

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação
Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Rafael Ferreira Simões

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM
USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
2021

Rafael Ferreira Simões

**Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em usuários da
Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte**

Versão Final

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de Pesquisa Promoção de Saúde e suas bases: Cidadania, Trabalho e Ambiente: processo de conhecimento e produção da saúde a partir da atuação sobre suas determinações sociais, políticas, econômicas, culturais.

Orientador: Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira

Belo Horizonte

2021

Simões, Rafael Ferreira.

SI614p Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em usuários da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte [manuscrito]. / Rafael Ferreira Simões. - - Belo Horizonte: 2021.

118f.: il.

Orientador (a): Helian Nunes de Oliveira.

Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Depressão. 2. Transtorno Depressivo. 3. Prevalência. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Dissertação Acadêmica. I. Oliveira, Helian Nunes de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WM 171.5



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO: **RAFAEL FERREIRA SIMÕES**

Realizou-se, no dia 27 de agosto de 2021, às 14:00 horas, virtual, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em usuários da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte.*, apresentada por RAFAEL FERREIRA SIMÕES, número de registro 2019714846, graduado no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Helian Nunes de Oliveira - Orientador (FM/UFMG), Prof(a). Alexandre de Araújo Pereira (UNIFENAS - BH), Prof(a). Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (Faculdade de Medicina /UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 27 de agosto de 2021.

Prof(a). Helian Nunes de Oliveira (Doutor)

Prof(a). Alexandre de Araújo Pereira (Doutor)

Prof(a). Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (Doutor)



Documento assinado eletronicamente por **Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 30/08/2021, às 08:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 30/08/2021, às 10:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre de Araujo Pereira, Usuário Externo**, em 30/08/2021, às 17:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0919757** e o código CRC **CDD9B0FE**.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Reitora:

Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice- Reitor:

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação:

Prof. Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa:

Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina:

Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação:

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Profa. Adalgisa Peixoto Ribeiro

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência:**

Profa. Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência:**

Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção
da Violência:**

Profa. Eliane Dias Gontijo – Titular

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira – Titular

Profa. Elza Machado de Melo – Titular

Profa. Soraya Almeida Belisario – Titular

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro – Titular

Profa. Andréa Maria Silveira – Suplente

Prof. Marcelo Grossi Araujo – Suplente

Profa. Eugenia Ribeiro Valadares – Suplente

Profa. Stela Maris Aguiar Lemos – Suplente

Profa. Izabel Christina Friche Passos – Suplente

À memória de meu pai,
que me estimulou a curiosidade
e o questionamento.

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo amor em me criar e pelos esforços para me prover Educação Básica.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo.

À Ana, meu amor, pelo apoio.

À professora Elza Machado de Melo, por sua gentileza e generosidade pessoal e por sua liderança resoluta do Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Ao professor Helian Nunes de Oliveira pelo aceite em me orientar, pela fineza do trato, por sua perspicácia e pelo empenho em me ensinar.

Ao professor Ricardo Tavares por sua disponibilidade e suavidade e por poder acompanhar contigo a Estatística gerar conhecimento.

Aos colegas do projeto, pelo trabalho dessa bela construção.

Aos usuários da APS de Belo Horizonte, pela concessão das entrevistas.

Aos colegas de mestrado, por compartilharmos as alegrias e apreensões da caminhada.

À UFMG, que cumpre com excelência seu papel de formação e de pesquisa em prol de uma sociedade mais justa. Sou grato pela oportunidade de retornar à esta casa.

Apresentação

O Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) consiste em um Mestrado Profissional, regulamentado pela Portaria 60/2019 da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fundação do Ministério da Educação (MEC) (CAPES, 2019). Essa modalidade promove a pesquisa ao pós-graduando, de modo articulado com seu campo profissional, com vistas ao desenvolvimento, ao aumento de produtividade e ao desenvolvimento de organizações públicas e privadas. Esse programa, em especial, visa aprimorar práticas de saúde e a prevenção da violência por meio do ensino teórico-metodológico aos profissionais que ingressam nesse curso.

Esse trabalho se insere na linha de pesquisa Promoção de Saúde e suas bases: Cidadania, Trabalho e Ambiente: processo de conhecimento e produção da saúde a partir da atuação sobre suas determinações sociais, políticas, econômicas e culturais.

Essa linha promoveu a pesquisa Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica, que se trata de um estudo quali-quantitativo sobre a promoção da saúde e a prevenção da violência no território da Atenção Primária do SUS de Belo Horizonte (MG). Essa pesquisa visa investigar o perfil da violência, seus determinantes e formas de enfrentamento. Para tanto, entrevistou usuários dos Centros de Saúde de Belo Horizonte e aplicou questionário (ANEXO C) abordando os temas Características pessoais e sociofamiliares; Trabalho; Relações pessoais e comunitárias; Relação com a unidade básica de saúde; Assistência Farmacêutica; Assistência social; Percepção de Saúde; Consumo de bebidas alcoólicas; Apoio Matricial em Saúde Mental; Atividades Físicas; Relação aos papéis de gênero; Situação de violência no território da unidade; enfrentamento da violência.

O trabalho desse volume, por sua vez, se articula com essa pesquisa e analisa o bloco de sintomas depressivos enquanto variável desfecho. Dessa maneira, investiga-se a prevalência de sintomas depressivos na Atenção Primária do SUS de Belo Horizonte e seus fatores associados – perfil sociodemográfico, fatores clínicos e relacionados à violência.

Me inseri nesse projeto visando abordar o tema da depressão na Atenção Primária. Sou médico psiquiatra e meu interesse pelo tema surgiu em 2015 quando exerci a função de preceptor da Residência de Psiquiatria do Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) no campo do Centro de Referência à Saúde Mental da Regional Nordeste (CERSAM-NE), em Belo Horizonte, que corresponde à categoria Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) do Ministério da Saúde. Nessa função, orientava os médicos residentes dos programas de

Psiquiatria, de Clínica Médica, de Neurologia, de Medicina da Família e Comunidade e os profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do HMOB. Dentre os temas abordados pela preceptoria, figura a questão diagnóstica, o tratamento, a gestão de casos clínicos da população no território, linhas de cuidado e a relação entre a Atenção Primária e Secundária.

Essa afeição pelo tema prosseguiu nos anos seguintes, quando atuei como psiquiatra da equipe de Apoio Matricial da Atenção Primária do SUS de Itabirito – cidade de cerca de 52.446 habitantes localizada a 55Km de Belo Horizonte, MG (IBGE, 2020).

RESUMO

Introdução: A depressão representa importante agravo à saúde e exibe prevalência de 9,7% no Brasil para a população geral, conforme critérios do The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e entre 21,4% e 31,0% para a população da Atenção Primária à Saúde (APS), segundo o General Health Questionnaire (GHQ-12) e o Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Quanto à Carga de Doença, a depressão figura como a 3ª causa de Anos Vividos com Incapacidade (tradução de Years Lived with Disability - YLD) no mundo e a 4ª causa no Brasil. No tocante aos fatores associados à depressão, destacam-se aspectos sociodemográficos, clínicos e sociais. **Objetivo:** Descrever a prevalência de sintomas de depressão na população de usuários da APS de Belo Horizonte, MG, Brasil e analisar a associação entre depressão e fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, consumo de álcool e violência. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, ocorrido em 2017, realizado por meio de 1125 entrevistas estruturadas com usuários da APS em 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS's) dos nove distritos sanitários do município de Belo Horizonte. Considerou-se cada distrito sanitário como um estrato e definiu-se amostra probabilística por conglomerado em dois estágios – que selecionou 5 UBS's por regional e 25 usuários por UBS. Aplicou-se questionário composto por 14 eixos temáticos. Foram obtidas a variável resposta de caso positivo de depressão, conforme os critérios do DSM IV, e variáveis explicativas, como sexo, idade, raça, estado civil, renda, trabalho, autopercepção de saúde, comorbidades clínicas, uso de álcool, tentativa de suicídio e exposição à violência. Aplicou-se o filtro de adultos, com 1105 entrevistados e procedeu-se com as análises univariada, bivariada e regressão logística. **Resultados:** A prevalência de depressão da amostra de usuários adultos da APS do SUS de Belo Horizonte foi de 31,4%, sendo de 35,5% em mulheres e de 19,9% em homens, com valor de $p < 0,0001$. Os fatores associados encontrados foram sexo feminino, OR 3,3 (1,7 - 6,5); Renda baixa, OR 2,6 (1,1 - 6,3); Não trabalhar em atividade remunerada, OR 1,9 (1,1 - 3,7); Autopercepção de Saúde negativa, OR 2,3 (1,2 - 4,2); CAGE positivo, OR 3,3 (1,5 - 7,1); Beber em binge, OR 2,2 (1,2 - 4,3); Amnésia Alcoólica, OR 2,2 (1,0 - 4,9) e ter tido familiar assassinado, OR 2,2 (1,1 - 4,2). **Conclusão:** Esse estudo contribui para o conhecimento sobre a prevalência de sintomas depressivos em usuários da APS de Belo Horizonte e sobre seus fatores associados. Para obter a prevalência da população, em si, de usuários da APS, recomenda-se realizar novo estudo delineado para esse desfecho e para suas variáveis explicativas. Os fatores associados encontrados podem ser objeto de avaliação visando intervenção por meio de políticas públicas.

Palavras-chave: Depressão; Transtorno Depressivo; Prevalência; Atenção Primária à Saúde; Fatores Associados.

ABSTRACT

Introduction: Depression represents an important health problem and has a prevalence of 9.7% in Brazil for the general population, according to the criteria of The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and between 21.4% and 31.0% for the population of Primary Health Care (PHC), according to the General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). As for the Burden of Disease, depression ranks as the 3rd cause of Years Lived with Disability (YLD) in the world and the 4th cause in Brazil. Regarding the factors associated with depression, sociodemographic, clinical and social aspects stand out.

Objective: To analyze the association between depressive symptoms and sociodemographic factors, self-perceived health, alcohol use, and violence in a sample of Primary Health Care (PHC) users in Belo Horizonte (MG), Brazil.

Methods: A total of 1,125 PHC patients from Belo Horizonte participated in the study (16 years or older). A filter was applied to 1,105 patients over 18 years of age. Depressive symptoms (based on DSM IV) and sociodemographic factors, self-perceived health, alcohol use, and exposure to violence were evaluated. Univariate, bivariate, and logistic regression analyses were applied.

Results: The prevalence of depression was 31.0% - 35.1% among women and 19.7% among men ($p < 0.0001$). The associated factors identified were female, OR 3.3 (1.7-6.5); low income, OR 2.6 (1.1-6.3); not working in a paid activity, OR 1.9 (1.1-3.7); negative self-perceived health, OR 2.3 (1.2-4.2); positive CAGE, OR 3.3 (1.5-7.1); binge drinking, OR 2.2 (1.2-4.3); alcoholic amnesia, OR 2.2 (1.0-4.9) and murdered family member, OR 2.2 (1.1-4.2).

Conclusion: The prevalence of depressive symptoms is similar to that of other studies, and the factors associated with females, low income, not working in a paid activity, negative self-perceived health, alcohol abuse, and a murdered family member were identified.

Keywords: Depression; Depressive Disorder; Prevalence; Associated Factors; Primary Health Care.

Lista de Quadros

Quadro 1: Características de alguns estudos incluídos sobre prevalência de depressão no Brasil	18
Quadro 2: Características de alguns estudos incluídos sobre prevalência internacional de depressão .	20
Quadro 3: Características de alguns estudos incluídos sobre fatores associados à depressão no Brasil	21
Quadro 4: Características de alguns estudos internacionais incluídos sobre fatores associados à depressão	21

Lista de Tabelas

Tabela1: Distribuição bivariada da prevalência de casos depressivos, segundo o perfil sociodemográfico, em 1.105 usuários da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte - MG, 2017.....	64
Tabela 2: Distribuição bivariada da prevalência de casos depressivos, segundo as variáveis clínicas e de violência, em 1.105 usuários da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte - MG, 2017.....	65
Tabela 3: Modelo final de análise de Regressão Logística: casos de depressão segundo as variáveis explicativas. Belo Horizonte, MG, 2017.....	69
Tabela 4: Probabilidades estimadas para casos de depressão para sete cenários de fatores associados, segundo o Modelo de Regressão Logística. Belo Horizonte, MG, 2017.....	70

Lista de Abreviaturas e de Siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
BDI	Beck Depression Inventory
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DALY	Disability-Adjusted Live Years – traduzido para Anos Vividos com Incapacidade Ajustado por idade
EDG-15	Escala de Depressão Geriátrica 15 itens
GBD	Global Burden Disease
GHQ	General Health Questionnaire
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
HADS	Anxiety and Depression Scale
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MINI	Mini-International Neuropsychiatric Interview
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
SPES	Short Psychiatric Evaluation Schedule
SRQ	Self-report Questionnaire
PHQ-9	The Patient Health Questionnaire - 9
PNS 2013	Pesquisa Nacional de Saúde de 2013
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
QMPA	Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Instrument
YLD	Years Lived with Disability - traduzido para Anos Perdidos por Incapacidade
YLL	Years of Life Lost – traduzido para Anos de Vida Perdidos

SUMÁRIO

1	Introdução	15
2	Objetivos	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos específicos.....	17
3	Revisão da Literatura	18
3.1	Definição de Depressão.....	26
3.2	Prevalência de Depressão na População Geral e na Atenção Primária à Saúde.....	27
3.3	Carga de Doença	32
3.4	Fatores Associados à Depressão	35
3.4.1	Fatores Sociodemográficos	35
3.4.2	Fator Violência	39
3.4.3	Fatores Comportamentais	42
3.4.4	Comorbidades Psiquiátricas, Clínicas e Autopercepção de Saúde	43
3.5	Acesso à assistência em Saúde Mental e oferta de serviço	45
3.6	Metodologia de pesquisa de sintomas depressivos	48
3.7	Conclusão.....	51
4	Métodos.....	52
4.1	Delineamento do estudo	52
4.2	População do estudo.....	52
4.2.1	Critérios de inclusão.....	52
4.2.2	Seleção da amostra	53
4.3	Instrumento	53

4.4 Variáveis	54
4.5 Coleta de dados	55
4.6 Armazenamento e análise dos dados.....	56
4.7 Aspectos éticos.....	56
5 Artigo	58
6 Considerações finais.....	77
Referências.....	78
ANEXO A – Aprovação do COEP/UFMG.....	88
ANEXO B – Aprovação da SMSA SUS BH	89
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	95
ANEXO D - Questionário para os usuários da Atenção Básica de Saúde	97

1 Introdução

A depressão se apresenta como relevante agravo à saúde e pode ser compreendida como Transtorno Depressivo, que se define por meio dos sintomas de humor deprimido, perda de interesse ou prazer em atividades, energia diminuída, perda de confiança, sentimento de auto-reprovação, pensamento recorrente de morte, diminuição da capacidade de pensar, alteração da atividade psicomotora, perturbação do sono e alteração do apetite (ASSOCIATION, 1995; OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Dentre os indicadores que mensuram a depressão, encontra-se a prevalência de síndrome depressiva que representa 9,7% da população geral do Brasil conforme o *The Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (BARROS et al., 2017) e a entre 21,4% e 31% na população da Atenção Primária à Saúde (APS), utilizando o *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) (GONÇALVES et al., 2014). Por sua vez, a Carga de Doença dos Transtornos Depressivos vêm aumentando sua importância globalmente nas últimas três décadas e figurou, em 2017, como a terceira causa não-fatal de Anos Vividos com Incapacidade (tradução de *Years Lived with Disability* -YLD) (JAMES et al., 2018). Quanto ao Brasil, a depressão ocupou o 4º lugar no ranking de Carga de Doença em YLD, com 1,2 milhões de anos (BONADIMAN et al., 2020).

Quanto aos Fatores Associados à depressão, têm-se história pessoal ou familiar de depressão, tentativa de suicídio, uso de álcool e de substâncias ilícitas, doenças crônicas, autopercepção de saúde negativa, eventos estressores de vida, incluindo perdas, como luto ou divórcio, exposição à violência, sexo feminino, baixa renda, desemprego e raça/cor de pele (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; ANDRADE et al., 2012; BLAS; KURUP, 2010; HAWTON et al., 2013; NOGUEIRA et al., 2014; SIU et al., 2016; SMOLEN; ARAÚJO, 2017).

Sobre o curso de um episódio depressivo, a duração mediana é de 12 semanas e o tempo médio para recuperação de um episódio varia entre dois e três anos, sendo que metade dos que tiveram um primeiro episódio não terão recorrência, 35% terão e 15% nem alcançarão remissão sustentada por 12 meses (EATON et al., 2008). Outra coorte encontrou taxa de recorrência em 15 anos de 85%, caindo para 58% entre os que permaneceram assintomáticos por 5 anos (MUELLER et al., 1999).

Quanto ao diagnóstico de depressão, esse ocorre em apenas uma fração dos casos da população. Expressão disso são estudos sobre depressão na APS, que apontam que entre 30% e 50% dos casos não são identificados sem o uso de entrevistas padronizadas (ARROLL et al., 2010; GILBODY et al., 2003b). Além disso, os pacientes com depressão utilizam mais o serviço

de saúde (SIMON et al., 2002). Quanto ao tratamento, considerando a população geral com depressão, 78,8% não recebem nenhum tratamento e 14,1% recebem apenas farmacoterapia (LOPES et al., 2016). Acrescenta-se que, entre as barreiras para o tratamento, figuram o receio do paciente sobre os custos, dúvidas sobre os efeitos adversos, constrangimento em fazer tratamento psiquiátrico, apreensão de perder oportunidades de trabalho, longa distância da unidade de saúde e desencorajamento pela família (SIMON et al., 2004). Diante desse cenário, ações que melhorem o acesso à saúde e que qualifiquem o diagnóstico e o tratamento da depressão podem contribuir para melhoria da assistência em saúde (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012; LOPEZ et al., 2006; PATEL et al., 2007).

