



UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ DO RIO DE JANEIRO

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família

**MAGNITUDE DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS, GÊNERO E
PERFIL DE ACESSO: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DA PESQUISA
NACIONAL DE SAÚDE.
(PNS)-2013.**

JOANA JOÃO SANGO DA CONCEIÇÃO

Rio De Janeiro

Setembro, 2019

JOANA JOÃO SANGO DA CONCEIÇÃO

**MAGNITUDE DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS, GÊNERO E
PERFIL DE ACESSO: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DA PESQUISA
NACIONAL DE SAÚDE.
(PNS)-2013.**

Autora: Joana João Sango da Conceição

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família,
mestrado profissional em saúde da família.
Universidade Estácio de Sá.

Orientador (a): Dr. Christiano Bittencourt Machado.

Rio De Janeiro

Setembro, 2019

JOANA JOÃO SANGO DA CONCEIÇÃO

**MAGNITUDE DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS, GÊNERO E
PERFIL DE.**

**ACESSO: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DA PESQUISA NACIONAL
DE SAÚDE (PNS)-2013.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família, pelo programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, na linha de pesquisa Práticas Tecnológica para estratégias a Saúde da Família, da Universidade Estácio de Sá.

Trabalho aprovado. Rio de Janeiro em _____

Professor Orientador

Professor Convidado 1

Professora Convidada 2

**Rio De Janeiro
Setembro, 2019**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que direta ou indiretamente ajudaram-me nesta jornada, especialmente ao meu esposo Paulo, ao meu filho Edilson, e a minha mãe. Obrigado pela compreensão, companheirismo, carinho, incentivo e todo o apoio prestado durante os longos segundos, minutos, hora, meses que precisei me ausentar, para dedicar-me aos estudos, pois vocês sempre representaram a minha fonte de inspiração para que eu seguisse em frente.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a DEUS por guiar meus caminhos, e sem ele e sua vontade nada sou, e só com ele tudo posso. Aos professores da banca interna e externa, assim como a banca de qualificação Dr. Ricardo Matos, Dr. Christiano Bitencourt, Dr. Paulo e Dra. Valeska.

Aos meus irmãos, sobrinhos Leandro e Joao Carlos, aos meus amigos, pela força e incentivo. Não posso esquecer os mestres que passaram seus ensinamentos prestados nas diversas disciplinas sempre com muita generosidade, atitude típica de grandes Mestres e nos caros companheiros de curso, especialmente aqueles que formaram os grupos de trabalho comigo. A minha querida amiga Zilda Freitas pelo carinho, apoio e amizade.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

(Charles Chaplin)

RESUMO

Nesta dissertação faz-se um panorama da depressão auto referida que tem por objetivo analisar a magnitude dos transtornos depressivos na população brasileira de 18 anos considerando diferenças de gênero e descrever o perfil de acesso desses pacientes a serviço da saúde a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. É uma pesquisa domiciliar, probabilística, representativa da população de 18 anos ou mais, na qual foram incluídos 64.348 domicílios e 60.202 indivíduos. A prevalência de depressão auto referida foi de 4,9 (3.5; 4.4) entre homens e 10,9 (10.3; 11.6) entre mulheres. Em todos os subgrupos, o sexo feminino apresentava prevalência mais de 2 vezes a do sexo masculino. Nesta seção, far-se-á um breve resumo de aspectos metodológicos da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 os quais são de interesse para a investigação em questão, A PNS foi realizada a partir de uma amostragem estratificada e por conglomerados em três estágios, e também por três questionários respondidos por um morador adulto de 18 anos ou mais selecionados aleatoriamente.

Quanto aos resultados foram compostos por três tabelas e uma figura. Tabela 1. Distribuição da população de estudo da amostra expandida considerando os pesos amostrais na população brasileira de 18 anos ou mais. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS- 2013) (n= 64.308). Tabela 2. prevalência de depressão auto referida na população brasileira de 18 anos ou mais do sexo masculino e feminino segundo variáveis sócio demográficas e fatores de risco para depressão selecionados. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013) (n= 64.308). Tabela 3, características do acesso a Serviços de Saúde (SS) pela população brasileira de 18 anos ou mais com depressão auto referida. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013). Figura 1.percentual da população brasileira de 18 anos ou mais com depressão auto referida que refere que o domicílio da família recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde nos últimos 12 meses, segundo Unidade Federativa (UF), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013). Concluímos que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Nesse contexto, é sempre importante e necessária à articulação da saúde mental com a atenção básica/saúde da família. Faz-se necessário rever a acessibilidade, mecanismos de transferência e contra referência e disponibilidade de recursos que devem ser ampliados a fim de garantir acesso, cuidado de fato centrado no sujeito e na comunidade e bem estar desses indivíduos.

ABSTRACT

In this dissertation, it is an overview of the self-reported depression that aims to analyze the magnitude of depressive disorders in the 18-year-old Brazilian population considering gender differences and describe the access profile of these patients at the service of Health data from National Health Survey 2013. It is a household survey, probabilistic, representative of the population of 18 years or more, in which 64,348 households and 60,202 individuals were included. The prevalence of self-reported depression was 4.9 (3.5; 4.4) among males and 10.9 (10.3; 11.6) among women. In all subgroups, female gender prevalence was more than 2 times the prevalence of males. In this section, a brief summary of the methodological aspects of the National Health Survey, conducted in 2013, which are of interest to the research in question, was carried out from a stratified sampling and by conglomerates in three Stages, and also by three questionnaires answered by an adult resident of 18 years or more randomly selected.

The results were composed of three tables and one figure, table 1. Distribution of the study population of the expanded sample considering the sampling weights in the Brazilian population of 18 years or more, National Health Survey (PNS-2013) (n = 64,308. Table 2. Prevalence of self-reported depression in the Brazilian population of 18 years or more male and female, according to socio-demographic variables and risk factors for selected depression. National Health Survey (PNS-2013) (n = 64,308). Table 3. Characteristics of access to health services (SS) by the Brazilian population of 18 or more with self-reported depression. National Health Survey (PNS-2013). Re 1. Percentage of the Brazilian population aged 18 years or more with self-

Reported depression that mentions that the family home received a visit from the Community Health agent in the last 12 months, according to the Federal Unit (UF). National Health Survey (PNS-2013). We conclude that there is a component of subjective distress associated with any and all diseases, sometimes acting as obstacles to adherence to health promotion practices or healthier life. In this context, it is always important and necessary to articulate mental health with primary care/family health. It is necessary to review the accessibility, mechanisms of transference and against reference and availability of resources, which must be expanded in order to ensure access, care in fact centered on the subject and in the community and well being of these individuals.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da população de estudo da amostra expandida Considerando os pesos amostrais na população brasileira de 18 anos ou mais, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013) (n=64.308).....	42
Tabela 2. Prevalência de depressão auto referida na população brasileira de 18 anos ou mais do sexo masculino e feminino, segundo variáveis sócias demográficas e fatores de risco para depressão selecionados. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013) (n= 64.308).	43
Tabela 3. Características do acesso a Serviços de Saúde(SS) pela população Brasileira de 18 ou mais com depressão auto referida. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013) ...	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Percentual da população brasileira de 18 anos ou mais com depressão Auto referida que refere que o domicílio da família recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde nos últimos 12 meses segundo Unidade Federativa (UF). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS- 2013)	46
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMENT- Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde

Mental APA - Associação Psiquiátrica Americana

CAPS- Centros de Atenção Psicossocial

CES-D -Centers for Epidemiologic Studies – Depression DALYs-Disability

Adjusted Life Lost

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual

Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais)

GDB - Global Burden of Disease (Carga Global de Doenças) MHI -5 - Mental Health

Index 5

NAPS- Núcleo de atenção psicossocial NASF-Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNASH -Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares PNS - Pesquisa

Nacional da Saúde

PPT- Probabilística proporcional ao tamanho RAPS -Rede de Atenção

Psicossocial

RAS -Redes de Atenção à Saúde

RIDE -Região Integrada de Desenvolvimento Econômico RM -Região

Metropolitana

SPP/DVSAM - Saúde Mental

SRT -Serviço Residencial Terapêutico SRTs -Serviços Residenciais

Terapêuticos. SUS-Sistema Único de Saúde

TM- Transtornos Mentais

TMC- Transtornos Mentais Comum UA- Unidade de Acolhimento UF -Unidades da

Federação

UPA -Unidades Primárias de Amostragem

UPHG -Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais WHOQOL-bref - World Health

Organization

Quality of Life

YLD- Years Lived With Disability (anos vividos com incapacidade)

ÍNDICE

I PARTE I – INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E MÉTODOS.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 DEPRESSÃO.....	13
1.1.1 CONCEITO.....	13
1.1.2 DEPRESSÃO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	14
1.1.2 FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO.....	15
1.1.3 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO.....	21
1.2 ATENÇÃO A PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES DEVIDO A TRANSTORNOS DEPRESSIVOS.....	23
1.2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	23
1.2.2 DIRETRIZES DA POLITICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	24
1.2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PSICOSOCIAL.....	25
1.2.4 ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA A PACIENTES COM NECESSIDADES POR TRANSTORNOS MENTAIS.....	27
2.3.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	29
2.3.1 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	30
2 JUSTIFICATIVA.....	32
3 OBJETIVOS.....	33
3.1 OBJETIVO GERAL.....	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
4 MÉTODOS.....	33
4.1.1 Desenho Amostral.....	34
II PARTE II. ARTIGO CIENTIFICO.....	35
1 Introdução.....	35
2 Métodos.....	37
População de estudo, amostragem e questionário.....	37
Variáveis do estudo.....	38
Análise de dados.....	40
3 RESULTADOS.....	40
4 DISCUSSÃO.....	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
CONTRIBUIÇÕES.....	58
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

Os sentimentos de tristeza e alegria coloreem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza compõe na resposta humana universal os casos de perda, derrota, desapontamento e distintas adversidades. Cumpre recordar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, por meio 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 necessitando de companhia e ajuda.

José Alberto Del Porto

I PARTE I – INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E MÉTODOS.

1 INTRODUÇÃO

1.1 DEPRESSÃO

1.1.1 CONCEITO

A depressão é um transtorno caracterizado pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam essencialmente a capacidade funcional do indivíduo. 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/medicamentosa, transtorno depressivo devido à outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. O que diferencia os tipos de transtornos depressivos são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5, 2014).

A perturbação depressiva maior retrata o estado clássico desse grupo de transtorno. Ela é caracterizada por diversos episódios depressivos com pelo menos duas semanas de duração, (embora a maioria dos episódios dure substancialmente um tempo maior) e envolve modificações visíveis no afeto, na cognição, em funções neurovegetativas, e remissões inter episódicas. Frequentemente se estabelece como um mal recorrente. Cumpre ressaltar a diferença da tristeza e do luto normais em relação a um episódio depressivo maior. O luto

pode levar a um enorme sofrimento, mas não costuma causar um episódio de transtorno depressivo maior. A depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a desordens depressivas, e a recuperação pode ser possível com o tratamento antidepressivo. (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5, 2014).

1.1.2 DEPRESSÃO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo o Estudo de Carga Global de Doenças (*Global Burden of Diseases – GDB*), em 2017, entre todos os agravos à saúde, os transtornos depressivos foram a terceira causa de anos vivendo com incapacidade na população mundial (*Years Living with Disabilities – YLD*) (IHME, 2018.) (IHME, 2019 a). A prevalência de transtornos mentais (TM) no mundo foi de 13,2% e de transtornos depressivos 3,6%, sendo 4,4% entre mulheres e 2,8% entre homens (IHME, 2019b). Estima-se que, até 2020, a depressão será a segunda causa de incapacitação em saúde e haverá 350 milhões de pessoas no mundo vivendo com este agravo (WHO, 2017).

Bonadiman et al (2017) analisaram a Carga Global de Doenças transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil de 1990 a 2015, por meio de estimativas padronizadas por idade do *Global Burden of Disease Study 2015*: anos de vida perdidos por morte prematura (YLL); anos vividos com incapacidade (YLD); e anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (DALY=YLL+YLD). No GDB 2015, os TM foram responsáveis por 9,5% de anos perdidos com incapacidade por todas as causas no país, dos quais 3,3% foram devido aos transtornos depressivos. Entre as DALY por TM, coube aos transtornos depressivos (35,0%), seguido pelos transtornos de ansiedade (28,0%) e pelos transtornos decorrentes do uso de álcool (7,0%).

Em estudo prévio realizado em 2013, através da Pesquisa Nacional de Saúde a prevalência de auto relato de depressão em adultos no Brasil foi de 7,6%, sendo superior entre mulheres (10,9%) do que entre homens (3,9%) (STOPA, et al. 2013). Inquérito domiciliar foi realizado na cidade e região metropolitana de São Paulo, utilizando o *WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* a fim de gerar o diagnóstico de transtornos mentais nos últimos 12 meses a partir do DSM-IV. A prevalência de TM observada nos últimos 12 meses foi de 29,6%, sendo a ansiedade (19,9%) e os transtornos de humor (11,0%) os mais prevalentes, seguidos pelos transtornos de controle de impulso (4,2%) e decorrentes do uso de conteúdos psicoativas (3,6%) (ANDRADE et al, 2012).

