior prevalência de depressão. O resultado obtido comunga com as evidências apresentadas por outros estudos^{8,9,25}, revelando que viver com companheiro e ter apoio social funciona como um efeito protetor contra a depressão^{25,26}.

No presente estudo observou-se que 98% das mulheres afirmaram ter religião, no entanto, não foi encontrada associação com aspectos religiosos ou frequência a cultos. Embora a religiosidade possa influenciar o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais, pode levar a um sentimento de culpa, dúvida e autocrítica, o que pode contribuir para a depressão²⁵.

O consumo de bebidas alcoólicas referido nos últimos 30 dias foi comum a 42,8% das mulheres entrevistadas. O abuso ou dependência do álcool costuma estar relacionado com a depressão, pois pode ser uma forma que o indivíduo encontra para atenuar os sintomas⁸. No entanto, neste estudo, não houve associação entre a depressão e o uso de álcool.

Quanto ao tabagismo, 21,3% das entrevistadas referiram fazer uso diário de pelo menos um maço de cigarros. A depressão é a comorbidade psiquiátrica mais comumente associada à dependência de nicotina²⁶. “Há forte evidência de comorbidade entre tabagismo e transtornos depressivos”, e a cessação do tabagismo é fator de risco para a manutenção do quadro clínico ou o desenvolvimento de novo episódio depressivo nesses usuários, isto é, a relação entre tabagismo e depressão é bidirecional²⁷. Embora estudos apresentem evidências de que há uma associação entre depressão e dependência nicotínica, isso não se confirmou neste estudo, quando ajustado pelas outras variáveis^{22,27}.

O uso de “medicamento para dormir”, neste estudo, foi relatado por 20,8% das entrevistadas e de 47,2% entre aquelas com depressão, bem abaixo do encontrado na literatura, que afirma que os transtornos do sono estão presentes em aproximadamente 80% dos casos de depressão e sua deterioração se dá tanto em qualidade quanto em quantidade²⁸. As queixas incluem dificuldade para iniciar o

sono, despertares noturnos, sono não restaurador, redução do sono total, sonhos perturbadores e despertar precoce pela manhã²⁹.

Salienta-se que, pessoas com sintomas depressivos costumam fazer mais visitas ao médico, são submetidas a maior quantidade de exames, usam mais medicações quando comparadas a pessoas sem depressão³⁰. Neste estudo observa-se que a ocorrência de depressão se associou positivamente a um excesso de atendimento nas UAPS. De maneira geral, as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que os homens e esse diferencial pode estar relacionado às variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, entre elas a gravidez e o parto e ainda o maior interesse das mulheres com relação à sua saúde^{31, 32}.

Vale enfatizar que, pela possibilidade de apresentar comorbidades físicas e/ou mentais, a depressão nem sempre é detectada ou tem tratamento adequado. A dificuldade do não reconhecimento dos transtornos mentais está na probabilidade desses pacientes relatarem apenas sintomas somáticos, ao procurarem os serviços de saúde. Nesse contexto, estudo³³ sugere que os sintomas somáticos tendem a mascarar transtornos de ordem psicológica/psiquiátrica.

Apesar de existirem vários instrumentos de detecção, a depressão tem sido subdiagnosticada, pois, no Brasil, ainda não há a rotina de inclusão de instrumentos de rastreamento nos serviços de atenção primária^{8,34,35}. A constatação de que 53% das mulheres, que apresentaram no PHQ-9 *score* ≥ 10 , não relataram ter apresentado ou ter sido diagnosticada das com depressão, alerta para a importância deste rastreamento.

A lacuna na utilização de instrumentos de rastreamento de depressão na atenção primária pode estar vinculada a não capacitação dos profissionais e/ou ao reduzido tempo das consultas. Os profissionais ainda estão focados especialmente na queixa do paciente e, nem sempre, consideram seu contexto de vida, enfatizando uma ação limitada e ineficaz dos serviços de saúde que também não se articulam/integram com os serviços especializados em saúde mental. Por outro lado, é preciso considerar também que os pacientes podem ter preconceito em relação ao diagnóstico de depressão e descrença quanto ao tratamento.

Na análise multivariada, permaneceram como fatores associados à ocorrência de depressão na população estudada: possuir baixa escolaridade, trabalhar atualmente e ter doença mental prévia (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicoses). Como fatores de proteção observaram-se: viver com companheiro, realizar atividades físicas regularmente e relatar auto avaliação positiva de saúde.

Quanto à escolaridade, verificou-se uma relação inversa com a ocorrência do desfecho, isto é, menor escolaridade maior a probabilidade de ocorrência de depressão. Estudos relatam que a escolaridade e a pobreza podem ser um determinante dos índices de depressão, pois eles estão associados a condições sociais como desemprego, baixa qualidade de moradia e alimentação inadequada^{23,31}. Isso reforça a hipótese de que as condições de vida, acompanhadas de condições sociais impróprias, sejam determinantes no aparecimento das doenças, pois levam a um estado de desesperança que favorece a incapacidade para lidar com situações estressoras, acontecimentos adversos e frustrantes³¹. A escolaridade aumenta a possibilidade de escolhas na vida, além de influenciar na autoestima, motivando atitudes e comportamentos mais saudáveis e sua falta diminui o poder de decisão do indivíduo, gerando incapacidade de influenciar o meio e resultar em comprometimento da saúde³⁷.

Observou-se que estar trabalhando atualmente mostrou associação com o desfecho depressão. Esse achado pode ser explicado em decorrência de que o “ambiente de trabalho vem influenciando consideravelmente na vida dos indivíduos, especialmente porque é no trabalho que ele passa a maior parte de seu tempo e onde estabelece grande parte de seus vínculos sociais”⁴⁰. Em função disso, esse ambiente passou a ter uma alta relevância na formação e manutenção da identidade, consistindo num local importante para o sentimento de valorização pessoal, tornando-se propício para conflitos e o aparecimento de patologias, sendo a mais comum delas a depressão³⁸.

Além disso, nas últimas décadas, houve uma mudança no papel da mulher na família e na sociedade, sem um reconhecimento adequado de seus efeitos, mantendo uma invisibilidade das atividades realizadas e centralizando-as como atribuição feminina³⁹. A mulher tem sido solicitada a contribuir financeiramente no sustento da família e ainda continuar com as responsabilidades no lar, maternidade,

cobranças sociais, o que acarreta uma sobrecarga de trabalho. Enfim, é possível afirmar que a exposição a condições de trabalho adversas é fator de risco para a saúde⁴⁰.

Os achados também assinalaram a presença de outros transtornos mentais (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicoses) como risco para a depressão. Uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com comorbidades mentais diz respeito ao fato de que o diagnóstico primário muitas vezes é difícil de ser estabelecido inicialmente. A não identificação de uma comorbidade implicará resposta parcial ao tratamento⁴¹. No campo da atenção primária, isso se torna mais relevante ao considerar que não há especialistas na área e não são usados rotineiramente instrumentos de avaliação para a detecção dos transtornos mentais⁴². Estudos mostram que a melhora na detecção de tais transtornos no nível primário pode incidir em diminuição na procura por atendimento médico e na utilização de recursos em saúde o que contribuiria para desonerar o sistema de saúde^{43,44}.

A inatividade física é um fator que tem se associado fortemente a estados variados da depressão, o que coaduna com os resultados aqui obtidos. O bem-estar que os exercícios físicos geram melhora o condicionamento físico, além de provocar benefícios psicofisiológicos em curto prazo, evidenciando que a prática é de relevante importância tanto como prevenção, quanto para o tratamento da depressão⁴⁴.

Outro fator de proteção relacionado a depressão encontrado neste estudo foi ser casada ou viver com companheiro, já identificado em outros estudos^{21,45}. Diversas hipóteses tentam explicar esse efeito protetor como, por exemplo, o fato de que o casamento pode levar a hábitos de vida mais saudáveis, além de oferecer um suporte familiar que colabora no cuidado e na resolução das situações de dificuldade vivenciadas no dia a dia. Assim sendo, quanto maior a proximidade com os elementos com quem se estabelece relações interpessoais íntimas, menor é a vulnerabilidade do indivíduo à depressão. Estudo verificou que estar sozinho aumenta em até oito vezes a probabilidade de desenvolver sinais de depressão⁴⁶.

A avaliação do estado de saúde consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde, sendo um indicador que engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da

satisfação com a própria vida⁴⁷. Boa saúde pode ser interpretada distintamente, em termos de ausência ou presença de um problema de saúde, de funcionalidade física geral, ou de padrões culturais de comportamento saudável. A avaliação subjetiva das pessoas sobre a sua própria condição de saúde é um indicador importante do impacto da doença sobre o bem-estar individual. Os processos interpretativos dos sujeitos ultrapassam a saúde física, derivando-se de sua maneira de ver a vida, da presença de redes sociais, passando, portanto, por dimensões psicológicas e socioculturais^{8,48}. No presente estudo, a autoavaliação positiva se apresenta como um fator de proteção contra a depressão.

Algumas limitações deste estudo podem estar relacionadas à utilização de medidas de autorrelato sem confirmação clínica. Foi utilizado um instrumento de rastreamento (PHQ-9) que aponta os indivíduos em maior risco de estar apresentando episódio depressivo maior. O diagnóstico definitivo da doença somente poderá ser firmado através da consulta com profissionais de saúde mental.

Destaca-se que o PHQ-9 teve sua validade testada em vários níveis de atenção à saúde em diversas línguas e contextos culturais. Foi também utilizado em outros estudos internacionais como o realizado com estudantes universitários na Nigéria⁴⁹, com média de idade de 24 anos, a maioria homens, onde encontrou o valor ≥ 10 como o melhor ponto de corte para rastreamento de transtorno depressivo maior, apresentando sensibilidade nesse ponto de 84,6% e especificidade de 99,4%, superiores às encontradas em Pelotas (BR). Em estudo realizado com puérperas nos Estados Unidos, comparou-se a utilização do ponto de corte ≥ 10 com a utilização do algoritmo, constatando valores mais altos de sensibilidade e especificidade para o primeiro⁵⁰.

Não se pode desconsiderar também que o delineamento transversal pode implicar em causalidade reversa entre o desfecho e as variáveis de exposição situação conjugal e situação de trabalho.

Conclusão

Os resultados deste estudo revelam uma prevalência de depressão de 19,7% nas mulheres de 20 a 59 anos de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da

Família, apontando para a necessidade de um cuidado especial na atenção primária à saúde às mulheres com baixa escolaridade, que trabalham, apresentam doença mental e não praticam exercícios físicos, visando derivar em benefícios consideráveis para a redução do sofrimento e promoção de saúde.

O cuidado à saúde mental é uma questão ainda negligenciada, principalmente na atenção primária, o que repercute na inviabilização da construção de uma rede de atenção articulada à rede de saúde em geral e também a outros recursos intersetoriais que garantiriam a integralidade das ações de saúde.

Cabe aos profissionais da saúde aprimorar suas práticas, valorizando as formas de investigação da depressão e dos possíveis fatores associados, considerando as particularidades e o contexto biopsicossocial e cultural de cada indivíduo e fornecendo o cuidado integral, que vai além da queixa-conduta, contribuindo para a equidade no sistema de saúde brasileiro.

Espera-se que, com este estudo se possa contribuir para o entendimento dos determinantes da depressão e, desse modo, fornecer evidências para a formulação de políticas públicas que contemplem a saúde mental no nível primário de atenção.

Contribuições individuais

Todos os autores contribuíram significativamente na concepção e desenho do estudo, análise, interpretação dos dados, bem como na elaboração do artigo, versão final a ser publicada.

Conflitos de interesse

Os autores não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

Referências

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

WHO. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates, 2017.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acessado em: 22 ago 2017.

Costa TS. Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro. 2015. 98 f. Tese. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, 2015.

Apóstolo JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2).

Grandes G, Montoya I, Arieteleanizbeaskoa MS, Arce V, Sanchez A. The burden of mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2011; 26: 428-35.

Lopez MRA, Ribeiro JP, Ores LC, Jansen SK, Mattos LD, Pinheiro RT, Silva RA. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Rev. Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011;33(2):103-8.

Gabilondo A, Vilagut G, Pinto-Meza A, Haro JM, Alonso J. Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. *General Hospital Psychiatry*. 2012;34:510-7.

Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, Silva RA, Pinheiro RT. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *RevPsiq Clín*. 2012;39(6):194-7.

Rancans E, Vrublevska J, Snikere S, Koroleva I, Trapencieris M. The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*. 2014;156:104-10.

Sacks RM, Greene J, Hibbard JH, Overton V. How well do patient activation scores predict depression outcomes one year later? *Journal of Affective Disorders*. 2014;169:1-6.

Lopes CS, Hellwig N, Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. *Int J for Equity Health* 2016; 15: 154.

Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev. Saúde Pública* 2012 Aug; 46(4):617-23.

Loosli, Livia; Pizeta, Fernanda Aguiar; Loureiro, Sonia Regina. Escolares que Convivem com a Depressão Materna Recorrente: Diferenças entre os Sexos. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2016, vol.32, n.3.

Correia, Karyne Mariano Lira, Borloti, Elizeu. Mulher e Depressão: Uma Análise Comportamental-Contextual. *Acta comport*. 2011, vol.19, n.3, pp. 359-373.

Santos IS Tavares BF Munhoz TN et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cad Saude Publica* 2013;29:1533–1543 .

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of brief depression severity measure. *J GenIntern Med.* 2001,Set,16(9):606-13.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado da saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. 2014.
ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf. Acessado em: 10 abr.2016.

Szwarcwald, Célia Landmann et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014, vol.19, n.2, pp.333-342.

DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. trad. Cláudia Dornelles; - 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed,2002.

Silva, Marcus T.; Galvão, Tais F.; Martins, Silvia S.; Pereira, Mauricio G.. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2014, vol.36, n.3, pp.262-270.

Munhoz TN. Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional. 2012. 136 f. Dissertação. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas, 2012.

Rombaldi AJ, Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2010;13(4):620-9.

Stopa SR, et al.Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* 2015, vol.18, suppl.2, pp.170-180.

Laguardia J. Raça e epidemiologia: as estratégias para construção de diferenças biológicas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007 jan-mar;12(1): 253-61.

Máximo, G. C. Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil. Tese. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

Moreira-Almeida A; Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo. 2006 sep; 28(3): 242-50. EpubAug 10, 2006. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>>. Acessado em 02.mai.2016.

Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J. bras. pneumol.* 2007; 33(5): 592-601.

Stein MB, Mellman TA. Anxiety Disorders. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC (Eds.). Principles and Practice of Sleep Medicine. 4. ed., Philadelphia: WB Saunders. 2005; 1297-311.

Vaughn BV, D´Cruz ONF. Cardinal Manifestations of Sleep Disorders. In: Chellappa SL, Araujo JF. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. Rev. psiquiatr. clín. 2006;33(5):233-8.

Carvalho IPA, Carvalho CGX, Lopes JMC. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(34):1-7.

Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):565-74.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2002, 7(4): 687-707. <<http://dx.doi.org/10.1590/S141381232002000400007>>. Acessado em: 27.abr.2016.

Skapinakis P, Araya R. Common somatic symptoms, causal attributions of somatic symptoms and psychiatric morbidity in a cross-sectional community study in Santiago, Chile. BMC Res Notes. 2011,26(4):155.

Arantes DV. Depressão na atenção primária a saúde. Rev. BrasMedFam Com. 2007 jan-mar;2(8):261-70.

Naymayer CA, Silva CL, Almeida FMP, Elizeth H. Impacto de sintomas na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. Rev Gaúcha Enfermagem. 2009,30(2):257-62.

Cunha RV, Bastos Gan, Del Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Epidemiol. [online]. 2012, 15(2): 346-54. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>>. Acessado em: 22.abr.2016.

Castan, Juliana Unis; Brentano, Vivian. Psicodiagnóstico na Unidade de Internação Psiquiátrica de um Hospital Universitário: descrição da demanda de 2015. Rev. SBPH . 2017, vol.20, n.1, pp. 195-208.

Moreira V, Maciel RH, Araujo TQ. Depressão: os sentidos do trabalho. Rev. NUFEN, São Paulo. 2013; 5(1):45-56.

Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2005 set;5(3):337-48.

Hämmig O, Bauer GF. Work, work-life conflict and health in an industrial work environment. *Occup Med (Lond)*. 2014 jan;64(1):34-8.

Sanches R, Assunção S, Hetem L. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Rev.Psiquiatr Clín*. 2005, 32(S1):71-7.

Bolsoni LM, Zuardi AW. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro. 2015 mar;64(1):63-9. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000100063&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 10.maio.2016.

Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2008;24(9):2043-53.

Barros, Marilisa Berti de Azevedo, Lima, Margareth Guimarães, Azevedo, Renata Cruz Soares de, Medina, Lhais Barbosa de Paula, Lopes, Claudia de Souza, Menezes, Paulo Rossi, & Malta, Deborah Carvalho. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Revista de Saúde Pública*, 51(Supl. 1), 8s. Epub 01 de junho de 2017.

Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3-21.

Monteiro IS. O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto. 2010. 323 f. Tese. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Porto, Portugal. 2010.

Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sócio demográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2013, Apr., 29(4):723-34.

Horwitz AV, Wakefield JC. A tristeza perdida – como a psiquiatria transformou a depressão em moda. São Paulo: Summus, 2010.

Adewuya AO, Ola BA, Afolabi OO. Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. *J Affect Disord* 2006; 96:89-9.

Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2009; 7:63-70.

Tabela 1. Descrição da amostra, prevalência de depressão e fatores associados em mulheres de 20 a 59 anos, assistidas pela ESF do Município de Juiz de Fora (MG)

Variáveis	Total*		P Depressão	%	RPBruta	IC 95%	P
	N	%					
Total	1.958	100,0	387	19,77			
Idade (anos)							
20-29	517	26,4	100	19,3	1		
30-39	559	28,5	109	19,5	1,00	0,79-1,28	0,94
40-49	485	24,8	89	18,3	0,94	0,73-1,22	0,68
50-59	397	20,3	89	22,4	1,15	0,89-1,49	0,25
Escolaridade							
Elementar completo/EM	1.644	84,6	308	18,7	1		
Até elementar incompleto	299	15,4	79	26,4	1,41	1,14-1,75	0,002
Cor/raça							
Branca	1.092	55,8	210	19,2	1		
Outras	866	44,2	177	20,4	1,06	0,88-1,27	0,505
Ter religião							
Sim	1.897	98,3	369	19,4	1		
Não	33	1,7	8	24,2	1,24	0,68-2,29	0,479
Situação conjugal							
Solteira e outros	758	38,7	176	23,2	1		
Casada ou com companheiro	1.199	61,3	211	17,6	0,75	0,63-0,91	0,002
Situação de trabalho							
Não trabalha/nunca trabalhou	1.065	54,5	170	16,0	1		
Trabalha atualmente	890	45,5	217	24,4	1,52	1,28-1,82	<0,001
Renda mensal (per capita)							
Média e alta	1.227	62,7	220	18,0	1		
Baixa	731	37,3	167	22,8	1,27	1,07-1,52	0,008
Nº de pessoas na residência							
Uma ou menos	62	3,2	16	25,8	1		
Duas ou mais	1.894	96,8	371	19,6	0,75	0,49-1,16	0,21

Apoio de parentes							
Sem apoio	488	25,0	120	24,6	1		
Com apoio	1.463	75,0	264	18,0	0,73	0,60-0,88	0,001
Apoio de amigos							
Sem apoio	857	44,0	182	21,2	1		
Com apoio	1.092	56,0	201	18,4	0,86	0,72-1,03	0,118
Autoavaliação de saúde							
Regular, ruim e muito ruim	812	41,6	259	31,9	1		
Muito boa e boa	1.139	58,4	124	10,9	0,34	0,28-0,41	<0,001
Prática regular de atividade física							
Sim	444	22,7	66	14,9	1		
Não	1.513	77,3	321	21,2	0,70	0,55-0,89	0,004
Consumo de álcool							
Sim	837	42,8	171	20,4	1		
Não	1.120	57,2	216	19,3	0,94	0,78-1,12	0,52
Tabagismo							
Não	1.531	78,7	281	18,3	1		
Sim	415	21,3	101	24,3	1,32	1,09-1,62	0,006
Frequência a cultos							
Não	560	28,7	121	21,6	1		
Sim	1.390	71,3	262	18,8	0,87	0,72-1,05	0,163
Apresenta doença mental (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicoses)							
Não	1.905	97,3	362	19,0	1		
Sim	53	2,7	25	47,2	2,48	1,84-3,35	<0,001
Uso de medicamento para dormir							
Não	1.024	79,2	187	18,3	1		
Sim	269	20,8	127	47,2	2,59	2,16-3,10	<0,001
Procurou atendimento na UAPS							
Sim	757	49,0	119	15,7	1		
Não	786	59,1	173	22,0	1,40	1,13-1,73	0,002

* O total (n) de cada variável pode diferir devido à ocorrência de dados ignorados

Tabela 2. Razão de Prevalência (bruta e ajustada) de depressão, segundo variáveis selecionadas, em mulheres de 20 a 59 anos assistidas pela ESF do Município de Juiz de Fora (MG)

Variáveis	RPbr	IC 95%	P	RPaj*	IC 95%	P
Escolaridade						
Elementar completo/EM	1			1		
Até elementar incompleto	1,41	1,14-1,75	0,002	1,23	0,99-1,53	0,058
Situação conjugal						
Solteira e outros	1			1		
Casada ou com companheiro	0,75	0,63-0,91	0,002	0,77	0,65-0,92	0,003
Situação de trabalho						
Não trabalha/nunca trabalhou	1			1		
Trabalha atualmente	1,52	1,28-1,82	<0,001	1,34	1,12-1,61	<0,001
Autoavaliação de saúde						
Regular, ruim e muito ruim	1			1		
Muito boa e boa	0,34	0,28-0,41	<0,001	0,37	0,30-0,45	<0,001
Prática regular de atividade física						
Sim	1			1		
Não	0,70	0,55-0,89	0,004	0,75	0,59-0,94	0,014
Apresenta doença mental (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicoses)						
Não	1			1		
Sim	2,48	1,84-3,35	<0,001	1,86	1,39-2,49	<0,001

* ajustadas por idade

Artigo 2

Depressão e a experiência de adoecimento de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família

Resumo

Introdução - A depressão clínica é um dos principais problemas de saúde pública na atualidade, sendo especialmente comum em mulheres. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, são mais de 10 milhões de pessoas que sofrem com depressão. A incidência maior da doença se dá entre os 20 e os 40 anos, justamente no auge da vida profissional. As mulheres são as mais vulneráveis ao problema – o número de casos é o dobro do de homens. **Objetivos** - Analisar a experiência de adoecimento de mulheres de 20 a 59 anos atendidas na atenção primária avaliadas com depressão segundo o PHQ-9. **Método** – Utilizou-se um questionário contendo variáveis sociodemográficas, apoio social, autoavaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade e saúde da mulher. Foi aplicado o questionário *McGill Illness Narrative Interview* (MINI) e realizada análise de conteúdo deste material. **Resultados** - Do total das mulheres incluídas nesta análise, 28,5% encontram-se na faixa etária entre 30 e 39 anos; não concluíram o ensino elementar 15,4%; 54,5% não trabalham ou nunca trabalharam e 44,2% declararam não ser da raça branca. Fatores associados à ocorrência de depressão na população estudada: possuir baixa escolaridade, trabalhar atualmente, ter doença mental prévia. Como fatores de proteção observaram-se: ser casada ou viver com companheiro, realizar atividades físicas regularmente e relatar autoavaliação positiva de saúde. Revelou-se que as mulheres se tornam descuidadas de seus compromissos devido a um sentimento de incapacidade, prostração, desmotivação, que não lhes permite sair da inércia e assumir a rotina da vida cotidiana. A morte aparece como um alívio, como única solução possível para o término do sofrimento. A fé e a religião contribuíram para amenizar o sofrimento. **Conclusão** – É preciso que os profissionais da APS sejam capacitados para diagnosticar corretamente os transtornos mentais, especialmente a depressão por ser muito estigmatizada pela sociedade e pela própria paciente. É importante reconhecer a necessidade de articular, de forma incisiva, a atenção primária à saúde e as políticas/ações específicas da área da saúde mental.