Diante da importância desse tema e da escassez de estudos na população de Belo Horizonte – MG, Brasil, esse trabalho visa avaliar a prevalência de sintomas de depressão na população de usuários da APS de Belo Horizonte. Além disso, essa dissertação pretende investigar os fatores associados aos sintomas depressivos, como fatores sociodemográficos, Autopercepção de Saúde, uso de álcool e situação de violência. Para tanto, a revisão bibliográfica intencionou acessar estudos referentes à prevalência de depressão no Brasil e no mundo, bem como os fatores associados.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar a distribuição dos sintomas depressivos em usuários adultos da APS em Belo Horizonte, MG, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

1) Analisar o perfil sociodemográfico dos entrevistados da APS conforme a presença ou não de sintomas depressivos.

2) Analisar os fatores associados aos sintomas de depressão na APS, como Autopercepção de Saúde, uso de álcool, tabagismo e situação de violência no território.

3 Revisão da Literatura

Acessou-se as bases de dados indexadas SciELO, LILACS e MEDLINE acessados online no período entre 03 de julho a 30 de setembro de 2020. As buscas utilizaram os descritores “depressão”, “prevalência” e “fatores” combinados e aplicados aos campos título, resumo e assunto.

Ressaltam-se os artigos sobre distribuição de sintomas depressivos (Quadro 1 e 2) e sobre seus fatores associados (Quadro 3 e 4).

Quadro 1: Características de alguns estudos incluídos sobre a prevalência de depressão no Brasil

Autoria e ano	Amostra	Métodos	Prevalências
Almeida-Filho et al. (2004)	2302 indivíduos em Salvador - BA	Estudo populacional. Instrumento QMPA	Prevalência de 12,2% - sendo 6,9% em homens e 16,6% em mulheres.
Blay et al. (2007)	7040 idosos da população do RS	Estudo transversal. Escala SPES	22%, sendo 25,2% em mulheres e 18% em homens
Anselmi et al. (2008)	4.297 indivíduos, Pelotas - RS	Estudo transversal de 2004 aninhado a coorte iniciada em 1982. Escala SRQ - 20	Transtorno Mental Comum: prevalência de 28,0% na população, sendo 32,8% em mulheres e 23,5% em homens.
Andrade et al. (2012)	5.037 adultos da população geral da Grande São Paulo	São Paulo Megacity Mental Health Survey. Instrumento CIDI	9,4% de depressão em 12 meses – sendo 18,0% leve, 38,9% moderado e 43,1% grave.
Melo Júnior et al., (2012)	Gestantes (n=600) e pós-parto (n=555). Recife e Campinas.	Estudo Transversal. Escala EPDS	24,3% de depressão em gestantes e 10,8% no pós-parto
Silva et al. (2014)	27 estudos transversais. 464.734 indivíduos	Revisão sistemática. 11 ferramentas de triagem	14% de sintomas depressivos e 8% de Transtorno depressivo em 1 ano – sendo 11,3% em mulheres e 4,0% em homens

Continua

Quadro 1 – conclusão

Autoria e ano	Amostra	Métodos	Prevalências
Gonçalves et al. (2014)	1857 usuários da APS do Rio de Janeiro – RJ, São Paulo – SP, Porto Alegre – RS e Fortaleza - CE	Estudo multicêntrico em 4 capitais do Brasil. Instrumentos GHQ-12 e HAD	21,4% a 31% de depressão
Nogueira et al. (2014)	621 idosos da APS de Porto Alegre - RS	Estudo transversal. Escala GDS-15	30,6%, sendo 35,9% em mulheres e 20,9% em homens
Stopa et al. (2015)	60.202 da população geral	PNS 2013, Autorelato de ter recebido diagnóstico	Depressão em 7,6% da amostra nacional. 9,1% (7,3-11,0%) nos 180 entrevistados de Belo Horizonte – MG
Marinho, Passos, França (2016)	Bancos de dados secundários	Método GBD 2010	Carga de doença de Depressão no Brasil em 2010: 2ª causa em homens e 1ª causa em mulheres em YLD. E foi a 8ª causa de DALY para homens e a 1ª para mulheres.
Barros et al. (2017)	49.025 adultos	PNS 2013, Escala PHQ-9 Algorítmica e >5 questões positivas	9,7% de depressão 3,9% de depressão maior
Bonadiman et al. (2020)	2 Bancos de dados e 16 artigos. >100.000 indivíduos	Método GBD 2017	Prevalência de 3,3% de depressão no Brasil. Carga de doença: 4º causa YLD. Houve redução de 9,0% do YLD ajustado por idade entre 1990 e 2017

Fonte: elaborado pelo autor

CIDI: Composite International Diagnostic Interview; EPDS Edinburgh Postnatal Scale; GBD: Global Burden Disease; GDS: Geriatric Depression Scale; GHQ: General Health Questionnaire; HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale; PHQ: Patient Health Questionnaire; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; QMPA: Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos; SPES: Short Psychiatric Evaluation Schedule; SRQ: Self-report Questionnaire;

Quadro 2: Características de alguns estudos incluídos sobre a prevalência internacional de depressão

Autoria e ano	Amostra	Método	Prevalências
Barkow et al. (2002)	N = 2445 de 15 unidades de APS	Coorte 12 meses para depressão na APS. GHQ e CIDI-PHC	Incidência de 4,4% para depressão em 12 meses
Eaton et al. (2008)	N = 3481 Baltimore - EUA	Coorte de 23 anos. Diagnostic Interview Schedule and Life Chart Interview	Transtorno depressivo: 50% não tiveram recorrência, 35% tiveram e 15% nem tiveram melhora sustentada
King et al. (2008a)	Médicos GP de 6 países europeus. n de 7209	Prospectivo visando comparar prevalência de transtorno mental. CIDI.	Depressão: 13,9% para mulheres e 8,5% para homens
Rait et al. (2009)	2,9 mi de prontuários de 298 GP na APS do UK	Estudo ecológico entre 1996 - 2006.	Incidência de Diagnóstico registrado caiu de 22,5 para 14,0 por 1000 pessoas em risco. Incidência de síndrome depressiva subiu de 5,1 para 15,5 por 1000.
Bromet et al. (2011)	89.037 indivíduos	World Mental Health Surveys. Escala CIDI	Prevalência de vida e em 12 meses de 14,6% e 5,5% em países de alta renda e de 11,1% e 5,9% nos de baixa renda
Ferrari et al. (2013)	116 estudo de prevalência e 4 de incidência	Revisão sistemática. Uso de meta-regressão.	Depressão para homens de 3,8% (3,2–4,5%) e para mulheres de 5,9% (4,7–7,5%). Ao adotar DSM/CID: 3,8% (3,1–4,6%); Prevalência com uso de escalas: 12,1%(9,3–15,7%)
Brody; Prat; Hugues (2018)	8.721 (entre 2009 e 2016)	NHANES (CDC) e PHQ-9	8,1%, sendo que 80,2% apresentam comprometimento funcional
James et al. (2018)	Bancos de dados secundários	Base de dados e método do GBD 2017	3ª causa mundial de Anos Vividos com Incapacidade (Years Lost with Disability - YLD), com 43 milhões de anos.
Kyu et al. (2018)	Bancos de dados secundários	GBD 2017	11ª causa mundial em Anos de vida Vividos com Incapacidade Ajustado por idade (Disability-Adjusted Live Years – DALY) em mulheres e 23ª em homens.

Fonte: Elaborado pelo autor

CDC: *Disease Control and Prevention*; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; EPDS Edinburgh Postnatal Scale; GBD: Global Burden Disease; GDS: Geriatric Depression Scale; GHQ: General Health Questionnaire; HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale; NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey; PHQ: Patient Health Questionnaire; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; QMPA: Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos; SPES: Short Psychiatric Evaluation Schedule; SRQ: Self-report Questionnaire;

Quadro 3: Características de alguns estudos incluídos sobre os fatores associados à depressão no Brasil

Autoria e ano	Amostra	Métodos	Resultados
Andrade et al. (2002)	1464 residentes de 2 bairros de São Paulo	Estudo populacional. Instrumento CIDI	Sexo feminino, OR 1,6, separados/divorciados/viúvos, OR 1,5 e desempregados, OR 3,1
Almeida-Filho et al. (2004)	2302 indivíduos em Salvador - BA	Estudo populacional. Questionário QMPA	Mulheres (OR 2,66), divorciados e viúvos (OR 2,32 em relação aos solteiros), pessoas com ensino fundamental (OR 2,82 em relação aos graduados), pobres (OR 1,83) e não-brancos (OR 1,40).
Ludemir et al. (2008)	1172 mulheres em São Paulo e 1473 em PE	Estudo populacional. Escala SRQ-20	Relato de violência por 50,7% das mulheres, sendo violência psicológica sozinha em 18,8% e acompanhada por violência física em 16,0%. A prevalência de transtornos mentais foi de 49,0% entre mulheres que relataram violência e de 19,6% entre as que não relataram. Houve associação significativa para violência física sozinha, OR 1,91, violência psicológica sozinha, OR 2,00 e violência psicológica acompanhada por física, OR 2,56.
Anselmi et al. (2008)	4.297 indivíduos, Pelotas - RS	Estudo transversal de 2004 aninhado a coorte de nascidos em 1982. Escala SRQ -20	Transtorno Mental Comum: 28,0% na população, sendo 32,8% em mulheres e 23,5% em homens. Ser pobre no presente independente do status inicial tem RR de 1,5 para depressão, comparado com os nunca pobres. Mulheres: pretas/pardas (OR 1,25), sempre pobres (OR 1,44) ou que ficaram pobres (OR 1,37)
Melo Júnior et al., (2012)	Gestantes (n=600) e pós-parto (n=555). Recife-PE e Campinas-SP.	Transversal e uso do EPDS	Depressão anteparto: ausência de parceiro RP 1,93; baixa classe social RP 1,75; não-branca RP 1,48; multiparidade 1,32 Depressão pós-parto: Violência psicológica RP 3,31; violência física 2,14; uso de álcool 2,14; não-branca 1,85;
Andrade et al. (2012)	5.037 adultos da população geral da Grande São Paulo	São Paulo Megacity Mental Health Survey. Instrumento CIDI	Maior chance de transtorno de humor em mulheres OR 2,7; separados/divorciados/viúvos com OR 1,7 e em expostos a evento traumático relacionado a crime violento, com OR entre 1,6 (1 evento) a 3,8 (3 ou mais eventos)

Continua

Quadro 3: continuação

Autoria e ano	Amostra	Métodos	Resultados
Cunha, Bastos e Duca (2012)	3391 de pessoas de comunidade de Porto Alegre - RS	Estudo populacional. EPDS	Sexo feminino, OR 2,38, entre separados/viúvos, OR 1,56, maior idade (30-39 anos: OR 1,34; 40-49: OR 1,65; 50-59: OR 1,89 e >60: OR 1,46), baixa escolaridade (5-8 anos de estudo: OR 0,63; 9-11: OR 0,48; >12: OR 0,33) e baixa renda (menor quartil: OR 1,00; 2º menor quartil 0,78; 3º 0,71; 4º OR 0,49).
Gonçalves et al. (2014)	1857 usuários da APS do Rio de Janeiro – RJ, São Paulo – SP, Porto Alegre – RS e Fortaleza - CE	Estudo multicêntrico sobre treinamento em Saúde Mental. Uso do GHQ-12 e do HAD	Sexo feminino, OR 1,9 e baixa renda, OR 1,3
Munhoz et al. (2016)	60.202 indivíduos	PNS 2013. PHQ-9	Maior prevalência em mulheres, RP de 2,29, indivíduos entre 50 e 59 anos, RP de 1,56, acima de 80 anos, RP de 1,63, moradores de áreas urbanas, RP de 1,51, entre os de menor escolaridade, RP de 1,96, fumantes, RP 1,59, e com comorbidade clínica de Hipertensão, RP de 1,72, Diabetes, RP de 1,43 e Doenças cardíacas, RP de 2,75.
Portugal et al. (2016)	1466 indivíduos da APS do Rio de Janeiro – RJ e de São Paulo - SP	World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQOL-bref); GHQ-12 e HAD	Escores de Qualidade de Vida menores associados com casos sugestivos de depressão
Smolen e de Araújo (2017)	14 estudos. >25.000 participantes	Revisão sistemática. Devido à heterogeneidade, não foi aplicado meta-análise.	6 estudos apresentaram análise multivariada com significância – sendo que 5 encontraram Depressão em não-brancos com OR entre 1,18 e 1,85. Houve relação inversamente proporcional ao nível socioeconômico.

Continua

Quadro 3: conclusão

Autoria e ano	Amostra	Métodos	Resultados
Barros et al. (2017)	60.202 indivíduos	PNS 2013, Escala PHQ-9 Algorítmica e >5 questões positivas	Assistir > 5 horas de TV por dia OR 2,13, Uso de risco de Álcool 1,72, Tabagismo 1,65, fumo passivo 1,55, consumo de refrigerante 1,42, consumo de carne gordurosa 1,43
Zimmerman et al. (2017)	1820 indivíduos de Brasília	Inquérito e European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D)	Autopercepção de Saúde negativa associada com depressão (β -0,141).
Blay et al. (2018)	São Paulo (n. 2536) Rio de Janeiro (n. 1028)	Estudo Transversal populacional. Escala CIDI	Depressão em expostos à violência, no Rio de Janeiro e São Paulo, OR de 1,87 e 2,67
Carpena et al. (2020)	60.202 indivíduos	PNS 2013, regressão logística e análise de mediação	Sexo feminino: OR de 2,36 para depressão, OR de 2,02 para ideação suicida e OR de 1,73 para vitimização por familiar ou conhecido. 10,6% da associação entre sexo e depressão e 8,0% da associação entre sexo e ideação suicida é atribuído ao fator violência

Fonte: Elaborado pelo autor

CDC: *Disease Control and Prevention*; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; EPDS Edinburgh Postnatal Scale; GBD: Global Burden Disease; GDS: Geriatric Depression Scale; GHQ: General Health Questionnaire; HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale; NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey; PHQ: Patient Health Questionnaire; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; QMPA: Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos; SPES: Short Psychiatric Evaluation Schedule; SRQ: Self-report Questionnaire;

Quadro 4: Características de alguns estudos internacionais incluídos sobre os fatores associados à depressão

Autoria e ano	Amostra	Método	Resultados
Barkow et al. (2002)	2445 indivíduos em 15 unidades de APS	Coorte 12 meses para depressão na APS. GHQ e CIDI-PHC	Pessoas separadas (OR 2,58), divorciadas (OR 2,23), menos escolarizadas (OR de 1,00 para sem escolaridade, reduzindo para OR de 0,52 para > 11 anos de estudo) e desempregados (OR 1,45). Diagnóstico na avaliação inicial de distímia (OR 2,76), agorafobia (OR 4,22), ansiedade generalizada (OR 3,35), síndrome de pânico (OR 4,90), neurastenia (OR 2,59), transtorno de somatização (OR 4,18), transtorno doloroso (OR 1,94), etilismo (OR 2,16) e episódio depressivo prévio (OR 2,26), entre os que têm doenças clínicas (OR 1,55) e entre os que têm ideiação suicida (OR 3,51).
Araya et al. (2003)	3.870 participantes de Santiago – Chile. 16-65 anos.	Estudo populacional. Clinical Interview Schedule (CIS)	Associação entre Transtornos Mentais Comuns e menor escolaridade, OR 2,44, moradia precária, OR 1,53, e perda de renda recente, OR 2,14.
Cavanagh et al. (2003)	53 séries de casos e 22 caso-controles	Revisão Sistemática	Presença de t. mental em 90% dos casos de suicídio e a fração atribuível populacional referente aos transtornos mentais está entre 47% e 74%.
Bromet et al. (2011)	89.037 indivíduos de 18 países	World Mental Health Surveys. Escala CIDI	Mulheres têm o dobro de chance. Nos países de alta renda os jovens têm OR 2,7, ao passo que nos de baixa e média renda os idosos têm maior chance de apresentar depressão (jovens com OR de 0,8). Nos países de alta renda, os separados têm OR 3,6, ao passo que nos de baixa e média renda, têm maior chance os divorciados, OR 3,0 e os viúvos, OR 2,7
Rai et al. (2013)	187.496 indivíduos de 53 países	World Mental Health Surveys, entre 2002 e 2003. Análise multinível.	Nível econômico do país responde por 13,5% da depressão (varia de 5,5% nos países de alta renda a 22,4% nos de baixa). Nível individual: baixa posse de bens, baixa instrução, sexo feminino, inatividade laboral e viúvo/divorciado apresentam maior risco.
Cuijpers et al. (2014)	293 estudos. 1.813.733 indivíduos	Revisão Sistemática	Encontrou mortalidade excessiva maior para depressão subsindrômica, RR 1,33 e para Depressão Maior, RR 1,58

Continua

Quadro 4: continuação

Autoria e ano	Amostra	Método	Resultados
Lev-Ran et al. (2014)	14 estudos longitudinais. 76.058 indivíduos	Revisão Sistemática	OR 1,17 de depressão entre os que usaram Cannabis
Nelson et al. (2017)	184 estudos	Revisão Sistemática	Associação entre depressão adulta e Maus-tratos infantis, com OR entre 2,66 e 3,73
Read et al. (2017)	40 artigos 381.527 indivíduos	Revisão Sistemática	Multimorbidade OR 2,97, contra sem doença crônica
Stanaway et al. (2018)	Banco de dados secundário	GBD 2017	Fatores de Risco que contribuem para a Carga de Depressão: Violência por parceiro, 2 mi de YLD; abuso infantil 1,9 mi e bullying, 1,2 mi
Brody; Prat; Hugues (2018)	8.721 (entre 2009 e 2016)	NHANES (CDC). Uso do PHQ-9	Mulheres têm o dobro de chance de depressão. Pessoas que vivem abaixo da linha federal de pobreza apresentam prevalência de 15,8%, contra 3,5% entre os que vivem com 400% dessa linha.
Nuggerud-Galeas et al. (2020)	n = 200	Caso-controle	Depressão recorrente associada a ter sofrido abuso sexual na infância OR 1,64

Fonte: Elaborado pelo autor

CDC: *Disease Control and Prevention*; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; EPDS Edinburgh Postnatal Scale; GBD: Global Burden Disease; GDS: Geriatric Depression Scale; GHQ: General Health Questionnaire; HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale; NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey; PHQ: Patient Health Questionnaire; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; QMPA: Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos; SPES: Short Psychiatric Evaluation Schedule; SRQ: Self-report Questionnaire;

3.1 Definição de Depressão

O termo depressão pode ser compreendido como Transtorno Depressivo, definido conforme os códigos de classificação contemporâneos. Segundo o DMS 5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o Transtorno Depressivo Maior consiste na presença de pelo menos cinco dos seguintes sintomas por pelo menos 2 semanas e incluindo um dos dois primeiros itens: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; acentuada diminuição do interesse ou do prazer em quase todas as atividades, na maior parte do dia, quase todos os dias; perda ou ganho significativo do peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias; insônia ou hipersonia quase diário; agitação ou retardo psicomotor quase diário; fadiga ou perda de energia quase diário; sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva ou inapropriada quase diariamente; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase diário e pensamento recorrente de morte, ideação suicida recorrente sem um plano de específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico. Esses sintomas causam sofrimento clínico significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo. Ressalta-se que essas manifestações não devem ser melhor classificadas em outras condições médicas, nem melhor explicadas por transtornos psicóticos, nem deve haver episódio de mania ou de hipomania.