Em estudo multicêntrico com os usuários da atenção primária do Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre utilizando o *General Health Questionnaire (GHQ-12)* e o *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*, encontrou-se prevalência respectivamente de 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7%. Entre os subgrupos mais acometidos destacaram-se mulheres, desempregados e pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda (GONÇALVES, 2014). Analisando pacientes que buscaram atendimento em uma unidade de referência de uma equipe de Saúde da Família através da aplicação do *Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-IV-TR)*, Gonçalves et al (2008) observou que 51,1% (IC95%: 47,5-54,7) apresentavam transtornos psiquiátricos. Os três diagnósticos mais comuns foram transtorno depressivo maior (17,6%; IC95%: 15,0-20,5), transtorno de ansiedade generalizada (11,5%; IC95%: 9,4-14,0) e distímia (11,3%; IC95%: 9,2-13,8).

1.1.2 FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO

1.1.2.1 DEPRESSÃO E GÊNERO

Diversos estudos epidemiológicos mostram que a depressão é mais prevalente em mulheres do que em homens e existe uma literatura robusta apresentando diversas hipóteses para estas diferenças. Entre os fatores explicativos apontados incluem-se aspectos psicossociais, as diferenças fisiológicas e hormonais, baixo nível de escolaridade, baixa renda, aspectos socioculturais, além de diferentes formas de lidar com situações estressoras. Alguns autores mostraram que a diferença de gênero da depressão inicia-se entre as idades de 16 a 25 anos, inclusive em relação aos primeiros episódios de depressão maior (BAPTISTA, et al., 1999; JUSTO E CALIL, 2006), outros a partir dos 13 (GIRGUS & YANG, 2015). Para alguns autores, essa diferença persiste até aproximadamente 55 anos, quando começa a declinar (BEBBINGTON et al., 2003; PACHANA et al. 2012). Porém, em um estudo de revisão sistemática dos 69 artigos revisados 81% reportaram que a depressão entre idosos foi mais elevada entre mulheres ou estas apresentaram mais sintomas (GIRGUS et al., 2017). Em um estudo com duas meta-análises sobre diferenças de gênero em amostras com representatividade nacional, o OR (*odds ratio*) total foi 1,95, 95% CI [1,88, 2,03]. A idade foi o preditor mais forte do tamanho do efeito. Essa diferença de gênero para os diagnósticos foi observada a partir de 12 anos de idade com OR = 2,37. Para ambas as metanálises a diferença de gênero atingiu o pico na adolescência (OR = 3,02 para as idades de 13 a 15), mas depois declinou e permaneceu estável na idade adulta. (SALK et al, 2017).

Apesar dos diversos estudos que corroboram a existência de diferenças de gênero, GIRGUS & YANG (2015) ressalta que deve-se também considerar que esta seja arte factual, pois as mulheres em geral estão mais dispostas do que os homens a admitir que se sentem deprimidas, dispostas a reportar mais a depressão quando perguntadas, assim como procurar mais ajuda quando se sentem deprimidas.

Sob o aspecto biológico, vem sendo levantadas hipóteses relacionadas a existência de diferentes níveis de transformações neurobiológicas possivelmente envolvidas no processo, como as cascatas de reações intracelulares, a atuação dos genes e especialmente o fenômeno da neurogênese (KALIA, 2005; SCORZA et al., 2005; DUMAN, 2004; NESTLER, 2002). Fatores neuroendocrinológicos são também postulados, já que o início da diferença se dá na fase da menarca, momento que ocorre grandes mudanças hormonais no corpo da mulher. Há autores que tomam a menarca como referência para a virada das diferenças de prevalência para a depressão entre os dois sexos. Quando se compara as alterações que ocorrem em outros momentos da vida da mulher, como da gravidez, menopausa e durante o uso de anticoncepcionais, estas não teriam influência significativa nas taxas de prevalência de depressão (Kessler, 2003). Característico da menarca há a liberação do hormônio liberador das gonadotrofinas, induzindo a produção de hormônio luteinizante, que promove grande produção da testosterona em meninos, levando possivelmente a mudanças de comportamento como diminuição da timidez, aumento da agressividade e assertividade (Parker e Brotchie, 2004). Por outro lado, nas meninas ele induz a produção de hormônio luteinizante e este somado ao hormônio folículo-estimulante promove ovulação e produção de esteróides hormonais (estrogênio e progesterona). Há ainda os aspectos sociais da puberdade, tais como as alterações endócrinas e corporais relacionado à menarca e o receito do ganho de peso.

O hormônio liberador de tireotropina também tem despertado interesse de pesquisadores e um estudo, mostra uma quantidade significativamente maior desse hormônio no fluido espinhal em homens com depressão ou transtorno bipolar, em comparação com mulheres acometidas dos mesmos transtornos; a par disso, há sugestões de que a administração de hormônio liberador de tireotropina teria efeitos terapêuticos nos transtornos do humor (Frye *et al.*, 1999).

Todavia, a maior ênfase nas hipóteses explicativas é dada aos aspectos psicológicos e sociais. Segundo Girgus & Yang (2015), as teorias psicossociais sobre a diferença de gênero na depressão repousam sobre a base dos modelos diátese-estresse da psicopatologia sendo evidentes desde a adolescência. Neste modelo, uma ou mais características dos indivíduos (diáteses) os tornam vulneráveis à depressão quando estressores ocorrem em suas vidas. A diferença de gênero na depressão resultariam da presença, interação, combinação dessas diáteses, vulnerabilidades e exposição a estressores. Neste enfoque entre as vulnerabilidades identificadas entre as mulheres, cita-se a maior tendência ou maiores escores de ruminação (quando os estressores levam a um humor negativo e os indivíduos respondem ao humor negativo se concentrando neles, suas causas e implicações, em vez de se envolver na solução de problemas ou na distração), maior tendência a atribuir eventos negativos a causas internas (*versus* causas externas), orientação interpessoal mais forte e por isso maior tendência a estarem preocupadas do que os meninos sobre o que seus pares pensam delas. A deficiência de aprovação de pares é fator de risco para depressão. O autor destaca alguns estressores que poderiam explicar as diferenças de gênero por serem mais comuns entre mulheres. Segundo o autor, adolescentes do sexo feminino reagem com estresse a eventos de vida em maior intensidade e frequência do que os homens. Na adolescência, mulheres enfrentam maiores desafios normativas sociais tais como as aspirações de relacionamentos românticos e convivem em maior frequência com mães que tem depressão.

Justo & Calil (2006) apontam que as diferenças nos papéis sociofamiliares demonstrado por homens e mulheres e suas consequências psicológicas podem se mostrar muito significativos para as diferenças entre eles, quando se tornam deprimidos, mesmo que não funcionem como fatores determinantes exclusivos. Mesmo diante das diferenças culturais e temporais, dificilmente se poderia afirmar a existência de sociedades ou momentos em que há uniformidade de papéis ou equivalência de poder entre eles. Ao longo da história, a mulher frequentemente tem estado em posição de submissão em relação ao homem. Como possíveis estressores, o autor ainda aponta a duplicidade de papéis tipicamente das mulheres que devem gerar renda e, ao mesmo tempo, continuar responsáveis por funções domésticas que já eram suas, levando-a a uma sobrecarga de trabalho e responsabilidades. Adicionalmente, as pesquisas referem que as mulheres são mais sensíveis a conflitos nas relações sociofamiliares que os homens (Maciejewski *et al.*, 2001).

Homens apresentam mais comportamentos de consumo de álcool e drogas do que as mulheres, quando se sentem deprimidos, o que demonstraria que os homens utilizam

estratégias de enfrentamento exteriorizando comportamentos, diferente das mulheres, que tenderiam a interiorizar os sintomas e a expressarem tristeza da maneira padrão (retraindose, esquivando-se das situações sociais e chorando) (JUSTO & CALIL 2006).

1.1.2.2 OUTROS FATORES DE RISCO

Entre os fatores sociodemográficos relacionados a depressão, destacam-se faixa etária, viver sem companheiro, escolaridade e viver em região rural (*versus* urbana). Quanto à idade, segundo estimativa do GBD 2017, independentemente de sexo, a prevalência de transtornos depressivos entre adultos aumenta até a faixa etária de 60 a 64 anos, quando começa a declinar.

(INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION - IHME, 2019; WHO, 2017).

No Brasil, também entre adultos, os mesmos resultados foram observados a partir de dados do GBD 2017, a partir de análise específica para o Brasil do GBD 2015 e em estudo realizado no município e região metropolitana de São Paulo (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION –IHME, 2019, BONADIMAN, 2017,). Pessoas sem companheiro e que vivem em área rural tiveram maior prevalência. Quanto a escolaridade, nos extremos, escolaridade muito baixa e muito elevada, a prevalência é mais baixa do que nos níveis intermediários de escolaridade (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION –IHME, 2019, BONADIMAN et al., 2017, ANDRADE et al., 2012).

As pesquisas mostram que as adultos que permanecem desempregados por longo tempo apresentam aproximadamente três vezes mais depressão do que a população em geral (CHRISTIE-MIZELL et al., 2018). A associação desta variável sociodemográfica com um evento de vida estressor na fase adulta relacionado a teoria dos modelos diátese-estresse da psicopatologia mencionado na sessão anterior é clara, assim como divórcios, perda do companheiro e baixa renda.

Segundo Ivanov et al. (2019), história familiar é apontada como fator de risco para depressão e alguns estudos sugerem que fatores genéticos estão envolvidos, como co-fatores, em 40% a 50% dos casos. No entanto, a literatura não esclareceu ainda quais seriam os fatores de risco genéticos específicos, mecanismos de desenvolvimento, o surgimento de distúrbios neuropsiquiátricos resistentes ao tratamento ainda não estão totalmente definidos.

Foram desenvolvidos estudos que buscam as relações entre polimorfismos alélicos de diferentes genes com as peculiaridades do comportamento humano na saúde e na doença com

resultados controversos em especial mediados pelo metabolismo da serotonina, com resultados controversos (RISCH, 2009). A relação entre comportamentos neurofisiológicos (atividade eletrofisiológica cerebral ou hemodinâmica) e características comportamentais e psicológicas de pessoas saudáveis e pacientes clínicos é uma área também investigada (IVANOV et al., 2019). Revisões sistemáticas mostram que a literatura é controversa sobre a existência de relações genéticas e depressão (DUNCAN et al, 2014).

O adoecimento por outras causas encontram-se também entre as condições estressoras que podem desencadear depressão, entre elas câncer, doenças cardíacas e diabetes (JOKELA, et al. 2019). Desequilíbrios hormonais causados por doenças da tireoide são também citadas. Entre as condições clínicas, destaca-se também uso de medicamentos como sedativos e analgésicos.

A literatura mostra que eventos adversos na infância, como a negligência da criança, abuso sexual, divórcio dos pais, assim como perda de um dos entes queridos antes da adolescência, podem levar ao aumento de risco de transtornos mentais na idade adulta (SALEH et al., 2017; TARGUM & NEMEROFF, 2019). Um estudo de coorte, com 8036 pessoas, foi realizado pelo Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) para avaliar os efeitos de eventos adversos na infância (EAI). Entre os EAI avaliados foram incluídos abuso infantil, violência doméstica, uso doméstico e abuso de substâncias e perda dos pais (por morte, encarceramento e divórcio). Neste estudo 64% dos entrevistados adultos relataram ter experimentado pelo menos um evento EAI durante sua infância. Aqueles que haviam experimentado um, dois, três, quatro ou mais eventos apresentaram OR para ocorrência de sintomas depressivos por 2 semanas ou mais na idade adulta de respectivamente, 1,5, 2,4, 2,6 e 4,6.

Quanto ao uso de drogas, há forte associação entre tabagismo e consumo de álcool e transtornos mentais (FARREL, et al. 1998). Quanto ao tabagismo, a prevalência, bem como idade de iniciação precoce, frequência e nível de dependência aumentam diretamente com a gravidade da doença. O inverso é também observado, ou seja, indivíduos com doença mental também tendem a começar a fumar em idade mais precoce, a fumar mais e a ter maior nível de dependência da nicotina. No entanto, a literatura ainda é insuficiente para avaliar se os transtornos mentais levam ao tabagismo ou tabagismo levaria a transtornos mentais. Uma revisão sistemática realizada exclusivamente com estudo longitudinais foi inconclusiva. Os resultados variaram consideravelmente, com evidências de tabagismo associadas à depressão e ansiedade subsequentes e vice-versa (FLUHARTY, et al. 2016). Apesar de se tratar de um tema vastamente investigado, a prevalência e dificuldade de cessação do tabagismo entre

pacientes com transtornos mentais continua alta reduzindo a sobrevida desses pacientes. MATHEW et al. (2017), a partir de uma revisão sistemática que incluiu 297 artigos, propõe um modelo teórico para explicar a relação entre tabagismo e transtorno mental, no qual essa relação seria modulada por três mecanismos: afetividade positiva (AP) baixa, afetividade negativa (AN) alta e comprometimento cognitivo. O autor argumenta que a AP e AN, na mais recente teoria psicossocial são dimensões psicológicas abrangentes empiricamente distintas que têm etiologias psicossociais e biológicas próprias.