Palavras-chave: Depressão, tristeza, atenção primária

Introdução

Os transtornos depressivos constituem um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e impacto psicossocial. Pacientes deprimidos são frequentadores assíduos de serviços de atendimento primário, porém, muitas vezes, não são diagnosticados como tal.

É possível observar, nas histórias de vida dos usuários dos serviços de saúde, o relato frequente de dificuldades financeiras, as brigas com o companheiro, principalmente devido ao alcoolismo; a violência doméstica; a falta de perspectivas; os problemas com os filhos; a perda de entes queridos; a falta de realização profissional ou qualquer outra situação emocional desconfortável e dolorosa. A vida quase não tem prazeres! Seus relatos são carregados de sofrimento, angústia, lamentações, frustração e queixas, de sonhos ou aspirações não realizados e de confissões de ideias ou até mesmo tentativas de suicídio. As pessoas tendem a atribuir erroneamente a origem de seus sucessos ao acaso e os fracassos, a si mesmo. Mas do que elas sofrem: tristeza ou depressão?

Na literatura especializada, os termos tristeza e depressão são descritos com pouca precisão na delimitação de seus campos, produzindo quebra de parâmetros clínicos e semiológicos. Essa imprecisão conceitual desqualifica o saber clínico e ou nosológico, provocando confusões terminológicas e éticas (COSER, 2003; KRISTEVA, 1989). A dúvida é saber se a tristeza, inerente e necessária ao ser humano, passou a ser considerada uma doença psiquiátrica.

Em geral, é uma combinação de diversos fatores que vai determinar o diagnóstico. Existem fatores psicológicos (como uma intensa reação à perda de uma pessoa querida, por exemplo), fatores do ambiente (como ter que enfrentar uma situação de convívio com uma pessoa muito doente ou um ambiente de trabalho muito difícil), fatores genéticos (que é a predisposição orgânica que cada pessoa traz ao nascer), fatores hormonais (como o baixo funcionamento da tireoide ou desbalanceamento de outros hormônios) e fatores bioquímicos cerebrais, nos transmissores químicos do cérebro (NARDI, 2006).

A prevalência mundial da depressão está estimada entre 2,2 e 10,4% (KESSLER RC, BIRNBAUM HG, SHAHLY V, BROMET E, HWANG I, MCLAUGHLIN KA et al., 2010). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad) realizada em 2008 estimou a prevalência da depressão na população geral em 4,1% (IBGE, 2010).

A prevalência em mulheres é de 21%, sendo duas vezes maior do que em homens (SILVA et al., 2008). Estima-se que a depressão deverá ser a segunda doença mais comum no ano de 2020, sendo superada apenas pelas doenças cardíacas (ROMBALDI, 2010).

Nessa direção, observa-se que pode haver uma inadequação nessas contas, até mesmo pela banalização daquilo que de fato é depressão, isto é, a tristeza patológica, prolongada e acompanhada de outros sintomas.

Alguns autores têm apontado a possibilidade de o transtorno depressivo estar sendo diagnosticado de maneira excessiva, com um grande número de pessoas com diagnóstico falso-positivo (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007). Esses autores indicam que a “epidemia” de depressão na sociedade pode ser um falso problema, gerado pela excessiva amplitude dos sistemas classificatórios da psiquiatria contemporânea. A definição de depressão não é consensual e têm surgido diferentes classificações da doença. Os sistemas diagnósticos mais utilizados atualmente são a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID.10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª revisão (DSM IV-TR), da *American Psychiatry Association* (APA).

Esses sistemas diagnósticos buscam categorizar as patologias mentais por meio de modelos classificatórios descritivos, baseados em lista de sintomas. A intenção é a de desenvolver um sistema pragmático e de fácil utilização pelos profissionais de saúde. Entretanto, esse desenvolvimento pode estar contribuindo para o excesso de diagnósticos, pois, ao desconsiderar o sofrimento psíquico e produção de sintomas gerados em contextos de vida difíceis do ponto de vista social, econômico e pessoal, pode ter suscitado a patologização de problemas existenciais e psicossociais diversos (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em pesquisa realizada entre os anos de 2003 e 2007, indica que “houve um aumento de 42% nas vendas de antidepressivos. Eles ocupam o quarto lugar na lista de categorias de medicamentos mais vendidos no Brasil; há 130 tipos de antidepressivo, que só podem ser vendidos com receita médica” (GUIMARÃES, 2008, s/p.).

Cogita-se que, muitas vezes, as ações dos profissionais de saúde se reduzem ao tradicional processo “queixa-conduta”, sem conseguir contemplar mais amplamente a prevenção de adoecimentos e promoção de saúde.

Pereira (2004, p.116) afirma que o uso de medicamentos psicotrópicos por mulheres é um modo de minimizar os problemas enfrentados no cotidiano: “ansiolíticos durante o dia, sonífero à noite e psicoestimulantes pela manhã”. Assim, os benzodiazepínicos são as medicações mais procuradas nos serviços de saúde.

Lefèvre, em 1983, já mencionava que

a sociedade de consumo, ao mesmo tempo em que promove, por todos os seus canais de comunicação a ideia de que qualquer sofrimento, qualquer dor, qualquer estado, enfim, que fuja daquilo que ela institui como padrão, inclusive estético, constitui algo insuportável para o indivíduo; por outro lado, oferece a solução mágica, na ponta dos dedos: os comprimidos (p.502).

Nesse contexto, a medicação surge como solução que produzirá apenas resultados paliativos, porque não decodifica os verdadeiros problemas que causaram o mal-estar.

Diversos autores apontam que os custos ligados ao tratamento, perda de dias trabalhados e incapacidade chegam a milhões de dólares anuais. Entre eles, Rombaldi (2010) relata que os problemas psicológicos figuram entre as cinco doenças que mais provocaram afastamento temporário do trabalho.

Este estudo teve como objetivo analisar a experiência de adoecimento de mulheres com depressão, diagnosticadas pelo PHQ-9, atendidas na atenção primária.

Métodos

Para analisar a experiência de adoecimento de mulheres com depressão, rastreadas pelo PHQ-9, atendidas na atenção primária, optou-se pelo método análise de conteúdo de Bardin (2009). De acordo com Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014, p.14):

A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

Inicialmente a proposta era entrevistar 10% das 387 mulheres que tiveram resultado positivo para depressão no PHQ-9 – que é um instrumento de rastreamento e apenas aponta os indivíduos em maior risco de estar apresentando episódio depressivo maior. Devido ao não comparecimento de algumas, recusa de outras e perda de dados (gravação inaudível), o total de entrevistas realizadas foi de 32 mulheres com idade entre 20 e 59 anos, residentes nas áreas adscritas às UAPSSs.

A fim de garantir as questões éticas, o presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), conforme parecer número 0026.1.259.180-09.

Primeiramente as mulheres que pontuaram positivamente no PHQ-9 passaram por uma entrevista com médicos psiquiatras que utilizaram como instrumento o CIS-R (*Clinical Interview Schedule - Revised*) e em seguida eram encaminhadas para a pesquisadora para outra entrevista (MINI)⁸. O CIS-R é um instrumento de origem inglesa, que tem sido utilizado como padrão de referência em estudos de transtornos mentais comuns. É constituído de 15 seções (A-O), sendo que cada seção avalia um tipo específico de sintoma (sintomas somáticos, fadiga, concentração e esquecimento, problemas de sono, irritabilidade, preocupação com a saúde física, depressão. Ideias depressivas, ansiedade, fobia,

⁸ Instrumento de coleta de dados: entrevista *McGill Illness Narrative Interview* (MINI).

pânico, compulsões e obsessões). A última seção, seção O, efeitos globais, avalia grau de prejuízo do sintoma na qualidade de vida do entrevistado.

Os principais conceitos em cada seção do instrumento são a existência e intensidade do sintoma, o período de ocorrência, a frequência e a sua duração (BOTEGA et al., 1995; NUNES et al., 2011). A tradução da CIS-R para o português foi utilizada num estudo anterior para estimar a prevalência de ansiedade e depressão em uma enfermaria geral de adultos e determinar a adequação e a validação da escala "Hospital Anxiety Depression" realizada por BOTEGA et al. (1995) num hospital de 600 leitos.

Foram então identificadas mulheres com diagnóstico positivo para depressão e outras em que o afeto de tristeza estava presente, mas que não caracterizavam depressão clínica.

Em seguida, foi utilizado o entrevista *McGillIllness Narrative Interview* (MINI), instrumento que, além de explorar a descrição da experiência e do conhecimento individual da doença e dos sintomas, procura também capturar a complexidade do conhecimento e experiência do entrevistado no seu todo, detectando as contradições e inconsistências presentes na vida de cada um. O MINI apresenta-se originalmente estruturado em cinco módulos: 1. Narrativa Inicial; 2. Narrativa Protótipo; 3. Modelo da Narrativa Explicativa; 4. Serviços Médicos e Respostas ao Tratamento; 5. Impacto na Vida.

Castellanos (2014, p. 1.068), citando Garro & Mattingly (2000), define narrativa como

um meio fundamentalmente humano de dar significado à experiência. Ao contar e interpretar experiências, a narrativa estabelece uma mediação entre um mundo interior de pensamentos-sentimentos e um mundo exterior de ações e estados de espírito observáveis.

Entendendo que as narrativas são ferramentas bastante apropriadas para o estudo qualitativo, Muylaert (2015, p. 110) afirma que

As narrativas são uma forma dos seres humanos experienciarem o mundo, indo além da simples descrição de suas vidas, pois ao repensarem suas histórias – as que contam e ouvem – refletem quem são reconstruindo continuamente significações acerca de si.

Para dar conta dessa etapa do estudo, as entrevistas foram gravadas em áudio, realizadas em local reservado, depois transcritas na íntegra, constituindo o documento de análise; passou-se à fase da leitura atenta dos discursos, de modo que possibilitasse criar uma classificação. Para melhor análise, as entrevistadas foram identificadas neste estudo com os códigos ED (Entrevistada Deprimida) e ET (Entrevistada Triste), seguidos do número da entrevista de modo a garantir o sigilo e o anonimato de cada participante.

Para operacionalização do segundo momento, adotaram-se os passos propostos por Bardin (2009, p. 121) na análise de conteúdo que é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Essas etapas são organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

A *pré-análise* teve como finalidade sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. Em seguida, partiu-se para a *exploração do material*, que consiste na construção de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Empreendeu-se uma *leitura flutuante* do texto, na intenção de apreender as estruturas relevantes, as ideias centrais e os pontos-chave numa tentativa de estabelecer as categorias empíricas e confrontá-las com as analíticas.

Nesse momento de organização do *corpus* da pesquisa, foi feito um recorte de cada entrevista em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos) e agrupadas tematicamente em categorias. Por meio de uma leitura transversal, tentou-se desvendar o conteúdo subjacente ao que está manifesto. Acredita-se que o real não se apresenta claramente ao pesquisador, que é preciso ir além da aparência, é preciso buscar a essência, ultrapassando aquilo que foi externado pelo sujeito, explorando todos os seus aspectos, todas as suas correlações e as suas mediações para chegar à realidade objetiva. Tais recortes foram agrupados de acordo com a afinidade temática (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Para finalizar, na terceira etapa, *inferência e interpretação*, procurou-se unir todo o material coletado, para tentar estabelecer articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos da pesquisa, isto é, as categorias analíticas que respondessem às questões da pesquisa, interpretando, analisando e descrevendo os resultados com base no objetivo traçado inicialmente. Foram definidas três categorias: 1) *Depressão: que transtorno é esse...* 2) *Depressão: o sofrimento...* 3) *Depressão: o alívio...*

Minayo e Minayo-Goméz (2003, p. 136) afirmam que a triangulação metodológica pode “iluminar a realidade a partir de vários ângulos, o que permite confluências, discordâncias, perguntas, dúvidas, falseamentos, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados”.

Assim sendo, a compreensão e a explicação de um fenômeno dependem da descoberta das relações e conexões que lhes são intrínsecas, que o formam e que o inserem numa totalidade. A compreensão desta totalidade não pode prescindir da análise de suas partes e da análise de como se relacionam neste todo, pois, do contrário, implicaria a apreensão inadequada do real (FIGARO, 2014).

Aspectos éticos

A fim de garantir as questões éticas, o presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), conforme parecer número 0026.1.259.180-09.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo o ser humano de forma direta, foi necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (*Anexo E*); nele estão evidenciados os possíveis riscos tanto de caráter físico como emocional, os objetivos e os métodos propostos para o estudo. Destaca-se que, neste estudo, o risco é mínimo, isto é, não foi realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram do estudo, considerando que o instrumento utilizado para coleta dos dados foi uma entrevista. Sendo a participação voluntária, as mulheres foram esclarecidas sobre os objetivos e métodos propostos no estudo e informadas da liberdade para participarem ou se recusarem a participar, podendo retirar seu consentimento ou interromper a participação em qualquer fase da

pesquisa. As participantes foram orientadas sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (*Anexo A*), sendo que cada participante recebeu uma cópia do mesmo.

Esses documentos serão guardados por cinco anos pela pesquisadora e, após esse prazo, serão adequadamente descartados por incineração. A pesquisa seguiu as normas da Resolução 196/1996/ CNS e por isso foi submetida à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, de forma a assegurar os aspectos éticos da pesquisa, tendo sido aprovada pelo Parecer nº 068/2011.

Resultados e Discussão

Depressão: que transtorno é esse...

O termo depressão vem sendo utilizado de forma equivocada por ter sido apropriado pelo senso comum. Distinguir depressão de tristeza parece ser uma tarefa difícil que se dá pelo fato de, na tristeza, haver a localização do objeto que o sujeito considera enquanto alvo da dor e, na depressão, ele não sabe o porquê do sofrimento. “Tudo cabe debaixo do guarda-chuva da depressão”: inibições, angústias, mal-estares difusos, fobias, qualquer sofrimento pede abrigo ao termo (DE ALMEIDA, SALES, DE LIMA, 2010).

Para Horwitz e Wakefield (2010), há uma percepção de que alguns autores estão tentando ignorar a tristeza, ou defender que ela seja algo ruim, quando outros acreditam que a tristeza é uma emoção normal, que cumpre um papel importante em nossas vidas.

Entre 1.958 mulheres avaliadas que responderam ao PHQ-9, pontuaram como positivas para depressão 387 delas. As mulheres incluídas nesta análise encontravam-se na faixa etária entre 20 e 59 anos; a maioria não concluiu o ensino elementar, declarou ser da cor branca e viver com um companheiro. Entre as atividades profissionais desenvolvidas pela maioria delas estão: faxina, serviços domésticos, costura em malharia, além de vendas autônomas.

Quando questionadas sobre o possível diagnóstico, houve uma dificuldade em determinar se o que sentiam era tristeza ou depressão. Verificou-se que vários termos foram usados como sinônimos para definir um mesmo transtorno: depressão, tristeza, estresse, ansiedade, melancolia, angústia, desânimo, cansaço. Embora as ideias sejam vagas e superficiais sobre a depressão, algumas conseguiram dar um significado para o que sentiam como se observa nas falas a seguir:

Parece que é uma tristeza. Dá pra perceber que é. A gente não sabe de onde saiu, surge do nada... é um treco que vai fechando a gente feito um caramujo. (ED9)

Depressão é tristeza acumulada... (ED11)

[...] é uma dor no peito (ED 25)

Depressão? A única coisa que ouvi falar que é uma doença que pobre não pode ter [...] é coisa pra rico, não pra pobre. (ET4)

De acordo com Moreno e Dias (2007), o termo depressão tem sido utilizado tanto para nomear um estado melancólico normal (tristeza), quanto para designar um sintoma de diversos quadros clínicos. Há que se considerar também que, no senso comum, o termo depressão é amplamente utilizado para nomear vicissitudes e adversidades da vida cotidiana, como relata Máximo (2010). O mesmo autor afirma que “a proliferação do termo depressão e sua utilização em múltiplos contextos reduziu a sua especificidade diagnóstica e o seu sentido psicológico” (2010, p.58).

Dentro dos padrões socioculturais vigentes, o sofrimento da vida cotidiana precisa ser materializado para que seja cuidado. Assim, o sofrimento se manifesta no corpo, pois os sintomas físicos podem ser uma metáfora daquilo que a pessoa está experienciando realmente (AZEVEDO, 2012).

Pode-se perceber no discurso da entrevistada ED25 que as pessoas tendem a ter sintomas significativos, relacionados com a experiência emocional e psicológica do seu sofrimento, como afirma MacLachlan (2004). “Não é só o corpo que dói, mas a pessoa toda se sente doendo” (AZEVEDO, 2012, p. 232).

De acordo com Lopes (2013, p. 151), “a depressão é uma expressão cultural de sentimento, ou seja, de emoção de tristeza profunda, podendo surgir de diferentes maneiras, em diversas situações da vida e pelos mais variados motivos”.

Constata-se também que há um preconceito diante desse diagnóstico, o que leva a crer que as pessoas não buscam tratamento e passam a se ver como realmente preguiçosas, inferiores, deixando que a doença comprometa os seus relacionamentos interpessoais, sua vida profissional, seus sonhos (HOLMES, 2001).

Depressão? A única coisa que ouvi falar que é uma doença que pobre não pode ter [...] é coisa pra rico, não pra pobre. (ET4)

Os comentários pejorativos desqualificam o portador de depressão, e parte do problema se deve a uma confusão semântica cercada de muitos mitos e preconceitos. Também existe a crença de que os sintomas da depressão são um sinal de fraqueza, prenúncio de “loucura” e que o indivíduo é capaz de superá-los por conta própria sem necessitar de ajuda profissional (HENDERSON, EVANS-LACKO, THORNICROFT, 2013).

É importante destacar que há uma diferença entre a tristeza comum que vem em resposta a um evento estressor e a típica de indivíduos deprimidos. Na primeira, o indivíduo é rotulado como: baixo-astral, desanimado ou tristonho. Na segunda, há uma intensa tristeza que deixa o indivíduo sem reação e a resposta emocional é qualitativa e quantitativamente mais intensa, constituindo um sintoma psicopatológico (NARDI, 2006; STEFANIS & STEFANIS, 2005). Essa questão fica evidente nos depoimentos a seguir:

[...] eles acham que tenho “piti” (ET1).

[...] meu marido acha que isso de depressão é frescura (ED25).

[...] desânimo, falta de vontade pra qualquer coisa (ED7).

Alguns relatos das participantes deste estudo destacam a angústia de estar deprimida e a dificuldade de ser aceita por pessoas próximas. Esse “rótulo” as identifica como portadoras de transtorno mental, vítimas de preconceito moral, e isso é entendido como um fardo pesado para a família. Segundo Camargo (2008), ao desamparo do sujeito não é dirigido nenhum olhar, nem à sua responsabilidade face ao seu mal-estar.

Muitas vezes alvo de chacotas, a depressão acaba sendo um tema de pouca relevância entre os familiares e amigos, mas que pode trazer consequências

drásticas como, por exemplo, a vontade expressa de morrer. A banalização da depressão pode ter origem na terminologia da palavra, que assume três significados principais. Ao mesmo tempo que descreve uma alteração de humor (tristeza), pode retratar um transtorno de humor específico ou, até mesmo, um sintoma de outra doença. Essa banalização enraizada no senso comum causa um estranho resultado a quem sofre desse mal, o constrangimento, além da dor que por vezes é realmente física e, nesse sentido, necessita ser tratada e compreendida como uma patologia (MARTIN et al., 2012).

Para Nardi (2006), citado por Máximo (2010, p.60), somente o indivíduo que já vivenciou a doença é que pode ter a real noção de sua intensidade. “Pode-se até imaginar o sofrimento alheio, mas jamais se terá a exata dimensão da tristeza que se apodera de uma pessoa que experimenta um processo depressivo”, fato que se observa nas falas abaixo:

É igual a um machucado, se eu num tratasse, virava uma ferida, se eu num tratasse, virava um câncer... (ED24).

Já tive uma depressão forte. Nunca mais, se Deus quiser, eu vou passar por aquilo (ED12).

Embora as mulheres definam o que sentem de diversas maneiras, elas aceitam o diagnóstico de depressão quando este é feito por um profissional de saúde, um psiquiatra, um cardiologista, um enfermeiro, um assistente social ou um psicólogo. Quanto ao autodiagnóstico, nota-se que é baseado nos sofrimentos e fatos dolorosos vivenciados no cotidiano. As entrevistadas apresentaram várias causas para explicar seu transtorno. A depressão estava relacionada a eventos negativos de suas vidas cotidianas como: casamento e outros relacionamentos, problemas no trabalho/financeiros, dificuldades em lidar com comportamento dos filhos, alcoolismo próprio ou de algum membro da família, uso de drogas, violência doméstica – agressão, traição e aborto. Isso pode ser ilustrado com as seguintes falas:

A infância da gente foi muito sacrificada. Meu pai era muito bravo e batia muito na gente. A gente trabalhava muito, sempre trabalho (ET1).

Muito problema financeiro. Meu filho adolescente dá muito trabalho (ET2).

Cada dia é uma etapa de sofrimento. Teve a traição do meu marido no início do casamento. Eu deveria ter tomado uma atitude; às vezes, eu me arrependo. Foi difícil que meu marido bebia [...]. Agora, mais recente, meu filho veio falar da opção sexual dele (ED7).

Vale enfatizar que as falas das entrevistadas com diagnóstico de tristeza estão associadas a um fato gerador do sofrimento. Nesse sentido, em se tratando da tristeza, é natural ter algumas reações negativas a esse tipos de experiências, que não impedem o indivíduo de realizar suas atividades cotidianas e sentir-se bem acerca de outras coisas ou noutras áreas da sua vida (BRANT, MINAYO-GOMEZ, 2008).

Cabe aqui destacar que a tristeza normal – que pode ser intensa – é uma resposta natural a um acontecimento real e tende a desaparecer com o tempo, e a depressão é um quadro clínico no qual o sofrimento não tem nenhuma relação com o contexto que a pessoa está vivendo (HORWITZ, WAKEFIELD, 2010). Para os mesmos autores, a tristeza é um sentimento rico, que dá à pessoa muitas informações sobre ela própria que são importantes para o seu desenvolvimento.

Por outro lado, a depressão costuma também provocar um sentimento de culpa, mas sem motivo aparente. O deprimido sente uma pesada culpa, mas não sabe explicar bem o porquê. Busca encontrar evidências de suas próprias incapacidades, suas falhas e se considera a causa do infortúnio (HALES; YUDOFKY; GABBARD, 2012).

O sentimento de *menos-valia* é um fenômeno marcante e desagradável na trajetória depressiva. Trata-se de um sentimento de autodepreciação, autoacusação, inferioridade, incompetência, pecaminosidade, culpa, rejeição, fraqueza, fragilidade ofuscando, às vezes, seus verdadeiros sentimentos que são transferidos para manifestações somáticas (TAVARES, 2010).

O que mais me dói é que, há um ano, minha filha mais nova tentou suicídio. Ela estava fazendo tratamento com psicólogo. Do nada, ela tomou 86 comprimidos (ED9).

Foi que eu descobri que meu primeiro marido fazia sexo com bicho. Aí eu fiquei num estado que eu não sei como que eu tô viva. Eu era bem mais gorda do que eu sou hoje. Pesava mais de cem quilo (ED12).

Num tô me sentindo feliz mais... eu não tenho vontade de sair mais... Acho que fracassei como mãe e como mulher. Sou uma fracassada mesmo... (ED17).

Diante dessas falas, verifica-se um sentimento de baixa autoestima caracterizada por pensamentos negativos de incompetência, insegurança e indignidade com rumações pessimistas de culpa, remorso e desamparo. A vida deixa de fazer sentido, o que pode interferir até mesmo no autocuidado e na negligência da aparência.

De acordo com Rojas (2007), o pensamento do indivíduo depressivo é pautado por pessimismo, com ideias e sentimentos de autodesvalorização, bem como culpabilização, ao ponto de atribuir a si responsabilidades sobre acontecimentos negativos fora do seu alcance. O autor afirma que o doente fecha-se em si mesmo, procura o lado negativo em tudo, culpabiliza-se por todas as coisas, as suas relações tornam-se problemáticas e mergulha em pensamentos dolorosos sobre o passado ou plenos de incerteza sobre o futuro (2007, p.36).

É oportuno lembrar que o sofrimento traz graves consequências à saúde física e mental, podendo ser responsável pelo desenvolvimento de depressão e fobias.