Quanto ao código da CID-10 (OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998), o Episódio Depressivo é definido diante da apresentação, por pelo menos duas semanas, de pelo menos dois dos primeiros três critérios: humor deprimido; perda de prazer e energia diminuída ou fadigabilidade aumentada; e, adicionalmente, pelo menos dois dos seguintes itens: perda de confiança ou de auto-estima; sentimentos irracionais de auto-reprovação ou culpa excessiva e inapropriada; pensamento recorrente de morte ou suicídio ou qualquer comportamento suicida; queixas ou evidências de diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, como indecisão ou vacilação; alteração da atividade psicomotora com agitação ou lentificação - tanto subjetiva quanto objetiva; qualquer tipo de perturbação do sono; alteração no apetite - diminuição ou aumento - com correspondente alteração do peso. Destaca-se que não deve haver sintomas hipomaníacos e maníacos e o episódio não é atribuível ao uso de substância psicoativa ou a qualquer transtorno mental orgânico.

3.2 Prevalência de Depressão na População Geral e na Atenção Primária à Saúde

Um indicador que mensura a presença de depressão numa população consiste em sua prevalência, calculada pela razão entre os casos de uma condição de saúde e a população exposta. Os estudos de prevalência adotam uma definição para caso positivo e empregam amostras de uma população, observando parâmetros estatísticos e epidemiológicos (BONITA R, BEAGLEHOLE R, 2010). Nesse sentido, Stopa et al. (2015), ao analisar os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que perguntou se a pessoa já havia recebido diagnóstico de depressão, apontou que a prevalência de autorrelato de depressão na população acima de 18 anos foi de 7,6%, sendo 10,9% em mulheres e 11,1% entre idosos entre 60 e 64 anos. Inclusive, dentre os 180 entrevistados que residiam em Belo Horizonte – MG, 9,1% (7,3-11,0%) relataram depressão. Identificou-se maior prevalência entre brancos, entre os que têm menor escolaridade, nos graduados e nos residentes de áreas urbanas e do Sul do país. Ainda sobre o PNS 2013, Barros et al. (2017), ao filtrar a população entre 18 e 59 anos, encontrou prevalência de depressão de 9,7%, sendo 3,9% de Depressão Maior, utilizando o algoritmo do *The Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Por sua vez, Munhoz et al. (2016), ao analisar o PNS 2013, utilizando o algoritmo do PHQ-9, verificou prevalência de depressão de 4,1% (95% CI: 3,8–4,4%), sendo maior taxa no Sudeste, com 4,8% e menor no Nordeste, com 2,9%. Por seu turno, Silva et al. (2014), em revisão sistemática de estudos brasileiros transversais, que incluiu 27, encontrou prevalência de sintomas depressivos de 14% no momento da entrevista; prevalência de transtorno depressivo de 8% em um ano - sendo 11,3% em mulheres e 4,0% em homens - e prevalência durante a vida de 17% - sendo 21,6% em mulheres e 9,7% em homens. Pontua-se que houve alta heterogeneidade e, devido ao pequeno número de estudos, não foi possível realizar análise de sensibilidade e meta-regressão para avaliar fatores associados. Quanto aos instrumentos utilizados pelos estudos primários, a observação transversal de sintomas depressivos se baseou em nove estudos que usaram questionário de autodeclaração e 11 empregaram os instrumentos: *Adult Psychiatric Morbidity Questionnaire*, *Beck Depression Inventory* (BDI), *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), *Composite International Diagnostic Interview Short-Form* (CIDI SF), o PHQ-9 e *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD). Por sua vez, a observação transversal de transtorno depressivo foi avaliada por meio de sete estudos que usaram o CIDI, o *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) e os critérios do DSM-IV. Por fim, a análise de prevalência em um ano de transtorno depressivo avaliou cinco estudos, que usaram o CIDI

e a prevalência durante a vida se baseou em quatro estudos que usaram o CIDI e em um que usou o DSM-IV.

Um artigo original dessa revisão, o Estudo Epidemiológico de Transtornos Mentais São Paulo Megacity (VIANA; ANDRADE, 2012), na região metropolitana de São Paulo, aponta para 16,7% a prevalência de Transtorno Depressivo Maior durante a vida, sendo 10,0% em homens e 23,0% em mulheres. Quanto à prevalência em 12 meses, Andrade et al. (2012) encontrou 9,4% para Transtorno Depressivo Maior, sendo 18% leve, 38,9% moderado e 43,1% grave. Além desses, em estudo comunitário em dois bairros em São Paulo – SP, Andrade et al. (2002) verificou prevalência de depressão de 16,8% durante a vida, 7,1% em 12 meses e 4,5% em um mês. Por sua vez, Ribeiro et al. (2013) identificou no Rio de Janeiro a prevalência de Transtorno depressivo de 17,4% durante a vida e de 6,0% em 12 meses. Ao passo que Blay et al. (2018) identificou prevalência de depressão de 7,3% no Rio de Janeiro e de 14,8% em São Paulo e que a prevalência em mulheres foi o dobro. Por seu turno, Cunha, Bastos e Duca (2012) investigaram uma comunidade de baixa renda de Porto Alegre e verificaram prevalência de Transtorno depressivo de 16,1% em um ano. Quanto à população total de Porto Alegre – RS, Silva et al. (2014) apontou para 12% a prevalência de Transtorno Depressivo durante a vida. Por sua vez, em estudo em Bambuí, cidade de pequeno porte de Minas Gerais, Vorcaro et al. (2001) identificou prevalência de 10% em um ano, conforme o CIDI. Por fim, Anselmi et al. (2008), em estudo transversal aninhado a coorte utilizando o *Self-report Questionnaire* (SRQ) em Pelotas - RS, com 4.297 participantes, encontrou prevalência geral de Transtorno Mental Comum de 28,0%, sendo de 32,8 e de 23,5% em mulheres e em homens, respectivamente.

Quanto à população idosa, Nogueira et al. (2014), em estudo transversal no território de 27 equipes de ESF de Porto Alegre – RS, identificou prevalência de depressão de 30,6%, sendo 35,9% em mulheres e 20,9% em homens, conforme a Escala de Depressão Geriátrica 15 itens (EDG-15). Em outro estudo, mais abrangente, com população de mais de 7.000 idosos em nove regiões do estado do Rio Grande do Sul, Blay et al. (2007) identificou prevalência de morbidade depressiva em 22%, sendo 25,2% dos homens e 18% das mulheres, segundo o questionário *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (SPES), com 6 itens, cujo estudo de validação no Brasil aferiu sensibilidade de 82% e especificidade de 77% (BLAY; RAMOS, 1988). Por sua vez, Mitchell et al. (2010), em revisão sistemática sobre validação da EDG-15 na APS, incluindo 10 estudo primários em APS, identificou prevalência de 17,1% de depressão em idosos por meio de entrevista psiquiátrica e aferiu que o EDG-15 apresentou sensibilidade de 81,3% e especificidade de 78,4%.

No que tange a população carcerária, Andreoli et al. (2014), em estudo com prisioneiros do estado de São Paulo utilizando o CIDI, identificou prevalência de depressão ao longo da vida e em 12 meses de 40% e 21% entre mulheres e de 20,8% e 9,9% entre homens. Por sua vez, Pondé, Freire e Mendonça (2011), em estudo em Salvador – BA empregando o MINI, aponta prevalência de depressão de 17,6% no regime fechado e de 18,8% no aberto. Por fim, Fazel e Seewald (2012), em revisão sistemática em 24 países, com 109 estudos e 33.588 participantes que utilizaram exame clínico e entrevistas semi-estruturadas baseadas no DSM e no CID, encontrou prevalência de depressão de 10,2% em homens e de 14,1% em mulheres.

Sobre a prevalência em outros países, Vilagut et al. (2016), em revisão sistemática de avaliação das propriedades psicométricas do CES-D aplicado em população geral e da APS de diversos países, que selecionou 28 estudos, com 10.617 participantes, identificou prevalência de depressão mediana de 8,8%, sendo que a prevalência em adultos na população geral variou entre 1,8% a 16,5% e a em adultos na APS variou entre 5,8% a 28%. Por sua vez, Bromet et al. (2011), em estudo sobre o World Mental Health Surveys, iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), aplicado em 18 países, incluindo o Brasil, com 89.037 participantes, revela prevalência de Transtorno Depressivo Maior durante a vida e em 12 meses de 14,6% e 5,5% em países de alta renda e de 11,1% e 5,9% em países de baixa e média renda. Ressalta-se que a média de idade do primeiro episódio foi de 25,7 anos naqueles e de 24 anos nestes e que as mulheres apresentam o dobro de chances de depressão. Por seu turno, Ferrari et al (2013), em revisão sistemática com 120 estudos, encontrou prevalência e incidência de 4,7% (4,4 a 5,0%) e de 3,0% (2,4 a 3,8%), respectivamente e ponderou sobre a carência de estudos de qualidade em países de média e baixa renda. Por fim, Waraich et al. (2004), em uma revisão sistemática de estudos populacionais que incluiu estudos aplicados na Austrália, Nova Zelândia, Taiwan, Hong Kong, Coreia, Holanda, Rússia, Hungria, Itália, Suíça, Alemanha, Canadá, EUA e Porto Rico, encontrou prevalência de Transtorno Depressivo de 4,1% e 6,7% para 12 meses e durante a vida, respectivamente. Quanto à prevalência na APS de diversos locais, esse autor citou as prevalências de Transtorno Depressivo de 13,5% no norte da Holanda (TIEMENS; PH; SIMON, 1996), 4,3% no Reino Unido (BLACKER; CLARE, 1988), 13,5% em Michigan (EUA) (BLACKER; CLARE, 1988), 2,2% na área rural de Hanover (EUA) (BARRETT et al., 1988) e 5% em Baltimore (EUA) (KORFF; et al., 1987) e ressaltou que não foi possível aplicar meta-análise devido à grande heterogeneidade de métodos empregados nesses estudos primários.

Quanto à população dos EUA, Brody, Pratt e Huges (2018), ao analisarem dados do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), conduzido pelo *Centers for*

Disease Control and Prevention (CDC) entre 2013 e 2016, encontraram que 8,1% dos adultos acima de 20 anos apresentaram depressão, conforme o PHQ-9. Quanto ao auto-relato de prejuízo da funcionalidade, 80,2% dos casos positivos para depressão relataram prejuízo funcional, em casa, no trabalho ou socialmente. Destaca-se que não houve mudança significativa da taxa de depressão nesse período, comparada aos dados de 2007-2008 e que as mulheres tiveram quase o dobro de prevalência que os homens, 10,4% contra 5,5%. Além disso, quando se analisa a variável renda, 15,8% dos adultos que vivem em famílias com renda abaixo da *Federal Poverty Level* (linha federal de pobreza, em tradução livre) apresentam depressão, contra 3,5% dos que vivem com mais de 400% dessa linha. Por seu turno, Kessler et al. (2003) analisou dados do *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) e apontou prevalência de Transtorno Depressivo Maior de 16,2% durante a vida e de 6,6% em 12 meses. Quanto à classificação por intensidade, 10,4% são leves, 38,6% moderados, 38,0% graves e 12,9% severos. No tocante ao prejuízo funcional, 59,3% apresentam perda entre os casos graves e severos em 12 meses. A maioria dos casos apresenta outra comorbidade psiquiátrica, ocorrendo em 72,1% dos casos de depressão durante a vida e em 78,5% dos casos de depressão em 12 meses.

No tocante à prevalência de depressão na Atenção Primária à Saúde (APS), Gonçalves et al. (2014), em estudo multicêntrico sobre Transtornos Mentais Comuns na APS do Rio de Janeiro – RJ, São Paulo – SP, Fortaleza – CE e Porto Alegre – RS, entre 2009 e 2010, verificou a prevalência de depressão de 25,0%, 25,3%, 31% e 21,4%, nas respectivas cidades. Para tanto, utilizou-se o instrumento *General Health Questionnaire* (GHQ-12) para obter triagem positiva de prováveis casos e aplicou-se o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) para definir os diagnósticos.

Quando se investiga a participação da depressão dentre os motivos de demanda à APS, Finley et al. (2018), em revisão sistemática, identificou que o item “Depressão e Ansiedade” ocuparam a 6ª e a 11ª posições no ranking segundo relato dos médicos e dos pacientes, respectivamente. De um lado, no ranking relatado pelos médicos, a ordem decrescente de frequência foi Infecção do trato respiratório alto, Hipertensão, Exame periódico de saúde, Artrite, Diabetes, Depressão e Ansiedade, Pneumonia, Otite Aguda Média, Dor nas Costas, Dermatite, Tosse, Infecção Urinária, Tuberculose, Dispepsia, Amigdalite, Parasitose, Asma, Dor Abdominal. No outro lado, no relatado pelos pacientes, a ordem decrescente de frequência foi Tosse, Dor nas Costas, Dor Abdominal, Faringite, Dermatite, Febre, Cefaleia, Sintomas nas pernas, Sintomas respiratórios, Fadiga, Depressão e Ansiedade, Artrite, Sinusite, Cardiovascular, Otite Aguda Média, Vertigem e Tonteira e Dermatológico. Quando essa análise

do ranking ocorreu segundo o desenvolvimento do país, o item “Depressão e Ansiedade” ocupou o 3º lugar nos países desenvolvidos e não figurou do dos países em desenvolvimento. Segundo esse autor, este achado pode não corresponder à realidade devido à escassez de dados, ao sub-registro dessa condição e ao registro em outra categoria. Além disso, Finley pondera que certas culturas tendem a reportar mais sintomas somáticos que emocionais. Por sua vez, Rait et al. (2009), em estudo sobre o registro de depressão na APS do Reino Unido entre 1996 e 2006, com 298 médicos e 2,9 milhões de prontuários, verificou que a incidência de diagnóstico registrado de depressão caiu de 22,5 para 14,0 por 1000 pessoas em risco. Ao passo que a incidência de sintomas registrados de depressão triplicou de 5,1 para 15,5 por 1000 pessoas. Destaca-se que a incidência de depressão em mulheres foi o dobro que a dos homens e que o grupo de maior privação material apresenta o dobro da incidência de depressão que o grupo de menor privação, considerando os quintis de Townsend. Por sua vez, King et al. (2008a), em estudo de prevalência, com n de 7209, na prática de médicos da APS de seis países europeus – Reino Unido, Portugal, Espanha, Holanda, Eslovênia e Estônia, identificou a prevalência de depressão de 13,9% em mulheres e 8,5% em homens. Por fim, Barkow et al. (2002), em estudo multicêntrico com 2.445 participantes de 15 Centros de APS em 14 países, conduzido pela OMS, sobre risco de desenvolver primeiro episódio depressivo, encontrou incidência de 4,4% em 12 meses de prospecção

Quanto à evolução da depressão, Eaton et al. (2008) avaliou coorte de 23 anos de duração, com 3481 indivíduos em Baltimore – EUA, e verificou que a duração mediana de um episódio depressivo foi de 12 semanas e a média para recuperação foi entre dois e três anos. Além disso, metade dos que tiveram um primeiro episódio não tiveram recorrência, 35% tiveram recorrência e 15% não tiveram remissão com pelo menos um ano sem sintomas. Identificou-se maior risco de mulheres apresentarem primeiro episódio e terem maior duração dos episódios. Por sua vez, Mueller et al. (1999), em seguimento de pacientes com depressão, encontrou taxa de recorrência de 85% em 15 anos, sendo de 58% para os pacientes que permanecem bem por 5 anos. Além disso, verificou tempo médio de 152 semanas até a recorrência. Por fim, Kessler et al. (2003), em estudo transversal, encontrou número médio de episódios de depressão de quatro por paciente e duração média de 14-17 semanas para episódios leves e de 23 semanas para graves.

Em resumo, a prevalência de depressão é relevante na população geral e, em especial, na APS e nos grupos de população idosa e de carcerária. Ocorrem variações da prevalência conforme os métodos de pesquisa empregados. Ademais, devido ao curso por vezes recorrente, a depressão apresenta taxa de prevalência de vida superior à taxa de um ano.