A AP baixa inclui constructos relacionados à emoção apetitiva, incluindo prazer diminuído, interesse, expectativa, motivação e aprendizado por reforço, enquanto a dimensão AN elevada inclui construções relacionadas à emoção aversiva, incluindo tristeza, irritabilidade, ansiedade, baixa tolerância à angústia e neuroticismo. No modelo teórico proposto, AP baixa e AN alta representam estados distintos em que cada uma piora mais rapidamente após a abstinência entre fumantes deprimidos *versus* não deprimidos serve para aumentar a motivação para fumar. Em resumo, na população geral de fumantes e não fumantes, a nicotina melhora moderadamente a AP. Pessoas deprimidas ou com anedonia (ou seja, a capacidade reduzida de experimentar prazer) frequentemente experimentam crises de baixa AP e aumentam a dose de nicotina para compensar essa AP baixa. Em situações de abstinência, enquanto fumantes não deprimidos apresentam redução moderada da AP com retirada da nicotina, fumantes deprimidos e com anedonia experimentam redução muito forte de AP e tendem a aumentar mais do que os fumantes regulares suas doses de nicotina.

Por outro lado, como a nicotina tem propriedades antidepressivas, a alta AN é um motivador para que os fumantes deprimidos fumem ainda mais do que os não deprimidos. A abstinência da nicotina causa AN. A AN diminui o intervalo entre as fumadas e aumenta o número de tragadas (HECKMAN, 2015). Pessoas deprimidas com AN tem dificuldade em distinguir a AN por depressão, devido à falta de nicotina da AN de outra origem buscam o tabagismo ao manifestarem AN.

Segundo MATHEW et al. (2017), além de distúrbios afetivos, a depressão é caracterizada por deficits cognitivos inespecíficos que abrangem domínios de atenção, memória, velocidade de processamento, ainda que seja apenas moderada a média. Coincidentemente, esses deficits cognitivos são também observados na síndrome de abstinência de nicotina. Fumantes com transtornos depressivos apresentam sintomas de abstinência mais intensos do que os não deprimidos, como se houvesse um efeito aditivo nesses casos e eles então tenderiam a fumar mais para atenuar esses deficits cognitivos.

O álcool é um depressivo e sua presença em uma pessoa deprimida tem sérias implicações no tratamento. Em um estudo realizado no Japão, 47 pacientes com transtorno depressivo maior iniciaram tratamento medicamentoso e foram separadas entre os que faziam uso de álcool e os que não faziam uso de álcool. Os sintomas depressivos foram avaliados pela escala *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D) com 17 ítems e a frequência de uso de álcool pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT). Após oito semanas de tratamento, aqueles que não faziam uso de álcool, apresentaram escores significativamente mais baixos de HAM-D do que aqueles que faziam uso de álcool, mostrando que o uso de álcool dificulta o tratamento de transtornos depressivos (HASHIMOTO et al., 2014).

Na Pesquisa Nacional de Comorbidade (NCS), uma pesquisa domiciliar realizada nos Estados Unidos das Américas que investigou a concorrência de dependência e abuso de álcool e transtornos mentais ao longo da vida, observou-se que a dependência de álcool em geral se estabelece após a ocorrência do transtorno. Pacientes com depressão, em relação a seus opostos, apresentaram um OR para dependência de álcool ao longo da vida de 2,95 (I.C. 95% 2,21 – 3,93) entre homens e de 4,05 (I.C. 95% 2,99 – 5,48) entre mulheres (FARREL et al., 1998). Além da dependência e abuso de álcool, co-morbidades crônicas apresentam efeito independente na ocorrência de depressão (MAEHDER et al., 2018).

1.1.3 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

De acordo com a Revisão das Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão, medicamentos antidepressivos são eficazes no tratamento de depressão moderada a grave, sendo nestes casos recomendados e de eficácia inconclusiva para tratamento de depressão leve. A eficácia apresentada em ensaios clínicos seria de 50 a 65%, contra 25 a 30% mostrado nos tratados com placebo. A resposta deve ser de remissão total, em geral observa-se uma melhora em 2 semanas, e remissão em quatro semanas. Nessa revisão a psicoterapia seria um coadjuvante do tratamento farmacológico quando este não tem resultado “Existem algumas evidências de que a associação de medicação antidepressiva com psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC) ou psicoterapia interpessoal possa melhorar o desfecho de pacientes resistentes que procuram serviços psiquiátricos”. A posologia e o tempo de administração devem ser apropriados para as necessidades de cada paciente. A efetividade no tratamento da depressão depende da terapêutica implementada, da colaboração do paciente ao tratamento e ainda da participação e apoio das famílias destes indivíduos (FLECK, 2009). Segundo Mello Filho (2009), o uso brando e correto dos psicofármacos tem

lugar significativo nas atuais abordagens aos problemas de perturbação mental, mesmo que isto possa ser temporário.

Thomé (2003) ressalta que a ajuda de um psicoterapeuta é muito importante, pois ajuda o indivíduo a executar os conteúdos ambíguos e confusos e ainda, todos seus sentimentos inversos de amor e ódio, medo, culpa, alegria, tristeza, onipotência e insegurança.

Os resultados de uma meta-análise comparando intervenções farmacológicas e psicoterapia mostraram que em pacientes com distímia, a farmacoterapia foi significativamente mais eficaz que a terapia psicológica ($d = -0,28$, IC 95% $-0,47$ a $-0,10$, seis comparações, $I^2 = 26,36\%$), enquanto que não houve diferença no efeito entre as duas terapias nos pacientes com depressão maior ($d = -0,02$, IC 95% $-0,10$ a $0,06$, 31 comparações, $I^2 = 4,22\%$). O tratamento com inibidores da serotonina foi significativamente mais eficaz que a terapia psicológica ($d = -0,20$, IC 95% $-0,31$ a $-0,10$, 15 comparações, $I^2 = 0\%$). O efeito do tratamento com outros antidepressivos foi semelhante ao da terapia psicológica. O nível de depressão pré-tratamento não afetou os resultados (CUIJPERS, 2008). Um aspecto considerado nos estudos de revisão é a aceitabilidade, que muitas vezes é baixa, tornando a continuidade do tratamento medicamentoso não efetivo.

Freitas e Amarantes (2005) protagonizam uma discussão sobre a desmedicalização de pacientes psiquiátricos. Os autores fazem uma crítica ao paradigma da psiquiatria biológica e argumentam que a teoria do desequilíbrio psíquico, usada para justificar o uso de medicamentos e internação, é passível de crítica quando se coloca em perspectiva a eficácia de tratamentos alternativos à psiquiatria ortodoxa, como por exemplo, o tratamento com abordagens psicossociais. Pode-se salientar que achados da metanálise acima apresentados, poderiam corroborar a tese desses autores. Relacionando exemplos como o do projeto Soteria, que nos anos de 1970/80, adotou alternativas a terapia convencional, baseada num tratamento na comunidade com diminuição ao máximo ou sem uso do medicamento e o projeto Finlandês (Open-Dialogue), que tem se tornado o sistema mais eficiente para a redução de pacientes psicóticos, os autores defendem que a desmedicalização é possível.

1.2 ATENÇÃO A PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES DEVIDO A TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

1.2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A Política de Saúde Mental do Brasil sofreu um importante redirecionamento nos anos 70 a partir da Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica consiste na transformação da assistência, baseada, inicialmente na reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e, mais tarde, na proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado (Brasil 2005).

1.2.1.1 FASES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

No documento “Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil” a Reforma Psiquiátrica foi dividida em 3 fases (Brasil , 2005):

Crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991). Iniciou-se em 1978 com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, inspirado na experiência italiana de desinstitucionalização. Consiste em um movimento de denúncia da violência dos manicômios, da hegemonia de uma rede privada de assistência e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Surgiu em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial. Esse processo foi fortalecido com a promulgação da Constituição de 1988 e criação do SUS. Em 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, foi o marco e embrião de reformas mais profundas posteriormente.

Início da implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000). A partir de 1992,

Inspirados nas Leis Paulo Delgado, são promulgadas leis estaduais que estabelecem a redução progressiva dos leitos hospitalares psiquiátricos. Neste período, o Brasil assina a Declaração de Caracas e realiza-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental. O Ministério da Saúde começa a definir sua política de atenção aos pacientes com transtornos mentais apoiados pelas primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, CAPS, NAPS e Hospitais-dia.

A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001 -2005). Esse período corresponde à sanção em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Federal, da Lei 10.216, originalmente denominada Lei Paulo Delgado. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Com a Reforma Psiquiátrica, reformulou-se a assistência hospitalar psiquiátrica, estabelecendo-se uma gradual diminuição pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial e, simultaneamente, a expansão de uma rede de atenção aberta e colocada na comunidade. Leitos com pouca qualidade foram gradualmente encerrados ao mesmo tempo em que teve início a implantação de Residências Terapêuticas e a inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa. De modo complementar, uma rede aberta e variada de atenção à saúde mental vem sendo implantada com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Cultura, ações de saúde mental na atenção básica e programas de inserção social pelo trabalho (SPP/DVSAM - Saúde Mental).

A Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família são as principais portas de entrada da assistência no Brasil, inclusive os pacientes psiquiátricos. A seguir apresenta-se uma descrição da Política Nacional de Saúde Mental desenvolvida a partir do documento

“Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

1.2.2 DIRETRIZES DA POLITICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as diretrizes e estratégias adotadas pelo governo brasileiro com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Abrange a atenção a pessoas com transtornos mentais e dependência ou uso nocivo de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas). Tem como foco expandir uma rede de atenção de base territorial e comunitária, promotora da reintegração social e da cidadania bem como implementar uma abordagem eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego (Ministério da Saúde, 2017).

As bases da Política Nacional de Saúde Mental foram estabelecidas na Lei No 10.216, de 6 de abril de 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), que reverte a atenção ao paciente com necessidades relativas a saúde mental do modelo hospitalocêntrico para o modelo que amplia consideravelmente a rede extra-hospitalar e de base comunitária.

A partir da legislação de 2001, a Política Nacional de Saúde Mental assume as seguintes diretrizes (BRASIL, 2005)

- Reduzir os leitos psiquiátricos e simultaneamente expandir, qualificar, fortalecer a rede extra-hospitalar na qual se inclui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG);
 - Inserir as ações da saúde mental na atenção básica;
 - Implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas;
 - Instituir o programa “De Volta Para Casa”;
 - Manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica;
 - Promover direitos de usuários e familiares estimular a participação no cuidado;
 - Garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário);
- Avaliar todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/ Psiquiatria.

1.2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PSICOSOCIAL

A partir da portaria nº 4.279, de 30/12/2010 a atenção à saúde passou a se organizar na forma de Redes de Atenção a Saúde (RAS). As RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, Ministério da Saúde, 2010). O principal objetivo das RAS é garantir o atendimento integral e eficiente ao paciente com transtorno mental, promovendo ações e serviços de saúde de atenção contínua, integral, de qualidade humanizada.

Na perspectiva de organização em redes, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) formada pelas seguintes estruturas:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Unidade de Acolhimento (UA)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital-Dia
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental
- Organização em níveis de complexidade:

A seguir, faz-se uma descrição das estruturas de Atenção a pacientes com transtornos mentais caracterizando-se os níveis de atenção segundo Ministério da Saúde, (<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/estrategias-e-diretrizes>).

Organização da RAPS segundo níveis de complexidade

Nível Primário:

- Unidades Básicas de Saúde. São a porta de entrada da Rede. Atenção à usuários com transtornos mentais leves. Recebe matriciamento do NASF e CAPS. Fazem referência e contra-referência com AMENT e CAPS.

Nível Secundário:

- Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT)
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Serviços de Urgência e Emergência Nível Terciário:
- Hospitais Gerais

- Hospitais Psiquiátricos Especializados Serviços com Fins à Saúde:
- Unidade de Acolhimento (UA)
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Comunidade Terapêutica

1.2.4 ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA A PACIENTES COM NECESSIDADES POR TRANSTORNOS MENTAIS

1.2.4.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

São locais designados ao acompanhamento intensivo de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, com carência de abordagens de reabilitação. Existem diversos tipos de CAPS implantados no país, como CAPS Adulto (adicionado os de funcionamento 24h), CAPS para Álcool e Drogas (incluindo os de funcionamento 24h e os CAPS IV AD, que atendem também emergências) e CAPS para infância e adolescência. São constituídos por equipes multiprofissionais, que atuam sob a ótica da interdisciplinaridade. O CAPS tem a função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; fomentar a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Por excelência, é função dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (Brasil, 2015).

1.2.4.2 Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental

São serviços de complexidade intermediária entre a atenção básica e os CAPS compostos por médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, enfermeiro e outros profissionais que atuam no tratamento de pacientes com transtornos mentais por meio de realização de consulta de forma integrada. Funcionam em ambulatório gerais e especializados, policlínica e ambulatório de hospital.

1.2.4.3 Atenção Residencial de Caráter Transitório: Serviços de Atenção em Regime Residencial

Composta por dois tipos de unidades

I - Unidade de Acolhimento (UA): oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos que apresentem.

Acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. As UAs podem ser de modalidade Adulta e Infanto-Juvenil;

I - Comunidades Terapêuticas: serviços destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para pacientes, com necessidades clínicas estáveis, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

1.2.4.4 Estratégias de Moradia Permanente: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

O serviço Residencial Terapêutico (SRT) – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Podendo variar o número de usuários de um indivíduo ou até um pequeno grupo de oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional especializado às demandas e necessidades de cada indivíduo.

1.2.4.5 Atenção Hospitalar: Enfermarias Especializadas em Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos

São serviços destinados ao tratamento adequado e manejo de pacientes com quadros clínicos agudizados, em ambiente protegido e com suporte e atendimento 24 horas por dia. Apresentam indicação para tratamento nesses serviços pacientes com as seguintes características: incapacidade grave de autocuidados; risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; risco de autoagressão ou de heteroagressão; risco de prejuízo moral ou patrimonial; risco de agressão à ordem pública.

Assim, as internações hospitalares devem ocorrer em casos de pacientes com quadros clínicos agudizados, em internações breves, humanizadas e com vistas ao seu retorno para serviços de base territorial.

Abaixo, seguem os pontos de atenção da RAPS, que compõem a assistência hospitalar:

I - Enfermaria Especializada em Hospital Geral; II- Hospital Psiquiátrico.

A RAPS abrange ainda os Leitos de Atenção Integral que visam o acolhimento noturno do paciente devendo ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise, devendo estar articulados e em diálogo com outros dispositivos de referência para o paciente, o Programa De Volta Para Casa para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade.

Hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação) e a Política De Saúde Mental Infanto- Juvenil. Estimativa do Ministério da Saúde sugere que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais e que 3% a 4% necessitem de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade. Mais recentemente, tem-se observado aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes.

2.3.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

A atenção básica/saúde da família é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. Na atenção básica, pautados no princípio da integralidade, propõe-se resgatar o protagonismo do paciente, romper com a lógica de que a doença é sua identidade, da medicalização, bem como auxiliar na formação de laços sociais e apostar na força do território como alternativa para a reabilitação social.

Na articulação entre a saúde mental e a atenção básica, o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa ações conjuntas. Nesse arranjo, o profissional da saúde mental responsável pelo apoio participa de reuniões de planejamento das equipes de ESF, realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidades. Uma forma de implementar o apoio matricial é através dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Os pacientes com transtornos psiquiátricos devem receber o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). OS NASFS foram criados para ampliar a resolutividade e o escopo da Atenção Básica. Os NASFS são compostos por profissionais de saúde de distintas áreas de conhecimento e formação e devem atuar de modo integrado apoiando os profissionais da Saúde da Família, da Atenção Básica para abordagem as populações específicas entre os quais os que apresentam transtornos mentais. Preconiza-se o apoio matricial as equipes que atuam na unidade onde o NASF estiver localizado. Propõe-se que todos os profissionais de saúde se envolvam com o cuidado com o paciente que apresenta transtorno mental no entendimento da territorialização e do vínculo do profissional de saúde com os usuários. No caso particular do paciente com transtorno mental, é necessário ressaltar a importância do cuidado integral, um projeto terapêutico e um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa (Brasil, 2013).

2.3.1 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A extensão de cada um dos fatores decisivos do uso dos serviços de saúde varia de acordo com o tipo de serviço (ambulatorio, hospital, assistência domiciliar), da proposta assistencial e (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação). O termo acesso e acessibilidade são usados para indicar respectivamente as características da oferta por um lado, e as modificações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais por outro lado. Para Donabedian, acessibilidade indica o grau de adaptação entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a ajustamento dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes (TRAVASSOS C & MARTINS M, 2004).

Apontam-se várias extensões que compõem a definição de acesso: disponibilidade (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; acessibilidade adotada aqui como uma dimensão do acesso, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; acolhimento (accomodation) que simboliza a relação entre a maneira como os serviços organizam-se para recepcionar os clientes e a aptidão dos clientes para se adequar-se a essa organização; competência de compra, conceituada pela relação entre as maneiras de subsidiar os serviços e a probabilidade das pessoas de saldarem por esses

serviços; e aceitabilidade, que representam as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um. (Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004).

2 JUSTIFICATIVA

Diversos tipos de depressão podem acometer o ser humano deixando-o incapacitado para o trabalho, escola, meio familiar, e perante a sociedade.

Segundo a Organização mundial da saúde (OMS), a depressão é a segunda principal causa de morte entre os jovens por suicídio e a quarta principal causa de incapacidade laboral a nível mundial, se não se tomarem medidas necessárias será a doença mais incapacitante do mundo (BRASIL, 2015).

A alarmante deficiência no diagnóstico e tratamento da depressão é um desafio da Organização Mundial da Saúde que vem desenvolvendo estratégias para aprimorar a atenção à depressão em ambulatórios gerais em todo mundo (OMS, 2017). A Atenção Básica é a porta de entrada de pacientes que procuram os serviços públicos de saúde pública no Brasil. A Política Nacional de Saúde Mental propõe que os pacientes com transtornos mentais recebam atendimento integral na Atenção Básica, com entendimento do território e vínculo dos profissionais de saúde com o usuário e com apoio matricial dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

Pouco se conhece sobre perfil de acesso a pacientes com depressão. A pesquisa nacional de saúde dispõem de informação valiosa para conhecer o perfil da atenção à pacientes com transtornos depressivos segundo variáveis sociodemográficas, considerando os diferencias de gênero bem como descrever as característica de acesso a esses pacientes em especial na atenção básica.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a magnitude dos transtornos depressivos na população brasileira de 18 anos considerando as diferenças de gênero e descrever o perfil de acesso desses pacientes a serviço de saúde a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de transtornos depressivos na população brasileira total e para o sexo masculino e feminino;
- Identificar fatores sociodemográficos associados a transtornos depressivos no Brasil;
- Descrever o perfil do atendimento aos pacientes com transtornos depressivos quanto a nível de acesso.

4 MÉTODOS

Nesta seção, far-se-á um breve resumo de aspectos metodológicos da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013 os quais são de interesse para a investigação em questão. Aspectos relacionados ao artigo científico que irá compor a parte 2 da tese serão apresentados no corpo do artigo.

4.1 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013 (PNS-2013)

A PNS 2013 é uma pesquisa domiciliar cujo objetivo foi produzir para o país dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira. Visa também obter informações sobre a atenção à saúde, no que se refere ao acesso e uso dos serviços de saúde, à continuidade dos cuidados e ao financiamento da assistência de saúde. A população alvo indivíduos de 18 anos ou mais residentes nos domicílios particulares permanentes.

4.1.1 Desenho Amostral

A PNS foi realizada a partir de uma amostragem estratificada e por conglomerados em três estágios. A amostra da PNS-2013 é uma subamostra da Amostra Mestre ou Sistema Integrado de Pesquisa Domiciliar que consiste em um conjunto de unidades de áreas selecionadas para atender a diversas pesquisas. Essas unidades foram consideradas unidades primárias de amostragem (UPA), dentro do planejamento amostral de cada uma das pesquisas que utilizam a Amostra mestra – incluída a PNS. As UPA são setores censitários ou conjuntos de setores censitários (quando esses setores contam poucos domicílios). Para a seleção da Amostra Mestre, as UPAS foram estratificadas e a seleção das UPAS dentro de cada estrato foi feita por amostragem probabilística proporcional ao tamanho (PPT), sendo considerado como medida de tamanho das UPAS o número de DPP.

Após estratificação, o plano amostral empregado foi o de amostragem por conglomerado em três estágios de seleção, com estratificação das UPAS. No primeiro estágio, a seleção das UPAS foi obtida por amostragem aleatória simples (AAS) entre aquelas previamente selecionadas para amostra Mestre. No segundo estágio, foi selecionado – por AAS – um número fixo de DPP em cada UPA selecionada no primeiro estágio. A seleção dos domicílios foi feita a partir do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE) em sua última atualização antes da conclusão dessa etapa do plano amostral. No terceiro estágio, dentro de cada domicílio da amostra, um morador com 18 anos ou mais de idade foi selecionado – também por AAS – para responder à 3ª parte (individual) do questionário. Essa seleção foi feita a partir de uma lista de moradores elegíveis construída no momento da entrevista.

4.1.2 O Questionário da PNS-2013

A PNS é realizada a partir de três questionários: a) o domiciliar formado por questões sobre o domicílio e sobre visitas domiciliares realizadas pela equipe de Saúde da Família e agentes de endemias; b) o de moradores do domicílio com perguntas relativas às características gerais de todos os moradores do domicílio, incluindo nível de educação, trabalho, rendimento, deficiências, cobertura de plano de saúde e utilização dos serviços de saúde; c) o individual composto por questões sobre apoio social, percepção do estado de saúde, acidentes e violências, estilos de vida, doenças crônicas e atendimento médico.

O questionário domiciliar é respondido pela pessoa responsável pelo domicílio ou pela pessoa que detenha essas informações no momento da entrevista, o segundo por todos os moradores do domicílio ou pela pessoa responsável pelo domicílio quando necessário. O questionário individual é respondido por um morador adulto (18 anos ou mais de idade), selecionado aleatoriamente.

II PARTE II. ARTIGO CIENTIFICO

1 Introdução

Segundo o Estudo de Carga Global de Doenças (Global Burden of Diseases – GDB), em 2017, entre todos os agravos à saúde, os transtornos depressivos foram a terceira causa de anos vivendo com incapacidade na população mundial (Years Living with Disabilities – YLD) (IHME, 2018.) (IHME, 2019). A prevalência de transtornos mentais (TM) no mundo foi de 13,2% e de transtornos depressivos 3,6%, sendo 4,4% entre mulheres e 2,8% entre homens (IHME, 2019). Estima-se que, até 2020, a depressão será a segunda causa de incapacitação em saúde e haverá 350 milhões de pessoas no mundo vivendo com este agravo (WHO, 2017).

BONADIMAN et al (2017), analisaram a Carga Global de Doenças de Transtornos Mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil de 1990 a 2015, por meio de estimativas padronizadas por idade do Global Burden of Disease Study 2015. No GDB 2015, os TM foram responsáveis por 9,5% de anos perdidos com incapacidade por todas as causas no país, dos quais 3,3% foram devido aos transtornos depressivos. Entre as DALY por TM, os maiores percentuais coube aos transtornos depressivos (35,0%), seguido pelos transtornos de ansiedade (28,0%) e pelos transtornos decorrentes do uso de álcool (7,0%). Em estudo prévio, realizado em 2013, através da Pesquisa Nacional de Saúde, a prevalência de auto relato de depressão em adultos no Brasil foi de 7,6%, sendo superior entre mulheres (10,9%) do que entre homens (3,9%) (STOPA, et al. 2013).

Diversos estudos epidemiológicos mostram que a depressão é mais prevalente em mulheres do que em homens e existe uma literatura robusta apresentando diversas hipóteses para esta diferença. Entre os fatores explicativos apontados incluem-se aspectos psicossociais, as diferenças fisiológicas e hormonais, baixo nível de escolaridade, baixa renda, aspectos socioculturais, além de diferentes formas de lidar com situações estressoras. Alguns autores mostraram que as diferenças de gênero da depressão inicia-se entre as idades de 16 a 25 anos,

inclusive em relação aos primeiros episódios de depressão maior (JUSTO E CALIL, 2006), outros a partir dos 13 (GIRGUS & YANG, 2015). Para alguns autores, essa diferença persiste até aproximadamente 55 anos, quando começa a declinar (BEBBINGTON et al., 2003; PACHANA et al. 2012). Porém, em um estudo de revisão sistemática, dos 69 artigos revisados, 81% reportaram que a depressão entre idosos foi mais elevada entre mulheres ou estas apresentaram mais sintomas (GIRGUS et al., 2017).

Em um estudo com duas meta-análises sobre diferenças de gênero em amostras com representatividade nacional, o OR total foi 1,95, 95% CI [1.88, 2.03] e $d = 0.27$ [0.26, 0.29]. A idade foi o preditor mais forte do tamanho do efeito. Essa diferença de gênero para os diagnósticos foi observada a partir de 12 anos de idade com OR = 2,37. Para ambas as metanálises, a diferença de gênero atingiu o pico na adolescência (OR = 3,02 para as idades de 13 a 15 e $d = 0.47$ para 16 anos), mas depois declinou e permaneceu estável na idade adulta. (SALK et al, 2017).

Além de sexo, entre os fatores sociodemográficos relacionados à depressão inclui-se faixa etária, viver sem companheiro, escolaridade baixa, viver em região urbana (*versus* rural) e estar desempregado por longo tempo (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION - IHME, 2019; WHO, 2017). História familiar (IVANOV et al, 2019), eventos adversos na infância, como a negligência da criança, abuso sexual, divórcio dos pais, assim como perda de um dos entes queridos antes da adolescência, podem levar ao aumento de risco de transtornos mentais na idade adulta (SALEH et al., 2017).

Quanto ao uso de drogas, há forte associação de transtornos depressivos com tabagismo e consumo de álcool (FARREL et al.,1998). Pacientes com depressão apresentam maior nível de dependência da nicotina, menor intervalo entre as fumadas e menor nível de cessação (CARROLL AJ, 2019). Pessoas com abuso ou dependência de bebidas alcoólicas apresentam prevalência de depressão 2 a 3 vezes das que não fazem uso de álcool (BODEN et al., 2018) e essa diferença surge ainda na adolescência (JOHANNESSEN et al., 2017).