Quando eu era pequena, eu apanhava muito, porque meu pai tinha amante e eu vinha contava pra minha mãe, aí ele me batia. No aniversário da minha irmã, ele deu um bolo e uma rosa e, no meu, ele não deu nada, nem olhô pra minha cara (ED13).

A violência sofrida durante a infância e adolescência pode desestruturar a base de formação física e psíquica da pessoa, deixando marcas profundas que podem modificar seu modo de encarar o adulto e o mundo. Os valores de família, afetividade e proteção podem ser distorcidos, gerando a destruição de vínculos e desestruturação familiar (OLIVEIRA, 2012).

Ademais, entre os casos de agressões físicas, pelo menos um terço é de abusos sexuais, um problema que, para muitas destas mulheres, começa na infância ou na adolescência. Ocorre no ambiente privado, por ser o local onde a mulher apresenta maior vulnerabilidade. O lar passa a ser um ambiente de perigo contínuo como narrou uma entrevistada.

Meu tio, que morava na minha casa, tentou me estuprar e aí eu comecei a fugir de casa (chora muito). Minha mãe saía pra trabalhar e eu num podia ficar dentro de casa; ele abusava de mim (ED24).

A ocorrência de eventos graves durante a infância aumenta o risco de depressão na idade adulta. A separação dos pais, casos de abuso físico e experiências de medo estão especialmente associados ao desenvolvimento de depressão na idade adulta. Segundo De Antoni e Koller (2003), quanto mais próxima for a relação do abusador com a vítima, maior os prejuízos à criança devido à quebra de confiança com as figuras parentais.

Outros eventos associados à violência foram narrados pelas participantes a seguir:

[...] Ele me fez fazer três abortos e queria me bater, eu não aceitei. Ele fez eu tirar três filhos: um de 5 meses ele jogou no vaso e deu descarga. Isso é coisa que a gente guarda pra gente, mas vai juntando com outras coisas e... [...] Essa é uma parte que ajudou a acabar comigo (ED9).

Meu marido estava desempregado [...] bebia e ficava agressivo. Ele me bateu. Não deixei chamar a polícia... (ED20).

Embora a agressão tanto física quanto psicológica possa provocar dor e desesperança para essas mulheres, algumas vezes, elas tentam encontrar justificativas para a agressão, até mesmo por sentirem vergonha e decepção por viverem essa situação (LEITE et al., 2013).

Vale destacar que a violência está associada a diversos fatores, como desigualdades culturais entre homens e mulheres, baixa escolaridade da mulher, situação socioeconômica desfavorável, além do uso de álcool e drogas. As drogas lícitas ou ilícitas ajudam o possível agressor a ter mais coragem e o tornam mais agressivo. A violência envolve uma gama de sentimentos, muitas vezes ambíguos e contraditórios, como o medo, a raiva, a indignação e a surpresa em relação à reação violenta do agressor (LEITE, LIMA, PRIMO, 2015).

Os eventos estressores como o luto, situações em que há dificuldade de se estabelecer relações interpessoais e a falta de apoio social e familiar também podem corroborar para a manifestação de sintomas depressivos (WHO, 2001),

bem como a dependência para realização das atividades diárias (MACIEL; GUERRA, 2006).

Destaca-se que o processo de luto é natural e único para cada indivíduo e compartilha algumas características da depressão, como tristeza intensa e desinteresse em atividades habituais, o que pode ser observado nos relatos a seguir:

Eu tenho uma depressão há 11 anos. Quando meu pai faleceu, eu tive o primeiro sintoma. Quinze dias depois que meu pai faleceu, eu fiquei com meu corpo cheio de feridas. Era emocional... (ED8).

Perda; perda de muita gente da família em seguida, eu entrei em depressão. Também tem os assuntos em geral de marido e filhos, netos, nora entrou tudo... (ED21).

Segundo Araújo e Lotufo Neto (2014, p.74), “o luto é um forte fator estressor e, como tal, pode desencadear transtornos mentais graves, portanto não se pode assumir que, por se tratar de reação comum, não possa ser experimentado de forma patológica”. Cumpre observar, então, que a depressão e o luto podem coexistir, mas é preciso diferenciar um luto normal do diagnóstico de uma doença mental.

Ao final dessa categoria, pode-se inferir que as causas do subdiagnóstico advêm de fatores relacionados aos pacientes, aos médicos e à superposição de sintomas somáticos das doenças físicas com a sintomatologia da depressão, que pode ser um importante fator de confusão (CORSO et al., 2009). Outro aspecto, que é ressaltado por Fleck et al. (2009), é que os pacientes podem ter preconceito em relação ao diagnóstico de depressão e descrença no tratamento, já os médicos podem apresentar dificuldades por falta de treinamento, falta de tempo, descrença no que se refere à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão.

Depressão: o sofrimento...

É importante reconhecer que o sofrimento se manifesta de maneira diferente para cada indivíduo: o que pode ser sofrimento para um pode não ser para o outro, mesmo que submetido à mesma condição (BRANT, MINAYO-GOMEZ, 2004).

Vasques, Bouso, Mendes-Castillo (2011, p.123) definem sofrimento como sendo "a resposta emocional ao fenômeno que tem sido tolerado ou a resposta antecipada a um futuro perdido, destruído, ou a um presente/futuro irreversivelmente alterado por causa de um evento passado".

A depressão compromete o ser humano na sua totalidade, sem separação entre o psíquico, social e o físico. Sentimentos como o desespero em relação à vida, a angústia, o desejo de um fim, a morte como presença, o medo como aliado da existência, o abandono da autoestima, o suicídio como proposta expressam entre outros sinais a dor do deprimido (COUTINHO, GONTIES, ARAUJO, SA, 2003).

Para a portadora de transtorno depressivo, a falta de sentido na vida torna-se algo aparentemente normal, a ponto de não procurar ajuda para tratar a doença. Isso pode ser constatado nos relatos a seguir:

Tinha vontade de desaparecer, de sumir, de ficar trancada dentro de casa sozinha (ED11).

Eu não tinha vontade nem de comer, nem de fazer nada... (ED12).

Tem dia que não consigo falar com ninguém... é assim, do nada! Não participo de nada, não vou na missa, nem em festa, festa de aniversário, lugar que tem muita gente (ED15).

É chegar numa situação de eu não querer fazer mais nada, acha que nada vale mais, não tenho vontade de nada; gostava de costurar, de ler, agora tudo me dá sono (ED21).

[...] entrei em depressão e fiquei três meses em cima de uma cama; meu marido me carregava pra me dar banho, eu comia na cama, não tinha condição de andar. O mundo pra mim acabou. Fiquei numa situação que não sabia explicar onde eu estava (ED27).

[...] é ficar sem comer, sem dormi, não toma banho e não faz mais nada... (ED22).

Verifica-se que a depressão piora a funcionalidade social e emocional. Inicia-se um processo de isolamento onde essas mulheres se tornam passivas diante da vida, pois não há mais sentido de viver; todos os seus pensamentos tornam-se negativos, o que dificulta o relacionamento com outras pessoas (BALLONE, ORTOLANI, PEREIRA NETO, 2007).

Não me permito mais dar uma boa gargalhada... perdi um pedaço de mim (ED8).

Eu parei de sair. Não quero nada que tenha que falar com as pessoas (ED9).

Eu já fiz isso de ficar trancada. Não conversar com ninguém. Se me chamam, eu não respondo. Se me chamar no telefone e não falar quem, eu não atendo (ET2).

Diante das narrativas, observa-se que nada mais dá prazer a essas pessoas, nada mais pode motivá-las, só existindo a preocupação consigo e com sua dor. As coisas são feitas com dificuldade e lerdeza, com maior esforço físico e mental.

A tristeza profunda provoca, biologicamente, uma necessidade de recolhimento. Ela pode fazer com que o indivíduo não queira trabalhar por uns dias, ou não queira ver seus amigos por algumas semanas (TENG, CEZAR, 2010).

Salienta-se que as mulheres deste estudo revelam que se tornam descuidadas de seus compromissos devido a um sentimento de incapacidade, prostração, desmotivação, que não lhes permite sair da inércia e assumir a rotina da vida cotidiana. Com depressão, apresentam-se alheias aos acontecimentos ao seu redor, elas perdem interesse nas pessoas e coisas que antes proporcionavam prazer.

Ele (marido) fala: “quando você se sentir triste, pega a bíblia e lê que sempre vai encontrar conforto e calma”. Ele quer me encontrar arrumada também, não é descabelada de pijama. O serviço de casa é muito difícil... (ET4).

Eu não sinto prazer pra nada (ED20).

Gostava muito de dançar, mas agora num danço. Sou uma pessoa mais seca do que fui, parece que tô sempre rígida, armada... (ED8).

Depreende-se que a perda de interesse ou prazer (anedonia) quase sempre está presente. As entrevistadas relatam menor interesse por passatempos ou qualquer atividade anteriormente considerada prazerosa, o que comunga com as considerações do DSM-V (2014).

Quando questionadas sobre os relacionamentos com companheiro, família, vizinhos, observa-se uma tendência ao isolamento, uma fuga do convívio social.

Relatam a dificuldade em lidar com o comportamento do companheiro e dos filhos, violência doméstica relacionada ao uso de álcool e drogas de algum membro da família.

[...] Dessa vez, ele chegou a me agredir e eu fui parar no hospital. Mas aí também, eu não deixei. [...] eles queria fazer ocorrência, ele ainda tava desempregado, aí eu disse “não vai fazer ocorrência não, porque se ele continuar, aí eu faço”. E aí ele desempregado, se eu fizesse a ocorrência ... aí fichou na delegacia, acabou né. Eu deixei passar (ET2).

A gente nunca teve uma família direito! Meu pai bebia muito. Eu era muito pequena quando perdi minha mãe (ET18).

Meu marido, quando bebe, é muito agressivo com palavras, ele não pensa [...]. Acho que fracassei como mãe, como mulher. Sou uma fracassada mesmo... (ED17).

Eu morava com o pai dos meus filhos que era dependente químico e eu não tinha muito controle. Tinha também perdido minha mãe há pouco tempo e aí fiquei depressiva (ED11).

Meu marido tava desempregado, porque não parava em nenhum serviço, bebia e ficava agressivo. Ele me bateu (ED20).

Um dos apoios sociais mais importantes no enfrentamento desses eventos estressantes é o afetivo. A ausência desse apoio e a presença de problemas de relacionamentos afetivos aumentam o risco de transtorno mental, como a depressão e, conseqüentemente, o comportamento suicida (FONSECA, 2010).

A estrutura familiar adequada tende a facilitar o desenvolvimento da autoestima, a resolução de conflitos e a manutenção do estado de saúde de seus membros. Ao contrário, a falta de apoio, de cuidados, de condutas acolhedoras e a ausência de uma estrutura familiar adequada aumentam a vulnerabilidade a doenças. A eficácia do apoio varia de acordo com ações, atitudes e comportamentos dos membros da família, que carregam grande carga de emoções (BUENO, 2009).

Vale ressaltar que a afetividade entre os membros da família de modo verbal e não verbal, o interesse, proximidade, acolhimento, respeito, consistência de comportamentos e verbalizações e habilidades na resolução de problemas são fatores que podem contribuir para um apoio significativo no sentido de minimizar o sofrimento.

Ouvir, conversar, dar atenção, proporcionar um cuidado a partir da necessidade percebida são importantes formas de ajuda. Nos relatos abaixo, a escuta e a ajuda vem de membro da família que se mostra mais sensível e até mesmo de não familiares que observam o sofrimento.

Minha filha mais velha é muito carinhosa, me ouve quando preciso (ED17).

Minha vizinha me chamou pra ir na igreja. Achava que ia me ajudá(ET3).

Tanto no caso de depressão como no de tristeza, quando o indivíduo percebe um suporte familiar com o qual se sente amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado, encontra forças para enfrentar situações adversas, o que traz consequências positivas para seu bem-estar, como aumento da autoestima e do bem-estar psicológico. A falta desse suporte é um dos fatores que traduz predisposições à doença mental (SILVA DE SOUZA; NUNES BAPTISTA; DA SILVA ALVES, 2008, p. 46).

Da mesma maneira, quando o apoio social começa a funcionar, as pessoas mudam de comportamento, aumentando a sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas, a sua autoestima é evidenciada e descobrem o potencial que têm, elevando assim a possibilidade de uma vida melhor (PIETRUKOWICZ, 2001). Nesse sentido, pode-se inferir que a ajuda ancorada na reciprocidade das trocas e nos valores solidários favorece o enfrentamento das situações de doenças e os comportamentos das pessoas.

Observa-se, a seguir, na fala das entrevistadas, uma falta de vontade de viver. “As mulheres falam de uma dor de existir”, como relata Koda (2011, p. 196). A morte aparece como um alívio, como única solução possível para o término do sofrimento. Elas não conseguem procurar ajuda, pois já chegaram ao limite de suas emoções e não conseguem vislumbrar outra alternativa para salvá-las dessa situação de desconforto e desespero.

É vontade de acabar com sua própria vida (ED12).

Eu cheguei num ponto que morrer ou viver tanto faz (ED16).

Eu sinto muita angústia, desejo de morte. Eu acho que a morte é melhor do que a vida, sabe? A vida é muito difícil pra mim (ED31).

Ainda que as pessoas, de modo geral, tenham vergonha em expressar suas angústias e aflições, algumas das entrevistadas relataram ter chegado a tentar o suicídio, com a ideia de que a morte seria uma forma de aliviar seu sofrimento, mas se arreponderam ou foram socorridas a tempo.

A vontade que sempre tive e ainda tenho é de me matar, mas aí eu penso como vão ficar meus filhos...Outra hora, eu nem ligo... (ED24).

Já tomei remédio pra morrer. Aí fui pro hospital e deu lavagem (ED23).

Já tomei remédio, mas sou muito covarde... Eu não fiquei com medo de morrer, eu fiquei com medo de não morrer e ficar com sequela. Nem pensei na minha filha... (ED22).

Eu amarrei uma corda no pescoço e me joguei da cama no chão. Aí eu me arrependi e consegui soltar. Também já abri todas as cartela de remédio e coloquei na boca, mas meu marido viu e tirou (ET3).

É, fiz tratamento com um psicólogo, sabe. Aí fazia tratamento e o psicólogo falava “não adianta”. Eu tomava umas seis qualidades de remédio. Ele falava, não adianta. Enquanto você não colocar pra fora o que tá te fazendo mal, você não vai sarar. Mas eu não conseguia. Eu saia, tinha dias, desatinada, chorando. Eu peguei revólver pra acabar com a minha vida (ED12).

O comportamento suicida é classificado, com frequência, em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideia do suicídio apresenta-se como um ato de desespero ou insanidade, demonstrando a dificuldade que é a compreensão e a abordagem destas pessoas no desenrolar de seu sofrimento, além das dificuldades de detecção de sinais de desesperança, dos pedidos de ajuda, verbais e não verbais comuns frente ao surgimento do desejo de morte e da própria ideação suicida, como afirmam Barbosa, Macedo, Silveira (2011). Os mesmos autores apontam que “o comportamento suicida está frequentemente associado com a impossibilidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, optando pela morte como resposta de fuga da situação estressante” (p.236).

Destacam ainda que,

as pessoas têm vergonha de admitir suas angústias e aflições; admitir e expressar que passam pelos seus pensamentos uma forte ideia de que a morte seria um alívio para o sofrimento, uma forma de saída mágica dos conflitos costuma ser escondida ou camuflada, dificultando ainda mais o acesso a esta pessoa e oferecimento de ajuda ou suporte especializado (BARBOSA, MACEDO E SILVEIRA, 2011, p. 240).

Durkeim (2003) destaca a influência da depressão sobre o ato suicida, afirmando que este se relaciona geralmente a um estado de extrema depressão, de exagerada tristeza, que faz com que o doente já não consiga mais apreciar de maneira sadia as relações que com ele têm as pessoas e as coisas que o cercam.

É possível verificar que nem sempre o indivíduo se dá conta da relação de seus conflitos e seus sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz. A possibilidade de narrar seus sofrimentos, de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de saúde, por si só, já pode criar para o indivíduo outras oportunidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos (BRASIL, 2013).

Depressão: o alívio...

Em geral, as pessoas em sofrimento procuram os serviços de saúde como uma maneira de encontrar maior alívio com relação aos sintomas físicos e psíquicos que comprometem as atividades do cotidiano. A decisão por essa busca é, em grande parte, influenciada por características culturais, socioeconômicas e demográficas do próprio indivíduo e está também condicionada à própria percepção do indivíduo sobre a sua necessidade em realizar essa procura pelos serviços de saúde. As doenças, outros atendimentos preventivos e procedimentos de reabilitação respondem pelas principais causas dessa procura, no caso daqueles com depressão (MAXIMO, 2010).

O estigma de que transtornos mentais são sinônimos de loucura e incapacidade frequentemente faz com que o indivíduo não aceite seu problema e conseqüentemente rejeite o tratamento.

Eu tenho medo de ficar dependente; não gosto de tomar nem pra dor de cabeça (ET4).

Remédio eu não tomo mais pra isso não. Eu lutei pra mim parar de tomar remédio sozinha. Eu fiz tratamento seis anos, aí eu me sentia como se eu tivesse vegetando no mundo. Eu não me sentia pisando no chão. Era como se eu tivesse nas nuvem. Um dia, eu encrespei com aqueles remédio, joguei tudo no fogo e “tomo isso mais não”. Parei por minha conta (ED12).

Passou a Paroxetina que parei de tomar porque estava engordando muito... (ET14).

Eu nunca fiz tratamento. Pensei nisso, mas a falta de tempo..., mas agora eu sei que eu preciso. Tem dia que não consigo falar com ninguém... (ED15).

Meu coração dispara e parece que vai sair pela boca. Aí parei com o remédio. [...] Ninguém quer ficá sentindo “dor”. O médico devia falar tem cura, não tem... (ET18).

Os remédios me deixa dopada. Igual hoje, eu num tomei pra poder vim aqui, mas tô sentindo minhas veia até quente. Eu acho que eu tinha que ter uma consulta todo mês com o psiquiatra (ED24).

Apesar de as participantes acreditarem que a medicação vai impactar de modo a aliviar seus sintomas, elas também percebem que há fragilidade nesse tratamento, podendo lhes acarretar efeitos negativos. Alia-se a isso o pouco conhecimento sobre o transtorno depressivo, a carência de suporte de pessoas significativas que incentivem a manutenção da terapêutica medicamentosa.

O conhecimento adequado do paciente a respeito dos medicamentos que utiliza constitui fator fundamental para a adesão aos mesmos. As desistências precoces do tratamento durante o primeiro mês da terapêutica devem-se geralmente à falta de eficácia ou aos efeitos secundários do tratamento; os pacientes que interrompem o tratamento fazem-no porque começam a sentir-se melhor ou devido a crenças infundadas segundo as quais os antidepressivos criam dependência ou lhes são prejudiciais (DEMYTTENAERE, 2001).

Em se tratando de tristeza, a maioria das pessoas se recupera normalmente, embora possa demorar alguns dias ou até semanas sem nem mesmo necessitar de medicamentos. O acolhimento, a escuta e o apoio social podem ser efetivos nesses casos. Contudo ainda se percebe que a manifestação da tristeza tornou-se um tabu, e raros são os indivíduos e profissionais de saúde dispostos a escutar a pessoa triste (BRANT, MINAYO-GOMEZ, 2008).

A maioria das entrevistadas fazia uso de antidepressivos e calmantes, o que as satisfazia em alguns casos.

Me dou muito bem com a fluoxetina. Tenho ânimo pra trabalhar (ED21).

Eu consultei e aí comecei fazer uso do antidepressivo e pra insônia. Já tô me sentindo melhor. Comecei a tomar ontem e já dormi essa noite. A médica disse que é um remédio milagroso! (ED16).

Aí eu fui no cardiologista e ele falou “a senhora tá com problema de coração. A senhora tá com depressão”. Aí eles me passaram “Triptilina” e Diazepan, aí eu melhorei aquela dor aqui no peito. Aí eu pedi que eles tirasse o “Triptilina” porque ele resseca e continuo só com o Diazepan porque eu não durmo à noite. E ele me acalma também (ET2).

A fluoxetina, atualmente, é o medicamento antidepressivo mais prescrito no Brasil e no mundo. Sabe-se que os psicofármacos são medicamentos necessários e seguros, no entanto podem causar dependência física e /ou psíquica (ANDRADE, ANDRADE, SANTOS, 2004). Não se pode negar que, para as mulheres estudadas, “há uma relação ambígua com os medicamentos, pois, apesar da preocupação com efeitos colaterais e possibilidade de dependência, sua busca era evidente” (MARTIN, 2012, p.895).

Vale ressaltar que o exacerbado consumo de psicofármacos parece estar relacionado à necessidade ou vontade humana de suprimir a dor, o sofrimento, já que a solução química promete um alívio rápido e imediato dos problemas (MIRANDA, 2009). Entretanto no que tange à tristeza, fazer uso de medicação, isto é, tratar sinais e sintomas implica ignorar o sujeito em sofrimento, como afirmam Horwitz e Wakefield (2010).

Corroborar esse pensamento Tesser (2006, p.64), ao afirmar que,

[...] viver em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação de sintomas, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente a qualquer dor ou enfermidade: O que é que não anda bem? Por quanto tempo ainda? Por que é preciso? Por que eu? Qualquer médico sincero sabe que, se ficar completamente surdo à pergunta implícita na lamentação do paciente, pode até reconhecer sintomas e fazer diagnósticos corretos, mas não compreenderá nada do sofrimento dele.

Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos, mas, como relata Socudo (2015, p. 277),

ao permitir a tristeza em toda a sua potência o sujeito reapropria-se de si, de seus afetos, reconstrói-se, redescobre-se, permite-se vivenciar a melancolia, e sair dela mediante um movimento de dentro para fora, do conhecimento de si, dos seus afetos, redimensionando-se, resistindo às tecnologias de patologização e medicalização desses mesmos afetos, retomando as rédeas de sua existência.

É importante destacar que a relação médico-paciente com uma postura colaborativa e de acolhimento tem uma influência positiva na adesão ao tratamento e satisfação do paciente com o serviço (CUNHA, GANDINI, 2009).

Torna-se importante enfatizar que pacientes apresentam melhoras quando apoiados pelas equipes da APS, individualmente ou em grupos (CHIAVERINI, 2011). Segundo Fortes et al. (2014, p.1.088), para a efetividade dessa assistência, é necessário considerar “os fatores psicossociais, oferecendo suporte para superação dos problemas individuais, familiares ou grupais, por meio do desenvolvimento de atividades coletivas e de integração aos espaços comunitários” na busca de soluções para as dificuldades.

Todavia, há relatos frequentes da falta de escuta e orientação por parte dos profissionais de saúde, além da longa espera por atendimento entre uma consulta e outra.

Médico? Onde? Num tem... é uma bagunça. Não tem médico para atender (ET32).

Não consegui médico pra continuar e meu tratamento caducou... (ET26).

[...] até que eu entrei no consultório do médico e comecei a falar com ele. Esse dia, eu chorei demais da conta. Fiquei umas três horas o médico me aturando. Eu saí de lá me sentindo outra pessoa, me sentindo leve, entendeu? Depois desse tratamento, que eu aprendi a falar... (ED12).

Embora existam diretrizes do Ministério da Saúde para lidar com as questões de saúde mental na atenção básica, as intervenções voltadas para esses tipos de queixas ainda são muito tímidas (AZEVEDO, 2014). A autora afirma ainda que, com o atual sistema de trabalho, em que se exigem metas e determinado número de consultas a serem realizadas, é bem mais difícil estabelecer vínculo com os usuários, pois isso demanda tempo, qualidade de atendimento e não consultas de dez minutos.

Em nossa sociedade, a relação do indivíduo com seu corpo ganhou importância significativa, fruto da expressão psíquica, de uma identidade social e de um modo de vida. Em alguns casos, a reconstrução do próprio corpo é um dos mecanismos de reconstrução da identidade, da autoestima e do estabelecimento da relação com o mundo. Isso pode ser observado nos relatos a seguir:

De uns meses pra cá, eu tenho engordado muito, mesmo sem me alimentar direito. Ganhei muito peso... (ET3).

[...] engordei muito e isso me deixa muito chateada (ET3).

Engordei muito. É uma camuflagem que a gente faz: não quero ver ninguém e que ninguém me veja (ED9).