3.3 Carga de Doença

Visando superar as inconsistências das análises tradicionais, feitas sobre agravos individualmente, a OMS, em 1991, propôs novos indicadores de Carga de Doença (tradução de Burden of Disease) para mensurar o impacto dos agravos de saúde nos países e populações. Nesse contexto, surgiu o conceito de Anos de Vida Perdidos Ajustado por Incapacidade (tradução de Disability Adjusted Life Years - DALY), um indicador composto que soma a mortalidade prematura em Anos de Vida Perdidos (tradução de Years of Life Lost - YLL) e morbidade devida ao dano causado por doença, sequela ou deficiência em Anos Vividos com Incapacidade (tradução de Year Lived with Disability - YLD) (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016). A principal referência desse campo de investigação se trata do projeto *Global Burden of Disease* (GBD), uma colaboração inicialmente coordenada pela OMS e atualmente pelo Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (tradução de Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME), da Universidade de Washington (EUA), que compila e analisa bases de dados de diversos países e utiliza modelamento de informações de morbimortalidade (MURRAY et al., 2007, 2012a, 2012b).

À partir do GBD 2017, James et al. (2018) realizou a avaliação sistemática de prevalências de YLD para 354 doenças e danos em 195 países e territórios entre 1990 e 2017. Esse estudo revelou que desde 1990 houve aumento da expectativa de vida, envelhecimento da população e aumento da Carga de Doença e de danos não-fatais. No entanto, houve redução discreta da Carga Global de todas as causas de YLD ajustada por idade. Além disso, esse estudo aponta para a heterogeneidade do impacto das causas, conforme local, idade e sexo. Dentre as causas, destaca-se que os Transtornos Depressivos alcançaram a terceira causa de YLD em 2017, abaixo de lombalgia e cefaleia. Somadas, essas três principais causas representam 162 milhões de YLD, ou cerca de um quinto do total de Carga Global. Em 2017, os Transtornos Depressivos tiveram prevalência de 264 milhões de casos e Carga de Doença de 43 milhões de YLD, o que representa crescimento global de 14,3% desde 2007 e redução da taxa ajustada por idade de 2,6%. Na conclusão, esse estudo aponta que os Transtorno Depressivos impactam na funcionalidade laboral, estão associados ao autoextermínio e poderiam ser minimizados por meio de tratamento em saúde, que apresenta eficácia e baixo custo. Além disso, os Transtornos Mentais, somados, apresentam prevalência superior a 10% em todas as 21 regiões e 14% do total de Carga Global de YLD ajustado por idade.

Ainda sobre o GBD 2017, Kyu et al. (2018) avaliou Expectativa de Vida Saudável (tradução de Healthy Life Expenctancy - HALE) e DALY para 359 doenças e danos em 195 países e territórios, entre 1990 e 2017. Os achados apontam que, nesse período, a taxa de DALY

ajustada por idade reduziu 41,3% para doenças comunicáveis e 18,1% para doenças não-comunicáveis. Por outro ângulo, o DALY global bruto para doenças não-comunicáveis aumentou em 40,1%. Quanto aos Transtornos Depressivos, esses apresentaram DALY para todas as idades de 43 milhões de anos, sendo 33 milhões para Transtorno Depressivo Maior e 10 milhões para Distímia. Isso representa crescimento em 10 anos de 14,3% para aquele, 12,6% para esse e 20,4% para este. Quando se afere o DALY ajustado por idade, encontra-se a taxa de 540 por 100.000 para Transtornos Depressivos, sendo 413 por 100.000 para Transtorno Depressivo Maior e 127 por 100.000 para Distímia, o que representa redução em 10 anos de 2,6% para aquele, 3,6% para esse e 0,8% para este. Quanto à diferença entre os sexos, encontrou-se que Transtornos Depressivos são a 11^a causa no ranking de DALY em mulheres e a 23^a em homens. Além disso, registra-se que Transtornos de Ansiedade são a 21^a causa em mulheres e que, em homens, lesão auto-inflingida é a 16^a causa, violência interpessoal a 19^a, Transtorno de uso de drogas a 21^a e Transtorno de uso de álcool a 27^a.

No tocante à Expectativa de Vida, Kyu et al. (2018) verificou aumento global de 7,4 anos, de 65,6 para 73,0 anos, sendo que esse aumento foi de 5,1 anos em países de alto Índice Sociodemográfico (tradução de Socio-Demographic Index - SDI) e de 12,0 anos em países de baixo SDI. Quando se subtrai o DALY da Expectativa de Vida, obtêm-se a Expectativa de Vida Saudável (tradução de Health Life Expectancy, HALE), cujo o aumento global foi de 6,3 anos, de 57 para 63,3 anos, sendo que esse aumento foi de 3,8 anos em países de alto SDI e de 10,5 anos em países de baixo SDI. O autor pondera que a diferença de HALE entre os sexos é menor nos países de baixo SDI, possivelmente devido à alta prevalência de doenças infecciosas e ao impacto das doenças maternas e relacionadas à gravidez. Por outro lado, nos países de alto SDI, a diferença de DALY vem reduzindo e poderia ser parcialmente explicado pela redução da diferença de exposição a fatores de risco entre os sexos, como tabagismo e etilismo. Além disso, o autor avalia que a diferença geral de HALE entre os sexos pode ser explicado pela diferença entre os padrões de doenças, que tendem a ser mais incapacitantes em mulheres (musculoesqueléticas, anemia e depressão) e mais letais em homens (câncer, doença isquêmica coronariana e causas externas). Diante desses achados, o autor considera que há grande heterogeneidade entre os países de diferentes SDI e entre sexos e constata que houve avanço na redução da Carga de Doença de doenças comunicáveis, principalmente em países de baixo SDI. No entanto, ele destaca, diante do aumento global da expectativa de vida, a importância de se aferir os anos ganhos com boa saúde, expressos por meio do indicador de HALE. Por fim, o autor reconhece o impacto das doenças não-comunicáveis e aponta para a necessidade de se

adotar medidas para aumentar o HALE, como prevenção de fatores de risco e atenção aos determinantes de saúde.

Quanto ao estudo de Carga de Doença no Brasil para o ano de 2010, Marinho, Passos, França (2016), utilizando bases de dados nacionais e o método do GBD 2010, verificou que em homens a depressão foi a segunda causa de YLD, com 831 mil anos, abaixo de lombalgia, com 1,3 milhões de anos. Destaca-se, ainda, o Transtorno por uso de drogas, na 4ª posição, com 499 mil anos, o Transtorno por abuso de álcool, no 5º lugar, com 418 mil anos, e a Ansiedade, na 8ª colocação, com 332 mil anos. Ao se analisar as mulheres, a depressão representou a primeira causa de YLD, com 1,4 milhões de anos e a Ansiedade o 3º lugar, com 625 mil anos. Quanto aos resultados do ranking de DALY, destaca-se, para os homens, a principal causa o homicídio, com 2,9 milhões de anos e a Depressão Maior, na 8ª posição, com 830 mil anos. Por sua vez, nas mulheres, a Depressão Maior ocupou a primeira causa de DALY, com 1,4 milhões de anos e a Ansiedade a 8ª posição, com 825 mil anos. Ressalta-se, ainda, que os Transtornos mentais impactam em 10% do DALY global do Brasil.

Por sua vez, para o ano de 2017 no Brasil, Bonadiman et al. (2020) analisou 18 estudos de prevalência segundo os métodos do GBD 2017 e encontrou prevalência de 3,30% para Transtornos Depressivos, variando de 2,78% para o Estado do Pará até 3,79 % para Santa Catarina. Adicionalmente, os Transtornos Depressivos responderam por 1,2 milhões de anos de YLD, ou uma taxa de 544 por 100.000, que perfaz 5% do YLD total do país. Além disso, comparado com 1990, esse indicador apresentou aumento de 55,19%, mas uma redução na taxa ajustada por idade de 9,01%. Destaca-se que houve maior impacto nas mulheres, principalmente entre 15 e 64 anos, representando 834 mil anos de YLD, contra 403 mil anos de YLD em homens. Ao se avaliar o ranking, verificou-se que a depressão ocupa o 4º lugar em YLD, abaixo de Lombalgia, Cefaleia e Ansiedade. Ressalta-se que houve semelhança com os rankings encontrados em países de SDI semelhantes, como Argentina e México, e mesmo com países de alto SDI como EUA, Canadá, Inglaterra, Austrália. Por fim, a autora não encontrou associação entre depressão e nível socioeconômico no país, conforme o SDI e pondera sobre as limitações das estimativas do GBD, em especial sobre dados epidemiológicos de países de baixa e média renda e de suas subpopulações.

Em suma, mostra-se relevante o impacto dos transtornos mentais e, em especial do transtorno depressivo na Carga de Doença no Brasil e no mundo.

3.4 Fatores Associados à Depressão

3.4.1 Fatores Sociodemográficos

Entre os fatores associados à depressão, destacam-se os fatores sociodemográficos. Aliás, os fatores socioeconômicos podem ter sua compreensão ampliada para Determinantes Sociais em Saúde, que consistem nas condições em que as pessoas vivem e trabalham e que impactam nas inequidades em saúde (MARMOT, 2005). Nesse campo, Marmot e Wilkinson (2003) sumarizaram evidências disponíveis em 10 tópicos: disparidade social, estresse, início da vida, exclusão social, trabalho, desemprego, suporte social, adição, alimentação e transporte. Nesse sentido, Blas e Kurup (2010, p. 118), na publicação da OMS Equidade, Determinantes Sociais e Programas de Saúde Pública, reforçaram o papel da posição socioeconômica como determinante de depressão, expresso por meio da inequidade de gênero, de escolaridade e de renda (ARAYA, 2003). Os mecanismos envolvidos nessa associação seriam complexos e incluiriam eventos estressores relacionados à pobreza, à violência, à falta de empoderamento e ao estigma associado à pobreza em si, principalmente em contextos de alta desigualdade, de insegurança de renda e de falta de acesso à saúde. Por sua vez, Goldberg (1994) aponta para a associação entre transtornos mentais e fatores como vulnerabilidade, que sofre influência dos eventos estressores ambientais do início da vida e de habilidades pessoais aprendidas no meio familiar e social.

Tal dimensão socioeconômica é operacionalizada pelos estudos quantitativos por meio do uso de questionários estruturados, que delimitam variáveis como sexo, cor/raça, idade, estado civil, escolaridade e renda. Diante disso, apresentam-se, a seguir, trabalhos que empregam variáveis quantitativas.

Ao abordar essa temática, Ribeiro et al. (2017) realizou revisão sistemática sobre desigualdade de renda e adoecimento mental, incluiu para a meta-análise um estudo com associação positiva, seis mistos e três negativos e encontrou associação entre maior desigualdade de renda e aumento de problemas mentais e de depressão, aferido por meio do d de Cohen com 0,06 e 0,12, respectivamente. Apesar do baixo tamanho do efeito encontrado e da heterogeneidade dos métodos dos estudos primários, com resultados mistos, o autor considerou que a melhora da igualdade de renda pode promover a saúde mental e o bem-estar da população, o que poderia embasar políticas públicas. Por outro lado, Richardson et al. (2015), em revisão sistemática, encontrou associação entre baixa condição socioeconômica da vizinhança e depressão em metade dos estudos, com OR de 1,14, ao passo que estudos de seguimento maior que 5 anos não apontam para essa associação, o que mostra inconsistência

dessa determinação. Por seu turno, Lorant et al. (2003), em revisão sistemática, encontrou associação entre baixo status socioeconômico e estar deprimido, com OR de 1,81, e verificou relação de dose-resposta para as variáveis explicativas educação e renda. Adicionalmente, Araya et al. (2003), em estudo populacional em Santiago do Chile com 3.870 participantes, verificou associação entre Transtornos Mentais Comuns e menor escolaridade, OR 2,44, moradia precária, OR 1,53, e perda de renda recente, OR 2,14. Por fim, Anselmi et al. (2008), em estudo transversal aninhado a coorte com 4.297 participantes, encontrou risco aumentado de Transtorno Mental Comum entre pobres no momento da avaliação transversal, com OR de 1,5 comparado aos que nunca o foram, sendo que mulheres sempre pobres apresentaram OR 1,44 (1,19;1,74) e as que se tornaram pobres OR 1,37 (1,16;1,62).

Ao se comparar países e avaliar determinantes socioeconômicos individuais e internacionais, Rai et al. (2013), em análise da *World Mental Health Surveys*, identificou que fatores individuais responderam por 86,5%, ao passo que o nível de desenvolvimento dos países perfizeram 13,5% - sendo de 5,5% nos países de alta renda, 8,5% nos de média-alta renda, 15,3% nos de média-baixa renda e alcançaram 22,4% nos de baixa renda. Ao se mensurar o nível socioeconômico dos indivíduos, por um lado, não se identificou associação entre depressão e indicador de renda per capita ou desigualdade de renda, nem se verificou associação consistente com o impacto dos gastos doméstico na renda familiar. Por outro lado, indicadores individuais de posse de bens domésticos representaram fatores que aumentaram o risco de depressão, à medida em que se aumentou a carência material. Diante disso, o autor concluiu que esses parâmetros socioeconômicos não são intercambiáveis em sua relação com depressão. No tocante à ocupação, trabalhadores gerais têm maior risco de depressão do que ocupações gerenciais e de alto nível, enquanto que não-ocupados apresentam maior risco que as demais. Além disso, esse estudo encontrou associação entre depressão e sexo feminino, divorciados e viúvos e baixa escolaridade. Por sua vez, Bromet et al. (2011), em revisão sistemática baseada em estudos de 18 países, incluindo o Brasil revela prevalência de Transtorno Depressivo Maior durante a vida e em 12 meses de 14,6% e 5,5% em países de alta renda e de 11,1% e 5,9% em países de baixa e média renda. Adicionalmente, verificou-se que as mulheres têm o dobro de chance que os homens. Ressalta-se que nos países de alta renda os jovens têm maior chance, OR 2,7, ao passo que nos de baixa e média renda os idosos têm maior chance de apresentar depressão (jovens com OR de 0,8). Quanto ao status demográfico, nos países de alta renda, os separados têm maior chance, OR 3,6, ao passo que nos de baixa e média renda, têm maior chance os divorciados, OR 3,0 e os viúvos, OR 2,7. Por fim, Barkow et al. (2002), em estudo internacional em APS sobre risco de desenvolver novo episódio depressivo, encontrou

incidência de 4,4% em 12 meses de prospecção. Esse autor identificou associação entre incidência de novo episódio de depressão e pessoas separadas, OR 2,58, divorciadas, OR 2,23, menos escolarizadas (OR de 1,00 para 0 anos de escolaridade, reduzindo para OR de 0,52 para > 11 anos de estudo) e desempregados, OR 1,45.

Ao analisar os dados brasileiros do PNS 2013, Munhoz et al. (2016) verificou que a depressão ocorre em maior frequência entre mulheres, RP de 2,29, indivíduos entre 50 e 59 anos, R de 1,56, acima de 80 anos, RP de 1,63, moradores de áreas urbanas, RP de 1,51, entre os de menor escolaridade, RP de 1,96, fumantes, RP 1,59,. Por outro lado, não se detectou associação entre depressão e cor, estado civil e abuso de álcool. Por sua vez, Andrade et al. (2012), ao analisar o Estudo Epidemiológico de Transtornos Mentais São Paulo Megacity, encontrou associação entre transtornos de humor e sexo feminino, com OR 2,7 e separados/divorciados/viúvos com OR 1,7. No tocante aos efeitos da urbanização, apresentam menor taxa de transtornos de humor os migrantes, com OR 0,8, e as pessoas que cresceram em áreas rurais (os que cresceram em cidades grandes tiveram OR de 1,4).

Ainda sobre a associação entre depressão e indicadores sociodemográficos, Andrade et al. (2002), em estudo comunitário em dois bairros de São Paulo – SP, verificou associação entre depressão e sexo feminino, OR 1,6, separados/divorciados/viúvos, OR 1,5 e desempregados, OR 3,1. Por sua vez, Gonçalves et al. (2014), em estudo multicêntrico brasileiro, identificou associação entre depressão e sexo feminino, OR 1,9, e baixa renda, OR 1,3. Além disso, Cunha, Bastos e Duca (2012) utilizaram o Edinburgh Postnatal Scale (EPDS) para população geral de adultos e idosos em dois distritos sanitários de Porto Alegre – RS e encontraram associação entre depressão e sexo feminino, OR 2,38, entre separados/viúvos OR 1,56, maior idade (30-39 anos: OR 1,34; 40-49: OR 1,65; 50-59: OR 89 e >60: OR 1,46), baixa escolaridade (5-8 anos de estudo: OR 0,63; 9-11: OR 0,48; >12: OR 0,33) e baixa renda (menor quartil: OR 1,00; 2º menor quartil 0,78; 3º 0,71; 4º OR 0,49). Por fim, Sands Thompson e Gaysina (2017), em revisão sistemática, que selecionou 17 estudos com total de 21.580 indivíduos, identificaram associação entre depressão e divórcio parental, com OR 1,56. Convergindo com isso, Auersperg et al. (2019), em revisão sistemática que selecionou 117 estudos, com 506.299 indivíduos, , encontrou OR de 1,29 entre divórcio parental e depressão.

No tocante a depressão e gestação, Melo Júnior et al. (2012) encontrou prevalência de 24,3% de depressão em gestantes (n=600) e 10,8% no pós-parto (n=555), conforme a Edinburgh Postnatal Scale (EPDS). Os fatores de risco para a depressão anteparto foram ausência de parceiro, RP 1,93 (1,44-2,58), baixo nível socioeconômico, RP 1,75 (1,18-2,60), não-branco, RP 1,48 (1,09-2,01), e multiparidade, RP 1,32 (1,01-1,74). Quanto à depressão

pós-parto, os fatores associados foram violência psicológica, RP 3,31 (2,02-5,43), violência física, RP 2,14 (1,13-4,08) uso de álcool durante a gestação, RP 2,14 (1,33-3,45), não-branco, RP 1,85 (1,11-3,08). Ressalva-se que o EPDS é um instrumento de triagem, não de diagnóstico em si. Quanto à gravidez não-planejada, Abajobir et al. (2016), em revisão sistemática sobre gravidez não-planejada e depressão, com seleção de 5 estudos com 17.556 indivíduos para meta-análise, encontrou associação positiva e significativa, com prevalência de 21% (12-33%) e risco duas vezes maior de mulheres desenvolverem depressão perinatal em gravidez não-planejada.