A partir da reforma psiquiátrica brasileira, da reorganização da atenção à saúde, expansão da Atenção Básica e organização de Redes de Atenção à Saúde, propõe-se que os pacientes com necessidades devido a transtornos mentais, incluindo os transtornos depressivos, recebam atenção integral a partir da Rede de Atenção Psicossocial composta por vários níveis de cuidado (BRASIL, 2017, 2018). Pouco se conhece sobre o perfil do atendimento de pacientes com esses agravos. Neste estudo, pretende-se descrever o perfil de acesso a pacientes com transtornos depressivos com base nos dados da Pesquisa Nacional de

Saúde, 2013 (PNS) destacando-se a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, a procura de serviços de saúde e atendimento referido em diferentes níveis (BRASIL, 2017).

2 Métodos

População de estudo, amostragem e questionário.

A PNS-2013 é uma pesquisa domiciliar cujo objetivo foi produzir para o país, dados sobre a situação de saúde, os estilos de vida e uso de serviços de saúde. Na amostra da PNS, as Unidades Primárias de Amostragem (UPA) são os setores censitários os quais são organizados em uma estrutura complexa de estratificação. Dentro de cada estrato, realizou-se uma amostra por conglomerados em três estágios de seleção. No primeiro estágio, a seleção das UPAS foi feita por amostragem probabilística proporcional ao tamanho (PPT), sendo considerado como medida de tamanho das UPAS o número de domicílios particulares permanentes (DPP). No segundo estágio, foi selecionado – por Amostra Aleatória Simples (AAA) – um número fixo de DPP em cada UPA selecionada no primeiro estágio. No terceiro estágio, dentro de cada domicílio da amostra, um morador com 18 anos ou mais de idade foi selecionado – também por AAS – para responder ao questionário individual. Ao final do processo de seleção foram incluídos 64.348 domicílios (91,9% de taxa de resposta dos domicílios, excluídos os fechados e recusa) e 60.202 indivíduos (86% de taxa de resposta individual) (SOUZA-JÚNIOR et al., 2015)

A PNS é realizada a partir de três questionários:

- a) O domiciliar formado por questões sobre o domicílio e sobre visitas domiciliares realizadas pela equipe de Saúde da Família;
- b) O de moradores do domicílio com perguntas relativas às características gerais destes, incluindo nível de educação, trabalho, rendimento, deficiências, cobertura de plano de saúde e utilização dos serviços de saúde;
- c) O individual composto por questões sobre apoio social, percepção do estado de saúde, acidentes e violências, estilos de vida, doenças crônicas e atendimento médico. O questionário domiciliar é respondido pela pessoa responsável pelo domicílio ou pela pessoa

que detenha essas informações no momento da entrevista, o segundo por todos os moradores do domicílio ou pela pessoa responsável pelo domicílio, quando necessário. O questionário individual é respondido por um morador adulto (18 anos ou mais de idade), selecionado aleatoriamente, não sendo permitido que outro morador do domicílio responda por ele.

Variáveis do estudo

Para este estudo, a variável dependente é depressão auto referida, que foi definida a partir da pergunta “Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?” sendo considerados positivos aqueles que responderam “sim” a esta questão. Quanto as variáveis explicativas, no rol de variáveis sócio-demográficas analisadas incluiu-se sexo (masculino/feminino), faixa etária (18-34, 35-49, 50-64, 65 ou mais), escolaridade (Sem instrução /ensino fundamental incompleto, Fundamental completo até médio completo, Superior incompleto/superior completo), cor da pele (branca/não branca) e se vive com companheiro (Sim/Não), segundo pesquisas pessoas que vivem sem companheiro apresentaram um índice elevado depressão , mais existe controvérsias de pessoas solteiras apresentarem menor índice de depressão.

Tabagismo foi avaliado a partir da pergunta “Atualmente você fuma diariamente, menos que diariamente ou não fuma?” e foram criadas duas variáveis. Na variável tabagismo atual, os fumantes diários e ocasionais eram considerados positivos e os demais negativos e na variável tabagismo diário (Sim/Não) os fumantes ocasionais eram considerados negativos. Criou-se duas variáveis relativas ao consumo de bebidas alcoólicas. A variável consumo atual de bebidas alcoólicas (Sim/Não) foi definida a partir da pergunta.

“Com que frequência o (a) Sr (a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?” cujas respostas possíveis eram “Não bebo nunca”, “Menos de uma vez por mês”, “Uma vez ou mais por mês”. Foram considerados positivos aqueles que consumiram bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por mês e os demais como negativos. Bebedores *binge* foram aqueles que responderam “sim” à pergunta (Se homem), “Nos últimos 30 dias, o Sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? Ou (Se mulher), “Nos últimos 30 dias, a Sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?”“.

Índice de Massa Corporal foi calculada como peso (em quilogramas) auto referido dividido pelo quadrado da altura (em metros) criando-se em seguida as três categorias que

correspondem a peso normal ou baixo (IMC < 25), sobrepeso (IMC 25 a < 30) e obesidade (IMC >=30), sendo o peso autoreferido pelos utentes propõem-se uma revisão neste véis de forma a ter um peso ideal recomenda-se medida de prevenção para saúde, visto que a hipertensão e diabetes são aliados da obesidade. Auto-percepção do estado de saúde foi definida a partir da pergunta “Em geral, como o (a) Sr (a) avalia a sua saúde?” cujas respostas poderiam ser “ruim”, “muito ruim”, “regular”, “boa”, “muito boa” e as alternativas extremas foram agrupadas criando-se 3 categorias.

Procurou-se avaliar o acesso dos portadores de depressão a Serviços de Saúde (SS), em especial à Atenção Básica e à Estratégia de Saúde da Família (ESF), através de um conjunto de variáveis sendo estas: “família está cadastrada na ESF (Sim/Não)”, “família recebeu visita ACS nos últimos 12 meses (Sim/Não)”, “frequência com que recebeu visita no último ano (a cada 1 ou 2 meses/a cada 3 a 4 meses/ Uma visita)”, “local onde costuma procurar SS quando está doente (Nenhum em especial/Atenção básica/Outros Serviços Públicos/Outros)”, “procurou SS nas últimas duas semanas (Sim/Não)”, “local onde procurou SS nas últimas duas semanas (Atenção básica/Outros Serviços Públicos/Outros)”. O acesso a consultas médicas e especialidades foi analisado pelas questões “Última vez que consultou o médico (nunca/há mais de 1 ano, menos de 2 semanas, entre 15 dias e 1 mês, entre um mês e três meses, entre três meses e um ano), “vai ao médico regularmente para tratar depressão” (Nunca vai, só quando está doente, sim). Quanto ao tratamento, os portadores foram consultados sobre “Fazer tratamento psicoterapêutico” (Sim/Não), “toma medicamentos para tratar depressão” (Sim/Não), “Medicamento é comprado no SUS” (Sim/Não), “local da última assistência médica devido a depressão” (Atenção Básica, Policlínicas/ambulatório de especialidade, CAPS-AD.

Pronto Atendimento/Urgências/Emergências, Outros), e se a “última consulta médica foi no SUS” (Atendimento foi no SUS, Sim/Não). Tratamento especializado foi analisado pelas variáveis “Encaminhado para acompanhamento com especialista em Saúde Mental (Sim/Não), “Conseguiu ir a todas as consultas com especialistas SM (Sim/Não)”, “sofreu internação nos últimos 12 meses (Sim/Não)”, “fez tratamento com práticas Integrativas nos últimos 12 meses (Sim/Não)” e uma avaliação sobre se a “depressão limita suas atividades habituais (Sim/Não).

Análise de dados

Estimativas do número e percentual de portadores de depressão auto referida, com seus respectivos intervalos de confiança a 95% foram calculadas para a população agregada, por variável sócio demográfica, tabagismo, consumo de álcool, IMC, auto percepção do estado de saúde e variáveis relacionadas ao acesso à saúde. Calculou-se o percentual nos respectivos intervalos de confiança a 95% de indivíduos portadores de depressão segundo as categorias das variáveis de acesso a SS listadas na seção anterior. Por fim, estimou-se o percentual de portadores de depressão cuja família recebeu a visita do Agente Comunitário de Saúde nos últimos 12 meses segundo Unidade Federativa (UF). Considerando que as variáveis de interesse são binomiais, diferenças nestes percentuais segundo categorias de variáveis explicativas elencadas foram analisadas através da estatística qui quadrado. Os dados foram analisados através da suíte Suvey do STATA, versão 13.0 e as prevalências e respectivos intervalos de confiança foram estimados de modo a contemplar a estrutura de estratificação e conglomeração da amostra.

3 RESULTADOS

A população de estudo apresentou um percentual discretamente mais elevado de mulheres do que homens, de adultos jovens com até 34 anos, seguido de 35 a 49 anos e 50 a 64 anos e 65 anos ou mais, e de cor da pele não branca. Quanto à distribuição segundo escolaridade, observou-se maior proporção de indivíduos com ensino fundamental completo até ensino médio, seguido de sem instrução até ensino fundamental incompleto. Pouco mais de 60% da população de estudo não vivia com companheiro. A prevalência de depressão foi de 7,6% (7,2%; 8,1%). Quanto às condições de saúde e fatores de risco e proteção investigados, a prevalência de tabagismo atual e diário foi respectivamente de 14,7% (I.C.95% 14,2%; 15,2%) e 12,7% (I.C.95% 12,1%; 13,2%), consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias 26,5% (I.C.95% 25,8%; 27,3%) e referiram ter consumido cinco doses ou mais em uma única ocasião (*binge drink*) 13,7% (I.C.95% 13,1%; 14,2%) dos participantes. Cerca de ¼ da amostra fazia atividade física semanalmente. A distribuição segundo Índice de Massa Corporal mostrou que 45,9% (I.C.95% 44,9%; 46,8%) apresentava peso normal ou baixo, 35,5% (I.C.95% 34,6%; 36,3%) sobrepeso 18,7% (I.C.95% 17,9%; 19,4%) e obesidade.

66,1% (I.C.95% 65,4%; 66,8%) dos participantes consideraram sua saúde boa ou muito boa, 28,1% (I.C.95% 27,4%; 28,7%) regular e 5,8% (I.C.95% 27,4%; 28,7%) ruim ou muito ruim (Tabela 1).

Na Tabela 2 encontra-se a prevalência de depressão auto referida segundo variáveis sócio demográficas e condições de saúde investigadas na população total e para o sexo masculino e feminino. Nota-se que, em todas as categorias, o sexo feminino apresenta prevalência mais de 2 vezes a prevalência do sexo masculino. Independentemente de sexo, observa-se um aumento da prevalência até a faixa etária de 50 a 64 anos, com uma pequena redução na faixa de 65 anos ou mais. Os jovens de 18 a 34 anos alcançam prevalência de 4,8% (I.C.95% 4,2%; 5,3%). Nos dois extremos de escolaridade (< 8 anos, assim como superior incompleto e completo) o percentual de depressão é maior entre os que se encontram no ensino fundamental ou médio completo. Pessoas brancas apresentam prevalência maior do que os não brancos no total e para ambos os sexos. Não se observou diferença estatisticamente significativa na prevalência de depressão entre pessoas que vivem e não vivem com companheiro. Quanto a variáveis relacionadas à saúde, fumantes atuais e diários apresentam maior prevalência do que os não fumantes, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa para o sexo masculino. Na população agregada, aqueles que consumiram bebidas alcoólicas na última semana e bebedores *binge* apresentaram prevalência mais baixa do que os que não consumiram ($p < 0,001$ para ambos). Para o sexo masculino e feminino, o perfil foi o mesmo, porém a diferença não foi estatisticamente significativa. Não foi observada diferença significativa para fazer atividade física semanalmente (versus menos do que semanalmente ou não fazer). Há aumento da prevalência estatisticamente significativa com aumento do IMC no total da população entre mulheres. Relação inversa e significativa para ambos os sexos foi observada entre percepção de estado de saúde e prevalência, com percentuais consideravelmente mais elevados para pessoas que consideram sua saúde ruim ou muito ruim. Neste subgrupo, 1/5 da população total e 1/4 das mulheres apresentam depressão auto referida.