A pessoa obesa sente-se julgada de forma negativa, apresenta sentimentos como tristeza, vergonha e frustração. Assim, faz-se necessário entender a tristeza como algo que precisa ser compartilhado de modo que as pessoas possam legitimar o lugar de seu sofrimento (AZEVEDO, 2010).

Vale ressaltar que a alteração da imagem corporal resultante do aumento de peso poderá provocar uma desvalorização da autoimagem e do autoconceito, no obeso, diminuindo a sua autoestima. Cada sujeito elabora a imagem de seu corpo à sua própria maneira, tendo por base vivência passada e presente. Schakarowski e Oliveira (2014, p.182) afirmam que,

quando não vivenciado conscientemente, o sofrimento psíquico pode provocar quebra do sistema regulador dos afetos, canalizando para a compulsão, cuja função seria de ajudar a suportar uma dor de ordem emocional, transformando-a em dor corporal. A dor psíquica é suportada através de uma ação repetitiva e angustiada pela via do corpo. No entanto, nesta situação, a imagem corporal do indivíduo e sua relação com o outro, pode trazer consequências e sofrimento.

As pessoas deprimidas podem adotar determinados comportamentos disfuncionais, tais como comer, dormir e consumir álcool em excesso, negligenciando alguns comportamentos mais saudáveis, como o exercício físico, atividades de lazer, ou passar tempo com os amigos e família (LOPEZ et al., 2011).

Ademais, dificuldades em lidar com determinadas situações e/ou emoções negativas levam algumas pessoas a usar o álcool e até mesmo o tabaco como forma de fugir ou para ter coragem de lidar com os problemas. O abuso ou dependência do álcool costuma estar relacionado com a depressão como uma forma que o indivíduo encontra para atenuar os sintomas depressivos. Sobre esse aspecto as entrevistadas revelam:

Quando eu bebia, eu bebia todo dia. Parar eu não parei não. Mas não bebo igualzinho como eu bebia. [...] agora, quando eu bebo, quando eu saio, aí eu tomo lá uma caipirinha, uma pinga com Coca-Cola e acabou. O estômago não aceita mais (ET2).

Destampeei a fumar. Comecei a fumar muito. Tinha muita raiva de bebida, eu tinha nojo de bebida, nojo. Aí, depois desse troço aí, eu comecei a beber, comecei a fazer um monte de coisa errada. Bebia cachaça, bebia o que viesse na minha frente eu bebia. Muito. Não bebia pouco não (ED12).

Percebe-se que o ato de beber, bem como o de fumar, parece ser uma forma de mostrar-se livre, de produzir um mecanismo, um efeito de fuga, uma forma de se encontrar prazer, de alegria, de descontração que possibilita esquecer e livrar-se das preocupações do cotidiano.

O tabaco poder ser utilizado para diminuir estados de humor depressivos e aliviar sentimentos de tristeza. É aceitável a hipótese de que fumantes com comorbidade psiquiátrica podem estar fazendo uma tentativa de automedicação dos sintomas do transtorno psiquiátrico, ou também buscando alívio de efeitos colaterais de medicação. Mais do que uma relação unidirecional, tabagismo e depressão podem influenciar-se reciprocamente (CALHEIROS, 2007).

Desse modo, o álcool e o tabaco se apresentam como uma forma mal adaptada de agir, encontrada pelos indivíduos para lidarem com algumas situações de vida que se mostram intoleráveis para esses (AFONSO, PEREIRA, 2012). Segundo Glassman (1993), tabagismo e depressão são dois fenômenos que se alimentam reciprocamente; fumantes deprimidos podem fumar para aliviar seus sintomas e, dessa forma, reforçam o desejo de fumar.

Gomes (2011) ressalta que pacientes psiquiátricos dão grande importância às suas crenças e atribuem a elas um papel primordial no lidar com sua doença. O mesmo autor afirma que atividades, como meditar e orar podem auxiliar pessoas com depressão a reduzir a solidão, a sensação de isolamento e também impedir que o paciente fique obsessivamente ruminando seus problemas.

Desde a década de 1990, investigações passaram a demonstrar que indivíduos com fé religiosa pareciam enfrentar melhor os estresses da vida, recuperar-se mais rapidamente da depressão, como também apresentar menor ansiedade que pessoas menos religiosas, como aponta Koenig (2012). Para as mulheres entrevistadas, a fé e a religião contribuíram para amenizar o sofrimento, como relatam:

Sou espírita e isso me acalmou. Passei a entender que tem umas cobranças que são do espiritismo (ET1).

Eu sou católica e vou na igreja uma vez ou outra. Domingo, quando eu acordo disposta, vou na igreja. Tenho fé. Ele (marido) é muito mais religioso que eu. Quando tá tudo arrumado e tranquilo, ele pega a bíblia e lê. Eu já não tenho esse costume. Quando eu tô chorando, ele me dá a Bíblia e manda eu ler. Eu leio e conto pra ele o que eu entendi. Às vezes, eu encontro palavras que encaixa na situação e aí eu sinto conforto. Ele fala “Quando você se sentir triste, pega a Bíblia e lê que sempre vai encontrar conforto e calma” (ET4).

Quando fico muito ansiosa, eu rezo. Num sou de ir na igreja, mas rezo muito em casa (ET14).

Ajuda muito. Faço corrente de oração, vigília e tudo isso ajuda muito. Tenho muita fé (ED21).

Gosto de ler a Bíblia, às vezes, tem uma palavra que me acalma (ED23).

A religião tem sido suporte da minha vida, entendeu? (ET26).

Pode-se notar que todas as participantes consideraram o enfrentamento religioso como um aspecto positivo, isto é, responsável por gerar uma melhoria em sua saúde mental. Como afirma Alves (2015), a fé e a oração proporcionam um encontro consigo, com as forças íntimas do espírito em sua luta pela sobrevivência, como também favorece um momento de paz durante as tribulações da vida. Gera saúde, esperança e ânimo contínuos, sensação de serenidade e de calma, fazendo o organismo se equilibrar.

A religiosidade tem um efeito sobre como as pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais, podendo proporcionar ao indivíduo maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão e uma imagem positiva de si mesmo (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO, KOENIG, 2006).

Enfim, a vivência religiosa e espiritual é algo que pode proporcionar um maior contato com a realidade subjetiva interna e favorecer possíveis mudanças de atitudes e ideias frente às experiências atuais da realidade de cada indivíduo, como afirma Vasconcelos (2006).

Contudo, uma das participantes destaca ainda a falta de algum “remédio” que pudesse eliminar o sofrimento, relatando que

Eu queria que tivesse um remédio que acabasse com a angústia e a tristeza; eu tomaria o resto da vida. Angústia dói muito! Eu me sinto só. Às vezes, eu falo e parece que ninguém tá ouvindo (ED22).

Todo sofrimento merece atenção. A escuta qualificada/terapêutica é uma ferramenta essencial para esse cuidado. Ela é um dispositivo de produção de sentidos que possibilita a minimização da angústia, permite a compreensão do sofrimento psíquico da pessoa, valoriza suas experiências, cria vínculos, produz relações de acolhimento e respeito, auxiliando-o na busca da resolução de seu problema (MAYNART, 2014).

No entanto, a prescrição de medicamentos e o encaminhamento a especialistas são práticas mais comuns dos profissionais de saúde diante de casos de sofrimento psicológico (AZEVEDO, 2010; FONSECA, 2008; SILVEIRA, 2000). Ocorre que o medicamento geralmente funciona como algo paliativo, isto é, alivia os

sintomas do momento, mas não garante a resolução do sofrimento, como salienta Azevedo (2010). Segundo a mesma autora,

o denominado “remédio controlado” está presente em boa parte das intervenções por ser uma maneira socialmente legitimada de controlar as loucuras da mente e os excessos do corpo. [...] Ficar no binômio consulta-medicação é só mais uma forma paliativa de manter o corpo que grita, disciplinado, e, portanto, alienado em sofrimento (AZEVEDO, 2010, p. 232-234).

Em seu artigo, Fortes et al. (2014) destacam diversas possibilidades de intervenções que, com ajuda até mesmo de leigos, auxiliam no cuidado de indivíduos com transtornos mentais. Entre elas estão: a Terapia Comunitária (TC), que seria um modelo brasileiro deste tipo de intervenção, oferecendo espaço para as pessoas dividirem suas dores e sofrimentos; grupos de artesanato e geração de renda, atividades físicas e práticas integrativas e complementares (PICS), inclusive meditação da atenção plena (*mindfulness*), ioga, *tai chi chuan* e relaxamento.

Enfatiza-se que, o fundamental na prática dos profissionais de saúde é saber diferenciar a tristeza de situações de depressão e isso será mais seguro a partir da inserção e utilização de instrumentos de avaliação de diagnósticos na rotina do trabalho na atenção primária à saúde. Para tanto, é necessário haver uma relação muito compreensiva, um olhar atento e cuidadoso dos profissionais de saúde em relação a seus pacientes.

Conclusão

A atenção à saúde oferecida no Brasil, no tocante ao serviço público, ainda está pautada no modelo biomédico hegemônico na medida em que reforça a dicotomia saúde/doença, o que implica uma atuação voltada para a doença. Reforça práticas, na maioria das vezes, inadequadas para tratar as necessidades de saúde da população, e a doença é reduzida a uma avaria mecânica, à terapia médica, à manipulação técnica, negligenciando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde/doença (CARVALHO, DIMENSTEIN, 2004).

Há que se considerar que a depressão, embora seja um transtorno cada vez mais impactante na qualidade de vida da população brasileira, é um tema pouco abordado e discutido no âmbito da atenção primária à saúde.

No presente estudo, em que foram investigadas mulheres de 20 a 59 anos, são diversos os fatores que se mostram relacionados à maior vulnerabilidade desse grupo: papéis sociais, hábitos de vida, relacionamentos interpessoais, violência, religiosidade, tratamento, uso dos serviços de saúde. A falta de sentido na vida torna-se algo aparentemente normal, a ponto de não procurar ajuda para tratar a doença.

Outra dificuldade destacada está relacionada ao diagnóstico, uma vez que a semelhança dos sintomas propicia confusão entre tristeza e depressão.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde da atenção primária estejam atentos às manifestações da depressão em conjunto com outras doenças, com vista a minorar seus efeitos sobre a condição de saúde dos indivíduos. Para tanto, é preciso que as equipes deste nível da atenção em saúde sejam capacitadas para diagnosticar corretamente os transtornos mentais, especialmente a depressão por ser muito estigmatizada pela sociedade e pela própria paciente.

Conclui-se que ações educativas que visem desmistificar a depressão e as doenças mentais de modo geral podem contribuir para promoção da saúde mental no âmbito da saúde pública, além de oportunizar uma melhor qualidade de vida para os indivíduos acometidos pelo transtorno depressivo.

Por certo, essa questão, pressupõe investimento maciço na qualificação dos recursos humanos em saúde. Também é preciso reconhecer a necessidade de articular, de forma incisiva, a atenção primária a saúde e as políticas/ações específicas da área da saúde mental.

Referências

AFONSO, Fernanda e PEREIRA, Maria da Graça. Preditores da morbidade psicológica em fumantes, motivados para deixar de fumar, e em abstinentes. **Rev. SBPH** [online]. 2012, vol.15, n.2, pp. 96-116. ISSN 1516-0858.

ALVES, Cássia Ferrazza; DELL'AGLIO, Débora. Social Support Perception of Adolescents from Public Schools. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 7, n. 2, p. 89-98, 2016.

ALVES, Daniel Gonçalves. O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus significados. **Conexões PSI**, v. 3, n. 1, p. 72-100, 2015.

ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farmac.**, v.40, n.4, p.471-9, 2004.

ARAUJO, Álvaro Cabral e LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.** [online]. 2014, vol.16, n.1, pp. 67-82. ISSN 1517-5545

AZEVEDO, L.F.M. **Nervos: rede de discursos e práticas de cuidado na atenção básica no município de Natal/RN**. 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN.

AZEVEDO, Luciana Fernandes de Medeiros. **Um Estudo Sobre a “Doença dos Nervos”**. Para Além de um Sofrimento Incorporado. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia ISSN: 1983-8220 Vol. 5, No 2, jul-dez, (2012) 223-235

AZEVEDO, Luciana Fernandes de Medeiros. **Os trabalhadores de saúde diante do nervosismo**: uma perspectiva a partir da etnografia institucional. *Saúde Transform. Soc.* [online]. 2014, vol.5, n.1, pp. 42-49. ISSN 2178-7085.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca e SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH** [online]. 2011, vol.14, n.1, pp. 233-243. ISSN 1516-0858.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B; MAZO, G. Z. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 273-279, 2007

BÓS AMG, BÓS AJG. Fatores determinantes e conseqüências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. **Rev Bras Cienc Envelhecimento Humano**. 2005;2(2):36 - 46.

BRANT, Luiz Carlos and MINAYO-GOMEZ, Carlos. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. **Interface (Botucatu)**. 2008, vol.12, n.26, pp.667-676.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica. Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176 p.

BUENO, J. A. **Suporte familiar e depressão**: um estudo correlacional. WebArtigos.com, 27 de maio 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/suporte-familiar-e-depressao-um-estudo-correlacional/17281/>. Acessado em: 16/08 /2016

CALHEIROS, Paulo Renato Vitória. **Avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina**. Tese 90 f. (Doutorado em Psicologia) Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CAMARGO, Sabrina Gomes. Tristeza ou Depressão? Uma impropriedade significativa. **Revista eletrônica do núcleo SEPHORA, Psicóloga, Especialização em Teoria da Clínica Psicanalítica–UFBA, Mestrado pelo Departamento de psicanálise da Universidade de Paris VIII**, v. 3, 2008.

CAMON, V. A. A. (2001). Depressão como um processo vital. Em V. A. A. Camon (Org.). **Depressão e Psicossomática**. (p. 1-44). São Paulo: Pioneira ThomsonLearnin

CARVALHO LF, DIMENSTEIN M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estud. psicol.** (Natal). 2004. 9(1):121-9.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** . 2014, vol.19, n.4, pp.1065-1076.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. **Análise de conteúdo**: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, João Pessoa, v. 4, n. 1, p.13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000/10871>>. Acesso em: 14 abr 2016.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2011.

COBB S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom Med**. 1976;38:300-14.

CORSO, Aline Naymayer et al. Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 30, n. 2 (jun. 2009), p. 257-262, 2009.

COSER, O. **Depressão**: clínica, crítica e ética. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; GONTIES, Bernard; ARAUJO, Ludgleydson Fernandes de and SA, Roseane Christhina da Nova. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF (Impr.)** 2003, vol.8, n.2, pp.183-192.

CUNHA, Marines de Fátima; GANDINI, Rita de Cássia. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psicol. teor. pesqui**, v. 25, n. 3, p. 409-418, 2009.

DEMYTTENAERE, K. (2001). Compliance and acceptance in antidepressant treatment. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 5, 29-35.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. 2006. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, Penso, 432 p

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret. 2003.

FIGARO, R. **A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho**. Fronteiras -estudos midiáticos, v. 16, n. 2, p. 124–131, 2014.

FONSECA, ML. Sofrimento difuso nas classes populares no Brasil: uma revisão da perspectiva do nervoso. In: Vasconcelos, EM. **Abordagens Psicossociais - Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 171-228.

FONSECA, Diego de Lima et al. Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet.,(Rio J.)**, v. 18, n. 2, 2010

FORTES, Sandra et al.. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

FRANK, MH, RODRIGUES, NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS EV, PY L, NERI AL, CANÇADO FAXC, GORZONI ML, DOLL J. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 376-87.

GAZALLE FK, LIMA MS, TAVARES BF, HALLAL PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2004;38(3):365-71.

GLASSMAN, A.H. (1993) Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. **Am. J. Psychiatry**. 150: 546-53.

GOMES, Antonio Maspoli Araujo. Um olhar sobre a depressão e religião numa perspectiva compreensiva. **Estudos de Religião**, v. 25, n. 40, p. 81-109, 2011.

HALES Robert E. , YUDOFKY Stuart C. , GABBARD Glen O. . **Tratado de Psiquiatria Clínica** - 5ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012. 1819 p.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

HORWITZ AV, WAKEFIELD JC. **The loss of sadness**: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press; 2007

HORWITZ AV, WAKEFIELD JC. **A tristeza perdida** – como a psiquiatria transformou a depressão em moda. São Paulo: Summus, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2008**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/sinteseindicais2008>. Acessado em: 10 abr. 2016

JENSEN, K.B.; JANKOWSKI, N.M. (eds.). 1993. **Metodologias cualitativas de investigación en comunicación de masas**. Barcelona, Bosch, 324 p.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J.A. (2002). **Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

KESSLER RC, BIRNBAUM HG, SHAHLY V, BROMET E, HWANG I, MCLAUGHLIN KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Health Survey Initiative. **Depress Anxiety** 2010; 27(4): 351-64.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: um encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KRISTEVA, J. **Sol negro**: depressão e melancolia. Rio de Janeiro: Rocco, 1989

KROENKE, K. SPITZER, R.L. WILLIAMS, J.B.W. The PHQ-9 validity of Brief Depression Severity Measure. **J Gen Intern Med**, v 16, p. 606-613, 2001.

LIMA, Maurício Silva de. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 1999, vol.21, suppl.1, pp.01-05.

LEFEVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública** . 1983, vol.17, n.6, pp. 500-503.

LEITE, Costa et al. Percepções das mulheres sobre a violência contra a mulher: uma revisão integrativa da literatura. **Avances en Enfermería**, v. 31, n. 2, p. 136-143, 2013.

LEITE FMC, BRAVIM LR, LIMA EFA, PRIMO CC. **Violência contra a mulher: caracterizando a vítima, a agressão e o autor**. J. res.: fundam. care. online. [Internet] 2015; 7(1) [acesso em 20 out 2015]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2181-2191>.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; AVEZUM JR, Álvaro. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. **Rev Bras Cardiol**, v. 24, n. 1, p. 55-57, 2011.

MACIEL, Álvaro Campos Cavalcanti and GUERRA, Ricardo Oliveira. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **J. bras. psiquiatr.** 2006, vol.55, n.1, pp.26-33.

MACLACHLAN, M. (2004). **Embodiment**: Clinical, critical and cultural perspectives on health and illness. London: Open University Press.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNO. **DSM-5**. [American Psychiatric Association, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - e . Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, 948 p.;

MARTIN, D. et al. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.43, p.885-99, out./dez. 2012.

MAYNART, Willams Henrique da Costa et al. Qualified listening and embracement in psychosocial care. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 300-304, 2014.

MÁXIMO, G. C. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Tese. 208 p. (Doutorado em Demografia) Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. 2003. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: P. GOLDENBERG; R.M.G. MARSIGLIA; M.H.A. GOMES (org.), **O clássico e o novo**: Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 117-142.

MIRANDA, E. **Medicalização da vida como cuidado de si**: O consumo de psicofármacos em Recife. XIV Congresso Brasileiro de Sociologia. GT: Consumo, Sociedade e Ação Política: 28 a 31 de julho de 2009, Rio de Janeiro

MOREIRA-ALMEIDA A; LOTUFO NETO F, KOENIG HG. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. São Paulo. 2006 sep; 28(3): 242-50. Epub Aug 10, 2006. ISSN 1809-452X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>>. Acesso em 02.mai.2016.

MORENO, D. H.; DIAS, R. S.; MORENO, R. A. Transtornos do humor. In: NETO, M. R. L.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. A importância das narrativas em pesquisa qualitativa. **CIAIQ2014**, v. 2, 2015

NARDI, A. E. **Questões atuais sobre depressão**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Lemos, 2006.

OLIVEIRA, E. R. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP**, Marília, 9.ed, 2012. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/index>>. Acesso em: 12 de agosto de 2016.

PEREIRA, William Cesar Castilho Pereira. **O adoecer psíquico do subproletariado**. São Paulo: Imago, 2004, 366p.

PINSKY I, ZALESKI M, LARANJEIRA R, CAETANO R. Primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. **Rev Bras Psiquiatr**. 2010 set; 32(3): 214-5.

PIRES MRGM, GÖTTEMS LBD, CUPERTINO TV, LEITE LS, VALE LRD, CASTRO MAD, et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no sus de belo horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde Soc** (São Paulo). 2013; 22(1): 211- 22.

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C. (2001). **Apoio social e religião**: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Dissertação (Mestrado em) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) : Rio de Janeiro.

ROJAS, E.- **Adeus Depressão**. 1ª ed. Lisboa: Livros D'Hoje - Publicações Dom Quixote, 2007.

ROMBALDI, Airton José et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2010, vol.13, n.4, pp. 620-629.

ROMERO, E.. **O inquilino do imaginário**: formas de alienação e Psicopatologia. São Paulo: Lemos editorial, 2001

SANTOS, Élem Guimarães dos and SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.** [online]. 2010, vol.59, n.3, pp.238-246.

SANTOS IS TAVARES BF MUNHOZ TN et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. **Cad Saude Publica**. 2013;29:1533–1543 .

SCHAKAROWSKI, Fabiana Brum e OLIVEIRA, Viviane Ziebell de. O corpo (im)possível através da intervenção cirúrgica: uma revisão sobre imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica. **Aletheia**. 2014, n.45, pp. 177-189.

SILVA DE SOUZA, Mayra; NUNES BAPTISTA, Makilim e DA SILVA ALVES, Gisele Aparecida. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia**. 2008, n.28, pp. 32-44.

SILVA, N. L. P., & DESSEN, M. A. (2001). Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 17(2), 133-141.

SILVA, Mari-Nilva Maia da et al. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**. 2008, vol.30, n.2, pp. 150-154.

SILVEIRA, ML. **O nervo cala, o nervo fala**: A linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

SOCUDO, Andréa Maria Carneiro Lobo. **Da patologização dos afetos à medicalização da tristeza: aspectos do discurso médico-científico sobre medicamentos antidepressivos no Brasil: 1959-1991**. Tese. 308f. (Doutorado em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015

STEFANIS, C. N.; STEFANIS, N. C. Diagnóstico dos transtornos depressivos: uma revisão. In: MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Transtornos depressivos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 1, p. 13-49.

TENG, CT, CEZAR, LTS. Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, 2010. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revista.asp?fase=roo3&idmateria=4526>. >Acesso: 20 de setembro de 2016.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. **Interface** -Comunic. , Saúde, Educ., v.10, n.19, p.61-76, Jan/Jun 2006.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 13-157.

YONKERS, K; STEINER, M. **Depressão em mulheres**. São Paulo: Lemos. 2001.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). **The World Health Report** 2001. Mental Health. New Understanding. New Hope. Geneva

7 Considerações finais

“Não é bastante ter ouvidos para ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma. Daí a dificuldade...”

Rubem Alves

Embora a depressão seja um transtorno cada vez mais impactante na qualidade de vida da população brasileira, é um tema pouco abordado e discutido no âmbito da atenção primária à saúde.

Esta pesquisa teve como finalidade estudar a depressão em mulheres de 20 a 59 anos atendidas pela atenção primária.

Verificou-se, neste estudo, que as mulheres com cor da pele branca, menor escolaridade, solteiras ou sem companheiro apresentaram maior prevalência de depressão. Os resultados revelam que deve haver um cuidado especial na atenção primária à saúde às mulheres com baixa escolaridade, que trabalham, apresentam doença mental e não praticam exercícios físicos, o que permitiria derivar em benefícios consideráveis para a redução do sofrimento e promoção de saúde.

Diversos fatores se mostram relacionados à maior vulnerabilidade desse grupo: papéis sociais, hábitos de vida, relacionamentos interpessoais, violência, religiosidade, tratamento, uso dos serviços de saúde. Uma das dificuldades destacadas está relacionada ao diagnóstico que, devido à semelhança dos sintomas, possibilita confusão entre tristeza e depressão.

Foi possível interpretar o significado da depressão atribuído pelas mulheres segundo suas experiências de vida. Mostrou-se a necessidade de identificar os sentidos dados por elas ao termo de depressão de acordo com seu contexto sociocultural. Verificou-se que, dando-lhes voz e escutando suas subjetividades, é possível distinguir uma emoção de uma patologia e, desse modo planejar, intervenções adequadas, uma assistência integral de qualidade pela equipe multiprofissional.