Por fim, em relação à variável raça/cor da pele e depressão, Smolen e de Araújo (2017), em revisão sistemática que selecionou 14 estudos, totalizando mais de 25.000 participantes encontraram que cinco, dentre seis análises multivariadas, apontaram maior prevalência ou chance de transtornos mentais em pessoas não-brancas, com valores de associação entre 1,18 e 1,85. Contudo, os autores ponderam que houve heterogeneidade entre os estudos quanto aos critérios de transtornos mentais, critérios de raça/cor de pele, bem como alta homogeneidade racial em algumas amostras e apontam para a necessidade de mais estudos para avaliar evidências mais firmes. Dentre os estudos incluídos nessa revisão, encontra-se Almeida-Filho et al. (2004), que em pesquisa sobre desigualdade social e depressão na Bahia, Brasil, verificou que a prevalência de sintomas depressivos foi de 12% - sendo 6,9% em homens e 16,6% em mulheres - e maior chance em mulheres (OR 2,66), divorciados e viúvos (OR 2,32 em relação aos solteiros), pessoas com ensino fundamental (OR 2,82 em relação aos graduados), pobres (OR 1,83) e não-brancos (OR 1,40). Contudo, ocorre efeito de gênero apenas no estrato mais baixo, com mulheres negras apresentando grande efeito, com OR 9,35 (comparado a homens negros). Por outro lado, a análise de depressão por estrato social encontrou que não houve diferença dentre homens brancos e dentre homens negros, mas houve um importante efeito para mulheres brancas do estrato inferior (OR de 2,71 comparado com as brancas do estrato superior) e para mulheres negras do estrato inferior (OR de 6,58 comparado com as negras do estrato superior). Diante disso, o autor conclui que, mesmo em contextos de grande desigualdade, como na Bahia, pretos, mulatos e mulheres tiveram efeito protetivo para depressão quando situados nas classes dominantes locais. Outro estudo selecionado de tal revisão foi o transversal aninhado a coorte, com 4.297 participantes, de Anselmi et al. (2008), que verificou chance aumentada para Transtorno Mental Comum para mulheres negras, com OR 1,25 (1,09-1,43).

Em conclusão, essa revisão bibliográfica identificou como fatores associados à depressão sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, tipo de ocupação, renda, desigualdade, urbanização, gestação e divórcio parental. Além desses fatores, constam os fatores violência,

uso de substâncias, autopercepção de saúde e comorbidades clínicas e psiquiátricas – que serão apresentados a seguir.

3.4.2 Fator Violência

O fator violência se constitui como variável associada à depressão. Tomado por si, a violência se mostra relevante e destaca-se que em 2010 no Brasil, entre os homens, o homicídio representou a primeira causa de anos perdidos de vida, com 2,9 milhões de YLL, o suicídio a 12^a causa, com 426 mil anos de YLL e os Transtornos por abuso de álcool a 20^a causa, com 272 mil anos de YLL. Quanto às mulheres, o homicídio figurou como 11^a causa, com 292 mil anos de YLL. Além disso, entre os fatores de risco, o consumo abusivo de álcool representa o 7^o fator no ranking para homens e para mulheres. Além deste, a violência doméstica figura como o 9^o fator de risco para mulheres (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016). Por seu turno, Reichenheim et al. (2011), verifica que a violência inflige enorme custo individual e coletivo e que a taxa de homicídio foi de 26,8 por 100.000 habitantes em 2007. Além disso, homens jovens, negros e pobres representam os maiores perpetradores e também as principais vítimas de violência comunitária. Por sua vez, a violência doméstica apresenta menor mortalidade, porém maior morbidade e atinge sobretudo mulheres negras e crianças, com variação regional. Além desses determinantes sociodemográficos, uma parte da violência está associada ao abuso de álcool, de drogas e ao maior acesso a arma de fogo. Contribuindo para essa discussão, Blay et al. (2018), em estudo transversal sobre transtorno mental e violência, em duas grandes cidades com taxas de homicídio acima da média, Rio de Janeiro e São Paulo, identificou o dobro de chance de depressão em indivíduos expostos à violência, com OR de 1,87 e 2,67, respectivamente. Por seu turno, Andrade et al. (2012), encontrou associação entre depressão e exposição a evento traumático relacionado a crime violento no ano anterior, com OR entre 1,6 (para 1 evento) a 3,8 (para 3 ou mais eventos), e não verificou associação significativa com residir em área de maior privação social. Por fim, Rodrigues et al. (2018), em estudo transversal realizado na APS de Ribeirão das Neves – MG, encontrou relato de alta presença de violência, em que 71,7% dos usuários relataram ter presenciado evento violento e 66,2% disseram conhecer alguém que foi assassinado no território.

Contribuindo para essa discussão, Stanaway et al. (2018), em análise sistemática de 84 fatores ou clusters de risco comportamentais, ambientais e ocupacionais e metabólicos em 195 países e territórios realizado em 2017 aponta fatores relacionados à depressão. Ao se avaliar a carga de Transtorno Depressivo Maior relacionado à violência doméstica por parceiro, se

atribui contribuição de 2 milhões de DALY's, o que representa um aumento de 13,7% em 10 anos, mas uma redução de 2,9% considerando a taxa ajustada por idade. No tocante à carga de Transtorno Depressivo Maior associado a abuso infantil, encontra-se 1,86 milhões de DALY's, um aumento de 14,9% em 10 anos, mas uma redução de 1,0% da taxa ajustada por idade. Por fim, quanto à vitimização por bullying, a carga de Depressão Maior relacionada a esse item apresenta 1,2 milhões de DALY's, o que representa um aumento de 9,5% em 10 anos e um aumento de 6% considerando a taxa ajustada por idade. Diante desses dados, o autor observa o impacto apresentado pelo bullying e conclui que medidas que reduzam a prevalência desse fator podem reduzir, por conseguinte, a carga de depressão.

Em relação ao suicídio, Klein, Silva e Oliveira (2019), em estudo epidemiológico sobre 2011 a 2015, encontrou taxa de 5,5/100.000 hab., sendo de 8,7/100.000 para homens e 2,4/100.000 para mulheres. Além disso, a taxa foi maior entre idosos acima de 70 anos (8,9/100.000) e entre pessoas com até 3 anos de escolaridade (6,8/100.000), sendo que esse perfil se repetiu entre homens. Porém, se considerar as mulheres, as maiores taxas ocorrem na faixa etária entre 50-59 (3,8/100.000) e entre as que estudaram mais de 12 anos (2,4/100.000). Por sua vez, Lovisi et al. (2009), em estudo sobre suicídios entre 1980 e 2006, verificou aumento da taxa de 4,4 para 5,7 mortes por 100.000 habitantes (29,5%), sendo que o aumento da taxa ocorreu exclusivamente entre os homens, subindo de 4,7 para 7,3 mortes por 100.000. Além disso, encontrou taxa mais elevada entre maiores de 70 anos, com 7,2 e 8,1 mortes por 100.000 em 1980 e 2006, respectivamente, mas houve maior aumento de taxa no grupo de faixa etária entre 20 e 59 anos. Acrescenta-se a associação entre suicídio e estado civil solteiro e baixa escolaridade. Ressalta-se, a questão da subnotificação, em que os diagnósticos incompletos de mortes por causa externa representaram 49% de uma amostra e que a frequência de suicídio seria o dobro da registrada originalmente (JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2002). Por fim, Botega et al. (2009), em estudo populacional sobre ideação suicida, plano e tentativa, encontrou prevalência geral de 17,1%, 4,8% e 2,8%, respectivamente e verificou maior chance entre mulheres, com OR de 1,74, 3,04 e 13,39, respectivamente.

Quanto à relação entre suicídio e transtorno mental, Cavanagh et al. (2003), em revisão sistemática, encontrou presença em 90% dos casos e que a fração atribuível populacional referente aos transtornos mentais foi entre 47 e 74%. Por sua vez, Hawton et al. (2013), em revisão sistemática sobre os fatores de risco para suicídio em indivíduos com depressão, com 28 estudos, entre coortes e caso-controles, identificou os fatores sexo masculino (OR 1,76), história familiar de transtorno mental, (OR 1,41), tentativa prévia de suicídio (OR 4,84),

depressão severa (OR 2,20), desesperança (OR 2,20) e comorbidades, incluindo ansiedade (OR 1,59) e uso prejudicial de álcool e drogas (OR 2,17).

Quanto à violência por parceiro íntimo, Ludemir et al. (2008), em estudo populacional brasileiro sobre violência por parceiro íntimo e saúde mental, na cidade de São Paulo e em Pernambuco, encontrou relato de violência por 50,7% das mulheres, sendo violência psicológica sozinha em 18,8% e acompanhada por violência física em 16,0%. A prevalência de transtornos mentais foi de 49,0% entre mulheres que relataram violência e de 19,6% entre as que não relataram. Houve associação significativa para violência física sozinha, OR 1,91, violência psicológica sozinha, OR 2,00 e violência psicológica acompanhada por física, OR 2,56. Corroborando com esses achados, Bacchus et al. (2018), em revisão sistemática sobre violência sofrida por parceiro íntimo e depressão, encontrou associação positiva, com OR de 1,76 entre essa violência e sintomas depressivos e de 2,19 entre esse fator e depressão pós-parto. Por sua vez, Reichenheim et al. (2006), em estudo de prevalência de violência por parceiro íntimo nos 12 meses anteriores, encontrou taxa de agressão psicológica, agressão física “menor” e grave de 78,3%, 21,5% e 12,9%. Dentre os fatores associados à maior taxa de agressão apontou-se casais com mulher abaixo de 25 anos e com menos de 8 anos de escolaridade. Acrescenta-se que, apesar de as mulheres tenderem a perpetrar pelo menos um item de agressão física, a taxa de violência provocada por homens foi maior. Por fim, Carpena et al. (2020), ao estudar depressão, ideação suicida e violência, por meio dos dados do PNS 2013, encontrou maior prevalência de depressão em mulheres, com OR 2,36, maior ideação suicida, com OR 2,02, e maior vitimização por violência por familiar ou conhecido, com OR de 1,73. Além disso, verificou que 10,6% da associação entre sexo e depressão e 8,0% da associação entre sexo e ideação suicida é atribuído à violência.

No tocante à violência contra a criança, Nelson et al. (2017), em revisão sistemática sobre maus-tratos na infância e desfecho de depressão na idade adulta, encontrou associação positiva para maus-tratos (OR de 2,66 e de 3,73), principalmente para abuso emocional e negligência. Além disso, os que sofreram maus-tratos tiveram duas vezes mais chance de desenvolver depressão crônica ou resistente ao tratamento. Por sua vez, Nanni, Uher e Danese (2012), em revisão sistemática sobre depressão e maus-tratos na infância, aplicou meta-análise em 16 estudos com 23.544 participantes e encontrou associação entre maus-tratos e recorrência e persistência de depressão, com OR de 2,27. Além disso, utilizou-se meta-análise em 10 estudos clínicos com 3.098 indivíduos e verificou-se menor resposta ao tratamento entre os vitimados, com OR de 1,43. Por fim, Nuggerud-Galeas et al. (2020) realizou estudo caso-

controle para avaliar fatores associados à depressão recorrente na APS e encontrou que histórico de abuso sexual na infância (OR 1,64) está associado à recorrência.

Em suma, a depressão se mostra associada à violência. Esta tem sua expressão comunitária marcada pela vitimação de homens; mostra sua faceta doméstica vitimizando principalmente mulheres e crianças e apresenta a violência contra si do suicídio.

3.4.3 Fatores Comportamentais

A depressão apresenta associação com fatores comportamentais, como estilo de vida, etilismo e tabagismo. Em relação ao comportamento, Barros et al. (2017), em análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS), detectou associação entre depressão e comportamentos de saúde, como tabagismo, RP 1,65, fumo passivo, com RP 1,55, consumo de risco de álcool, com RP 1,72, assistir TV por mais de 5 horas por dia, com RP de 2,13, consumo de carne gordurosa, com RP de 1,43, de refrigerante, com RP de 1,42 e sedentarismo, com RP de 1,20. Convergingo com isso, Hasin e Grant (2002) estudaram depressão entre ex-etilistas, divididos em um grupo de quem já teve diagnóstico para dependência de álcool e outro grupo de quem não teve, e encontrou que o risco de depressão em 12 meses foi quatro vezes maior naquele grupo. Além disso, quando se avalia uso de álcool e depressão subsequente, Li et al. (2020) verificou que uso de álcool leve e moderado representam fator de proteção, com RR de 0,86 e 0,81; ao passo que não houve associação significativa ao se avaliar o uso pesado (>168g por semana ou >48 pelo menos uma vez na última semana) comparado com abstêmios, RR de 1,01 (0,89, 1,15). Contudo, a presença de Transtorno por uso de álcool apresenta associação significativa com depressão, com RR de 1,57.

Sobre a associação entre tabagismo, etilismo e depressão, An e Xiang (2015), em estudo longitudinal encontraram que, comparado com não-fumantes, fumantes sem depressão e não-bebedores pesado no baseline tinham risco de 20% de desenvolver depressão e 34% de passar a beber de modo pesado. Ao passo que, comparado com não-deprimidos, pacientes com depressão não-fumantes e não-bebedores pesado no baseline tinham risco de 41% e 18% de se tornar tabagista e bebedor pesado. Por fim, comparado com não-bebedores pesado, bebedores pesado não-fumantes no início do seguimento apresentaram risco de 60% de se tornar tabagista. Por sua vez, Taylor et al. (2014), identificou associação entre fumo e depressão, com OR de 1,85 para tabagistas e de 1,22 para ex-tabagistas, contra nunca fumantes. Contudo, não há evidência de causalidade. Por fim, Van Gool et al. (2007), em estudo de coorte com 1169 adultos acompanhados por 6 anos, verificou que a adoção do hábito de exercício físico diário

foi um fator de proteção para sintomas depressivos, RR 0,52, e que, por outro lado, o consumo excessivo de álcool foi um fator de predição, com RR de 2,48.

Por fim, ao se pesquisar associação entre uso de cannabis e transtorno de humor, Feingold (2015), em estudo de coorte, verificou não-associação significativa entre esse uso e depressão. Contudo, pode haver aumento da iniciação à cannabis entre os que apresentavam humor deprimido no início do seguimento (AOR 1,72). Por sua vez, Lev-Ran et al. (2014), em revisão sistemática que selecionou 14 estudos longitudinais, com 76.058 indivíduos, encontrou associação entre uso de Cannabis e desenvolvimento posterior de depressão, com OR de 1,17.

Em resumo, a depressão se associa com estilo de vida com sedentarismo e alimentação não-balanceada; se relaciona de modo consistente com etilismo e tabagismo e em parte dos estudos com uso de cannabis.

3.4.4 Comorbidades Psiquiátricas, Clínicas e Autopercepção de Saúde

As variáveis comorbidades psiquiátricas, clínicas e autopercepção de saúde estão associados à depressão. Em conformidade com isso, Barkow et al. (2002), em estudo internacional em APS sobre risco de desenvolver novo episódio depressivo, encontrou associação positiva ao diagnóstico na avaliação inicial de distímia (OR 2,76), agorafobia (OR 4,22), ansiedade generalizada (OR 3,35), síndrome de pânico (OR 4,90), neurastenia (OR 2,59), transtorno de somatização (OR 4,18), transtorno doloroso (OR 1,94), etilismo (OR 2,16) e episódio depressivo prévio (OR 2,26). Além disso, há maior risco de desenvolver depressão entre os que têm doenças clínicas (OR 1,55) e entre os que têm ideação suicida (OR 3,51). O autor pondera que a alta incidência encontrada nesse estudo foi devido a se tratar de amostra com alto risco e por ser uma amostra de APS. Por sua vez, Blay et al. (2018) verificou comorbidade entre ansiedade e depressão e encontrou prevalência no Rio de Janeiro de ansiedade sozinha em 12,1%, de depressão sozinha em 4,6% e de ambos em 2,7% e verificou em São Paulo ansiedade sozinha em 12,7%, depressão sozinha em 4,9% e ambos em 4,2%. Por sua vez, Buckman et al. (2018), em estudo de meta-revisão sobre fatores de risco de recorrência de depressão, identificou forte evidência de associação dos fatores de histórico de episódio prévio de depressão e presença de sintomas residuais de depressão pós-tratamento. Além disso, o autor aponta para baixa evidência para os seguintes fatores: comorbidade de ansiedade, presença de ruminções e neuroticismo intenso. Por fim, houve resultado inconclusivo para baixa idade de primeiro episódio e para depressão grave anterior.

No tocante à relação entre comorbidades clínicas e depressão, Munhoz et al. (2016), em estudo sobre o PNS 2013, encontrou associação com Hipertensão (RP 1,72), Diabetes (RP 1,43) e Doenças Cardíacas (RP 2,75). Por sua vez, Read et al. (2017), em revisão sistemática, encontrou associação positiva, sendo de OR de 2,97 para a presença de multimorbidade comparado com ausência de qualquer doença crônica e de OR de 2,13 para a presença de multimorbidade comparado com ausência desta. Contudo, ao estudar depressão em idosos, Kessler et al. (2005) problematizou se a aparente redução de prevalência na velhice poderia ser explicado pelo fator de confusão de queixas atribuídas a condições clínicas. O autor pondera que, apesar de ambas, depressão e condições clínicas terem aumento individual de incidência à medida em que se aumenta a idade, a comorbidade entre depressão e condições físicas se reduz com o aumento da idade. Assim, ele conclui que essa associação é baixa e não seria um fator explicativo e aponta para a necessidade de novos estudos para avaliar os processos que podem levar à redução do impacto da saúde física na depressão no idoso.