Tabela 1. Distribuição da população de estudo da amostra expandida considerando os pesos amostrais na população brasileira de 18 anos ou mais, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS- 2013) (n= 64.308)

Características	n	%	(i.c. 95%)
Tem depressão	4235	7,61	(7,2; 8,1)
Sexo			
Masculino	28339	47,1	(46,4; 47,9)
Feminino	35969	52,9	(52,2; 53,64)
Faixa etária			
18-34	23435	37,6	(36,8; 38,3)
35-49	19574	28,21	(27,6; 28,9)
50-64	13228	21,94	(21,3; 22,6)
65 ou +	8071	12,29	(1,8; 12,8)
Escolaridade			
Sem instrução/fundamental incompl.	25524	38,9	(38,08;39,8)
Fundamental completo até médio completo	27167	43,6	(42,76;44,37)
Superior incompl./compl.	11670	17,5	(16,73;18,31)
Cor da pele			
Branca	25631	47,5	46,66;48,27
Não branca	38677	52,5	(51,73;53,34)
Vive com companheiro			
Sim	27455	38,8	(38,07;39,54)
Não	36853	61,2	(60,46;61,93)
Tabagismo			
Atual (diário ou não diário)			
Sim	8729	14,7	(14,2; 15,2)
Não	51473	85,3	(84,8; 85,8)
Diário			
Sim	73334	12,7	(12,1; 13,2)
Não	52868	87,3	(86,8; 87,7)
Álcool			
Atual (últimos 30 dias)			
Sim	14590	26,5	(25,8; 27,3)
Não	45612	73,5	(72,7; 74,2)
Binge			
Sim	8104	13,7	(13,1; 14,2)
Não	52098	86,3	(85,8; 86,9)
Atividade física semanalmente			
Sim	14171	24,4	(23,8; 25,1)
Não	50137	75,6	(74,9; 76,3)
IMC			
< 25	18793	45,9	(44,9; 46,8)
>25 a < 30	14589	35,5	(34,6; 36,3)
>=30	7560	18,7	(17,9; 19,4)
Percepção de estado de saúde			
Muito boa/boa	39141	66,1	(65,4; 66,8)
Regular	17197	28,1	(27,4; 28,7)
Ruim/Muito ruim	3864	5,8	(5,5; 6,15)

Tabela 2. Prevalência de depressão auto referida na população brasileira de 18 anos ou mais do sexo masculino e feminino, segundo variável sócio demográfica e fatores de risco para depressão selecionados. Nacional de Saúde (PNS-2013) (n= 64.308).

Características	%	(i.c. 95%)	Valor de p	%	(i.c. 95%)	Valor de p	%	(i.c. 95%)
Total	7,6	(7,2; 8,1)		4,9	(3,5; 4,4)		10,9	(10,3; 11,6)
Faixa etária								
18-34	4,8	(4,2; 5,3)	<0,001	2,8	(2,3; 3,6)	<0,001	6,6	(5,7; 7,4)
35-49	8,8	(8,1; 9,6)		4,2	(3,5; 5,2)		12,8	(11,6; 14,1)
50-64	10,4	(9,4; 11,4)		5,3	(4,3; 6,5)		14,9	(13,4; 16,5)
65 ou +	8,8	(7,7; 10,1)		4,2	(2,9; 6,6)		12,3	(10,7; 14,2)
Escolaridade								
< 8 anos	8,6	(8,0; 9,3)	<0,001	4,2	(3,5; 5,0)	0,035	12,7	(11,7; 13,8)
8 a 11	6,6	(6,0; 7,2)		3,3	(2,8; 4,1)		9,5	(8,7; 10,4)
Superior incompleto/compl.	8,1	(7,2; 9,2)		4,9	(3,9; 6,2)		10,6	(9,3; 12,2)
Cor da pele								
Branca	9,0	(8,3; 9,6)	<0,001	5,2	(4,4; 6,2)	<0,001	12,3	(11,4; 13,3)
Não branca	6,4	(6,0; 6,9)		2,9	(2,4; 3,4)		9,7	(8,9; 10,53)
Vive com companheiro								
Sim	7,7	(7,1; 8,4)	0,659	4,4	(3,7; 5,3)	0,111	10,3	(9,5; 9,2)
Não	7,6	(7,0; 8,1)		3,7	(3,1; 4,3)		11,4	(10,5; 12,3)
Tabagismo								
Atual (diário ou não diário)								
Sim	9,7	(8,6; 10,8)	<0,001	4,4	(3,5; 5,5)	0,311	17,7	(15,5; 20,7)
Não	7,3	(6,9; 7,7)		3,8	(3,4; 4,4)		10,1	(9,5; 10,8)
Diário								
Sim	10,3	(9,12; 11,6)	<0,001	4,8	(3,8; 6,1)	0,074	18,4	(16,2; 21,0)
Não	7,3	(6,8; 7,7)		3,8	(3,3; 4,3)		10,14	(9,5; 10,8)
Álcool								
Atual (últimos 30 dias)								
Sim	5,6	(5,0; 6,3)	<0,001	3,4	(2,8; 4,2)	0,0811	10,7	(9,2; 12,3)
Não	8,4	(7,9; 8,9)		4,3	(3,7; 5,0)		11	(10,3; 11,7)
Binge								
Sim	4,8	(4,1; 5,6)	<0,001	3,3	(2,5; 4,2)	0,100	9,03	(7,5; 11,5)
Não	8,1	(7,6; 8,6)		4,1	(3,6; 4,7)		11,5	(10,4; 11,7)
Atividade física semanalmente								
Sim	7,4	(6,7; 8,1)	0,38	4	(3,7; 4,8)	0,062	10,83	(10,1; 11,6)
Não	7,7	(7,3; 8,2)		3	(2,6; 4,1)		11,28	(10,1; 12,6)
IMC								
< 25	6,7	(6,0; 7,4)	<0,001	4,1	(3,3; 5,0)	0,523	9,1	(8,1; 10,1)
>25 a < 30	7,8	(7,0; 8,6)		3,9	(3,1; 4,9)		12,7	(11,4; 14,2)
>=30	10,9	(9,7; 12,1)		4,8	(3,7; 6,1)		16,0	(14,1; 18,4)
Percepção de estado de saúde								
Muito boa/boa	4,8	(4,4; 5,2)	<0,001	2,5	(2,1; 3,0)	<0,001	7,1	(6,5; 7,8)
Regular	11,5	(10,7; 12,5)		6,5	(5,4; 7,9)		15,1	(14,0; 16,4)
Ruim/Muito ruim	20,8	(18,4; 23,4)		11,5	(8,8; 14,9)		26,7	(23,4; 32,2)
		Total			Masculino			Feminino

Na análise da atenção ao paciente com depressão auto referida (Tabela 3), observa-se que mais da metade vivia em família cadastrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 46,7% (I.C.95 43,7%; 49,7%), recebeu a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nos últimos 12 meses. Desses, 68,6% (I.C.95% 64,4%; 72,5%) recebeu a visita do ACS a cada 1 a 2 meses. Quando questionados sobre o local onde costumam procurar serviço de saúde quando estão doentes, 39,9% (I.C.95% 37,2%; 42,6%) referiram procurar serviços da Atenção Básica e 17,0% (I.C.95% 15,2%; 19,0%) outros Serviços Públicos. Mais de 1/3 dos pacientes procurou SS nas últimas duas semanas, preferencialmente serviços públicos de saúde, sendo 40% (I.C.95% 35,8%; 44,5%) serviços de Atenção Básica.

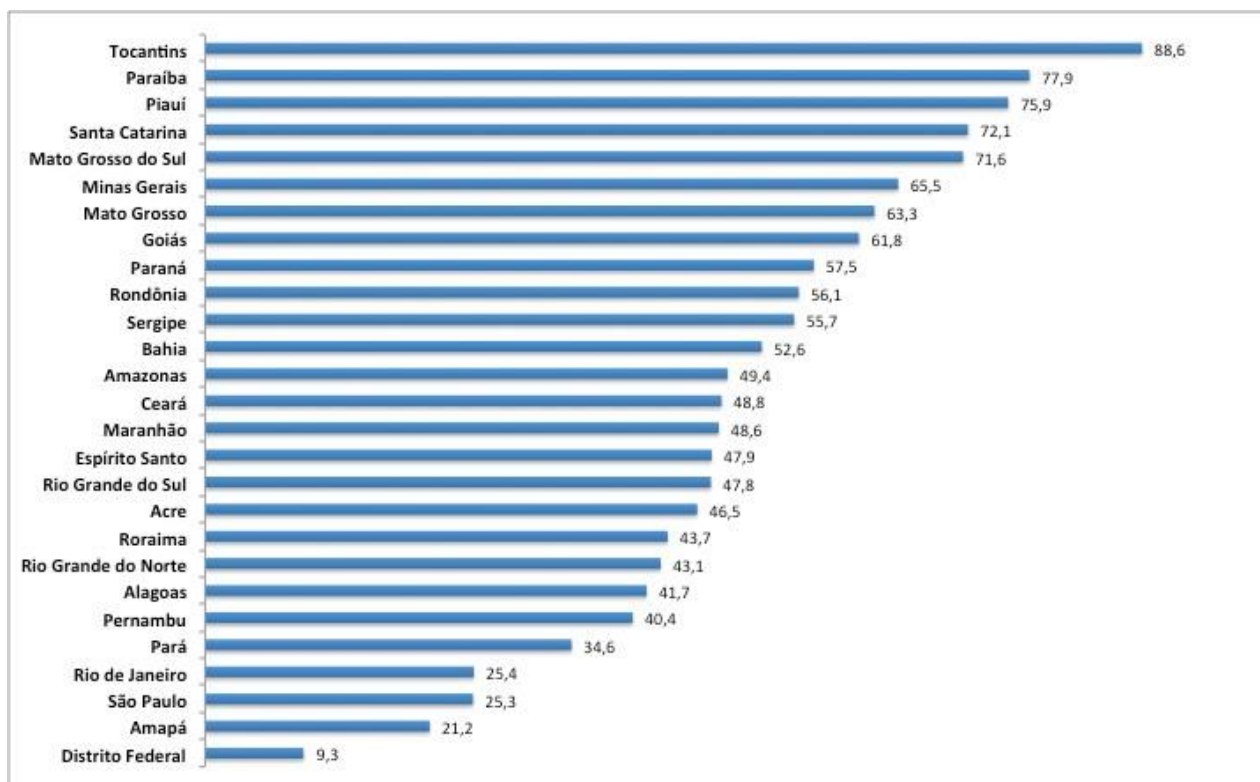
Quanto às consultas médicas, cerca de 61% dos pacientes com depressão consultou o médico no último mês, sendo que 36,0% (I.C.95% 33,5; 38,5) vai ao médico para tratar depressão com regularidade. A última assistência a esses pacientes ocorreu principalmente em policlínicas ou ambulatório de especialidade (55,2% I.C.95% 52,9%; 57,9%), seguida da Atenção Básica, (33,5% I.C.95% 30,7%; 36,4%). Os CAPS-AD foram o local de último atendimento para 5,3% (I.C.95% 3,9%; 7,2%) dos indivíduos com depressão auto-referida, e emergências e urgências de 4,4% (I.C.95% 3,5%; 5,4%) destes. Menos de 1/3 foi encaminhado para especialidades e conseguiu ir a todas as consultas. Internação ocorreu em 11,7% dos pacientes e 8,9% utilizou práticas integrativas para tratar depressão. Para 57,9% dos entrevistados com depressão auto-referida, a doença limita suas atividades habituais (Tabela 3).

Tabela 3. Características do acesso a Serviços de Saúde (SS) pela população brasileira de 18 ou mais com depressão auto-referida. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013).

Características do acesso	%	(i.c. 95%)
A família está cadastrada na ESF	56,5	(53,5; 59,5)
Sim		
Recebeu visita ACS nos últimos 12 meses (Sim)	46,7	(43,7; 49,7)
Frequência com que recebeu visita último ano		
A cada 1 ou 2 meses	68,6	(64,4; 72,5)
A cada 3 a 4 meses	18,1	(14,8; 21,9)
Uma visita	13,3	(10,9; 16,2)
Local onde costuma procurar SS quando esta doente		
Nenhum em especial	16,9	(15,0; 19,5)
Atenção básica	39,9	(37,2; 42,6)
Outros Serviços Públicos	17,0	(15,2; 19,0)
Outros	26,2	(23,9; 28,7)
Procurou SS nas últimas duas semanas	35,8	(33,4; 38,3)
Local onde procurou SS nas últimas duas semanas		
Atenção básica	40,0	(35,8; 44,5)
Outros Serviços Públicos	22,0	(18,8; 25,6)
Outros	38,0	(33,7; 42,4)
Última vez que consultou o médico		
Nunca/há mais de 1 ano	9,5	(7,9; 11,3)
Há menos de 2 semanas	38,7	(36,2; 41,2)
Entre 15 dias e 1 mês	12,3	(10,8; 14,0)
Entre um mês e três meses	23,3	(21,1; 25,6)
Entre três meses e um ano	16,3	(14,4; 18,3)
Vai ao médico regularmente para tratar depressão		
Nunca vai	34,3	(31,6; 36,9)
Só quando está doente	29,8	(27,2; 32,4)
Sim	36,0	(33,5; 38,5)
Faz tratamento psicoterápico	16,5	(14,3; 18,8)
Medicamento		
Toma medicamentos para tratar depressão	52,0	(49,2; 54,9)
Medicamento é comprado no SUS	16,9	(14,7; 19,4)
Última assistência médica devido a depressão		
Local		
Atenção Básica	33,5	(30,7; 36,4)
Policlínicas/ambulatório especialidade	55,2	(52,9; 57,9)
CAPS-AD	5,3	(3,9; 7,2)
Pronto Atendimento/Urgências/Emergências	4,4	(3,5; 5,4)
Outros	1,8	(1,3; 2,6)
Atendimento foi no SUS	50,0	(47,2; 52,9)
Encaminhado para acompanhamento especialista em SM	29,9	(27,5; 32,5)
Conseguiu ir a todas as consultas especialista SM	23,5	(21,4; 25,7)
Depressão limita suas atividades habituais	57,9	(55,2; 60,5)
Internação nos últimos 12 meses	11,7	(10,2; 13,5)
Práticas Integrativas nos últimos 12 meses	8,9	(7,5; 10,5)

O percentual da população brasileira de 18 anos ou mais com depressão auto-referida cuja família recebeu a visita do Agente Comunitário de Saúde nos últimos 12 meses segundo UF apresenta considerável variabilidade passando de 88,6% em Tocantins a 9,3% no Distrito Federal. Depois do Tocantins, os estados com maior cobertura são Paraíba, Piauí e Santa Catarina, e os de menor DF, Amapá, São Paulo e Rio de Janeiro (Figura 1).