As participantes do estudo se mostram ambivalentes em relação ao uso de medicamentos. Apesar dos resultados positivos dos antidepressivos demonstram

apreensão quanto a dependência do tratamento. A falta de conhecimento sobre o esquema terapêutico pode simbolizar um possível agravamento da condição de saúde, pois compromete a adesão ao tratamento.

Um agravante dessa situação são as queixas relacionadas a dificuldade e ou demora em obter atendimento, a falta de humanização e acolhimento nos serviços de saúde embora, teoricamente, qualquer pessoa tem direito à assistência de qualidade.

A falta de apoio familiar apresentou-se como fator relevante nos relatos das participantes. A relação com a família nem sempre é harmoniosa, considerando que seus membros, as vezes, não sabem como ajudar ou aceitam o diagnóstico.

Foi também evidenciado que, a falta de sentido na vida torna-se algo aparentemente normal, a ponto de não procurar ajuda para tratar a doença. As experiências vividas pelas participantes conduzem a uma resignificação da sua vida que as impulsionam a mudanças no padrão de comportamento chegando até mesmo a pensar em suicídio.

O estudo apontou o uso de alguns recursos para minimizar o sofrimento, entre eles, a espiritualidade e a religiosidade que aparecem como um fator de proteção que coopera para a mudança de vida e para a reabilitação.

Torna-se necessário considerar a relevância da depressão como doença mais frequente na população adulta feminina de modo a avaliar evidências sobre fatores associados, alguns modificáveis, o que poderá favorecer o planejamento de políticas para os serviços de saúde, principalmente na atenção primária.

Embora aspectos de vida, antes considerados normais, têm sido patologizados, fica claro que há uma grande lacuna no tratamento da depressão no que se refere a atenção primária. Salienta-se a necessidade de construção de um espaço de escuta onde seja possível abordar as questões envolvidas no sofrimento do sujeito, promovendo reflexões/respostas sobre suas dificuldades, seus desejos e perspectivas de vida, visando a integração corpo, mente e condições de vida.

Há que se desenvolver propostas assistenciais de rastreamento da doença e manter foco na medicalização e acompanhamento sistemático dessas mulheres. A detecção precoce de sintomas depressivos pode minimizar os prejuízos pessoais associados e demais custos atribuídos aos serviços de saúde.

É importante ressaltar que a ideia do estudo não é “culpabilizar” os profissionais da saúde, nem depreciar as técnicas e recursos dos serviços, mas

possibilitar uma reflexão sobre as demandas dessa população que apresenta transtorno depressivo e necessita do *feedback* dos serviços de saúde.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde da atenção primária estejam atentos às manifestações da depressão em conjunto com outras doenças, com vista a minorar seus efeitos sobre a condição de saúde dos indivíduos. Para tanto, é preciso que as equipes deste nível da atenção em saúde sejam capacitadas para diagnosticar corretamente os transtornos mentais, especialmente a depressão, por ser muito estigmatizada pela sociedade e pela própria paciente.

Conclui-se que ações educativas que visem desmitificar a depressão e as doenças mentais de modo geral podem contribuir para promoção da saúde mental no âmbito da saúde pública, além de oportunizar uma melhor qualidade de vida para os indivíduos acometidos pelo transtorno depressivo.

Por certo, essa questão pressupõe investimento maciço na qualificação dos recursos humanos em saúde. Também é preciso reconhecer a necessidade de articular, de forma incisiva, a atenção primária à saúde e as políticas/ações específicas da área da saúde mental.

8 Referências

.....

8 Referências

“Só se aprende ciência praticando a ciência; só se pratica a ciência praticando a pesquisa, e só se pratica a pesquisa trabalhando o conhecimento a partir de fontes apropriadas a cada tipo de objeto”.

Antônio Joaquim Severino

ABELHA, L.. Depression, a matter of public health. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 223-223, 2014.

ALMEIDA-FILHO, N. et al.. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *The British Journal of Psychiatry*, v. 171, n. 6, p. 524-529, Dec.1997. IN: MAXIMO, Geovane da Conceição. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização dos serviços de saúde no Brasil**. 2010. 181 f. Tese. (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, belo Horizonte, 2010.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. **Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil**: interactions of gender, ethnicity and social class. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 59, n. 7, p. 1339-1353, Oct. 2004

ALVES, C. F.; DELL'AGLIO, D.. Social Support Perception of Adolescents from Public Schools. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 7, n. 2, p. 89-98, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-V**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

ANDRADE L, CARAVEO-ANDUAGA JJ, BERGLUND P, BIJL RV, DE GRAAF R, VOLLEBERGH W, DRAGOMIRECKA E, KOHN R, KELLER M, KESSLER RC, KAWAKAMI N, KILIÇ C, OFFORD D, USTUN TB, WITTCHEN HU. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **Int J Methods Psychiatr Res** 2003;12(1):3-21.

ARANTES, DV. Depressão na atenção primária a saúde. **Rev. BrasMedFam Com.** 2007 jan-mar;2(8):261-70.

ARAUJO, A. C.; LOTUFO NETO, F.. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* [online]. 2014, vol.16, n.1, pp. 67-82. ISSN 1517-5545.

BALLONE, GJ; ORTOLANI, IV; PEREIRA, NETO E.. **Da Emoção à Lesão**, ed. Manole, 2a. Ed., SP, 2007.

BANDEIRA, M.; FREITAS, LC.; CARVALHO FILHO, JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **Braz. J. Psiquiatr.**, v.56, p.41-47, 2007.

BARBOSA, FO.; MACEDO, PCM.; SILVEIRA, RMC da. Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH** .2011, vol.14, n.1, pp. 233-243. ISSN 1516-0858.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BERBER, JSS.; KUPEK, E.;BERBER, SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 45, n. 2, p. 47 –54, 2005

BOING, AF et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**. 2012, vol.46, n.4, pp.617-623. Epub June 26, 2012.

BOTEGA, NJ;BIO, MR.; ZOMIGNANI, MA.; GARCIA JR., C.; PEREIRA, WAB (1995). Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, 29(5),355-363.

BRANT, LC; MINAYO-GOMEZ, C.. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva** 2004, vol.9, n.1, pp.213-223.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentode Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015**. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acessado em: 04 de agosto de 2016

BROMET, E; ANDRADE, LH; HWANG, I; SAMPSON, NA; ALONSO, J; DE GIROLAMO, G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Med.** 2011;9:90.

BRUCH et al. Relação de distúrbios mentais em uma população com doenças musculoesqueléticas ou reumatológicas. *Revista Dor*, v. 7, n. 4, p. 875 –881, 2006.

BRUNONI, AR et al. Estratégias de neuromodulação para o tratamento da depressão maior: desafios e recomendações de uma força-tarefa. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online]. 2010, vol.68, n.3, pp.433-451. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2010000300021>. Acesso em: 04/04/2016.

BTESHE, M.. **Experiência, narrativa e práticas infocomunicacionais:** sobre o cuidado no comportamento suicida. Tese 189 p. (Doutorado em Ciência) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro, 2013.

CAMPOS, CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004.

CAPONI, S. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. **Cad. Bras. Saude Mental**, v.1, n.1, 2009. 1 cd-rom.

CARVALHO, CMS de; MIRANDA, JGAB de; ARAÚJO, EB; CHAGAS DNS das. A percepção dos profissionais da Atenção Básica acerca da integralidade na assistência. **Rev. Interd.** v. 7, n. 2, p. 18-27, abr. mai. jun. 2014. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/669/pdf_256. Acessado em: 07/03/2016

CASTRO et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 38, n. 4, p. 126 – 129, 2011.

CAVALCANTE, RB.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, MMK. **Análise de conteúdo:** considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação e Sociedade: estudos*, João Pessoa, v.24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em:<<http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/download/10000/10871>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

CIPRIANI, A; BARBUI, C; BUTLER, R; HATCHER, S; GEDDES, J. Depression in adults: drug and physical treatments. **Clin Evid** (Online). 2011;2011.

CHAUI, M. **Convite à filosofia.** 11ªed. São Paulo: Ática; 1999.

COBB S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom Med.** 1976;38:300-14.

COELHO, CLS; CRIPPA, JAS; SANTOS, JLF; PINSKY, I; ZALESKI, M; CAETANO, R, et al. Maior prevalência de sintomas depressivos importantes em brasileiros com idade entre 14 e mais velhos. **Rev Bras Psiquiatr.** 2013; 35 (2): 142-149

COSER, O. **Depressão: clínica, crítica e ética.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

COSTA, LS. **Avaliação, impacto e rastreamento de sintomas depressivos em serviços de saúde.** Dissertação. 2010. 92 p. (Mestrado em psiquiatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2010.

COSTA, TS. **Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro.** 2015. 98 f. Tese. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, 2015.

CONRAD, P. **A medicalização da sociedade: sobre a transformação das condições humanas em doenças tratáveis.** Baltimore: Johns Hopkins Press, 2007.

CUCHE, H; GERARD, A. **Não aguento mais: um guia para compreender e combater a depressão.** 2ªed. Campinas (SP): Papirus;1994.

CUNHA, R V da; BASTOS, GAN; DUCA, GFD. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2012, vol.15, n.2, pp.346-354. ISSN 1415-790X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>.

CUNHA, M F.; GANDINI, RC. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 409-418, 2009.

DE ALMEIDA FLECK, MP. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 2, p. 114-122, 2003.

DEL PORTO, JA.. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 1999, vol.21, suppl.1, pp. 06-11. ISSN 1516-4446.

DEMYTTENAERE et. al. **Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the World Mental Health Surveys.** *Pain*, v. 129, p. 332–342, 2007

DENZIN, NK.; LINCOLN, YS.. **O planejamento da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre, Penso, 2006 432 p.

DIAS, FMV et al. Perfil dos indivíduos diagnosticados com depressão maior no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. estud. popul.** [online]. 2012, vol.29, n.2, pp. 497-502. ISSN 0102-3098. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982012000200016>.

DOS REIS, LN et al. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 862-9, 2013.

DUAILIBI, K.; SILVA, ASM; MODESTO, B. Como diagnosticar e tratar depressão. **Rev. Bras. Med**, v. 70, p. 6-13, 2013.

DUARTE, MB.; REGO, MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 691 –700, 2007.

FERREIRA, RC; CHIRELLI, MQ; PEREIRA, AG. Abordagem psicológica na atenção básica em saúde: da fragmentação à integralidade. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2011, vol.35, n.2, pp.177-185. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000200006>

FIGARO, R.. A triangulação metodológica em pesquisas sobre a comunicação no mundo do trabalho. **Revista Fronteiras - Estudos Midiáticos**, 2014, 16 (2), 124-131.

FLECK M. P et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-8, 2002.

FLECK, MP; BERLIM, MT; LAFER, B; SOUGEY, EB; DEL PORTO, JÁ; BRASIL, MA, et al. [Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Complete version)]. **Rev Bras Psiquiatr.** 2009;31 Suppl 1:S7-17.

FONSECA, DL et al. Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet., (Rio J.)**, v. 18, n. 2, 2010.

FORTES, S.; VILLANO, LAB.; LOPES, CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.30, p.32-37, 2008.

FORTES, S; BALLESTER, D. Saúde mental e Estratégia de Saúde da Família, construção da integralidade, p. 266-270. In: BRASIL, M.A.A. et. al. **Psicologia médica, a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

FORTES, S et al.. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

FOUCAULT M. **História da loucura**. 7ªed. São Paulo: Perspectiva; 2004.

FRAGUAS JR. R; HENRIQUES JUNIOR, SG; DE LUCIA, MS; IOSIFESCU, DV; SCHWARTZ, FH; MENEZES, PR, et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. **J Affect Disord** 2006; 91:11-7.

FRANÇA, JL et al. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2014. 263 p.

GARRO, L; MATTINGLY, C. Narrative as a construct and construction. In: Mattingly C, Garro L. **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. Berkley, Los Angeles, London: University of California Press; 2000. p. 1-49

GONÇALVES, DM; KAPCZINSKY, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.24, p.1641-1650, 2008.

GONCALVES, TR; PAWLOWSKI, J; BANDEIRA, DR ; PICCININI, CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.3, pp.1755-1769. ISSN 1413-8123.

GROULEAU, D; YOUNG, A; KIRMAYER, LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. **Transcult Psychiatry** 2006;43(4):697-717.

GUIMARÃES, API. (2008). Em 4 anos venda de antidepressivos cresce mais de 40%. **Folha de São Paulo** (on-line). Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u466775.shtml>. Acessado em: 17/01/2014.

HEGADOREN, K. et al. The many faces of depression in primary care. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 155-64, jan./mar. 2009.

HENDERSON, C; EVANS-LACKO, S; THORNICROFT, G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs **Am J Public Health**. 2013 May;103(5):777-80. doi: 10.2105/AJPH.2012.301056. Epub 2013 Mar 14.

HISATUGO, CLC; YAZIGI, L. Estudo exploratório com indivíduos com depressão por meio do Rorschach, Sistema Compreensivo. **Aval. psicol.** [online]. 2014, vol.13, n.2, pp. 157-166. ISSN 1677-0471.

HORWITZ, AV; WAKEFIELD, JC. **The loss of sadness**: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press; 2007

HORWITZ, AV; WAKEFIELD, JC. **A tristeza perdida** – como a psiquiatria transformou a depressão em moda. São Paulo: Summus, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISICA – IBGE. **Censo 2010**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde** (PNS) - 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, Brasil, grandes regiões e unidades da federação – Volume 1

INSTITUTO DE MÉTRICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE - IHME. **Estudo de Carga de Doença Global**: gerando evidências, informando políticas de saúde. Seattle, WA: IHME, 2013.

JENSEN, KB; JANKOWSKI, NM (eds.). **Metodologias cualitativas de investigación en comunicación de masas**. Barcelona, Bosch, 1993, 324 p.

KAPLAN, HB; SADOCK, BJ; GREBB, JA. (2002). **Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

KEHL, MR. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo. 2009.

KESSLER, RC; AGUILAR-GAXIOLA S; ALONSO, J; CHATTERJI, S; LEE, S; ORMEL J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. **Epidemiol Psichiatr Soc**. 2009 JanMar;18(1):23-33.

KOHN, R; SAXENA, S; LEVAV, I; SARACENO, B. The treatment gap in mental health care. **Bull World Health Organ**. 2004;82(11):858-66.

KRISTEVA, J. **Sol negro: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Rocco,1989.

KROENKE, K; SPITZER, RL. The PHQ-9: a new depression and severity measure. **Psychiatric annals**, Thorofare, v. 32, n. 9, p. 1-7, 2012.

KROENKE, K; SPITZER, RL. WILLIAMS, JBW. The PHQ-9 validity of Brief Depression Severity Measure. **J Gen Intern Med**, v 16, p. 606-613, 2001.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc**. [online]. 2011, vol.20, n.4, pp.867-874. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

LEAL, EM; DAHL, CM; SERPA JUNIOR, OD. A experiência do adoecimento em estudo de narrativas de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico: um debate sobre a necessidade da releitura da categoria a partir de achados de pesquisa. **Ci. Huma. e Soc. em Rev**. RJ, EDUR, vol. 36, 1, jul / dez, p.55 - 67, 2014

LEFEVRE, FA função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1983, vol.17, n.6, pp. 500-503. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101983000600007>.

LEITE, IC et al . Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 7, p. 1551-1564, jul. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701551&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18/03/2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111614>.

LOPES, M. **Os significados da depressão entre pacientes com câncer de bexiga em seguimento terapêutico**. Tese, 219 p. 2013 (Doutor em Ciências), Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

LOPEZ, MRA et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 103-108, 2011.

LORANT, V; DELIEGE, D; EATON, W; ROBERT, A; PHILIPPOT, P; ANSSEAU; M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. **American Journal of Epidemiology**. 2003;157(2):98-112.

LORENÇATTO et al. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 3, p. 217 –221, 2002

MALTA, DCA. Angústia, fé e sentido da vida na pós-modernidade. In: GOMES, Antonio Maspoli de Araújo. **Eclipse da alma**. A depressão e seu tratamento sob o olhar da psicologia, da psiquiatria e do aconselhamento pastoral solidário. São Paulo: Fonte, 2010. p. 95-125.

MARAGNO, L; GOLDBAUM, M; GIANINI, RJ; NOVAES, HMD.; CESAR, CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, p.1639-1648, 2006.

MARTHA, MC et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, p. 149 –159, 2005.

MASSIE, MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. **Journal of the National Cancer Institute Monographs**, n. 32, p. 57-71, 2004.

MATTA, APC.; MOREIRA FILHO, PF. sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. **Arquivos de Neuro Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 991 – 994

MATEUS, MD, MARI, JJ, DELGADO, PG; ALMEIDA-FILHO, N; BARRETT, T; GEROLIN J, et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. **Int J Ment Health Syst**. 2008;2(1):12.

MÁXIMO, GC. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Tese. 208 p. (Doutorado em Demografia) Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

MCKENZIE, K. **Depressão**. Editora Três, 1999. (Coleção Guia da Saúde Familiar, 8)

MEDRONHO, R et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MERCEDES, B PC. **Adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar**. 2013. 123 p. Dissertação. (Mestrado em Ciências) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2013.

MIASSO, AI. **"Entre a cruz e a espada": o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar**. Tese. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2006.

MINAYO, MCS.; MINAYO-GÓMEZ, C. 2003. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, RMG.; GOMES, MHA. (org.), **O clássico e o novo: Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 117-142.

MITCHELL A, J; VAZE, A; RAO, S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. **Lancet**. 2009 Aug 22;374(9690):609-19

MOLINA, MRAL et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. 2012, vol.39, n.6, pp.194-197. ISSN 0101-6083. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>.

MORAES JÚNIOR, ECM. **Prevalência e fatores de risco para transtorno mental comum na população urbana da Região Metropolitana de São Paulo**. Dissertação 141 p. (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB. Botucatu, 2010

MULDER, RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 51, n. 2, p. 238-250, 2008.

MUNHOZ, TN. **Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional**. 2012. 140 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. 2012

MURRAY, CJ; LOPEZ, AD. **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Cambridge: Harvard University Press; 1996

NARDI, AE. **Questões atuais sobre depressão**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Lemos, 2006.

NUNES, MA; ALVES, MGM; CHOR, D; SCHMIDT, MI; DUNCAN, BB. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule- Revised version) para o português no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). **Rev HCPA**. 2011;31(4):515-8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OMS. CID-10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial da Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança: Genebra (CH): MS;2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS **Classificação Internacional de Doenças** (CID-10). 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2008**: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

PARANHOS, ME; WERLANG, BG. Diagnóstico e intensidade da depressão. **Barbarói**. 2010 (31):111-25. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/>. Acesso em: 18/03/2016.

PARKER, G; BROTCHE, H. Depressão maior suscita questionamento maior. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2009, vol.31, suppl.1, pp. S3-S6. ISSN 1516-4446.

PATTEN, SB. Long-term medical conditions and major depression in a canadian population study at waves 1 and 2. **J Affect Disord** 2001; 63(1-3): 35-41.

PELUSO, ETP.; BLAY, SL. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-8, 2008.

PEREIRA, WCCP. **O Adoecer Psíquico do Subproletariado**. São Paulo: Imago, 2004, 366p.

PEREIRA, L. **Depressão**: mobilização e sofrimento social. 2010. 117 p. Tese (Doutorado em Filosofia) Universidade de São Paulo. 2010

PEREIRA, FG. **O impacto da exposição a experiências adversas na infância na ocorrência de dor crônica e depressão na vida adulta**. 2014.130 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2014

PIRES, MRGM; GÖTTEMS, LBD; CUPERTINO, TV; LEITE, LS; VAL, LRD; CASTRO, MAD et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no sus de belo horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde Soc** (São Paulo). 2013; 22(1): 211- 22.

QUINTANA, MI; ANDREOLI, SB; MOREIRA, FG; RIBEIRO, WS; FEIJO, MM; BRESSAN, RA, et al. Epidemiology of psychotropic drug use in Rio de Janeiro, Brazil: gaps in mental illness treatments. **Plos One**. 2013;8(5):e62270

RIBEIRO, PRM. **Da psiquiatria à saúde mental**: esboço histórico. **J Bras Psiq.** 1999; 48:53-60.

RIBEIRO et al. Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, 2009.

ROMBALDI, AJ; SILVA, MC; GAZALLE, FK; AZEVEDO, MR; HALLAL, PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2010;13(4):620-9.

ROSENBAUM, JF.; HYLAN, TR. O custo dos transtornos depressivos: uma revisão. In: MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Transtornos depressivos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 6, p. 322-360.

SANTOS, ER dos. **Prevalência de episódio de depressão maior em áreas de abrangência da estratégia saúde da família em dois municípios do Amazonas**. Tese. 128 p. (Doutorado em Medicina Preventiva). Universidade de São Paulo. USP. São Paulo, 2015.

SANTOS, EG dos; SIQUEIRA, M M de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.** [online]. 2010, vol.59, n.3, pp.238-246.

SARTORIUS N. Stigma and mental health. **Lancet.** 2007;370(9590):810-1.

SCHULZE B. Mental-health stigma: expanding the focus, joining forces. **Lancet.** 2009;373(9661):362-3.

SERVAN-SCHREIBER D. **Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise**. São Paulo: Sá Editora; 2004.

SCHUTEL, TAA; RODRIGUES, J; PERES, GM. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Ciência e Saúde**. maio-ago. 2015;8(2):85-93 . Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/20167>. Acessado em: 12/03/2016

SHIM, RS; BALTRUS, P; YE, J; RUST, G. Prevalence, treatment, and control of depressive symptoms in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2005–2008. **J Am Board Fam Med.** 2011;24(1):33–38

SILVA, CR; GOBBI, BC; SIMÃO, AA. (2005). **O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa**: Descrição e aplicação do método. Organizações Rurais Agroindustriais, 7(1), 70-81.

SILVA, MT; GALVAO, TF; MARTINS, SS; PEREIRA, MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Rev Bras Psiquiatr.** 2014;36(3):262-70.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB. **Consolidado 2010, 2011 e 2012**.

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.

SPITZER RL. **Foreword to The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder.** Horwitz AV, Wakefield JC, editors. New York: Oxford University Press; 2007.

SOARES, G B; CAPONI, S. **Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2011, vol.15, n.37, pp. 437-446. Epub Mar 18, 2011. ISSN 1414-3283.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 mar. 2016.

STATA Corporation, College Station, Estados Unidos. versão 11.0

STELLA,F et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz Revista de Educação Física**, Rio Claro, v.8, n.3, p. 91-98, 2002.

STOPA, SR et al. Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 170-180, 2015.

TELLES-CORREIA, D. et al. Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 21, n. 1, p. 31-36, 2008.

TENG, CT; HUMES, EC; DEMETRIO, FN. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, p. 149 –159, 2005

TORIJA, JRU; MAYOR, JMF; SALAZAR, MPG; BUISÁN, LT; FERNÁNDEZ, RMT. Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. **Gac Sanit.** 2007; 21(1):37-42

VALENÇA, AM et al. Transtornos de ansiedade e depressão em pacientes de ambulatório de clínica médica. **RBM**, v. 65, p. 12-7, 2008.

VALENTINI, W; LEVAV, I; KOHN, R; MIRANDA, CT; MELLO, AAF; MELLO, MF; RAMOS CP. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Rev Saude Publica.**2004;38(4)523-8.

VASQUES, RCY; BOUSSO, RS; MENDES-CASTILLO, AMC. The experience of suffering: stories told by hospitalized children. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 122-129, 2011.

VERAS, BA; NARDI AE. Depressão na mulher. **Revista Brasileira de Medicina**, 2008 65:154-63.

VIEIRA, CM; TURATO, ER. Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo. **Rev. Nutr.** 2010, vol.23, n.3, pp.425-432.

WASTESON, E; BRENNE, E; HIGGINSON, IJ.; HOTOPF, M. et al. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. **Palliative Medicine**, v. 23, n. 8, p. 739–753, 2009.

WHO. World Health Organization. **Burden of disease: DALYs – Part 4** [Internet]. In: World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008 [acesso em: 21/09/2015]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf.

WHO. World Health Organization. **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva, 2010; World Health Organization.