Ao se estudar a mortalidade excessiva em população com depressão comparada com condições clínicas, Cuijpers et al. (2014), em revisão sistemática que incluiu 293 estudos com 1.813.733 participantes, encontrou significativa associação entre depressão e mortalidade excessiva, com RR de 1,52 (1,45;1,59). Além disso, essa associação pode ser melhor explicada devido a mecanismos genéricos, como desregulação biológica e estilo de vida, do que devido a mecanismos específicos do transtorno. O autor pondera limitações da revisão, como estudos primários que tendem a superestimar essa associação, devido a viés de publicação, baixa qualidade de alguns estudos e alta heterogeneidade, o que não permite conclusão definitiva. Entretanto, mesmo após ajuste estatístico para minimizar impacto de viés de publicação e de baixa qualidade de alguns estudos, a associação se manteve. Ademais, Cuijpers et al. (2013), em outra revisão sistemática que incluiu 22 estudos e 18.705 participantes sobre o risco de mortalidade em Depressão Maior e em Depressão Subsindrômica, encontrou mortalidade maior de ambos em relação à população sem depressão, sendo RP de 1,58 para Depressão Maior e RP de 1,33 para Depressão Subsindrômica. Contudo, não encontrou diferença significativa entre Depressão Maior e Subsindrômica, apenas uma tendência, com RP de 1,13 (0,98;1,30). Diante disso, o autor sugere causalidade relacionada a mecanismos genéricos e considera haver relevante impacto na saúde pública devido a prevalência dessas condições, estimada de 7% para cada uma. Por fim, o autor cita a efetividade de psicoterapia breve para casos subsindrômicos e que esse recurso pode ser considerado pelos serviços de saúde.

Por fim, ao estudar a autopercepção de saúde, Zimmermann et al. (2017), em estudo com população de Brasília utilizando o instrumento European Quality of Life – 5 dimensions

(EQ-5D) e empregando a análise multivariada de Regressão Tobit encontrou associação entre redução de escore de EQ-5D e diabetes (β -0,081), hipertensão (β -0,058) e, principalmente, com depressão (β -0,141). Outros fatores associados à redução do escore foram viver nas cidades-satélites (β -0,079), ser de baixa classe social (β -0,111) e não ter emprego formal (β -0,033). Nesse sentido, Portugal et al. (2016), em estudo na APS do Rio de Janeiro e de São Paulo, encontrou associação entre menor escore de Qualidade de Vida, mensurado pela World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQOL - bref), e casos sugestivos de depressão, de ansiedade, de Transtorno Mental Comum Grave, sexo feminino e renda *per capita* inferior a um salário mínimo. Por fim, Nogueira et al. (2014), em estudo transversal de 27 equipes de ESF de Porto Alegre – RS, encontrou associação entre depressão e baixa escolaridade (analfabetismo com RP de 1,8) e baixo escore de autopercepção de saúde (RP de 4,0).

Em conclusão, a depressão se mostra associada a comorbidades psiquiátricas, a comorbidades clínicas e a autopercepção de saúde negativa.

3.5 Acesso à assistência em Saúde Mental e oferta de serviço

O acesso ao tratamento para depressão se constitui como eixo fundamental, na medida em que assiste os pacientes e mitiga os sintomas e os prejuízos funcionais. Nesse escopo, ao estudar os fatores associados à utilização do serviço de saúde para Transtornos Mentais Comuns, Roberts et al. (2018), em revisão sistemática que selecionou 52 estudos, sendo 46 referentes a países de alta renda, indica que fatores predisponentes associados ao maior uso dos serviços são sexo feminino, etnia caucasiana, ser solteiro e ter maior nível educacional, apesar de haver fraca evidência. Além desse achado, verificou-se fatores associados como baixo escore de autopercepção de saúde, duração dos sintomas, disfuncionalidade, comorbidade e sintomas de pânico. Por outro lado, a presença de sintomas de ansiedade, do fator desemprego e possuir seguro-saúde apresentaram associações pouco consistentes. O autor pondera que, devido à escassez de estudos em países de média e baixa-renda, não foi possível extrapolar as conclusões para estes. Dentre os estudos dessa revisão, encontra-se um estudo sobre o Brasil, de Lopes et al. (2016), que analisou dados do PNS 2013 e encontrou que, entre as pessoas com depressão, 78,8% não recebiam nenhum tratamento e 14,1% recebiam apenas farmacoterapia. Além disso, análises multivariadas mostraram que o acesso ao tratamento estava associado com sexo feminino (RP 1,42), cor branca (RP 1,66), idade entre 30 e 69 anos (RP 1,20-2,20), maior escolaridade (RP 1,37 entre graduados), morar em regiões exceto a Norte (RP 1,04 a 2,79) e ter

multimorbidade (RP 1,22-3,53). Por sua vez, Andrade et al. (2008), em estudo populacional em região de São Paulo – SP, encontrou que usuários com histórico de transtorno psiquiátrico nos últimos 12 meses acessam mais o médico geral (OR de 2,2), bem como os que tiveram transtorno mental antes do ano anterior (OR de 1,5), ao passo que pessoas de menor renda acessam menos (OR 0,2).

Ainda sobre o acesso ao tratamento, Thornicroft et al. (2017), ao analisar o World Mental Health Surveys, iniciativa da OMS que pesquisou populações em 21 países, identificou que 4,6% apresentaram critérios para depressão em 12 meses; destes, 56,7% reconheceram necessidade de tratamento; deste 71,1% buscaram atendimento em saúde e, destes, 41,0% receberam o tratamento mínimo, segundo critérios adotados pela pesquisa de pelo menos 1 mês de farmacoterapia e 4 consultas médicas ou 8 sessões de psicoterapia. Ou seja, apenas 16,5% dos indivíduos com depressão fizeram o tratamento mínimo. Quando se procede com a análise por grupo de países, os países de alta renda apresentam taxa de tratamento mínimo de 22,4%, os de média renda 11,4% e os de baixa renda 3,7%. Por sua vez, Kessler et al. (2003), ao pesquisar a população dos EUA por meio do National Comorbidity Survey (NCS), verificou que 51,6% dos casos de depressão nos últimos 12 meses recebiam Assistência em Saúde, sendo que em 41,9% o tratamento foi considerado adequado, ou seja, se considerar todos os casos em 12 meses, apenas 21,7% recebem tratamento adequado. Por seu turno, Simon et al. (2004), à partir de estudo observacional na APS de cidades de seis países, incluindo o Brasil, o *Longitudinal Investigation of Depression Outcome (LIDO)*, identificou que a taxa de pacientes com depressão em uso de qualquer medicamento antidepressivo foi entre 0% e 38% e as barreiras relatadas para o tratamento foram alto custo (38%), efeitos adversos (28%), receio de prejudicar no trabalho (17%), constrangimento de fazer tratamento (15%), distância da unidade de saúde (12%) e desencorajamento pela família e pelos amigos (8%). Esse autor concluiu que a identificação diagnóstica, por si, não é suficiente para promover tratamento adequado e que as características do sistema de saúde influem mais nisso do que características individuais e considera que barreiras financeiras podem impactar mais que o estigma em se fazer tratamento.

Sobre a discussão da oferta de serviços de saúde, o financiamento público se mostra componente essencial. Se por um lado, entre 2001 e 2009, houve crescimento real de 51,3% em Saúde Mental, prioritariamente para serviços comunitários, por outro lado, o Brasil investiu apenas cerca de 2,5% do orçamento anual da Saúde para a Saúde Mental. Ao se comparar esse gasto anual com dados da OMS, mais de 61,5% dos países europeus aplicam mais de 5% do orçamento da saúde para a saúde mental (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012). Por sua vez, Menezes, Moretti e Reis (2019) explicam que o financiamento público à Saúde cresceu de

2,9% em 2000 para 4,1% do PIB em 2017, como resultado da Ementa Constitucional 29 (EC 29) (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 2000), que vincula receitas estaduais e municipais para investimentos obrigatórios na pasta. Nesse arranjo, os gastos da União passaram para 15,8% da Receita Corrente Líquida (RCL) e representaram 43% do gasto público total em 2017. Contudo, os gastos públicos ainda perfazem cerca de metade dos gastos totais em Saúde, pública e privada, que somam 8% do PIB. Essa baixa contribuição estatal difere da experiência internacional de sistemas universais de saúde, em que os gastos públicos alcançam cerca de 70% do investimento total. Por fim, com consequência de agravar a situação do financiamento da área, foi promulgada a EC 95 (CONSTITUIÇÃO, 2016), que proíbe o aumento real dos gastos sociais e, diante disso, projeta-se redução da RCL para cerca de 10% do orçamento da União para o ano de 2036.

No tocante aos custos diretos e indiretos da depressão, Simon et al. (2002), em análise sobre os dados do LIDO, identificou associação entre recuperação de depressão e menor custo ao serviço de saúde e menor taxa de absenteísmo ao trabalho. Segundo o autor, apesar de o estudo não apresentar significância estatística suficiente para firmar conclusões definitivas, esse achado converge com a literatura. Corroborando com esse achado, König, König e Konnopka (2019), em revisão sistemática a respeito dos custos da depressão, encontraram associação entre depressão e aumento de custos diretos em todas as idades, maior na adolescência e decresce no decorrer dos grupos etários. Identificou-se também, com menor impacto, aumento de custo direto quando os casos de depressão ocorrem em comorbidade com alguma condição clínica.

Por fim, ao se avaliar a efetividade de intervenções da assistência, Tol et al. (2019), em revisão sistemática sobre tratamento de saúde mental em países de baixa e média renda, encontrou desfecho positivo para intervenções de saúde mental focadas para depressão e abuso de álcool. Dois dos estudos selecionados foram focados em depressão e revelaram redução de violência por parceiro no curto-prazo. No entanto, outros dois estudos sobre tratamento focado em abuso de álcool não exibiram benefício sobre esse tipo de violência. Por sua vez, Keynejad, Hanlon e Howard (2020), pesquisaram tratamento psicológicos em mulheres vítimas de violência por parceiro em países de baixa e média renda e verificaram que as intervenções psicológicas apresentaram evidência de eficácia para o tratamento de ansiedade, mas não para depressão, nem para estresse psicológico e tampouco para transtorno de estresse pós-traumático.

Diante do exposto, depreende-se que o acesso adequado ao tratamento para depressão promove melhor curso – com atenuação dos sintomas e dos prejuízos funcionais. Para tanto, deve-se ampliar e estruturar os serviços públicos e aportar mais recursos orçamentários.

3.6 Metodologia de pesquisa de sintomas depressivos

Ao analisar a questão diagnóstica na prática clínica, Mitchell, Rao e Vaze (MITCHELL; RAO; VAZE, 2011), em revisão sistemática sobre a acurácia dos médicos da APS em detectar depressão leve comparada com o uso de entrevista semi-estruturada, encontraram sensibilidade de 33,8% e especificidade de 80,6% para a entrevista livre, alcançando sensibilidade de 56,5% para identificar depressão moderada-grave. Além disso, Cepou et al. (2008), em revisão sistemática, verificou que a identificação diagnóstica de médicos não-psiquiatras tem sensibilidade de 36,4% e especificidade de 83,7%, comparada com o uso de instrumentos padronizados.

Quanto à pesquisa epidemiológica, a definição de caso positivo representa questão essencial (BONITA R, BEAGLEHOLE R, 2010) e se materializa na metodologia desde a adoção do instrumento de investigação, até a análise dos dados colhidos. Diante da diversidade de definições de caso positivo de depressão, ocorre grande heterogeneidade entre os estudos. Esse fenômeno foi mensurado por Ferrari et al. (2013), que aferiu que 57,7% dessa variação de resultados se deve ao período de prevalência investigado, ao sexo, ao ano do estudo, ao subtipo de depressão, à idade, à região e ao instrumento de pesquisa. Inclusive, de um lado, a adoção de ferramenta baseadas no DSM/CID identificou prevalência de depressão de 3,8% (3,1 – 4,6%), ao passo que o uso de escalas de sintomas encontrou prevalência de 12,1% (9,3 – 15,7%).

Dentre os instrumentos das entrevistas estruturadas, destaca-se o Composite International Diagnostic Interview (CIDI), desenvolvido pela OMS e baseado no DSM/CID, que foi validado no Brasil para depressão com sensibilidade de 82,5% e especificidade de 93,8% (QUINTANA et al., 2007). Além desse, há a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID), (FIRST MB, SPITZER RL, GIBBON M, 1997), que se baseia nos critérios do DSM-IV e apresenta versão traduzida para o português. Esta versão foi aplicada em estudo de confiabilidade no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conduzido por Del-Ben et al. (2001), e apresentou adequada aplicabilidade e reprodutibilidade entre entrevistadores, com coeficiente de Kappa de 0,87 para transtorno de humor.

Outra ferramenta que apresenta relevância na literatura é a escala de sintomas PHQ-9 (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001), que consiste em uma versão do PRIME-MD (SPITZER RL et al., 1994), baseado no módulo de depressão do DSM-IV. No estudo original, o PHQ-9 apresentou validade psicométrica e sensibilidade e especificidade de 88% ao ponto de

corte de 10. Por outro lado, em estudo que compara a pontuação algorítmica original, o algoritmo modificado e a pontuação em escore contínuo, He et al. (2020) encontrou sensibilidade e especificidade de 57% e 95% para o algoritmo original, de 61% e 95% para o algoritmo modificado e de 88% e 86% para o ponto de corte de 10 no escore contínuo. Quanto à escolha do ponto de corte no escore contínuo, encontram-se variações de sensibilidade e de especificidade entre os estudos; Manea, Gilbody e McMillan (2012), em revisão sistemática, encontraram ponto de corte ótimo entre 8 e 11 pontos. Quanto à aplicação em outros países, Arroll et al. (2010), em estudo de validação em pacientes da APS em cidade da Nova Zelândia, encontrou sensibilidade e especificidade de 74% e 91% para o PHQ-9 no ponto de corte de 10. Além disso, esse autor pesquisou o PHQ-2 e verificou sensibilidade e especificidade de 86% e 78% para o ponto de corte de 2 e 61% e 92% o ponto de corte de 3. Por sua vez, Santos et al. (2013), em estudo de validação do PHQ-9 em população geral em Pelotas-RS, encontrou sensibilidade e especificidade máximas de 77,5% e 86,7% para ponto de corte de 9 em escore contínuo e observa que essa pontuação de forma contínua apresenta maior sensibilidade que a pontuação algorítmica original e, portanto, é mais adequada para testes de rastreamento. Além desse, Osorio et al. (2009), em estudo de validação em amostra de mulheres da APS de Uberaba – MG, validou o PHQ-9, frente ao SCID, para o ponto de corte de 10 (sensibilidade de 100% e especificidade de 98%) e validou o PHQ-2 para os pontos de corte entre 3 (sensibilidade de 97% e especificidade de 88%) e 4 (sensibilidade de 88% e especificidade de 95%).

Em relação a outros instrumentos, destaca-se o Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D), cuja revisão sistemática de avaliação de suas propriedades psicométricas para triagem (VILAGUT et al., 2016), identificou sensibilidade de 87% e especificidade de 70% para o ponto de corte de 16 e 83% e 78% para o ponto de corte de 20. Além disso, esse questionário apresenta estudo de validação para idosos no Brasil, em que exibiu índices adequados de consistência interna, de validade do constructo e de reprodutibilidade teste-reteste (BATISTONI; NÉRI; CUPERTINO, 2010). Acrescenta-se a escala Hospital Anxiety and Depression (HAD), para triagem de quadros depressivos e ansiosos, que consiste em um questionário de múltipla escolha com 14 questões – 7 para cada subescala. Esse instrumento foi validado no Brasil, com ponto de corte de 9 e sensibilidade e especificidade de 93,7% e 72,6% para ansiedade e de 84,6% e 90,3% para depressão (BOTEGA et al., 1995).

Ademais, sobre rastreamento de depressão pós-parto, registra-se a escala de Edinburgh Postnatal Scale (EPDS), que Long et al. (2019), em revisão sistemática, adotando o ponto de corte de 10, encontrou impacto moderadamente positivo na identificação e no referenciamento de pacientes. Esse autor pondera que a triagem é bem recebida por mãe e profissionais e que,

devido a prevalência desse agravo de 11%, recomenda intervenções visando melhora da identificação e no referenciamento. Em outra revisão sobre o EPDS, O'Connor et al. (2016) encontrou sensibilidade acima de 67% e especificidade acima de 87%. Além disso, verificou-se que gestante e puérperas que participaram de programas de rastreamento apresentaram risco relativo de depressão com redução entre 18% e 59%, ou risco absoluto com redução entre 2,1% e 9,1% no decorrer do seguimento entre 3 e 5 meses.

Além desses instrumentos, cita-se o Self-Reporting Questionnaire (SRQ), usado para triagem de transtornos mentais não-psicóticos na comunidade, dentre eles depressão, e cuja avaliação de desempenho da versão SRQ-20 em cidade de pequeno porte no Sul do Brasil apresentou sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3% sob o ponto de corte 8 (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Por fim, há o *General Health Questionnaire* (GHQ), que contém quatro subescalas que investigam sintomas de disfuncionalidade social, depressivos, ansiosos e somáticos. Observa-se que, em estudo realizado pela OMS em 15 cidades do mundo, sua versão GHQ-28 apresentou maior estabilidade para as duas primeiras subescalas, mas revela grande sobreposição entre as duas últimas, indicando forte correlação. De todo modo, a versão GHQ-12 mostra-se adequada para triagem em diversos settings (WERNEKE et al., 2000). À propósito, esses instrumentos se baseiam no modelo bio-social para a compreensão dos Transtornos Mentais Comuns, em que síndromes de ansiedade e de depressão se relacionam com fatores sociais. Para tanto, Goldberg (1994) propôs que uma escala deve considerar três fatores: fatores de vulnerabilidade para desenvolver sintomas, fatores de desestabilização num determinado momento e fatores de duração do adoecimento, ou, de restituição.