Figura 1. Percentual da população brasileira de 18 anos ou mais com depressão auto-referida que refere que o domicílio da família recebeu visita do Agente Comunitário de



Saúde nos últimos 12 meses, segundo Unidade Federativa (UF). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013)

4 DISCUSSÃO

Os achados desse estudo estão em concordância aos estudos prévios realizados no Brasil (GONÇALVES et al., 2018; BARROS, 2017). A associação entre depressão e gênero, com grande destaque para o sexo feminino, tem sido observada em vários estudos nacionais e internacionais (BEBBINGTON et al., 2003; SALK et al, 2017). A magnitude desta diferença pode apresentar flutuações sendo esta determinada entre outros fatores, pelo acesso a serviços de saúde quando a depressão é avaliada, como neste estudo, através de diagnóstico auto referido.

A possibilidade da diferença de gênero ser parcialmente explicada por viés de detecção (maior número de mulheres procuram o serviço de saúde, apresentando assim maior frequência de casos diagnosticados pelo profissional de saúde da qual estaria ciente e poderia referi-lo) ou pela possibilidade das mulheres admitirem mais do que os homens que se sentem deprimidas, mais dispostas a reportar mais a depressão quando perguntadas, assim como procurar mais ajuda quando se sentem deprimidas, foi apontada previamente (GIRGUS & YANG, 2015; FARREL et al, 1998). No entanto, há uma vasta literatura sugerindo explicações alternativas.

Sob o aspecto biológico, são apontados fatores neuroendocrinológicos, já que o início da diferença se dá na fase da menarca, momento que ocorre grandes mudanças hormonais no corpo da mulher. Quando se compara as alterações que ocorrem em outros momentos da vida da mulher, como da gravidez, menopausa e durante o uso de anticoncepcionais, estas não teriam influência significativa nas taxas de prevalência de depressão (KESSLER, 2003).

Característico da menarca há a liberação do hormônio liberador das gonadotrofinas, induzindo a produção de hormônio luteinizante, que promove grande produção da testosterona em meninos, levando, possivelmente, a mudanças de comportamento como diminuição da timidez, aumento da agressividade e assertividade (PARKER E BROTCHE, 2004). Por outro lado, nas meninas a produção de hormônio luteinizante, somado ao hormônio folículo- estimulante, promove ovulação e produção de esteróides hormonais (estrogênio e progesterona).

Há ainda os aspectos sociais da puberdade, tais como as alterações endócrinas e corporais relacionado à menarca, e o receito do ganho de peso. A hipótese da atuação genética para explicar essa diferença, inclusive junto a investigação da importância da história familiar como co-fator na gênese da depressão, vem sendo amplamente investigada, no entanto os resultados são inconclusivos (INVANOV et al., 2019; DUNCAN et al., 2014).

Todavia, a maior ênfase nas hipóteses explicativas é dada aos aspectos psicológicos e sociais. Segundo Girgus & Yang (2015), as teorias psicossociais sobre a diferença de gênero na depressão repousam sobre a base dos modelos diátese-estresse da psicopatologia sendo evidentes desde a adolescência. Neste modelo, uma ou mais características dos indivíduos (diáteses) os tornam vulneráveis à depressão quando estressores ocorrem em suas vidas. A diferença de gênero na depressão resultaria da presença, interação, combinação dessas diáteses, vulnerabilidades e exposição a estressores.

Neste enfoque, entre as vulnerabilidades identificadas entre as mulheres, cita-se a maior tendência ou maiores escores de ruminação (quando os estressores levam a um humor negativo e os indivíduos respondem ao humor negativo se concentrando neles, suas causas e implicações, em vez de se envolver na solução de problemas ou na distração) tem maior tendência a atribuir eventos negativos a causas internas (versus causas externas), orientação interpessoal mais forte e por isso maior tendência a estarem preocupadas do que os meninos sobre o que seus pares pensam delas.

A deficiência de aprovação de pares é fator de risco para depressão. O autor destaca alguns estressores que poderiam explicar as diferenças de gênero por serem mais comuns entre mulheres. Segundo o autor, adolescentes do sexo feminino reagem com estresse a eventos de vida em maior intensidade e frequência do que os homens. Na adolescência, mulheres enfrentam maiores desafios normativos sociais tais como as aspirações de relacionamentos românticos e convivem em maior frequência com mães que tem depressão.

O aumento da prevalência com a idade passa a diminuir a partir de 65 anos, a manutenção da diferença de gênero até as faixas etárias mais avançadas e a maior prevalência entre pessoas de baixa escolaridade, observado em nosso estudo, é o perfil frequentemente encontrado em estudos de base populacional (RIOLO, 2005, FARREL et al., 1998). Uma prevalência mais elevada entre pessoas com nível universitário, em comparação as de nível médio, e entre pessoas de cor da pele ou etnia branca, em relação as de cor da pele preta, são achados semelhantes ao observado em estudo com dados do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) em amostra da população dos Estados Unidos das Américas (RIOLO, 2005). De acordo com a literatura, não foi observada diferença significativa entre pessoas que não vivem com companheiro em relação aos que vivem.

Uma explicação possível seria o fato de termos analisado pessoas separadas junto com pessoas solteiras, dado que a diferença por *status* marital deve-se ao estresse da separação e não a condição de viver sem companheiro. Na amostra do NHANES, por exemplo, não houve diferença entre pessoas casadas em relação as que nunca foram casadas e pessoas separadas

apresentaram prevalência mais alta (RIOLO, 2005). Perfil semelhante ao do presente estudo foi observado por Andrade (2012) em estudo de base populacional da região metropolitana de São Paulo.

A depressão é a comorbidade psiquiátrica mais frequentemente associada à dependência de nicotina, e a cessação do tabagismo é fator de risco para a conservação do quadro clínico ou o acréscimo de novo episódio depressivo para quem utiliza, isto é, a relação entre tabagismo e depressão é bidirecional.

Embora a relação entre depressão e tabagismo esteja bem estabelecida, a literatura ainda é insuficiente para avaliar se os transtornos mentais levam ao tabagismo ou tabagismo levaria a transtornos mentais. Uma revisão sistemática realizada exclusivamente com estudo longitudinais foi inconclusiva. Os resultados variaram consideravelmente, com evidências de tabagismo associadas à depressão e ansiedade subsequentes e vice-versa (FLUHARTY et al. 2016). Apesar de se tratar de um tema vastamente investigado, a prevalência e dificuldade de cessação do tabagismo entre pacientes com transtornos mentais continua alta, reduzindo a sobrevida desses pacientes.

Mathew et al. (2017), a partir de uma revisão sistemática que incluiu 297 artigos, propõem um modelo teórico para explicar a relação entre tabagismo e transtorno mental, no qual essa relação seria modulada por três mecanismos: afetividade positiva (AP) baixa, afetividade negativa (AN) alta e comprometimento cognitivo. A AP baixa inclui constructos relacionados à emoção apetitiva, incluindo prazer diminuído, interesse, expectativa, motivação e aprendizado por reforço, enquanto a dimensão AN elevada inclui construções relacionadas à emoção aversiva, incluindo tristeza, irritabilidade, ansiedade, baixa tolerância à angústia e neuroticismo.

No modelo teórico proposto, AP baixa e AN alta representam estados distintos em que cada uma piora mais rapidamente após a abstinência entre fumantes deprimidos do que entre não deprimidos e serve para aumentar a motivação para fumar. Na população geral de fumantes e não fumantes, a nicotina melhora moderadamente a AP. Pessoas deprimidas ou com anedonia (ou seja, a capacidade reduzida de experimentar prazer) frequentemente experimentam crises de baixa AP e aumentam a dose de nicotina para compensar esse sofrimento. Em situações de abstinência, enquanto fumantes não deprimidos apresentam redução moderada da AP com retirada da nicotina, fumantes deprimidos e com anedonia experimentam redução muito forte de AP, e tendem a aumentar mais do que os fumantes regulares suas doses de nicotina. Por outro lado, como a nicotina tem propriedades

antidepressivas, a alta AN é um motivador para que os fumantes deprimidos fumem ainda mais do que o não deprimido.

A abstinência da nicotina causa AN. A AN diminui o intervalo entre as fumadas e aumenta o número de tragadas (HECKMAN, 2015). Pessoas deprimidas com AN tem dificuldade em distinguir a AN por depressão devido à falta de nicotina da AN de outra origem e buscam o tabagismo ao manifestarem AN. Segundo MATHEW et al. (2017), além de distúrbios afetivos, a depressão é caracterizada por deficits cognitivos inespecíficos que abrangem domínios de atenção, memória, velocidade de processamento, ainda que seja apenas moderada a média.

Coincidentemente, esses deficits cognitivos são também observados na síndrome de abstinência de nicotina. Fumantes com transtornos depressivos apresentam sintomas de abstinência mais intensos do que os não deprimidos, como se houvesse um efeito aditivo nesses casos e eles então tenderiam a fumar mais para atenuar esses deficits cognitivos.

O álcool é um depressivo e sua presença em uma pessoa deprimida tem sérias implicações no tratamento. Em um estudo realizado no Japão, 47 pacientes com transtorno depressivo maior iniciaram tratamento medicamentoso e foram separadas entre os que faziam uso de álcool e os que não faziam uso de álcool.

Os sintomas depressivos foram avaliados pela escala *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D) com 17 ítems e a frequência de uso de álcool pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT). Após oito semanas de tratamento, aqueles que não faziam uso de álcool, apresentaram escores significativamente mais baixos de HAM-D do que aqueles que faziam uso de álcool, mostrando que o uso de álcool dificulta o tratamento de transtornos depressivos (HASHIMOTO et al., 2014).

Na Pesquisa Nacional de Comorbidade (NCS), uma pesquisa domiciliar realizada nos Estados Unidos das Américas que investigou a concorrência de dependência e abuso de álcool e transtornos mentais ao longo da vida, observou-se que a dependência de álcool em geral se estabelece após a ocorrência do transtorno. Pacientes com depressão, em relação a seus opostos, apresentaram um OR para dependência de álcool ao longo da vida de 2,95 (I.C. 95% 2,21 – 3,93) entre homens e de 4,05 (I.C. 95% 2,99 – 5,48) entre mulheres (FARREL et al., 1998).

No presente estudo, observou-se aumento significativo da depressão com o aumento do IMC entre mulheres, mas não entre homens. Em estudo de base populacional, de abrangência nacional realizado nos E.U.A., essa tendência foi observada em ambos os sexos,

embora de maior magnitude entre mulheres (CARPENTER et al., 2000, CHIADI et al., 2003). Em uma meta-análise que incluiu 19 estudos longitudinais entre adolescentes, observou-se que adolescentes deprimidos tinham um risco aumentado de 70% (RR 1,70, 95% IC: 1,40 2,07) de desenvolverem obesidade, enquanto que os adolescentes obesos tinham risco aumentado de 40% (RR 1,40, IC 95%: 1,16 1,70) de desenvolverem depressão. A diferença de risco (DR) da depressão precoce do adolescente que leva à obesidade foi 3% maior do que a da obesidade que leva à depressão. O estudo mostra que se trata de uma relação bidirecional. Mulheres apresentaram efeitos maiores.

A relação direta de magnitude considerável entre auto percepção de estado de saúde de muito boa/boa para regular e de regular para ruim/muito ruim, em clara oposição ao que se observa na população geral, bem como o elevado percentual desses indivíduos a referir que a depressão limita suas atividades são indicadores do notório sofrimento de pessoas portadoras de transtornos depressivos e da necessidade de uma atenção integral para minorar este sofrimento.

Segundo dados da PNS-2013 analisado em estudo prévio, 74,4% da população brasileira usa o SUS (DOURADO et al, 2016) percentual semelhante ao observado no estudo corrente para pacientes com necessidades devido a transtornos depressivos. Nota-se que apesar de aproximadamente 2/3 dos que apresentam depressão auto-referida terem recebido pelo menos um atendimento médico nos últimos 3 meses, e 56% pertencerem a famílias cadastradas na ESF, apenas cerca de 40% procura Atenção Básica (AB) usualmente e foi atendido na AB nas duas últimas semanas. Os achados da pesquisa sugerem, assim, que a AB e ESF ainda não são a forma mais utilizada pelos pacientes com transtornos depressivos para acesso aos SS, nem mesmo entre aqueles que usam o SUS.

O atendimento a esses indivíduos é feito essencialmente em clínicas especializadas com uma abordagem fortemente centrada na medicalização. Vale salientar que o fato de UF muito populosas, como São Paulo e Rio de Janeiro, apresentarem as mais baixas coberturas, pode explicar parcialmente este achado. A comparação entre as UF mostra uma grande disparidade. Há estados, como Tocantins, Paraíba, Piauí e Santa Catarina em que mais 70% desses pacientes dependem do AB.