WHO. World Health Organization. **Depression**: World Health Organization; 2015 Disponível em: <http://www.who.int/topics/depression/en/>. Acessado em: 21/09/2015

WHOOLEY MA, AVINS AL, MIRANDA J, BROWNER WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. **J Gen Intern Med.** 1997;12(7):439-

WIEHE, M; FUCHS, SC; MOREIRA, LB; MORAES, RS; PEREIRA, GM; GUS, M; FUCHS, FD. Absence of association between depression and hypertension: results of a prospectively designed population-based study. **J Hum Hypertens** 2006; 20:434-439

WILLIAMS, JW; NOËL, PH; CORDES, JA; RAMIREZ, G; PIGNONE, M. Is this patient clinically depressed? **JAMA.** 2002;287(9):1160-70.

WORLD HEALTH Organization (WHO). **Fact sheet nº 369: depression** [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. (Acessado em 04 de agosto de 2016).

ZAVASCHI, MLS. et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Rev Bras Psiquiatria** 2002; 24(4): 189-95.



ANEXO A

Termo de consentimento livre e esclarecido

Cara Senhora,

Você está sendo convidada a participar, voluntariamente de uma pesquisa sob o título provisório “Prevalência de depressão em mulheres e fatores psicossociais associados em um território coberto pela ESF no município de Juiz de Fora-MG” que está sendo desenvolvida pela enfermeira Ângela Maria Correa Gonçalves, em período probatório para o doutorado em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da UFJF, sob orientação da professora Prof^ª Dr^ª Maria Teresa Bustamante Teixeira e co-orientada pelo Prof. Dr Jairo Gama (psiquiatra). O estudo proposto tem os seguintes objetivos: Avaliar a prevalência e os fatores associados à depressão; Avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns e a qualidade de vida; Averiguar a diferença entre depressão e tristeza; Explicitar os fatores associados a tristeza e identificar o impacto da depressão sobre a qualidade de vida das mulheres.

Sua participação é livre e voluntária, e para tanto você deverá responder algumas perguntas que constam do roteiro de entrevista, a ser realizada em local, data e horário previamente agendado. Você poderá deixar de participar do estudo no momento que desejar e fazer todas as perguntas que julgar necessárias. Informamos ainda, que de acordo com as normas éticas da pesquisa, será respeitado o sigilo absoluto quanto à identidade do entrevistado e quanto às informações fornecidas, e que a utilização dos resultados será para fins exclusivamente científicos. A guarda das gravações será de minha inteira responsabilidade e serão apagadas após cinco anos do presente estudo.

Ressaltamos que sua participação não inclui nenhuma forma de pagamento, mas caso ocorra algum dano que possa ser comprovado em relação com o estudo, você será indenizado.

Desde já, agradecemos sua importante colaboração e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos através do telefone (32) 2102-3821 ou (32)9971-8582.

AUTORIZAÇÃO:

Eu,declaro que fui devidamente orientada quanto à finalidade e objetivo desta pesquisa, e concordo em participar da mesma como sujeito de investigação, uma vez que será mantido meu anonimato, não terei qualquer tipo de prejuízo pessoal ou profissional, e que não haverá nenhuma forma de indenização ou ressarcimento por minha participação. Tendo sido minhas dúvidas esclarecidas, autorizo por escrito a realização e gravação da entrevista bem como a utilização dos dados para fins científicos. O presente termo será autorizado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra comigo enquanto sujeito da pesquisa.

Diante do exposto asseguro que as informações que prestarei serão baseadas na verdade e relevantes para o bom êxito da pesquisa.

Juiz de Fora, ____/____/ 20...

Entrevistado: _____

Número de RG:

Pesquisador: _____

Ângela Maria Corrêa Gonçalves
Rua Marechal Deodoro, nº 991 / 401 - Centro
Telefone: 9971-8582
e-mail: gelagon@oi.com.br

Orientadora: _____

Drª Maria Teresa Bustamante Teixeira
Telefone: 2102-3830 / 2102-3832

ANEXO B**Carta de apresentação e de autorização da instituição**

À Subsecretária de Atenção Primária a Saúde

Sra. Adriana Moreira de Carvalho Barcelos

Apresentamos enfermeira/pesquisadora Ângela Maria Correa Gonçalves, em período probatório para o doutorado em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da UFJF, sob orientação da professora Prof^a Dr^a Maria Teresa Bustamante Teixeira e co-orientada pelo Prof. Dr Jairo Gama (psiquiatra). A referida pesquisadora estará desenvolvendo um estudo cujo título é “Prevalência de depressão em mulheres e fatores psicossociais associados em um território coberto pela ESF no município de Juiz de Fora-MG”

Considerando que os sujeitos da pesquisa serão mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, moradoras na área de abrangência UAPS Progresso e de termos como objetivos: Avaliar a prevalência e os fatores associados à depressão; Avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns e a qualidade de vida; Averiguar a diferença entre depressão e tristeza; Explicitar os fatores associados a tristeza e identificar o impacto da depressão sobre a qualidade de vida das mulheres, solicitamos autorização para a realização da pesquisa, com entrevistas e gravação das respostas obtidas.

Cabe ressaltar que os trâmites para a realização de tal pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, serão observados com rigor.

Colocamo-nos à sua disposição para o que for necessário e, desde já contamos com sua valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Ângela Maria Corrêa Gonçalves
Telefone: (32) 9971-8582
Pesquisadora

Dr^a Maria Teresa Bustamante Teixeira
Telefone: (32)2102-3830 / 2102-3832
Orientadora

Subsecretária de Atenção Primária a Saúde

Autorizado em: ___/___/___

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 068/2011

Protocolo CEP-UFJF: 2318.058.2011 **FR:** 416727 **CAAE:** 0072.0.180.000-11

Projeto de Pesquisa:

Área Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Data prevista para o término da pesquisa: 1º trimestre de 2014

Instituição colaboradora/sediadora: Universidade Federal de Juiz de Fora

Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X				
	Objeto de estudo está bem delineado	X				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X				
	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X				
Material e Métodos	Informa	Tipo de estudo	X			
		Procedimentos que serão utilizados	X			
		Número de participantes	X			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				X
		Crêterios de inclusão e exclusão	X			
		Recrutamento	X			
		Riscos ou desconfortos esperados	X			
		Coleta de dados	X			
		Tipo de análise	X			
		Cuidados Éticos	X			
		Assegura o arquivamento do material coletado pelo período mínimo de cinco anos	X			
		Explicita como será o descarte do material coletado	X			
		Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X		
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X				
Referências	Segue uma normatização	X				
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				X	
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores				X	
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	X				
	Apresenta justificativa e objetivos	X				
	Descreve suficientemente os procedimentos	X				
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X				
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	X				
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	X				



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 PRO-REITORIA DE PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
 36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

	Garante sigilo e anonimato		X			
	Explícita	Riscos e desconfortos esperados	X			
		Ressarcimento de despesas	X			
		Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X			
		Forma de contato com o pesquisador	X			
		Forma de contato com o CEP	X			
Pesquisador (es)	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa		X			
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.		X			
Documentos	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP		X			
	Folha de Rosto preenchida		X			
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)		X			
	Resumo do projeto					
	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa		X			
	Um CD-ROM gravado contendo: Projeto de pesquisa, Resumo do projeto e TCLE.		X			

P= parcialmente NA=Não se aplica

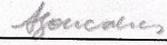
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
 Juiz de Fora, 16 de junho de 2011


 Profª Drª Iêda Maria Ávila Vargas Dias
 Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: 16 / 06 / 2011

ASS: 

B. Características Sócio-Demográficas

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre as suas características socioeconómicas, como grau de escolaridade, situação de trabalho e renda familiar.

B1.	Qual o seu estado conjugal?	1. Nunca foi casado(a) 2. Casado(a) ou viv(a) com companheiro(a) 3. Separado(a) ou divorciado(a) 4. Viúvo(a)	
B2.	Qual o seu grau de instrução?	1. Analfabeto/Menos de um ano de instrução 2. Elementar Incompleto 3. Elementar Completo e Fundamental Incompleto 4. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto 5. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto 6. Superior Completo ou mais	
B3.	Quantos anos completos de estudo (com aprovação) a sua/voce têm?	_____ anos	
B4.	Qual é a sua cor (raça)? <i>[Entrevistador: Leia as opções para a entrevistada]</i>	1. Branca 2. Negra 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	
B5.	Qual é a sua Religião?		
B6.	A sua/voce trabalha ou trabalhava? <i>[Trabalho em atividade diferente aos afazeres domésticos]</i>	1. Trabalha atualmente (inclui estagio remunerado). ⇒ Qual a sua renda: F.\$ _____ 2. Trabalha, mas não está em atividade atualmente 3. Já trabalhou, mas não trabalha mais 4. Nunca trabalhou em atividade diferente aos afazeres domésticos	Se 1. Ir para B8 Se 4. Ir para B10
B7.	Há quanto tempo a sua/voce está sem trabalho ou não está em atividade?	_____ dias _____ meses _____ anos	
B8.	Com que idade a sua/voce começou a trabalhar?	_____ anos	
B9.	Qual é (era) sua principal ocupação no trabalho? <i>[Atenção: usar o verbo no tempo correto, segundo situação de trabalho atual ou passado]</i>	_____ <i>[Anotar a ocupação]</i>	

		1. Não limita 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Intensamente 5. Muito intensamente					3. Em geral, em que grau esta doença limita suas atividades habituais? 1. Não limita 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Intensamente 5. Muito intensamente		CID [para o codificado:]		
		1. Não	2. Sim, há quanto tempo foi o diagnóstico?								
F:0	Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F:1	A sua/você tem ou teve algumas das doenças abaixo? [En:revisado: leia todas as opções de doenças para a entrevistada, se afirmativo, pergunte há quanto tempo foi o diagnóstico e quanto essa doença limita suas atividades habituais]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. E infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. E colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. E osteoporose (doença/fraqueza dos ossos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. E artrite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. E problema de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. E hepatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h. E asma ou bronquite asmática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i. E tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j. E depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	k. E doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar ou psicose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	l. E outra doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)? ↓ Qual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agora vamos falar sobre alguns problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos dias.

	Nenhuma vez (0)	Vários dias (1)	Mais da metade dos dias (2)	Quase todos os dias (3)
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência a sua/você foi incomodada por qualquer um dos problemas abaixo?				
F28 Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F29 Se sentir cansada ou com pouca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F30 Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F31 Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F32 Falta de apetite ou comendo demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F33 Lentidão para se movimentar ou falar, e ponto das outras pessoas perceberem? O 1 o oposto - estar tão agitada ou irrequieta que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F34 Se sentir "para baixo", deprimida ou sem perspectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F35 Se sentir mal consigo mesma - ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F36 Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total do pontos [para o codificador]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se todas as respostas = "0" ir para F37

[Entrevistador: Somente para as mulheres que assinalaram algum dos problemas acima]

	Nenhuma Dificuldade	Alguma Dificuldade	Muita Dificuldade	Extrema Dificuldade
F36a Em geral, em que grau os problemas acima limitaram as suas atividades habituais (problemas para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO E – Questionário CIS-R (Adaptado)**NOME:****IDADE:****ENTREVISTADOR:****DATA:****NÚMERO DO PRONTUÁRIO:****SEXO:****OCUPAÇÃO:****ESTADO CIVIL:****No. DE FILHOS:****MORADIA:**

QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL:

“Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre como o(a) Sr(a) tem se sentido nos últimos dias.” “Vamos utilizar cartões auxiliares que apresentam opções de respostas para algumas questões. O Sr(a) perceberá que algumas questões referem-se aos últimos 30 dias, isto é, desde o dia (dia da entrevista) do (mês passado) até ontem, e aos últimos 7 dias, isto é, desde a (dia da semana) passada até ontem.”

1-Como você tem se sentido emocionalmente recentemente?**2- Alguma coisa aconteceu que fez você se sentir assim?****3- Você algum profissional de saúde por causa desse problema emocional?****4-Você foi encaminhada a um psiquiatra?****5- Foi dado a você algum remédio?****6- Qual remédio?****4 – SAÚDE MENTAL (CIS-R):****4.1-APETITE:**

a) Você notou uma perda significativa do seu apetite no último mês?

b) Você perdeu algum peso no último mês?

c) Você estava em dieta ou tentando perder peso?

d) A perda foi $\geq 3,25\text{kg}$ ou $<$ que isso?

e) Você notou um aumento significativo do seu apetite no último mês?

f) Você ganhou peso no último mês?

.....

4.2 FADIGA:

a) Você tem notado que você fica cansado facilmente? Parece que está faltando energia, força para fazer as coisas do dia-a-dia?

b) Em quantos dias da SEMANA PASSADA você se sentiu [cansado/sem energia]?

<= 3: 0

>= 4: 1

c) Durante a SEMANA PASSADA, nos dias em que você se sentiu [cansado/sem energia], essa sensação durou mais do que 3 horas?

< 3h: 0

> 3h: 1

d) Durante a SEMANA PASSADA, aconteceu de você se sentir tão [cansado/sem energia] que teve que se esforçar muito para conseguir fazer as coisas que você sempre faz? Quantas vezes isso aconteceu?

Não: 0

Sim, em uma ou mais ocasiões: 1

e) Durante a SEMANA PASSADA você se sentiu [cansado/sem energia] mesmo quando estava fazendo uma coisa que normalmente você gosta (ou gostava)?

Não: 0

Sim: 1

f) Em sua opinião, qual é a causa desse [cansaço/falta de energia]?

Não conhecida

Problemas com sono

Medicação

Doença física

Trabalho árduo

Estresse ou outro problema psicológico

Outro

4.3 FALTA DE CONCENTRAÇÃO:

a) Você tem achado difícil prestar atenção nas coisas que está fazendo?

Você se sente atrapalhado, esquecido, com os pensamentos fugindo da cabeça?

b) Em quantos dias da SEMANA PASSADA você teve dificuldades com sua [concentração/memória]?

<= 3: 0

>=3: 1

c) Na SEMANA PASSADA você conseguiu se manter concentrado quando estava assistindo televisão, ouvindo rádio ou lendo o jornal? Conseguiu conversar com alguém sem perder o fio da meada ou se distrair?

Sim: 0

Não: 1

d) Você se lembra de ter se esquecido de alguma coisa importante durante a SEMANA PASSADA?

Não: 0

Sim: 1

e) Você parou de fazer alguma coisa porque não conseguia prestar atenção, com as idéias fugindo da cabeça?

Não: 0

Sim: 1

4.4 ALTERAÇÕES DO SONO:

a) Você dormiu mal durante a semana passada? Teve dificuldade para pegar no sono, perdeu sono ou dormiu mais que de costume?

b) Durante a SEMANA PASSADA, quantas horas de sono você acha que [perdeu/ganhou] na noite em que dormiu pior?

<15minutos: 0

< 1 hora: 1

1 a 3 horas: 2

> 3 horas: 2

c) Em quantas noites da SEMANA PASSADA você dormiu mal?

<= 3 dias: 0

>= 4 dias: 1

d) *SE APROPRIADO: Em quantas noites da SEMANA PASSADA você [perdeu/ganhou] mais de 3 horas de sono?

1 a 3 noites: 0

>= a 4 noites: 1

e) Você acorda mais cedo do que precisa e depois não consegue dormir mais?

Não

Sim, mas eu volto a dormir rapidamente

Sim, e eu não consigo voltar a dormir

f) Em sua opinião, por que você tem dormindo mal?

.....

4.5 IRRITABILIDADE:

a) As vezes nos sentimos irritados ou de mau humor, mesmo que ninguém perceba nosso estado. Você tem se sentido irritado ou perdido a paciência facilmente, por exemplo, com seu(sua) companheiro(a) ou com as crianças? Você tem logo se irritado ou perdido a paciência com coisas que, em outros tempos, não te incomodariam tanto?

b) Que tipo de coisa o deixou mais irritado, fez você perder a paciência, na SEMANA PASSADA?

Em quantos dias da SEMANA PASSADA você se sentiu [irritado/de mau humor]?

<= 3 dia: 0

>= 4 dias: 1

c) Durante a semana passada, nos dias em que estive [irritado/de mau humor], essa irritação durou

mais de 1 hora?

< 1 hora: 0

> 1 hora: 1

d) Na semana passada você se sentiu tão [irritado/de mau humor] que teve vontade de explodir ou de gritar com alguém?

Não: 0

Sim: 1

e) Você teve alguma discussão, briga ou perdeu a sua paciência com alguém durante a SEMANA PASSADA? Houve um bom motivo para isso? Não: 0 Sim ,mas justificado:0

Sim: 1

.....

4.6 DEPRESSÃO:

a) Ultimamente, você tem se sentido triste, desanimado? Você sente que não é mais capaz de se divertir, de achar graça nas coisas?

b) Por que você acha que tem se sentido assim?

c) Quantos dias da SEMANA PASSADA você se sentiu triste, desanimado?

2-3 dias: 0

4 ou mais dias: 1

d) Durante a SEMANA PASSADA você foi capaz de sentir gosto pela vida do mesmo modo que antes?

Sim: 0

Não:1

e) Quando você se sentiu [triste/deprimido/pra baixo] durante a SEMANA PASSADA, esse sentimento durou mais do que 3 horas em alguma ocasião?

< 3 horas: 0

> 3 horas: 1

f) Durante a SEMANA PASSADA, você foi capaz de esquecer por alguns momentos esse sentimento de [tristeza/desânimo]? Por exemplo, se alguma coisa boa acontecesse, ou quando estava em companhia de uma pessoa agradável, você era capaz de se alegrar?

Sim: 0

Não: 1

g) Qual do(s) seguinte(s) problema(s) mais afeta seu estado de ânimo, deixando-o [deprimido/triste]?

1. problemas familiares
2. relacionamento com amigos ou colegas
3. problemas com moradia
4. problemas financeiros
5. saúde física pessoal
6. saúde mental pessoal
7. problemas no trabalho/estudos
8. problemas legais
9. problemas políticos

4.7 IDÉIAS DEPRESSIVAS:

a) Durante a ULTIMA SEMANA, você se sentiu sem esperança em relação ao futuro?

Não: 0

Sim: 1

b) Nos **ULTIMOS 7 DIAS**, você se sentiu culpado por alguma coisa que não deu certo, mesmo que não tivesse sido exatamente por sua culpa?

Nunca: 0

Algumas vezes ou frequentemente: 1

c) Durante a **SEMANA PASSADA**, você sentiu que não é tão capaz ou que não tem tanto valor quanto as outras pessoas? Por exemplo, que você é inferior ou pior que os outros?

Não: 0

Sim: 1

d) Durante a **SEMANA PASSADA** você chegou a pensar que a vida não vale a pena e que seria preferível estar morto?

Não: 0

Sim: 1

e) Você pensou em por fim à própria vida durante a **SEMANA PASSADA**?

Não: 0

Sim: 1

.....

4.8 ANSIEDADE:

a) Ultimamente você tem se sentido tenso, nervoso, angustiado? Você sente o corpo tenso ultimamente, e não consegue relaxar?

b) O que é que o deixa [tenso/nervoso/angustiado]?

c) Em quantos dias da **SEMANA PASSADA** você se sentiu [nervoso/tenso/angustiado]?

d) Durante a **ULTIMA SEMANA** essa sensação foi muito desagradável ou pouco desagradável?

e) Durante a **SEMANA PASSADA**, quando você se sentiu [angustiado/nervoso] você sentiu alguma dessas coisas?

batedeira ou palpitações mãos suadas ou tremendo

tontura falta de ar

sensação ruim no estômago boca seca

f) Você se sentiu [nervoso/tenso/angustiado] por mais que 3 horas seguidas em algum dia da SEMANA PASSADA?

.....

4.9 FOBIAS:

Algumas pessoas ficam apavoradas devido ao medo de coisas ou situações que, para outras pessoas, não são tão difíceis assim, como baratas, sangue, lugares altos, comer ou falar em público, lugares cheios de gente, ou mesmo sair de casa sozinho.

- a) Existe alguma coisa ou situação de que você sente medo ou fica assustado?
- b) Qual das seguintes situações deixa-o mais nervoso, com medo?
1. Viajar sozinho em ônibus ou trem, estar longe de casa, lugares fechados, escuro, estar no meio de muita gente (multidão), ficar sozinho em casa
 2. Comer ou falar diante de estranhos, ser observado por outras pessoas, qualquer situação social
 3. Ver sangue
 4. Insetos, aranhas ou outros animais, elevadores, alturas
 5. Nenhuma das anteriores. Especifique:
- c) Quantas vezes na SEMANA PASSADA você se sentiu nervoso/angustiado ao ter de se enfrentar com esta [coisa/situação]?
- d) Ao enfrentar-se com essa [coisa/situação] você sentiu alguma dessas coisas?
- batedeira ou palpitações mãos suadas ou tremendo tontura falta de ar
sensação ruim no estômago boca seca
-

4.10 PÂNICO:

*ESTA SEÇÃO SÓ DEVE SER PREENCHIDA SE O ENTREVISTADO RESPONDEU POSITIVAMENTE EM “ANSIEDADE” OU “FOBIA”

- a) Você se sente tão nervoso ou tenso como se fosse entrar em pânico ou ter um ataque de nervos? Ou dizendo de outra maneira, você se sente tão nervoso que chega a pensar que vai desmaiar, perder o controle?... Ou mesmo sentir que vai ficar louco ou morrer?
- b) Quantas vezes você teve essa sensação durante a SEMANA PASSADA?
- c) Essas crises foram muito ruins, desagradáveis? Você conseguiu aguentar bem?
- d) Quanto tempo durou a pior dessas crises durante a SEMANA PASSADA?
- e) Você se sente relaxado, sem medo, entre uma dessas crises e a outra?

f) Essas crises são sempre causados por essa [coisa/situação]?

.....

4.11 INTERFERÊNCIA NA VIDA DIÁRIA:

a) Durante a SEMANA PASSADA, você não conseguiu viver sua vida normal, fazer suas coisas do dia-a-dia, devido aos problemas que você me contou? Ou então, foi mais difícil fazer as coisas?

Não: 0 Mais difícil, mas faço tudo: 1 Parei uma atividade: 2 Parei mais que uma atividade: 3

Observações:

ANEXO F

Entrevista da Narrativa da Doença – McGill (MINI)

Versão genérica para Doença, adoecimento ou Sintoma
(Danielle Groleau, Laurence J. Kirmayer & Allan Young © 2006)

Nº de identificação:
Data:
Entrevistador:

Seção I. NARRATIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA INICIAL DO ADOECIMENTO

1. Fale sobre a primeira vez que você sentiu que estava com o seu problema de saúde ou dificuldade (PS).

[Deixe a narrativa ir o mais longe possível, apenas motivando com perguntas: Então, o aconteceu? E então? Substitua os termos do entrevistado por 'PS' nesta e nas perguntas subseqüentes]

2. Nós gostaríamos de saber um pouco mais sobre como foi que você se sentiu. Você pode nos dizer quando você se deu conta que tinha esse problema (PS)?

3. Você pode nos dizer o que estava acontecendo quando você teve seu (PS)?

4. Estava acontecendo alguma coisa a mais?

[Repita quando for necessário para obter experiências e acontecimentos contíguos]

5. Você procurou algum tipo de ajuda, tratamento espiritual, tratamento alternativo ou tratamento de qualquer outro tipo? Nos fale sobre como foi e o que aconteceu depois.

6. Se você procurou um médico, conte-nos sobre sua ida ao médico / hospitalização e sobre o que aconteceu depois.

6.1 Você fez exames ou tratamentos após seu (PS)?

[A relevância desta questão depende o tipo do problema de saúde]

Seção II. NARRATIVA DE PROTÓTIPO

7. No passado você já teve algum problema de saúde que você considera semelhante ao seu atual (PS)? *[se a resposta à questão 7 for sim, então pergunte a questão 8]*

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

8. Em que o seu problema de saúde passado é semelhante ou diferente do atual (PS)?

[listar as semelhanças e as diferenças]

9. Alguma pessoa da sua família teve um problema de saúde semelhante ao seu?

[se a resposta à questão 9 for sim então pergunte a questão 10]

10. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa?

[listar as semelhanças e as diferenças]

11. Você conhece alguém, que não seja da sua família, que teve um problema de saúde semelhante ao seu? *[se a resposta à questão 11 é sim então pergunte a questão 12]*

12. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa?