Há discussão sobre a pertinência de se adotar instrumentos padronizados na prática clínica. Por um lado, Zimmerman (2019) considera a pertinência de se utilizar o PHQ-9 como rastreamento e como recurso de monitoramento clínico durante o tratamento. Validando o rastreio, King et al. (2008b) propõe o uso de algoritmo para predição de primeiro episódio de depressão, baseado em fatores de risco conhecidos pela literatura. Esse autor se baseia em coorte em países europeus e no Chile e avaliou cinco fatores imutáveis – idade, sexo, escolaridade, histórico de depressão pessoal e familiar – e quatro modificáveis – problemas no trabalho, experiência de ser discriminado e escore das subescalas de saúde física e mental da Short Form 12. Esse estudo apresentou validade interna e externa e o autor conclui que esse instrumento pode contribuir para abordagens de prevenção em serviços de saúde. Adicionalmente, Macgibbon (2020) opina que a recorrência de depressão deve ser melhor abordada na APS e propõe que instrumentos de estratificação de risco sejam desenvolvidos e

empregados. Por outro lado, Gonçalves et al. (2014), em estudo multicêntrico brasileiro sobre treinamento em saúde mental na APS, não encontrou melhora da taxa de detecção de depressão pelos médicos após treinamento, em relação ao uso do *General Health Questionnaire* (GHQ) e considera necessário empreender mudanças mais amplas, como no sistema de saúde em si e no modelo de treinamento.

Ainda sobre essa discussão, Gilbody, House e Sheldon (2005), em revisão sistemática da Cochrane, que selecionou 12 estudos com uso de diferentes escalas, apontaram que a adoção de instrumento de triagem, por si, apresentou pouco impacto na identificação de casos; que houve aumento na intervenção e que não há evidência de melhora do desfecho clínico em 3 estudos. Esses autores recomendam evitar a adoção de instrumento de screening isoladamente visando melhora da assistência. Rreforçando isso, o Canadian Task Force (BLAND; STREINER, 2013) encontrou evidência de não-benefício e contraindica screening em massa para depressão. Por último, Gilbody et al. (2003) encontrou melhora do manejo e do desfecho quando as estratégias avançam para além de treinamentos convencionais e de implementação de *guidelines* e passam a empregar treinamento clínico, associado com o engajamento da enfermagem enquanto gestora de casos e quando se estabelece a integração entre a Atenção Primária e Secundária.

Em resumo, existem diversos instrumentos de identificação de sintomas depressivos, que podem ser úteis na pesquisa quantitativa sobre depressão e possuem limitações caso o objetivo seja o uso na prática clínica.

3.7 Conclusão

Essa revisão bibliográfica explicita a relevância do Transtorno Depressivo por meio de sua prevalência e de seu impacto na Carga de Doença da população. Ademais, esse estudo apresentou, por um lado, os fatores associados à depressão e, por outro lado, aspectos relacionados ao acesso à saúde. Por fim, essa revisão abordou instrumentos de pesquisa de sintomas depressivos. Diante disso, se reúnem subsídios para desenvolver a metodologia do item 4, para analisar o banco de dados e para elaborar o artigo do item 5.

4 Métodos

4.1 Delineamento do estudo

Essa pesquisa integra a Pesquisa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica, que emprega métodos qualitativos e quantitativos sobre a promoção da saúde e a prevenção da violência no território da Atenção Primária do SUS de Belo Horizonte (MG). Esse projeto visa investigar o perfil da violência, seus determinantes e formas de enfrentamento.

O estudo referido por essa dissertação adotou observação transversal, quantitativa, e empregou questionário estruturado aplicado pelos pesquisadores aos usuários entrevistados da APS de Belo Horizonte. Esse trabalho pretende avaliar sintomas de depressão, segundo os critérios do DSM-IV, contidas no bloco Percepção de Saúde e avaliar eventuais associações com questões sociodemográficas, de autopercepção de saúde, de consumo de álcool e de tabaco e de violência.

4.2 População do estudo

O município de Belo Horizonte é dividido em nove distritos sanitários e apresenta sua APS constituída por 152 Unidades Básicas de Saúde (UBS's), com 588 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (BELO HORIZONTE, 2018).

A amostra de usuários da APS foi definida por estratificação - com referência aos nove distritos sanitários de Belo Horizonte – e combinada com amostragem por conglomerado em dois estágios. O primeiro estágio consistiu no sorteio de cinco UBS dentro de cada regional e o segundo estágio no recrutamento de 25 usuários dentro de cada UBS, por meio de amostra aleatória sistemática. Assim, foram selecionadas o total de 45 UBS e de 1125 usuários, segundo parâmetros estatísticos com margem de erro de 1,63% e intervalo de confiança de 95%. Observa-se que na regional Barreiro, o Centro de Saúde Barreiro de Cima foi substituído pelo Centro de Saúde Tirol.

4.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de elegibilidade adotados foram ser morador do território adscrito à UBS há mais de seis meses; ter idade maior de 16 anos e ter sido atendido na UBS pelo menos uma vez antes do dia da entrevista; concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

4.2.2 Seleção da amostra

A equipe de pesquisadores visitou pelo menos uma vez, no período entre março e maio de 2017 e em visita complementar em dezembro de 2017, as 45 UBS definidas nos 9 distritos sanitários. Recrutaram 25 usuários em cada UBS, que foram selecionados em visitas em horários de maior demanda por meio de amostra aleatória sistemática, em que convidaram um usuário e saltavam dois, por ordem de chegada. Os usuários foram abordados pelo entrevistador na recepção da UBS, que se apresentou e os convidou para participar da pesquisa, garantindo o anonimato. Em seguida, aplicou-se o cadastro com os critérios de inclusão e os incluídos prosseguiram para a entrevista semi-estruturada face a face, aplicada pelo pesquisador. Desse modo, totalizou-se 1.125 participantes.

4.3 Instrumento

O Questionário para Usuários da Atenção Básica à Saúde (ANEXO D) foi produzido em oficina de trabalho do Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, composta por professores e mestrandos das áreas de assistência social, enfermagem, psicologia e medicina e resultou em 289 questões, dispostas em 14 blocos temáticos: Características pessoais e sociofamiliares, Trabalho, Relações pessoais e comunitárias, Relação com a unidade básica de saúde, Assistência Farmacêutica, Assistência social, Percepção de Saúde, Consumo de bebidas alcoólicas, Matriciamento em saúde mental, Atividades físicas, Relação aos papéis de gênero, Situação de violência no território da unidade, Enfrentamento da violência e Doenças estigmatizantes.

O bloco características pessoais e sociodemográficas se subsidiou em questões do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS) (IBGE, 2013).

O bloco Percepção de Saúde apresenta uma questão sobre autopercepção de saúde geral, conforme a questão N1 do questionário do PNS (IBGE, 2013) e outras duas perguntas sobre dores pelo corpo e de cabeça propostas pela equipe. Além disso, contem nove questões sobre sintomas depressivos conforme os critérios diagnósticos do DSM-IV (ASSOCIATION, 1995). Aplicou-se as duas primeiras questões sobre sintomas humor deprimido e redução de prazer, com respostas sim ou não, e, caso houvesse resposta positiva para pelo menos uma dessas, prosseguiu-se com a aplicação das sete outras questões sobre sintomas depressivos. Concluiu-se por caso positivo de depressão diante da presença de cinco critérios, sendo pelo menos um deles humor deprimido ou perda de prazer.

O bloco de consumo de bebidas alcoólicas utilizou as quatro questões do CAGE, validado no Brasil (MASUR J, 1983), e adaptou as questões 1, 2, 3, 5, 8 e 10 do AUDIT (BABOR, THOMAS F., 2001).

O bloco sobre situações de violência no território adotou o questionário de pesquisa aplicada na APS de Ribeirão das Neves e publicado por Rodrigues (RODRIGUES et al., 2018) e se subsidiou no questionário da PNS 2013 (IBGE, 2013).

Esse instrumento foi testado em um projeto piloto no município de Ribeirão das Neves. Após revisão realizada pela equipe da pesquisa, o instrumento foi submetido à nova testagem na UBS Capitão Eduardo, em Belo Horizonte, onde foi aplicado em usuários por profissionais treinados.

4.4 Variáveis

A variável resposta consiste em caso positivo de depressão e foi obtida por meio da dicotomização das respostas às nove questões sobre depressão (questões de 102 a 110 do questionário do ANEXO D). Essas perguntas, por sua vez, derivam dos nove critérios diagnósticos do DSM-IV (ASSOCIATION, 1995). Para tanto, formulou-se as duas perguntas sobre humor deprimido e redução e prazer: “Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado, deprimido, durante a maior parte do dia, quase todos os dias?” e “Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?”, cujas respostas possíveis foram sim ou não. Após a aplicação dessas duas questões, caso houvesse resposta positiva para pelo menos uma delas, prosseguiu-se com a indagação das sete demais questões sobre sintomas depressivos, cujas respostas possíveis foram sim ou não. Por fim, definiu-se caso positivo de depressão diante da presença de cinco critérios, sendo pelo menos um deles humor deprimido ou perda de prazer.

Quanto às variáveis explicativas têm-se:

Características pessoais e sociofamiliares: sexo, idade, estado civil, cor, escolaridade, renda familiar e trabalho remunerado. Ressalta-se que a questão sexo, cujas alternativas do questionário foram masculino e feminino, mantiveram essa dicotomia; a idade, cuja resposta foi a data de nascimento, foi categorizada em 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e acima de 65 anos; o estado civil foi categorizado como solteiro, casado/ união estável/ “amasiado”, Divorciado/ separado e viúvo – optou-se por categorizar as respostas casado junto à união estável/ “amasiado”; em cor/raça, cujas respostas foram branca, amarela, indígena, preta e

parda, foram categorizadas como branco e não-branco; a escolaridade, cujas respostas foram fundamental incompleto, fundamental completo, médio completo e superior completo, foram categorizadas, devido à baixa frequência de algumas respostas e optou-se por reagrupar as alternativas analfabeto para fundamental incompleto, médio incompleto para fundamental completo, técnico para médio completo, superior incompleto para médio completo e pós-graduação para superior completo; por fim, a variável renda foi categorizada em “menos de um salário mínimo (SM)”, “entre 1 e 3 SM”, “acima de 4 SM” e “não informado” – devido à baixa frequência, optou-se por reagrupar as alternativas “acima de 5 SM” e “entre 4 e 5 SM” para “acima de 4 SM”.

Trabalho: a variável trabalho remunerado foi categorizado em sim, não e não informado.

Percepção de Saúde: a variável Autopercepção de Saúde, conforme a questão N1 do questionário do PNS (IBGE, 2013), cujas respostas foram “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim e “muito ruim” foram categorizadas em positiva e negativa.

Uso de bebidas alcoólicas: as quatro questões segundo o CAGE (MASUR J, 1983) foram categorizadas como “CAGE positivo” e “CAGE negativo” e duas questões baseadas no AUDIT (BABOR, THOMAS F., 2001) foram analisadas individualmente.

Situação de violência no território da unidade da UBS, inspirada no questionário do PNS 2013 (IBGE, 2013), apresentou as seguintes variáveis: Presenciou evento violento, com categorias sempre, quase sempre, raramente e nunca; conheceu pessoa assassinada, com dicotomia sim e não; familiar assassinado, com dicotomia e tipo de violência sofrida Física, verbal, Moral, Sexual, cujas categorias foram sempre, quase sempre, raramente e nunca. A variável Tentativa de suicídio foi dicotomizada em sim e não, caso respondesse sim, perguntou se o entrevistado conversou com alguém antes sobre ideação suicida. Por fim, houve a variável dicotômica de presença de suicídio na família ou não.

4.5 Coleta de dados

Os 23 entrevistadores foram recrutados entre os pós-graduandos e ocorreu treinamento para a aplicação do questionário por meio de oficinas teóricas e do teste prático com entrevista de usuários na UBS Capitão Eduardo. Por fim, para a fase de coleta, os entrevistadores foram orientados e designados para as 45 UBS's, onde contaram com a supervisão dos coordenadores do projeto, que se responsabilizaram por distribuir, orientar sobre o preenchimento do questionário adotado e recolher ao fim do dia. Foram distribuídos 1125 formulários, numerados e identificados por UBS e Regional. Os usuários tiveram seus nomes coletados. As entrevistas ocorreram entre 1º de março e 22 de maio de 2017.

A aplicação dos questionários foi precedida do contato prévio com as Gerências das Unidades de Saúde, as Gerências dos Distritos Sanitários e com a Secretaria Municipal de Saúde e cada usuário foi esclarecido do caráter anônimo da pesquisa.

Os dados foram digitados e, posteriormente, conferidos de modo independente por dois pesquisadores treinados.

4.6 Armazenamento e análise dos dados

Os dados quantitativos foram transcritos e armazenados em bancos de dados, utilizando-se o software Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versão 17.0. O banco de dados tem acesso restrito, bem como os formulários originais, físicos, que estão arquivados na Faculdade de Medicina da UFMG.

Esse trabalho adotou como filtro os 1105 participantes maiores de 18 anos. À seguir, realizou-se análise univariada para descrever a distribuição de frequências absoluta e relativa de todas as variáveis estudadas.

Utilizou-se a análise bivariada para a avaliação das variáveis explicativas conforme a presença ou não da variável resposta depressão. Para tanto, utilizou-se o teste qui-quadrado para avaliar a homogeneidade e considerou-se os resultados estatisticamente significativos caso o valor de p fosse inferior a 0,05.

Além disso, utilizou-se a regressão logística binária para avaliar associações entre a variável resposta depressão e suas explicativas. Para tanto, as variáveis selecionadas foram submetidas individualmente à triagem Teste para a Bondade do Ajuste, ao que se excluíram as que apresentaram valor de p maior que 0,25. Prosseguiu-se com a seleção das variáveis tomadas em conjunto, excluindo-se a cada rodada a variável de maior valor de p , até que restaram apenas as que não excediam o valor de 0,05.

Os dados foram organizados na forma de tabela.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo COEP/UFMG e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH) (projeto CAAE – 011480812.1.0000.5149; número do parecer: 1499847).

O estudo atendeu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde ao informar os usuários sobre o estudo, seus objetivos e os responsáveis por sua

condução. Para garantir o sigilo das informações pessoais, os nomes dos participantes foram registrados apenas no questionário físico e no banco de dados, com acesso restrito.

5 Artigo

Prevalência de sintomas depressivos e associação com fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, uso de álcool e violência: estudo transversal na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte

Rafael Ferreira Simões¹, Elza Machado de Melo¹, Ricardo Tavares², Carla Jorge Machado¹, Helian Nunes de Oliveira¹

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, UFMG

² Departamento de Estatística, UFOP

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência de sintomas depressivos e sua associação com os fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, uso de álcool e violência em amostra de usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) de Belo Horizonte, MG, Brasil.

Métodos: Entrevistou-se 1125 pacientes e filtrou-se 1105 pacientes maiores. Avaliou-se sintomas de depressão (baseado no DSM IV) e fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, uso de álcool e exposição à violência. Aplicou-se análises univariada, bivariada e regressão logística.

Resultados: A prevalência de sintomas de depressão foi de 31,4% - dentre as mulheres foi de 35,1% e dentre os homens foi de 19,7% ($p < 0,0001$). Os fatores associados foram sexo feminino, OR 3,3 (1,7 - 6,5); Renda baixa, OR 2,6 (1,1 - 6,3); Não trabalhar em atividade remunerada, OR 1,9 (1,1 - 3,7); Autopercepção de Saúde negativa, OR 2,3 (1,2 - 4,2); CAGE positivo, OR 3,3 (1,5 - 7,1); Beber em binge, OR 2,2 (1,2 - 4,3); Amnésia Alcoólica, OR 2,2 (1,0 - 4,9) e ter tido familiar assassinado, OR 2,2 (1,1 - 4,2).

Conclusão: A prevalência de sintomas depressivos converge com estudos e identificou-se os fatores associados sexo feminino, baixa renda, não trabalhar em atividade remunerada, autopercepção de saúde negativa, uso abusivo de álcool e ter tido familiar assassinado.

Palavras-chave: Depressão; Transtorno Depressivo; Prevalência; Fatores Associados; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

A depressão representa um importante agravo à saúde, tanto por sua prevalência, quanto por seu impacto na morbimortalidade. A prevalência de síndrome depressiva encontrada na população geral do Brasil é de 9,7%, conforme o *The Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (BARROS et al., 2017), ao passo que na população da Atenção Primária à Saúde (APS) é entre 21,4% e 31%, utilizando o *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) (GONÇALVES et al., 2014). Além disso, a depressão apresenta morbimortalidade que pode ser expressa por meio da Carga de Doença dos Transtornos Depressivos, que em 2017 alcançou a terceira causa não-fatal de Anos Vividos com Incapacidade no mundo (tradução de *Years Lived with Disability* -YLD) (JAMES et al., 2018). Quanto ao Brasil, a depressão ocupou o 4º lugar no ranking de Carga de Doença em YLD, com 1,2 milhões de anos (BONADIMAN et al., 2020).

Quanto aos principais fatores associados à depressão, têm-se a história pessoal ou familiar de depressão, tentativa de suicídio, consumo de álcool e de substâncias ilícitas, doenças crônicas, autopercepção de saúde negativa, eventos estressores de vida (incluindo perdas, como luto ou divórcio), exposição à violência, sexo feminino, baixa renda, desemprego e raça/cor de pele (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; ANDRADE et al., 2012; BLAS; KURUP, 2010; HAWTON et al., 2013; NOGUEIRA et al., 2014; SIU et al., 2016; SMOLEN; ARAÚJO, 2017).