Chama atenção ainda que o CAPS-AD, que é a unidade importante para garantir a integralidade das RAPS, tem uma cobertura de apenas 5% desses indivíduos. Uma cobertura maior seria esperada. A coexistência, nesses pacientes, de tabagismo, uso e abuso de álcool e

transtornos depressivos, bem como da obesidade, torna a identificação e abordagem conjunta desses fatores essencial para sua eficácia, e sugere a importância da abordagem comunitária, da ESF e dos CAPS-AD.

Por fim, pode-se salientar a baixa cobertura do tratamento psicoterápico na população brasileira de pessoas com transtornos depressivos. Em estudos de meta-análise, o efeito do tratamento com antidepressivos foi semelhante ao da terapia psicológica e o nível de depressão pré-tratamento não afetou os resultados (CUIJPERS, 2008). Um aspecto considerado nos estudos de revisão é a aceitabilidade, que muitas vezes é baixa e pode tornar a continuidade do tratamento medicamentoso não efetivo. Alguns autores como, FREITAS E AMARANTES (2005) protagonizam uma discussão sobre a desmedicalização de pacientes psiquiátricos com a adoção de alternativas a terapia convencional baseada num tratamento na comunidade com diminuição ao máximo ou sem uso do medicamento e na lógica da integralidade do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios de uma política de saúde mental pautada nos fundamentos de integralidade e universalidade do SUS, direcionada para ampliação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território e estruturada nas RAPS são grandes e tendem a se agravar com as recentes tendências de desarticulação das RAPS. O estudo mostra que o “SUS que nós sonhamos” ainda é um horizonte distante no que se refere a acessibilidade de pacientes com necessidades devido a transtornos depressivos. Adicionalmente, nota-se um modelo essencialmente medicalizado, com pouco acesso a terapias alternativas como psicoterapia.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Y-p et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. PLoS One ,2012.

BARROS, M. et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. Revista de Saúde Pública, Jun 2017, Volume 51, 2017.

BABINGTON, H. et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. International Review of Psychiatry, 2003.

BONADIMAN, C. et al . A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. Rev. bras. epidemiol, São Paulo, v. 20, 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental. Estratégias e Diretrizes.
Acessível em <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/estrategias-e-diretrizes>. Último acesso: 12 de junho de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas - Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2014.

CARPENTER, Km et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*, 2000.

CARROLL, Aj. Elucidating directionality between smoking and depression. *J Psychosom Res*. 2019.

CHIADI, U. et al. William W. Eaton, Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, *American Journal of Epidemiology*, Volume 158, 2003.

CUIJPERS, Van Straten A. van Oppen P, Andersson G. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *Database of Abstracts of Reviews of Effects* ,2008.

DOURADO, I. Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *International Journal for Equity in Health*, 2016.

DUNCAN, Le. Pollastri AR, & Smoller JW. Mind the gap. Why many geneticists and psychological scientists have discrepant views about gene–environment interaction (G×E) research. *American Psychologist*, 2014.

FARRELL, M. et al. Substance misuse and psychiatric comorbidity. *Addictive Behaviors*,1998.

FLUHARTY. M. et al. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research*, 2016.

FREITAS, Fernando. AMARANTE Paulo. *Medicalização em Psiquiatria*. 1ª edição. Rio De Janeiro Fiocruz, 2015.

GBD 2016 dalys and hale collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study ,2016.

GIRGUS, J.s. yang, k. ferri, c.v. the gender difference in depression: are elderly women at greater risk for depression than elderly men? *geriatrics*, 2017.

GONÇALVES, Da et al. brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *cad saúde pública*, 2014.

GONCALVES, A. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. Bras. Psiquiatria*, 2018.

HASHIMOTO, E. et al .T. Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients. *Journal of Neural Transmission*, 2014.

HECKMAN, C. et al. TH Effects of experimental negative affect manipulations on ad libitum smoking: a meta- analysis. *Addiction*, 2015.

INSTITUTE for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study ,2017.

INSTITUTE for Health Metrics and Evaluation (IHME). GHDx, GDB Results. Acessível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Último acesso em setembro, 2019.

IVANOV, R. et al. Reconstruction and Analysis of Gene Networks of Human Neurotransmitter Systems Reveal Genes with Contentious Manifestation for Anxiety, Depression, and Intellectual Disabilities. *Genes (Basel)*, 2019.

JOHANNESSEN, El. Andersson Hw, Bjørngaard JH. Pape K. Anxiety and depression symptoms and alcohol use among adolescents - a cross sectional study of Norwegian secondary school students. BMC Public Health. 2017.

JUSTO, Luís Pereira. Calil, Helena Maria. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?. Rev. psiquiatr. Clín., São Paulo, v. 33, n. 2, 2006.

KESSLER, Rc Crum. Rm, Warner LA. Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 1997.

MATHEW. A. et al. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. Addiction, 2016

PACHANA, Na et al. Anxiety and depression in adults in their eighties: Do gender differences remain? International Psychogeriatrics 2012,

RIOLO, Sa. Nguyen, Ta. Greden JF, King Ca. Prevalence of Depression by Race/Ethnicity: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey III. American Journal of Public Health ,2005.

SALEH, A. et al. Effects of early life stress on depression, cognitive performance and brain morphology. Psychol Med, 2017.

SALK, Rh. Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. Psychol Bull. 2017.

SOUZA, J. et al. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, 2015.

STOPA, S. et al . Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev. Bras. Epidemiol. São Paulo, v. 18, 2015.

WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, as vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Nesse contexto, é sempre importante e necessária à articulação da saúde mental com a atenção básica/saúde da família. Com a mudança do modelo de atenção a saúde mental foi direcionada para a qualificação e ampliação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território. Esta alteração proporcionou melhoria na forma de como deve se dar o cuidado: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a retomada de sua história de vida e de seu processo de adoecimento. O estudo, no entanto aponta que o cuidado de pacientes portadores de necessidades devido a transtornos mentais está concentrado no atendimento especializado, com baixa cobertura dos CAPS –AD. Adicionalmente, tratamentos alternativos não farmacológicos, como psicoterapia tem cobertura baixa. Faz-se necessário rever a acessibilidade, mecanismos de transferência e contra referência e disponibilidade de recursos, que devem ser ampliados a fim de garantir acesso, cuidado de fato centrado no sujeito e na comunidade e bem estar desses indivíduos.

CONTRIBUIÇÕES

Os conhecimentos práticos e teóricos adquiridos durante o curso foi de grande valia para meu aprendizado, levarei ao meu país esta tamanha experiência. É notório que em termos de pesquisas carecemos de poucas estratégias tecnológicas para fomentar a mesma. Deste modo tentarei contribuir no que for possível, com a finalidade de obtermos uma saúde de qualidade para a população Angolana, visto que não depende apenas de mim mais sim, dos órgão competentes, como o Ministério da Saúde e outros órgãos afins.

Que o Brasil continue pesquisando progressivamente a fim de se aprimorar o atendimento na estratégia da saúde da família e na atenção básica com ênfase centrada no indivíduo com transtorno depressivo.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, W. et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. PLoS One 2012.

BARROS. M. et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. Revista de Saúde Pública, Volume 51, 2017.

BEBBINGTON, D. et al .The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. International Review of Psychiatry, 2003.

BODEN, Jm. Fergusson DM. Alcohol and depression. Addiction, 2011.

BONADIMAN, C. et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. Rev. bras. epidemiol, São Paulo, 2017.

BRASIL, Principal porta de entrada preferencial do SUS na Atenção Básica: Diretrizes do NASF. 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, 2006.

BRASIL, LEI N. 10.216, DE BRASIL DE 2001. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental. Estratégias e Diretrizes. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas - Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988.

BUCHER, Re. A classificação dos estados depressivos e o teste de Szondi. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1977.

CARPENTER, Km et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*, 2000.

CARROLL, Aj. Elucidating directionality between smoking and depression. *J Psychosom Res*. 2019 .

CHIADI , U. et al. Is Obesity Associated with Major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, *American Journal of Epidemiology*, Volume 158, 2003.

CHRISTIE, M. et al. Depression and African Americans in the First Decade of Midlife: The Consequences of Social Roles and Gender. *Journal of the National Medical Association*, 2018.

CIPRIANI, A. et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.*, 2018.

COUTINHO, CM. Depressão-pós-parto. *Femina*. Curitiba, 1999.

CUIJPERS, Van .Straten, A. van Oppen,P. Andersson G. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders. 2008.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEL PORTO, Ja. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr*. São Paulo, 1999.

DOURADO, I. Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *International Journal for Equity in Health*, 2016.

DUNCAN, Le. Pollastri, AR. Smoller, JW. Mind the gap: Why many geneticists and psychological scientists have discrepant views about gene–environment interaction (G×E) research. *American Psychologist*, 2014.

FARRELL, M . et al. Substance misuse and psychiatric comorbidity. 1998.

FELITTI ,Vj. Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adult Am J Prev Med. 2019 .

FERRARI , Aj et al. Whiteford HA. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the Global Burden of Disease Study 2010.

FLECK, La et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão . *Rev Bras Psiquiatr*. 2009.

FLUHARTY, M. et al. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research*, 2016.

FRACOLLI, La et al. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. *Rev. esc. enferm. USP*, 2009.

FREITAS , Fernando. AMARANTE, Paulo. *Medicalização em Psiquiatria*. 1ª edição. Rio de Janeiro Fiocruz, 2015.

GIRGUS, J.S. Yang, K. Ferri, C.V. The Gender Difference in Depression: Are Elderly Women at Greater Risk for Depression Than Elderly Men, 2017.

GONÇALVES, Da et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública* 2014.

GONCALVES, A. et al .Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. Bras. psiquiatr*. 2018.

HASHIMOTO, E. et al . Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients, 2014.

HECKMAN, MJ et al. Brandon TH Effects of experimental negative affect manipulations on ad libitum smoking: a meta- analysis. *Addiction*, 2015.

HILSENROTH, M et al . Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *The journal of nervous and menatl disease*, 2003.

HOLAHAN, Cj. Moos RH, Holahan CK, Cronkite RC, Randall PK. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright 2004 by the American Psychological Association, Vol. 72 ,2004 .

INSTITUTE for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. Seattle, WA: IHME, 2018.

INSTITUTE for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GHDx, GDB Results*. 2019.

IVANOV, R. et al S. Reconstruction and Analysis of Gene Networks of Human Neurotransmitter Systems Reveal Genes with Contentious Manifestation for Anxiety, Depression, and Intellectual Disabilities. *Genes*, 2019.

JETELINA. K. et al. An Investigation of the Relationship between Alcohol Use and Major Depressive Disorder Across Hispanic National Groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2016.

JOHANNESSEN, EL. Andersson HW, Bjørngaard JH, Pape K. Anxiety and depression symptoms and alcohol use among adolescents - a cross sectional study of Norwegian secondary school students. *BMC Public Health*. 2017.

JOKELA, G.et al. T. Chronic diseases and social risk factors in relation to specific symptoms of depression: Evidence from the U.S. national health and nutrition examination surveys. *J Affect Disord*, 2019.

JUSTO, Luís Pereira. CALIL, Helena Maria. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? Rev. psiquiatr. Clín., São Paulo, v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006.

KAPLAN, HI, SADOCK BJ, GREBB J. A. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

KESSLER , Rc Crum. RM, Warner LA. Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence with Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 1997.

Lei 8.080, de 11 de setembro de 1990. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 set. 1990.

LOPES, Cs et al Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. Int J Equity Health, 2016.

MACIEJEWSKI, P.K et al. Sex differences in event-related risk for major depression. Psychol Med, 2001.

MALTA, D. et al . A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia, Dez, 2015.

MARIA, I. et al . Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM5: 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. mathew. A. et al. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. Addiction, 2016.

MELLO, FILHO, J. Grupo e Corpo – Psicoterapia de grupos com pacientes somáticos. Editora Artmed, Porto Alegre, 2000.

OMS (Organização Mundial da Saúde) – Prática integrativa nos Pacientes com tratamento distúrbio Mental: OMS, 2018.

Organização Mundial de Saúde. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996-1997.

PACHANA, N. et al. Anxiety and depression in adults in their eighties: Do gender differences remain. *International Psychogeriatrics*, 2012.

Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental

RIOLO, S. et al. Prevalence of Depression by Race/Ethnicity: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey III. *American Journal of Public Health*, 2005.

ROCHA, Fl. Depressão puerperal: revisão e atualização. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Belo Horizonte, 1999.

SALEH, A. et al. Effects of early life stress on depression, cognitive performance and brain morphology. *Psychol Med*. 2017.

SALK, R et al. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017.

SANTOS, Iná S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública* . 2013.

SOUZA, J. et al. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Jun 2015.

SPP, dvsam. Política Estadual - Secretaria da Saúde: Acessado aos 28 de Novembro de 2017.

STOPA, S. et al . Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 170-180 Dec. 2015 Available from. Acessado aos 22 Julhos 2017.

THOMÉ, Ca. Depressão pós-parto e a identidade materna. Psicologia Corporal, 2003.

TRAVASSOS, Cláudia. MARTINS Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

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

ZIMERMAN, E. David. Fundamentos Básicos dos Grupo terapias. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.