[listar as semelhanças e as diferenças]

13. Alguma vez você ouviu no rádio, leu numa revista ou livro, ou viu na televisão ou na Internet uma pessoa que tivesse o mesmo (PS) que você? *[se a resposta à questão 13 é sim então pergunte a questão 14]*

14. Em que o problema de saúde dessa pessoa é semelhante ou diferente do seu?

[listar as semelhanças e as diferenças]

Seção III. NARRATIVA DE MODELO EXPLICATIVO

15. Você tem um outro termo ou expressão que descreva seu (PS)?
16. Na sua opinião, o que causou seu (PS)? *[Listar causas primárias]*
- 16.1 Tem alguma outra causa que você acha que contribuiu para isso? *[Listar causas secundárias]*
17. A seu ver, por que o seu (PS) se iniciou naquele momento?
18. Aconteceu alguma coisa dentro do seu corpo que poderia explicar o seu (PS)?
19. Na sua família, no seu trabalho e na sua vida em geral estava acontecendo alguma coisa que pudesse explicar o seu (PS)?
20. Você pode me dizer como isso explica o seu (PS)?
21. Você pensou que você poderia ter um <INTRODUZA A PALAVRA QUE DESCREVE O SINTOMA OU O MAL-ESTAR NA LINGUAGEM POPULAR>?
22. O que <NOME POPULAR> significa para você?
23. O que geralmente acontece com pessoas que tem <NOME POPULAR>?
24. Qual é o melhor tratamento para pessoas que tem <NOME POPULAR>?
25. Como as outras pessoas reagem diante das pessoas que tem um <NOME POPULAR>?
26. Quem você conhece que já teve este <NOME POPULAR>?
27. De que forma o seu (PS) é semelhante ou diferente do PS daquela pessoa?
28. Você considera que o seu (PS) está relacionado a coisas que aconteceram na sua vida?
29. Você pode nos contar um pouco mais sobre esses acontecimentos e de que modo estão ligados ao seu (PS)?

Seção IV. SERVIÇOS & RESPOSTA AO TRATAMENTO

30. Durante a sua ida ao seu médico para o seu (PS), o que o seu médico falou que era o seu problema?

30.1 A outra pessoa que você procurou para o seu (PS), o que essa pessoa falou que era o seu problema?

31. O seu médico passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir?
[listar todos]

31.1 A pessoa que você procurou passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir? *[listar todos]*

32. Como você está lidando com cada uma dessas recomendações?

[Repita a questão 33 a 36 para cada recomendação, remédio e tratamento listado]

33. Você está conseguindo seguir este tratamento (recomendação ou medicação)?

34. Você acha que este tratamento funcionou bem? Por quê?

35. Você acha que este tratamento foi difícil de seguir ou não funcionou bem? Por quê?

36. Que tratamentos você esperava receber para seu (PS) que você não recebeu?

37. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você buscou?

38. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você gostaria de receber?

Seção V. IMPACTO SOBRE A VIDA

39. Como o seu problema de saúde modificou a sua vida?

40. Como o seu (PS) mudou o modo como você se sente ou pensa sobre você mesma?

41. Como o seu (PS) mudou o modo como você vê a vida em geral?

42. Como o seu (PS) mudou o modo das pessoas te olharem?

43. O que te ajudou a passar por este período da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

44. Como a sua família ou amigos te ajudaram a passar por este período difícil da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

45. Como a sua fé, sua vida espiritual ou alguma prática religiosa ajudou você a atravessar este período difícil da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

46. Tem alguma coisa mais que você queira falar?

ANEXO G

Aceite do artigo 1 para publicação

-----Mensagem original-----

De: em.jbp.0.57e519.9bbd4f2a@editorialmanager.com

[mailto:em.jbp.0.57e519.9bbd4f2a@editorialmanager.com] Em nome de Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Enviada em: quinta-feira, 14 de dezembro de 2017 17:11

Para: Angela Maria Corrêa Gonçalves <gelagon@oi.com.br>

Assunto: Your Submission

Ref.: Ms. No. JBP-D-17-00045R2

Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Dear Mrs Corrêa Gonçalves,

I am pleased to tell you that your work has now been accepted for publication in Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

You will be contacted by our production team soon.

Comments from the Editor and Reviewers can be found below.

Thank you for submitting your work to this journal.

With kind regards

Leonardo F Fontenelle, M.D., Ph.D.

Editor-in-Chief

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Assunto: 006_Jornal Brasileiro de Psiquiatria _67(2)
Para: <gelagon@oi.com.br>
Data: 19/03/18 15:44
De: <revista@segmentofarma.com.br>

Prezado(a) Autor(a),

Temos a satisfação de enviar a “prova final de editoração” em formato pdf de seu manuscrito a ser inserido na edição 67(2) do Jornal Brasileiro de Psiquiatria

O(a) autor(a) deverá checar a editoração do texto (títulos, palavras-chave em português e em inglês e os intertítulos), bem como a formatação do texto, das tabelas e das figuras e suas respectivas chamadas no texto. Solicitamos, em especial, que verifique a grafia dos nomes dos autores e suas titulações.

As correções devem ser especificadas (página e linha) e enviadas no próprio PDF ou corpo do *e-mail*. Não enviar arquivo com o texto completo, pois não haverá possibilidade de alterações de conteúdo do artigo nesta etapa da editoração.

Este material será encaminhado para a gráfica logo após a data estipulada para o recebimento de um retorno. Dessa forma, este material deverá ser avaliado impreterivelmente até o dia 22/3 próxima quinta-feira, às 12h.

Caso não recebamos qualquer comunicação de vossa parte até o prazo estipulado, o artigo será considerado aprovado e publicado no formato atual.

Grata.

Sandra Santana

ANEXO H

(Artigo submetido para publicação a Revista Physis)

Depressão e experiência de adoecimento de mulheres atendidas pela Atenção Primária à Saúde

Depression and illness experience among women assisted by Primary Health Care

Introdução

Os transtornos depressivos constituem um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e impacto psicossocial. Pacientes deprimidos são frequentadores assíduos de serviços de atendimento primário, porém, muitas vezes, não são diagnosticados como tal.

É possível observar nas histórias de vida dos usuários dos serviços de saúde, o relato frequente de dificuldades financeiras, brigas com o companheiro principalmente devido ao alcoolismo, violência doméstica, falta de perspectivas, problemas com os filhos, perda de entes queridos, falta de realização profissional ou qualquer outra situação emocional desconfortável e dolorosa. A vida quase não tem prazeres! Seus relatos são carregados de sofrimento, angústia, lamentações, frustração e queixas, de sonhos ou aspirações não realizados e de confissões de ideias ou até mesmo tentativas de suicídio. As pessoas tendem a atribuir erroneamente a origem de seus sucessos por conta do acaso e os fracassos são em geral atribuídos a si mesmo. Mas do que elas sofrem: tristeza ou depressão?

Em geral é uma combinação de diversos fatores que vão determinar o diagnóstico da depressão. Existem fatores psicológicos (como uma intensa reação à perda de uma pessoa querida, por exemplo), fatores do ambiente (como ter que enfrentar uma situação de convívio com uma pessoa muito doente ou um ambiente de trabalho muito difícil), fatores genéticos (que é a predisposição orgânica que cada pessoa traz ao nascer), fatores hormonais (como o baixo funcionamento da tireoide ou desbalanceamento de outros hormônios) e fatores bioquímicos cerebrais, nos transmissores químicos do cérebro (NARDI, 2006).

A prevalência mundial da depressão está estimada entre 2,2 e 10,4% (KESSLER RC, BIRNBAUM HG, SHAHLY V, BROMET E, HWANG I, MCLAUGHLIN KA, et al., 2010). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008 estimou a prevalência da depressão na população geral em 4,1% (IBGE, 2010). Estima-se que a depressão deverá ser a segunda doença mais comum no ano de 2020, sendo superada apenas pelas doenças cardíacas (ROMBALDI, 2010).

Nessa direção, observa-se que pode haver uma inadequação nessas contas, até mesmo pela banalização daquilo que de fato é depressão, isto é, a tristeza patológica, prolongada e acompanhada de outros sintomas. Alguns autores têm apontado para a possibilidade de que o transtorno depressivo pode estar sendo diagnosticado de maneira excessiva, com um grande número de pessoas com diagnóstico falso-positivo (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007).

Sistemas diagnósticos buscam categorizar as patologias mentais através de modelos classificatórios descritivos, baseados em lista de sintomas numa tentativa de desenvolver um sistema pragmático e de fácil utilização pelos profissionais de saúde o que pode estar contribuindo para o excesso de diagnósticos. Ao desconsiderar o sofrimento psíquico e produção de sintomas gerados em contextos de vida difíceis do ponto de vista social, econômico e pessoal podem ter suscitado a patologização de problemas existenciais e psicossociais diversos (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Cogita-se que, muitas vezes, as ações dos profissionais de saúde se reduzem ao tradicional processo “queixa-conduta”, sem conseguir contemplar mais amplamente a prevenção de adoecimentos e promoção de saúde.

Pereira (2004, p.116) afirma que o uso de medicamentos psicotrópicos por mulheres serve como um modo de minimizar os problemas enfrentados no cotidiano: “ansiolíticos durante o dia, sonífero à noite e psicoestimulantes pela manhã”. Assim, os benzodiazepínicos são as medicações mais procuradas nos serviços de saúde.

Para Lefèvre (1983, p.502),

A sociedade de consumo, ao mesmo tempo em que promove, por todos os seus canais de comunicação a ideia de que qualquer sofrimento, qualquer dor, qualquer estado, enfim, que fuja daquilo que ela institui como padrão, inclusive estético, constitui algo insuportável para o indivíduo; por outro lado, oferece a solução mágica, na ponta dos dedos: os comprimidos.

Nesse contexto, a medicação surge como solução que produzirá apenas resultados paliativos, porque não decodifica, os verdadeiros problemas que causaram o mal-estar.

Esse estudo teve como objetivo analisar a experiência de adoecimento de mulheres com depressão, diagnosticada pelo PHQ-9, atendidas na atenção primária.

Métodos

Para analisar a experiência de adoecimento de mulheres com depressão, diagnosticada pelo PHQ-9, atendidas na atenção primária optou-se pelo método análise de conteúdo (BARDIN, 2009). De acordo com Cavalcante, Calixto e Pinheiro, (2014, p.14):

A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

A proposta era entrevistar 10% das 387 mulheres que tiveram resultado positivo para depressão no PHQ-9 (≥ 10) - que é um instrumento de rastreamento e apenas aponta os indivíduos em maior risco de estar apresentando episódio depressivo maior (EDM). Devido ao não comparecimento de algumas (3), recusa de outras (2) e perda de dados (gravação inaudível – 2 casos) o total de entrevistadas foi de 32 mulheres com idade entre 20 e 59 anos, residente nas áreas adscritas à UAPS.

Em seguida foi utilizado o questionário *McGillIllness Narrative Interview* (MINI) que é um instrumento que além de explorar a descrição da experiência e do conhecimento individual da doença e dos sintomas, procura também capturar a complexidade do conhecimento e experiência do entrevistado no seu todo, detectando as contradições e inconsistências presentes na vida de cada um. O MINI apresenta-se originalmente estruturado em cinco módulos: 1. Narrativa Inicial; 2. Narrativa Protótipo; 3. Modelo da Narrativa Explicativa; 4. Serviços Médicos e Respostas ao Tratamento; 5. Impacto na Vida.

Entendendo que as narrativas são ferramentas bastante apropriadas para o estudo qualitativo Muylaert (2015, p. 110) afirma que,

As narrativas são uma forma dos seres humanos experienciarem o mundo, indo além da simples descrição de suas vidas, pois ao repensarem suas histórias – as que contam e ouvem – refletem quem são reconstruindo continuamente significações acerca de si.

Para dar conta dessa etapa do estudo as entrevistas foram gravadas em áudio, realizadas em local reservado, depois transcritas na íntegra constituindo o documento de análise; passou-se à fase da leitura atenta dos discursos, de modo que possibilitassem criar uma categorização. Para melhor análise, as entrevistadas foram identificadas neste estudo com o seguinte código: ED (Entrevistada Deprimida) e ET (Entrevistada Triste), mais o número da entrevista, de modo a garantir o sigilo e o anonimato de cada uma. Esse código foi estabelecido a partir do diagnóstico de cada participante realizado pelos critérios determinados pelo DSM-V.

Para operacionalização do segundo momento, adotou-se os passos propostos por Bardin (2009, p. 121) na análise de conteúdo que é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Essas etapas são organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). Para análise do material categorizado utilizou-se a triangulação metodológica, que segundo Minayo e Minayo-Gómez (2003, p. 136) pode “iluminar a realidade a partir de vários ângulos, o que permite confluências, discordâncias, perguntas, dúvidas, falseamentos, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados”.

Assim sendo, a compreensão e a explicação de um fenômeno dependem da descoberta das relações e conexões que lhes são intrínsecas, que o formam e que o inserem numa totalidade. A compreensão desta totalidade não pode prescindir da análise de suas partes e da análise de como se relacionam neste todo, pois do contrário implicariam na apreensão inadequada do real (FIGARO, 2014)

O estudo inicial foi aprovado pela Comissão de Ética foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, pelo Parecer nº 068/2011.

Resultados e Discussão

É importante reconhecer que o sofrimento se manifesta de maneira diferente para cada indivíduo: o que pode ser sofrimento para um pode não ser para o outro, mesmo que submetido a mesma condição (BRANT, MINAYO-GOMEZ, 2004).

Vasques, Bousso, Mendes-Castillo (2011, p.123) definem sofrimento como “a resposta emocional ao fenômeno que tem sido tolerado ou a resposta antecipada a um futuro perdido, destruído, ou a um presente/futuro irreversivelmente alterado por causa de um evento passado”.

A depressão compromete o ser humano na sua totalidade, sem separação entre o psíquico, social e o físico. Sentimentos como, o desespero em relação à vida, a angústia, o desejo de um fim, a morte como presença, o medo como aliado da existência, o abandono da autoestima, o suicídio como proposta, expressam entre outros sinais a dor do deprimido (COUTINHO, GONTIES, ARAUJO, SA, 2003).

Para a portadora de transtorno depressivo, a falta de sentido na vida torna-se algo aparentemente normal, a ponto de não procurar ajuda para tratar a doença. Isso pode ser constatado nos relatos a seguir,

Tinha vontade de desaparecer, de sumir, de ficar trancada dentro de casa sozinha (ED11)

[...] é ficar sem comer, sem dormi, não toma banho e não faz mais nada... (ED22)

Verifica-se que a depressão piora a funcionalidade social e emocional. Inicia-se um processo de isolamento onde essas mulheres se tornam passivas diante da vida, pois não há mais sentido viver; todos os seus pensamentos tornam-se negativos, o que dificulta o relacionamento com outras pessoas (BALLONE, ORTOLANI, PEREIRA NETO, 2007).

Não me permito mais dar uma boa gargalhada...perdi um pedaço de mim (ED8)

Eu já fiz isso de ficar trancada. Não conversa com ninguém. Se me chamam eu não respondo. Se me chamar no telefone e não falar quem, eu não atendo. (ET2)

Diante das narrativas observa-se que nada mais lhes dá prazer, nada mais pode motivá-las, só existindo a preocupação consigo próprio e com sua dor. As atividades são feitas com dificuldade e lerdeza, com maior esforço físico e mental.

A tristeza profunda provoca, biologicamente, uma necessidade de recolhimento. Ela pode fazer com que o indivíduo não queira trabalhar por uns dias, ou não queira ver seus amigos por algumas semanas (TENG, CEZAR, 2010).

Salienta-se que as mulheres desse estudo revelam que se tornam descuidadas de seus compromissos devido a um sentimento de incapacidade, prostração, desmotivação, que não lhes permite sair da inércia e assumir a rotina da vida cotidiana. Com depressão apresentam-se alheias aos acontecimentos ao seu redor, elas perdem interesse nas pessoas e coisas que antes proporcionavam prazer.

Gostava muito de dançar, mas agora num danço. Sou uma pessoa mais seca do que fui, parece que tô sempre rígida, armada...(ED8)

Depreende-se que a perda de interesse ou prazer (anedonia) quase sempre está presente. As entrevistadas relatam menor interesse por passatempos ou falta de prazer com qualquer atividade anteriormente considerada prazerosa o que comunga com as considerações do DSM-V, (ARAUJO e LOTUFO NETO, 2014).

Quando questionadas sobre os relacionamentos com companheiro, família, vizinhos observa-se uma tendência ao isolamento, uma fuga do convívio social. Relatam sobre a dificuldades em lidar com comportamento do companheiro e dos filhos, violência doméstica relacionada ao uso de álcool e drogas de algum membro da família.

[...] Dessa vez ele chegou a me agredir e eu fui parar no hospital. [...] eles queria fazer ocorrência, ele ainda tava desempregado, aí eu disse, não vai fazer ocorrência não, porque se ele continuar, aí eu faço. Ele desempregado, se eu fizesse a ocorrência ... aí fichou na delegacia, acabou né. Eu deixei passar. (ET2)

Meu marido quando bebe é muito agressivo com palavras, ele não pensa [...] Acho que fracassei como mãe, como mulher. Sou uma fracassada mesmo... (ED17)

Um dos apoios sociais mais importantes no enfrentamento desses eventos estressantes é o afetivo. Na ausência desse apoio e presença de problemas de relacionamentos afetivos, aumenta o risco de transtorno mental, como a depressão e, conseqüentemente, o comportamento suicida (FONSECA, 2010).

A estrutura familiar adequada tende a facilitar o desenvolvimento da autoestima, a resolução de conflitos e, a manutenção do estado de saúde de seus membros. Ao contrário, falta de apoio, cuidados, condutas acolhedoras e ausência de uma estrutura familiar adequada aumenta a vulnerabilidade a doenças. A eficácia do apoio varia de acordo com ações, atitudes

e comportamentos dos membros da família, que carregam grande carga de emoções (BUENO, 2009).

Vale ressaltar que a afetividade entre os membros da família de modo verbal e não verbal, o interesse, proximidade, acolhimento, respeito, consistência de comportamentos e verbalizações e habilidades na resolução de problemas são fatores que podem contribuir para um apoio significativo no sentido de minimizar o sofrimento.

Ouvir, conversar, dar uma atenção, proporcionar um cuidado a partir da necessidade percebida são importantes formas de ajuda. Nos relatos abaixo a escuta e a ajuda vêm de membro da família que se mostra mais sensível e até mesmo de pessoas de fora, que observam o sofrimento.

Minha filha mais velha é muito carinhosa, me ouve quando preciso. (ED17)

Minha vizinha me chamou pra ir na igreja. Achava que ia me ajuda. (ET3)

Tanto no caso de depressão como no de tristeza, na medida em que o indivíduo percebe um suporte familiar no qual sente-se amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado, encontra forças para enfrentar situações adversas, o que traz consequências positivas para seu bem-estar, como aumento da autoestima e do bem-estar psicológico. A falta desse suporte é um dos fatores que traduz predisposições à doença mental (SILVA DE SOUZA; NUNES BAPTISTA; DA SILVA ALVES, 2008, p. 46).

Da mesma maneira quando o apoio social começa a funcionar, as pessoas mudam de comportamento, aumentando a sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas, a sua autoestima é evidenciada e descobrem o potencial que têm, aumentando assim a possibilidade de uma vida melhor (PIETRUKOWICZ, 2001). Nesse sentido, pode-se inferir que a ajuda ancorada na reciprocidade das trocas e nos valores solidários, favorece o enfrentamento das situações de doenças e os comportamentos das pessoas.

Observa-se, a seguir, na fala das entrevistadas, uma falta de vontade de viver. “As mulheres falam de uma dor de existir”, como relata Koda (2011, p. 196). A morte aparece como um alívio, como única solução possível para o término do sofrimento. Elas não conseguem procurar ajuda, pois já chegaram ao limite de suas emoções e não conseguem vislumbrar outra alternativa para salva-las dessa situação de desconforto e desespero.

Eu cheguei num ponto que morrê ou vivê tanto faz (ED16)

Eu sinto muita angustia, desejo de morte. Eu acho que a morte é melhor do que a vida sabe? A vida é muito difícil prá mim (ED31).

Ainda que as pessoas, de modo geral, tenham vergonha em expressar suas angustias e aflições, algumas das entrevistadas relataram ter chegado a tentar o suicídio, com a ideia de que a morte seria uma forma de aliviar seu sofrimento, mas se arrependeram ou foram socorridas a tempo.

A vontade que sempre tive e ainda tenho é de me matar, mas aí eu penso como vão ficar meus filhos...Outra hora eu nem ligo...(ED24)

Eu amarrei uma corda no pescoço e me joguei da cama no chão. Aí eu me arrependi e consegui soltar. Tamem já abri todas as cartela de remédio e coloquei na boca, mas meu marido viu e tirou. (ET3)

O comportamento suicida é classificado, com frequência, em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideia do suicídio apresenta-se como um ato de desespero ou insanidade, demonstrando a dificuldade que é a compreensão e a abordagem destas pessoas no desenrolar de seu sofrimento, além das dificuldades de detecção de sinais de desesperança, dos pedidos de ajuda, verbais e não verbais comuns frente ao surgimento do desejo de morte e da própria ideação suicida (BARBOSA, MACEDO, SILVEIRA, 2011). Os mesmos autores afirmam que “o comportamento suicida está frequentemente associado com a impossibilidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, optando pela morte como resposta de fuga da situação estressante” (p.236).

De acordo com Barbosa, Macedo e Silveira (2011, p. 240),

as pessoas têm vergonha de admitir suas angústias e aflições; admitir e expressar que passam pelos seus pensamentos uma forte ideia de que a morte seria um alívio para o sofrimento, uma forma de saída mágica dos conflitos costuma ser escondida ou camuflada, dificultando ainda mais o acesso a esta pessoa e oferecimento de ajuda ou suporte especializado.

Durkeim (2003) destaca a influência da depressão sobre o ato suicida afirmando que se relaciona geralmente a um estado de extrema depressão, de exagerada tristeza, que faz com que o doente já não consiga mais apreciar de maneira sadia as relações que com ele têm as pessoas e as coisas que o cercam.

É possível verificar que, nem sempre o indivíduo se dá conta da relação de seus conflitos e seus sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz. A possibilidade de narrar seus sofrimentos, de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de saúde, por si só, já pode criar para o indivíduo outras oportunidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos (BRASIL, 2013).

Em geral, as pessoas em sofrimento procuram os serviços de saúde como uma maneira de encontrar maior alívio com relação aos sintomas físicos e psíquicos que comprometem as atividades do cotidiano.

A decisão em procurar pelos serviços é, em grande parte, influenciada por características culturais, socioeconômicas e demográficas do próprio indivíduo e está, também, condicionada à própria percepção do indivíduo sobre a sua necessidade em realizar essa busca (MAXIMO, 2010). O autor refere ainda que as doenças, outros atendimentos preventivos e procedimentos de reabilitação respondem como as principais causas dessa procura, no caso daqueles com depressão.

O estigma de que transtornos mentais são sinônimos de loucura e incapacidade frequentemente faz com que o indivíduo não aceite seu problema e conseqüentemente rejeite o tratamento.

Eu tenho medo de ficar dependente; não gosto de tomar nem pra dor de cabeça. (ET4)

Remédio eu não tomo mais pra isso não. Eu lutei pra mim parar de tomar remédio sozinha. Eu fiz tratamento seis anos, aí eu me sentia como se eu tivesse vegetando no mundo. Eu não me sentia pisando no chão. Era como se eu tivesse nas nuvem. Um dia eu encrespei com aqueles remédio, joguei tudo no fogo e “tomo isso mais não”. Parei por minha conta. (ED12)

Apesar das participantes acreditarem que a medicação vai impactar de modo a aliviar seus sintomas elas também percebem que há fragilidade nesse tratamento podendo lhes acarretar efeitos negativos. Alia-se a isso, o pouco conhecimento sobre o transtorno depressivo, a carência de suporte de pessoas significativas que incentivem a manutenção da terapêutica medicamentosa.

O conhecimento adequado do paciente a respeito dos medicamentos que utiliza constitui fator fundamental para a adesão aos mesmos. As desistências precoces do tratamento

durante o primeiro mês da terapêutica devem-se, geralmente à falta de eficácia ou aos efeitos secundários do tratamento; os pacientes que interrompem o tratamento, fazem-no porque começam a sentir-se melhor ou devido a crenças infundadas segundo as quais os antidepressivos criam dependência ou lhes são prejudiciais (DEMYTTENAERE, 2001).

Em se tratando de tristeza a maioria das pessoas se recupera normalmente, embora possa demorar alguns dias ou até mesmo semanas, sem nem mesmo necessitar de medicamentos. O acolhimento, a escuta e o apoio social podem ser efetivos nesses casos. Contudo ainda percebe-se que a manifestação da tristeza tornou-se um tabu, e raros são os indivíduos e profissionais de saúde dispostos a escutar a pessoa triste (BRANT, MINAYO-GOMEZ, 2008).

A maioria das entrevistadas fazia uso de antidepressivos e “calmantes” o que satisfazia em alguns casos,

Me dou muito bem com a fluoxetina. Tenho ânimo pra trabalhar (ED21).

A fluoxetina, atualmente, é o medicamento antidepressivo mais prescrito no Brasil e no mundo. Sabe-se que os psicofármacos são medicamentos necessários e seguros, no entanto podem causar dependência física e /ou psíquica (ANDRADE, ANDRADE, SANTOS, 2004). Não se pode negar que, para as mulheres estudadas, “há uma relação ambígua com os medicamentos, pois apesar da preocupação com efeitos colaterais e possibilidade de dependência, sua busca era evidente” (MARTIN, 2012, p.895).

Vale ressaltar que o exacerbado consumo de psicofármacos parece estar relacionado à necessidade ou vontade humana de suprimir a dor, o sofrimento, já que a solução química promete um alívio rápido e imediato dos problemas (MIRANDA, 2009). Entretanto com relação a tristeza fazer uso de medicação, isto é, tratar sinais e sintomas implica em ignorar o sujeito em sofrimento, como afirma Horwitz e Wakefield, (2010).

Corroborando com esse pensamento Tesser (2006, p.64) narra que,

[...] viver em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação de sintomas, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente a qualquer dor ou enfermidade: O que é que não anda bem? Por quanto tempo ainda? Por que é preciso? Por que eu? Qualquer médico sincero sabe que, se ficar completamente surdo à pergunta implícita na lamentação do paciente,

pode até reconhecer sintomas e fazer diagnósticos corretos, mas não compreenderá nada do sofrimento dele.

Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos, mas como relata Socudo (2015, p. 277),

ao permitir a tristeza em toda a sua potência o sujeito reapropria-se de si, de seus afetos, reconstrói-se, redescobre-se, permite-se vivenciar a melancolia, e sair dela mediante um movimento de dentro para fora, do conhecimento de si, dos seus afetos, redimensionando-se, resistindo às tecnologias de patologização e medicalização desses mesmos afetos, retomando as rédeas de sua existência.

É importante destacar que a relação médico-paciente com uma postura colaborativa e de acolhimento tem uma influência positiva na adesão ao tratamento e satisfação do paciente com o serviço (CUNHA, GANDINI, 2009).

Enfatiza-se que pacientes apresentam melhoras quando apoiados pelas equipes da APS, individualmente ou em grupos (CHIAVERINI, 2011). Segundo Fortes et al., (2014, p.1088) para a efetividade dessa assistência é necessário considerar “os fatores psicossociais, oferecendo suporte para superação dos problemas individuais, familiares ou grupais, por meio do desenvolvimento de atividades coletivas e de integração aos espaços comunitários” na busca de soluções para as dificuldades.

Todavia, há relatos frequentes da falta de escuta e orientação por parte dos profissionais de saúde, além da longa espera por atendimento entre uma consulta e outra.

Médico? Onde? Num tem...é uma bagunça. Não tem médico para atender. (ET32)

[...] até que eu entrei no consultório do médico e comecei a falar com ele. Esse dia eu chorei demais da conta. Fiquei umas três horas o médico me aturando. E saí de lá, me sentindo outra pessoa, me sentindo leve, entendeu? Depois desse tratamento que eu aprendi a falar... (ED12)

Embora existam diretrizes do Ministério da Saúde para lidar com as questões de saúde mental na atenção básica, as intervenções voltadas para esses tipos de queixas ainda são muito tímidas (AZEVEDO, 2014). A autora afirma ainda que, com o atual sistema de trabalho, em que se exigem metas e determinado número de consultas a serem realizadas, é bem mais difícil estabelecer vínculo com os usuários, pois isso demanda tempo, qualidade de atendimento e não consultas de dez minutos.

Em nossa sociedade, a relação do indivíduo com seu corpo ganhou importância significativa, fruto da expressão psíquica, de uma identidade social e de um modo de vida. Em alguns casos, a reconstrução do próprio corpo é um dos mecanismos de reconstrução da identidade, da autoestima e do estabelecimento da relação com o mundo. Isso pode ser observado nos relatos a seguir,

De uns meses prá cá eu tenho engordado muito, mesmo sem me alimentar direito. Ganhei muito peso... (ET3)

Engordei muito. É uma camuflagem que a gente faz: não quero ver ninguém e que ninguém me veja (ED9)

A pessoa obesa sente-se julgada de forma negativa apresenta sentimentos como tristeza, vergonha e frustração. Assim, faz-se necessário entender a tristeza como algo que precisa ser compartilhado de modo que as pessoas possam legitimar o lugar de seu sofrimento (AZEVEDO, 2010).

Vale ressaltar que a alteração da imagem corporal resultante do aumento de peso poderá provocar uma desvalorização da autoimagem e do autoconceito, no obeso, diminuindo a sua autoestima. Cada sujeito elabora a imagem de seu corpo à sua própria maneira, tendo por base vivência passada e presente. Schakarowski e Oliveira (2014, p.182) afirmam que,

quando não vivenciado conscientemente, o sofrimento psíquico pode provocar quebra do sistema regulador dos afetos, canalizando para a compulsão, cuja função seria de ajudar a suportar uma dor de ordem emocional, transformando-a em dor corporal. A dor psíquica é suportada através de uma ação repetitiva e angustiada pela via do corpo. No entanto, nesta situação, a imagem corporal do indivíduo e sua relação com o outro, pode trazer consequências e sofrimento.

As pessoas deprimidas podem adotar determinados comportamentos disfuncionais, tais como comer, dormir e consumir álcool em excesso, negligenciando alguns comportamentos mais saudáveis, como o exercício físico, atividades de lazer, ou passar tempo com os amigos e família (LOPEZ et al., 2011).

Ademais, dificuldades em lidar com determinadas situações e/ou emoções negativas levam algumas pessoas a usar o álcool e até mesmo o tabaco como forma de fugir ou para ter coragem de lidar com os problemas. O abuso ou dependência do álcool costuma estar

relacionado com a depressão como uma forma que o indivíduo encontra para atenuar os sintomas depressivos. Sobre esse aspecto as entrevistadas revelam,

Quando eu bebia, eu bebia todo dia. Parar eu não parei não. Mas não bebo igualzinho como eu bebia. [...] agora quando saio, aí eu tomo lá uma caipirinha, uma pinga com coca-cola e acabou. O estomago não aceita mais. (ET2)

Destampeei a fumar. Comecei a fumar muito. Tinha muita raiva de bebida, eu tinha nojo de bebida, nojo! Ai depois desse troço aí, eu comecei a beber, comecei a fazer um monte de coisa errada. Bebia cachaça, bebia o que viesse na minha frente eu bebia. Muito! Não bebia pouco não! (ED12)

Percebe-se que o ato de beber, bem como o de fumar parece ser uma forma de mostrar-se livre, de produzir um mecanismo, um efeito de fuga, uma forma de se encontrar prazer, de alegria, de descontração que possibilita esquecer e livrar-se das preocupações do cotidiano.

O tabaco poder ser utilizado para diminuir estados de humor depressivos, e aliviar sentimentos de tristeza. É aceitável a hipótese que fumantes com comorbidade psiquiátrica podem estar fazendo uma tentativa de automedicação dos sintomas do transtorno psiquiátrico, ou também buscando alívio de efeitos colaterais de medicação. Mais do que uma relação unidirecional, tabagismo e depressão podem influenciar-se reciprocamente (CALHEIROS, 2007). Segundo Glassman (1993), tabagismo e depressão são dois fenômenos que se alimentam reciprocamente; fumantes deprimidos podem fumar para aliviar seus sintomas e dessa forma reforçam o desejo de fumar.

Desse modo, o álcool e o tabaco se apresentam como uma forma mal adaptada de agir, encontrada pelos indivíduos para lidarem com algumas situações de vida que se mostram intoleráveis para esses (AFONSO, PEREIRA, 2012).

Estudos têm demonstrado que pacientes psiquiátricos dão grande importância às suas crenças e atribuem a elas um papel primordial no lidar com sua doença (GOMES, 2011). O mesmo autor afirma que atividades, como meditar e orar, podem auxiliar pessoas com depressão a reduzir a solidão, a sensação de isolamento e também impedir que o paciente fique obsessivamente ruminando seus problemas.

Desde a década de 1990, investigações passaram a demonstrar que indivíduos com fé religiosa pareciam enfrentar melhor os estresses da vida, recuperar-se mais rapidamente da depressão, como também apresentar menor ansiedade que pessoas menos religiosas (KOENIG, 2012).

Para as mulheres entrevistadas a fé e a religião contribuíram para amenizar o sofrimento, como relatam:

Sou espírita e isso me acalmou. Passei a entender que tem umas cobranças que são do espiritismo (ET1)

Gosto de ler a Bíblia, às vezes tem uma palavra que me acalma. (ED23)

A religião tem sido suporte da minha vida, entendeu? (ET26)

Pode-se notar que todas as participantes consideraram o enfrentamento religioso como um aspecto positivo, isto é, responsável por gerar uma melhoria em sua saúde mental.

Como narra Alves (2015), a fé e a oração proporcionam um encontro consigo próprio, com as forças íntimas do espírito em sua luta pela sobrevivência, como também favorece um momento de paz durante as tribulações da vida gerando saúde, esperança e ânimo contínuos, sensação de serenidade e de calma fazendo o organismo se equilibrar.

A religiosidade tem um efeito sobre como as pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais podendo proporcionar ao indivíduo maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO, KOENIG, 2006).

Enfim, a vivência religiosa e espiritual é algo que pode proporcionar um maior contato com a realidade subjetiva interna e favorecer possíveis mudanças de atitudes e ideias frente às experiências atuais da realidade de cada indivíduo como afirma Vasconcelos (2006).

Contudo, uma das participantes destaca ainda, a falta de algum “remédio” que pudesse eliminar o sofrimento, relatando que,

Eu queria que tivesse um remédio que acabasse com a angústia e a tristeza; eu tomaria o resto da vida. Angústia dói muito! Eu me sinto só. Às vezes eu falo e parece que ninguém tá ouvindo (ED22).

Todo sofrimento merece atenção. A escuta qualificada/terapêutica é uma ferramenta essencial para esse cuidado. Ela é um dispositivo de produção de sentidos que possibilita a minimização da angústia, permite a compreensão do sofrimento psíquico da pessoa, valoriza suas experiências, cria vínculos, produz relações de acolhimento e respeito auxiliando-o na busca da resolução de seu problema (DA COSTA MAYNART., 2014).

No entanto, a prescrição de medicamentos e o encaminhamento a especialistas é a prática mais comum dos profissionais de saúde diante de casos de sofrimento psicológico (AZEVEDO, 2010; FONSECA, 2008; SILVEIRA, 2000). Ocorre que o medicamento geralmente funciona como algo paliativo, isto é, alivia os sintomas do momento, mas não garante a resolução do sofrimento (AZEVEDO, 2010). Segundo a mesma autora,

o denominado “remédio controlado” está presente em boa parte das intervenções por ser uma maneira socialmente legitimada de controlar as loucuras da mente e os excessos do corpo. [...] Ficar no binômio consulta-medicação é só mais uma forma paliativa de manter o corpo que grita, disciplinado, e, portanto, alienado em sofrimento (p. 232-234).

Em seu artigo Fortes et al (2014) destacam diversas possibilidades de intervenções que, com ajuda até mesmo de leigos, auxiliam no cuidado de indivíduos com transtornos mentais. Dentre elas estão: a Terapia Comunitária (TC) seria um modelo brasileiro deste tipo de intervenção, oferecendo espaço para as pessoas dividirem suas dores e sofrimentos, grupos de artesanato e geração de renda, atividades físicas e práticas integrativas e complementares (PICS) inclusive meditação da atenção plena (*mindfulness*), *yoga*, *tai-chi chuan* e relaxamento.

Por fim, há que se considerar que o fundamental na prática dos profissionais de saúde é saber diferenciar a tristeza, de situações de depressão e isso será mais seguro a partir da inserção e utilização de instrumentos de avaliação de diagnósticos na rotina do trabalho na atenção primária a saúde. Para tanto, é necessário haver uma relação muito compreensiva, um olhar atento e cuidadoso dos profissionais de saúde em relação a seus pacientes.

Conclusão

O modelo de atenção à saúde oferecido no Brasil, ainda está pautado no modelo biomédico hegemônico na medida em que reforça a dicotomia saúde/doença, o que implica uma atuação voltada exclusivamente para a doença. Reforça práticas, na maioria das vezes,

inadequadas para tratar as necessidades de saúde da população onde a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica, negligenciando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde/doença (CARVALHO, DIMENSTEIN, 2004).

Há que se considerar que a depressão embora seja um transtorno cada vez mais impactante na qualidade de vida da população brasileira é um tema pouco abordado e discutido no âmbito da atenção primária a saúde.

No presente estudo onde foram investigadas mulheres de 20 a 59 anos são diversos os fatores que se mostram relacionados à maior vulnerabilidade desse grupo: papéis sociais, hábitos de vida, relacionamentos interpessoais, violência, religiosidade, tratamento, uso dos serviços de saúde. Uma das dificuldades destacadas está relacionada ao diagnóstico que, devido a semelhança dos sintomas, possibilita confusão entre tristeza e depressão.

Faz-se necessário, que os profissionais de saúde da atenção primária estejam atentos às manifestações da depressão em conjunto com outras doenças, com vista a minorar seus efeitos sobre a condição de saúde dos indivíduos. Para tanto, é preciso que as equipes deste nível da atenção em saúde sejam capacitadas para diagnosticar corretamente os transtornos mentais especialmente a depressão por ser muito estigmatizada pela sociedade e pela própria paciente.

Conclui-se que ações educativas que visem desmistificar a depressão e as doenças mentais de modo geral podem contribuir para promoção da saúde mental no âmbito da saúde pública, além de oportunizar uma melhor qualidade de vida para os indivíduos acometidos pelo transtorno depressivo.

Por certo, essa questão, pressupõe investimento maciço na qualificação dos recursos humanos em saúde. Também é preciso reconhecer a necessidade de articular, de forma incisiva, a atenção primária a saúde e as políticas/ações específicas da área da saúde mental.

Colaboradores

A.M.C.Gonçalves participou de todas as etapas da elaboração do artigo: concepção do estudo, planejamento, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. M.T.B. Teixeira participou do planejamento do estudo e redação do artigo e orientou todas as etapas da pesquisa. J.R.A.Gama participou da coleta e interpretação de dados, redação e revisão crítica do artigo.

Referências

- AFONSO, Fernanda e PEREIRA, Maria da Graça. Preditores da morbidade psicológica em fumantes, motivados para deixar de fumar, e em abstinentes. **Rev. SBPH** [online]. 2012, vol.15, n.2, pp. 96-116. ISSN 1516-0858.
- ALVES, Daniel Gonçalves. O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus significados. **Conexões PSI**, v. 3, n. 1, p. 72-100, 2015.
- ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farmac.**, v.40, n.4, p.471-9, 2004.
- ARAUJO, Álvaro Cabral e LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.** [online]. 2014, vol.16, n.1, pp. 67-82. ISSN 1517-5545
- AZEVEDO, L.F.M. Nervos: rede de discursos e práticas de cuidado na atenção básica no município de Natal/RN. 2010. 234 f. **Tese** (Doutorado em Psicologia Social). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN.
- AZEVEDO, Luciana Fernandes de Medeiros. **Um Estudo Sobre a “Doença dos Nervos”**. Para Além de um Sofrimento Incorporado. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia ISSN: 1983-8220 Vol. 5, No 2, jul-dez, (2012) 223-235
- AZEVEDO, Luciana Fernandes de Medeiros. **Os trabalhadores de saúde diante do nervosismo**: uma perspectiva a partir da etnografia institucional. *Saúde Transform. Soc.* [online]. 2014, vol.5, n.1, pp. 42-49. ISSN 2178-7085.
- BALLONE GJ, ORTOLANI IV, PEREIRA NETO E. **Da Emoção à Lesão**. 2.ed, São Paulo: Manole, 2007.
- BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca e SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH** [online]. 2011, vol.14, n.1, pp. 233-243. ISSN 1516-0858.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BRANT, Luiz Carlos and MINAYO-GOMEZ, Carlos. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. **Interface (Botucatu)** [online]. 2008, vol.12, n.26, pp.667-676. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300017>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176 p.

BUENO, J. A. **Suporte familiar e depressão**: um estudo correlacional. WebArtigos.com, 27 de maio 2009. Disponível em: Acessado em: 16/08 /2016

CALHEIROS, Paulo Renato Vitória Avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina. **Tese** 90 f. (Doutorado em Psicologia) Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CARVALHO LF, DIMENSTEIN M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estud. psicol.** (Natal). 2004. 9(1):121-9.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. **Análise de conteúdo**: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, João Pessoa, v. 4, n. 1, p.13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000/10871>>. Acesso em: 14 abr 2016.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2011.

CORSO, Aline Naymayer et al. Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 30, n. 2 (jun. 2009), p. 257-262, 2009.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; GONTIES, Bernard; ARAUJO, Ludgleydson Fernandes de and SA, Roseane Christhina da Nova. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF (Impr.)** 2003, vol.8, n.2, pp.183-192. ISSN 2175-3563.

CUNHA, Marines de Fátima; GANDINI, Rita de Cássia. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psicol. teor. pesqui**, v. 25, n. 3, p. 409-418, 2009.

DA COSTA MAYNART, Willams Henrique, et al. "Qualified listening and embracement in psychosocial care/A escuta qualificada eo acolhimento na atenção psicossocial." *Acta Paulista de Enfermagem* 27.4 (2014): 300.

DEMYTTENAERE, K. (2001). Compliance and acceptance in antidepressant treatment. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 5, 29-35.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret. 2003.

DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental**. [American Psychiatric Association, tradução .Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, 948 p.

FIGARO, R. **A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho**. *Fronteiras -estudos midiáticos*, v. 16, n. 2, p. 124–131, 2014.

FONSECA, ML. Sofrimento difuso nas classes populares no Brasil: uma revisão da perspectiva do nervoso. In: Vasconcelos, EM. **Abordagens Psicossociais - Reforma**

Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 171-228.

FONSECA, Diego de Lima et al. Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet.,(Rio J.)**, v. 18, n. 2, 2010

FORTES, Sandra et al.. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

GLASSMAN, A.H. (1993) Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. **Am. J. Psychiatry**. 150: 546-53.

HORWITZ AV, WAKEFIELD JC. **A tristeza perdida** – como a psiquiatria transformou a depressão em moda. São Paulo: Summus, 2010.

KESSLER RC, BIRNBAUM HG, SHAHLY V, BROMET E, HWANG I, MCLAUGHLIN KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Health Survey Initiative. **Depress Anxiety** 2010; 27(4): 351-64.

KODA MY. *Depressão em mulheres: um estudo a partir dos vínculos familiares e sociais*. Tese. Doutorado em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) –Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, 2011.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: um encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2012.

LEFEVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1983, vol.17, n.6, pp. 500-503. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101983000600007>. Acessado em: 23/08/2016

LOPEZ MRA, RIBEIRO JP, ORES LC, JANSEN SK, MATTOS LD, PINHEIRO RT, SILVA RA. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Rev Psiquiatr Rio GdSul**. 2011;33(2):103-108.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNO. **DSM-5**. [American Psychiatric Association, tradução .Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - e . Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, 948 p.;

MARTIN, D. et al. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.43, p.885-99, out./dez. 2012.

MÁXIMO, G. C. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Tese. 208 p. (Doutorado em Demografia) Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. 2003. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: P. GOLDENBERG; R.M.G. MARSIGLIA; M.H.A. GOMES (org.), **O clássico e o novo: Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 117-142.

MIRANDA, E. Medicalização da vida como cuidado de si: o consumo de psicofármacos em Recife. **XIV Congresso Brasileiro de Sociologia**. GT: Consumo, Sociedade e Ação Política: 28 a 31 de julho de 2009, Rio de Janeiro

MOREIRA-ALMEIDA A; LOTUFO NETO F, KOENIG HG. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. São Paulo. 2006 sep; 28(3): 242-50. Epub Aug 10, 2006. ISSN 1809-452X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>>. Acessado em: 02.maio.2016.

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. A importância das narrativas em pesquisa qualitativa. **CIAIQ2014**, v. 2, 2015

NARDI, A. E. **Questões atuais sobre depressão**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Lemos, 2006.

PEREIRA, William Cesar Castilho Pereira. **O adoecer psíquico do subproletariado**. São Paulo: Imago, 2004, 366p.

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C. (2001). **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. Dissertação (Mestrado em) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) : Rio de Janeiro.

ROMBALDI, Airton José et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.** 2010, vol.13, n.4, pp. 620-629.

SCHAKAROWSKI, Fabiana Brum e OLIVEIRA, Viviane Ziebell de. O corpo (im)possível através da intervenção cirúrgica: uma revisão sobre imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica. **Aletheia** [online]. 2014, n.45, pp. 177-189. ISSN 1413-0394.

SILVA DE SOUZA, Mayra; NUNES BAPTISTA, Makilim e DA SILVA ALVES, Gisele Aparecida. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia** 2008, n.28, pp. 32-44. ISSN 1413-0394.

SILVEIRA, ML. **O nervo cala, o nervo fala: A linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

SOCUDO, Andréa Maria Carneiro Lobo. Da patologização dos afetos à medicalização da tristeza: aspectos do discurso médico-científico sobre medicamentos antidepressivos no Brasil: 1959-1991. **Tese**. 308f. (Doutorado em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015

TENG CT, CEZAR LTS. Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, 2010. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revista.asp?fase=roo3&idmateria=4526>. >Acesso 20 de setembro de 2016.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. **Interface** -Comunic. , Saúde, Educ., v.10, n.19, p.61-76, Jan/Jun 2006.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 13-157.

VASQUES RCY, BOUSSO RS, MENDES-CASTILLO AMC. A experiência de sofrimento: histórias narradas pela criança hospitalizada. **Rev. esc. enferm. USP** [online]; 2011;45(1): 122-129. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100017>>. Acesso em: 04.ago.2016.

Resumo

Introdução - A depressão clínica é um dos principais problemas de saúde pública na atualidade, sendo especialmente comum em mulheres. A incidência maior da doença se dá entre os 20 e os 40 anos, justamente no auge da vida profissional.. **Objetivo** - Analisar a experiência de adoecimento de mulheres de 20 a 59 anos atendidas na atenção primária e avaliadas com depressão segundo o PHQ-9. **Método** – Foi aplicada a entrevista *McGillIllness Narrative Interview* (MINI) e um questionário contendo variáveis sócio demográficas, apoio social, auto avaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade e saúde da mulher. **Resultados** - Revelam que as mulheres se tornam descuidadas de seus compromissos devido a um sentimento de incapacidade, prostração, desmotivação, que não lhes permite sair da inércia e assumir a rotina da vida cotidiana. A morte aparece como um alívio, como única solução possível para o término do sofrimento. A religiosidade e a espiritualidade contribuíram para amenizar o sofrimento. **Conclusão** – É preciso que os profissionais da Atenção Primária à Saúde sejam capacitados para diagnosticar corretamente os transtornos mentais especialmente a depressão por ser muito estigmatizada pela sociedade e pela própria paciente. É importante reconhecer a necessidade de articular, a atenção primária a saúde e as políticas/ações específicas da área da saúde mental.

Palavras-chave: Depressão, mulher, atenção primária, PHQ-9

Keywords: Depression, women, primary health care, PHQ-9

Não sei se estou perto ou longe demais, se peguei o rumo certo ou errado; sei apenas que sigo em frente, vivendo dias iguais de forma diferente. Já não caminho mais sozinho levo comigo cada recordação, cada vivência, cada lição, e mesmo que tudo não ande da forma como gostaria, saber que já não sou o mesmo de ontem me faz perceber, que tudo valeu a pena...
(autor desconhecido)

Angela Maria Corrêa Gonçalves

angela.goncalves@uff.edu.br

gelagon@oi.com.br