Sobre o curso de um episódio depressivo, a duração mediana é de 12 semanas e o tempo médio para recuperação de um episódio varia entre dois e três anos, sendo que metade dos que tiveram um primeiro episódio não terão recorrência, 35% terão e 15% nem alcançarão remissão sustentada por 12 meses (EATON et al., 2008). Outro estudo de coorte encontrou taxa de recorrência em 15 anos de 85%, caindo para 58% entre os que permaneceram assintomáticos por 5 anos (MUELLER et al., 1999).

Quanto ao diagnóstico de depressão, este ocorre em apenas uma fração dos casos da população. Uma expressão significativa deste problema são os estudos sobre depressão na APS, eles apontam que entre 30% e 50% dos casos não são identificados sem o uso de entrevistas padronizadas (ARROLL et al., 2010; GILBODY et al., 2003b). Além disso, os pacientes com depressão utilizam mais o serviço de saúde (SIMON et al., 2002). Quanto ao tratamento, considerando a população geral

com depressão, 78,8% não recebem nenhum tratamento e 14,1% recebem apenas farmacoterapia (LOPES et al., 2016). Acrescenta-se que, entre as barreiras para o tratamento, figuram o receio do paciente sobre os custos, dúvidas sobre os efeitos adversos, constrangimento em fazer tratamento psiquiátrico, apreensão de perder oportunidades de trabalho, longa distância da unidade de saúde e desencorajamento pela família (SIMON et al., 2004). Diante desse cenário, ações que melhorem o acesso à saúde e que qualifiquem o diagnóstico e o tratamento da depressão podem contribuir para melhoria da assistência em saúde (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012; LOPEZ et al., 2006; PATEL et al., 2007).

Diante da importância desse tema e da carência de estudos na população de Belo Horizonte – MG, Brasil, esse estudo visa avaliar a prevalência de sintomas de depressão em usuários da APS do SUS de Belo Horizonte, bem como investigar os fatores associados, como fatores sociodemográficos, autopercepção de saúde, consumo de bebidas alcoólicas e situação de violência.

Métodos:

Esse trabalho integra a Pesquisa Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica na Atenção Básica, que visa investigar o perfil da violência, seus determinantes e formas de enfrentamento em Belo Horizonte e em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Essa capital é dividida em nove distritos sanitários e apresenta sua APS constituída por 152 Unidades Básicas de Saúde (UBS's), com 588 Equipes da Estratégia de Saúde da Família e com cobertura de 80,38% da população (BELO HORIZONTE. EXECUTIVO, 2018).

Esse estudo adota observação transversal, quantitativa, e empregou questionário estruturado aplicado pelos pesquisadores aos usuários entrevistados da APS de Belo Horizonte. A amostra de usuários da APS foi definida por estratificação - com referência aos nove distritos sanitários – e combinada com amostragem por conglomerado em dois estágios. O primeiro estágio consistiu no sorteio de cinco UBS dentro de cada regional e o segundo estágio no recrutamento de 25 usuários dentro de cada UBS, por meio de amostra aleatória sistemática. Assim, foram selecionadas o total de 45 UBS e de 1125 usuários, segundo parâmetros estatísticos com margem de erro de 1,63% e intervalo de confiança de 95%. Os critérios de inclusão foram ter

mais que 16 anos, residir no território da UBS há pelo menos 6 meses e já ter sido atendido na UBS antes da entrevista.

O instrumento consistiu em questionário estruturado com 289 questões, disposto em 14 blocos temáticos: Características pessoais e sociofamiliares, Trabalho, Relações pessoais e comunitárias, Relação com a unidade básica de saúde, Assistência Farmacêutica, Assistência social, Percepção de Saúde, Consumo de bebidas alcoólicas, Apoio Matricial em Saúde Mental, Atividades físicas, Relação aos papéis de gênero, Situação de violência no território da unidade, Enfrentamento da violência e Doenças estigmatizantes.

Participaram da coleta 23 entrevistadores do programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG, graduados em Medicina, Enfermagem, Psicologia e Assistência Social. Esses pesquisadores receberam treinamento para a aplicação do questionário por meio de oficinas teóricas e realizaram teste prático piloto em uma UBS. Além disso, no dia da coleta cada grupo contava com um coordenador na UBS. As entrevistas ocorreram entre 1º de março e 22 de maio de 2017.

O estudo atendeu às recomendações éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Houve esclarecimento e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo COEP/UFMG e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH) (projeto CAAE – 011480812.1.0000.5149; número do parecer: 1499847).

Os dados quantitativos foram armazenados em bancos de dados, utilizando-se o software Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versão 17.0. Para tanto, os dados foram digitados e, posteriormente, conferidos de modo independente por dois pesquisadores treinados.

Esse estudo visa estudar depressão. Para abordar esse recorte, utilizou-se o banco de dados da pesquisa mencionada e definiu-se como variável resposta os casos positivos de depressão, segundo o critério A do DSM-IV, que requer pelo menos cinco respostas positivas a nove questões, sendo pelo menos uma resposta das duas primeiras – humor deprimido e redução de prazer. Ressalta-se que a definição de caso positivo para depressão neste artigo adotou pontuação baseada na síndrome definida pelos critérios do DSM IV, ao passo que o diagnóstico propriamente médico de

Transtorno Depressivo Maior requer consulta com profissional treinado, que considera diagnósticos diferenciais, e resulta em diagnósticos mais estritos.

Além da variável desfecho depressão, avaliou-se 24 variáveis explicativas, como as sociodemográficas sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor, escolaridade, renda familiar e trabalho remunerado; as variáveis clínicas Autopercepção de Saúde, tabagismo e de consumo de álcool: CAGE positivo, ter bebido em binge, ter tido amnésia alcoólica e não ter realizado tarefas esperadas devido ao uso de álcool; e, por fim, as variáveis sobre violência ter presenciado evento violento no bairro, conhecer pessoa assassinada, ter tido familiar assassinado, ter sofrido violência no ano anterior, ter sofrido violência física, verbal, moral ou sexual, ter tentado suicídio, ter familiar que se suicidou.

Esse trabalho adotou como filtro os 1105 participantes maiores de 18 anos. Procedeu-se com a análise inicial univariada para descrever a distribuição de frequências absoluta e relativa das variáveis estudadas. Também, aplicou-se uma análise bivariada para a avaliação das variáveis explicativas conforme a presença ou não da variável resposta depressão. Para tanto, utilizou-se o teste qui-quadrado para avaliar a homogeneidade e considerou-se resultados estatisticamente significativos caso o valor de p fosse inferior a 0,05.

Além disso, utilizou-se a regressão logística binária para avaliar associações entre a variável resposta depressão e suas explicativas; o ajuste do modelo de regressão logística foi avaliado por meio do teste de Hosmer e Lemeshow que examina se a proporção observada de eventos (casos de depressão) é similar às probabilidades previstas de ocorrências desses eventos em subgrupos. Neste teste, H_0 significa que o modelo se ajusta bem aos dados, conforme Hosmer e Lemeshow (1980) e Lemeshow e Hosmer (1982). Para tanto, as variáveis selecionadas foram submetidas individualmente à triagem Teste para a Bondade do Ajuste, ao que foram selecionadas aquelas que apresentaram valor de p menor que 0,25.

Prosseguiu-se com a análise dessas variáveis selecionadas, tomadas em conjunto. Em seguida, excluiu-se a cada etapa do ajuste a variável de maior valor de p , até que restaram apenas as que não excediam 0,05. Por fim, baseado no modelo de regressão logística, estimou-se as probabilidades de depressão segundo fatores associados em diversos cenários. Foram obtidas as razões de chances (OR) para cada variável incluída no modelo final, utilizando um intervalo de confiança de 95%. Para esta análise, utilizou-se o software R.

Resultados

Analisou-se as respostas dos 1.105 participantes maiores de 18 anos, sendo 291 (26,3%) do masculino e 814 (73,7%) do sexo feminino. Por meio da análise univariada, revelou-se a prevalência de casos positivos de depressão em 31,4% da amostra. Além disso, 20,7% da amostra tem a faixa etária entre 35 e 44 anos; 48,3% são casados/união estável; 74,3% são de não-brancos; 41,7% concluíram o ensino médio; 67,7% têm renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (SM); 51,6% trabalham em atividade remunerada.

Por meio da análise bivariada dos dados sociodemográficos, dentre as mulheres, a prevalência de casos positivos de depressão foi de 35,5%, com valor de $p < 0,0001$. Ademais, identificou-se que os participantes com idade entre 35-44 anos tiveram prevalência de depressão de 40,2% ($p = 0,049$); os casados apresentaram taxa de depressão de 25,5%, ao passo que solteiros 36,0%, viúvos 37,9% e separados 38,5% ($p = 0,0010$). Além disso, os sem escolaridade apresentaram prevalência de 37,6% ($p = 0,0031$); os com renda familiar menor que 1 SM apresentaram prevalência de depressão de 38,8% ($p = 0,0017$) e os que não realizam atividade remunerada 36,0% ($p = 0,0036$) (Tabela 1).

Sobre a análise bivaridada das variáveis clínicas, os usuários com autopercepção de saúde positiva apresentaram taxa de depressão de 23,2%, contra 46,1% entre os com autopercepção negativa ($p < 0,0001$). Dentre os que tiveram consumo de álcool com CAGE positivo, 58,8% mostravam depressão, ao passo que os que tiveram CAGE negativo exibiam em 24,9% ($p < 0,0001$). Entre os tabagista, a taxa de depressão foi de 46,7%, contra 30,2% entre os não-tabagistas ($p < 0,0004$) (Tabela 2).

Quanto à bivariada das variáveis sobre violência, os participantes que presenciaram evento violento no bairro com frequência apresentaram prevalência de depressão de 39,9%, ao passo que os que raramente ou nunca presenciaram tiveram 29,3% ($p = 0,0017$). Os que tiveram familiar assassinado tiveram depressão em 37,8%, contra 29,3% entre os que não tiveram ($p = 0,0087$). Os que sofreram violência física em 12 meses apresentaram taxa de depressão de 47,9%, enquanto os que não sofreram tiveram 30,7% ($p = 0,0041$). Por fim, os usuários com histórico de tentativa

de autoextermínio tiveram taxa de depressão de 68,9%, contra 27,0% entre os que não tiveram histórico desse ato ($p < 0,0001$) (Tabela 2).

Tabela 1: Distribuição bivariada da prevalência de casos depressivos, segundo o perfil sociodemográfico, em 1.105 usuários da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte - MG, 2017.

Variáveis sociodemográficas	Caso de depressão								Total		Valor de p
	Sim		Não		Não se aplica		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Sexo											
Feminino	289	35,5	501	61,5	12	1,5	12	1,5	814	73,7	< 0,0001
Masculino	58	19,9	228	78,4	3	1,0	2	0,7	291	26,3	
Grupo etário (em anos)											
18-24	41	29,7	88	63,8	3	2,2	6	4,3	138	12,5	0,0490
25-34	57	27,7	145	70,4	1	0,5	3	1,5	206	18,6	
35-44	92	40,2	132	57,6	2	0,9	3	1,3	229	20,7	
45-54	55	28,5	134	69,4	3	1,6	1	0,5	193	17,5	
55-64	62	31,5	131	66,5	3	1,5	1	0,5	197	17,8	
65 ou mais	40	28,2	99	69,7	3	2,1	0	0,0	142	12,9	
Estado civil											
Solteiro	137	36,0	232	60,9	6	1,6	6	1,6	381	34,5	0,0010
Casados/ União	136	25,5	383	71,7	7	1,3	8	1,5	534	48,3	
Separado/ Divorciado	47	38,5	73	59,8	2	1,6	0	0,0	122	11,0	
Viúvo	25	37,9	41	62,1	0	0,0	0	0,0	66	6,0	
Não informado	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	
Cor da pele/ Raça											
Branco	79	28,2	191	68,2	5	1,8	5	1,8	280	25,3	0,1926
Não-branco	268	32,6	534	65,0	10	1,2	9	1,1	821	74,3	
Não informado	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	4	0,4	
Escolaridade											
Sem escolaridade	115	37,6	182	59,5	5	1,6	4	1,3	306	27,7	0,0031
Ensino fundamental	85	34,8	153	62,7	3	1,2	3	1,2	244	22,1	
Ensino médio	123	26,7	326	70,7	5	1,1	7	1,5	461	41,7	
Ensino superior/Pós-graduação	23	24,7	68	73,1	2	2,2	0	0,0	93	8,4	
Não informado	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	

Continua

Tabela 1: conclusão

Variáveis sociodemográficas	Caso de depressão								Total		Valor de p
	Sim		Não		Não se aplica		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Renda familiar (em salários mínimos)											
Menor que 1	50	38,8	73	56,6	0	0,0	6	4,7	129	11,7	0,0017
De 1 a 3	242	32,4	483	64,6	15	2,0	8	1,1	748	67,7	
4 ou mais	32	21,2	119	78,8	0	0,0	0	0,0	151	13,7	
Não informado	23	29,9	54	70,1	0	0,0	0	0,0	77	7,0	
Atualmente, você trabalha em atividade remunerada?											
Sim	158	27,7	399	70,0	6	1,1	7	1,2	570	51,6	0,0036
Não	184	36,0	314	61,4	6	1,2	7	1,4	511	46,2	
Não informado	5	20,8	16	66,7	3	12,5	0	0,0	24	2,2	
Total	347	31,4	729	66,0	15	1,4	14	1,3	1.105	100,0	

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 2: Distribuição bivariada da prevalência de casos depressivos, segundo as variáveis clínicas e de violência, em 1.105 usuários da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte - MG, 2017.

Variáveis clínicas ou de violência	Caso de depressão								Total		Valor de p
	Sim		Não		Não se aplica		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Autopercepção de saúde											
Positiva	155	23,2	498	74,4	7	1,0	9	1,3	669	60,5	< 0,0001
Negativa	190	46,1	210	51,0	8	1,9	4	1,0	412	37,3	
Não informado	2	8,3	21	87,5	0	0,0	1	4,2	24	2,2	
Teste CAGE											
Positivo	40	58,8	26	38,2	0	0,0	2	2,9	68	6,2	< 0,0001
Negativo	77	24,9	225	72,8	2	0,6	5	1,6	309	28,0	
Não se aplica	225	32,6	446	64,5	13	1,9	7	1,0	691	62,5	
Não informado	5	13,5	32	86,5	0	0,0	0	0,0	37	3,3	

Continua

Tabela 2: continuação

Variáveis clínicas ou de violência	Caso de depressão								Total	Valor de p	
	Sim		Não		Não se aplica		Não informado				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Frequência com que bebe em binge (8 doses para homens e 6 para mulheres)?											
Nunca	28	22,6	91	73,4	0	0,0	5	4,0	124	11,2	0,0038
Alguma(s) Vez(es)	75	38,9	116	60,1	1	0,5	1	0,5	193	17,5	
Não se aplica	230	31,9	471	65,2	13	1,8	8	1,1	722	65,3	
Não informado	14	21,2	51	77,3	1	1,5	0	0,0	66	6,0	
Com que frequência durante o último ano, não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?											
Nunca	71	25,0	206	72,5	2	0,7	5	1,8	284	25,7	0,0001
Alguma(s) Vez(es)	33	50,8	30	46,2	0	0,0	2	3,1	65	5,9	
Não se aplica	230	32,8	452	64,4	13	1,9	7	1,0	702	63,5	
Não informado	13	24,1	41	75,9	0	0,0	0	0,0	54	4,9	
Com que frequência durante o último ano, deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcóolicas?											
Nunca	89	28,8	212	68,6	2	0,6	6	1,9	309	28,0	0,0153
Alguma(s) Vez(es)	22	47,8	23	50,0	0	0,0	1	2,2	46	4,2	
Não se aplica	225	32,3	452	64,8	13	1,9	7	1,0	697	63,1	
Não informado	11	20,8	42	79,2	0	0,0	0	0,0	53	4,8	
Usa cigarro?											
Sim	56	46,7	63	52,5	0	0,0	1	0,8	120	10,9	0,0004
Não	288	30,2	639	67,1	14	1,5	12	1,3	953	86,2	
Não informado	3	9,4	27	84,4	1	3,1	1	3,1	32	2,9	
Já presenciou evento violento no território da UBS?											
Sempre/Quase sempre	103	39,9	145	56,2	5	1,9	5	1,9	258	23,3	0,0017
Raramente/Nunca	242	29,3	566	68,4	10	1,2	9	1,1	827	74,8	
Não informado	2	10,0	18	90,0	0	0,0	0	0,0	20	1,8	

Continua

Tabela 2: continuação

Variáveis clínicas ou de violência	Caso de depressão								Total	Valor de p	
	Sim		Não		Não se aplica		Não informado				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade?											
Sim	176	34,5	322	63,1	6	1,2	6	1,2	510	46,2	0,0858
Não	166	29,4	381	67,6	9	1,6	8	1,4	564	51,0	
Não informado	5	16,1	26	83,9	0	0,0	0	0,0	31	2,8	
Teve algum familiar ou parente que foi assassinado?											
Sim	116	37,8	186	60,6	2	0,7	3	1,0	307	27,8	0,0087
Não	226	29,3	522	67,7	13	1,7	10	1,3	771	69,8	
Não informado	5	18,5	21	77,8	0	0,0	1	3,7	27	2,4	
Nos últimos 12 meses, sofreu alguma violência física no território da UBS?											
Sim	130	52,2	114	45,8	3	1,2	2	0,8	249	22,5	< 0,0001
Não	210	26,0	578	71,4	10	1,2	11	1,4	809	73,2	
Não informado	7	14,9	37	78,7	2	4,3	1	2,1	47	4,3	
Nos últimos 12 meses, sofreu agressão física?											
Sim	34	47,9	37	52,1	0	0,0	0	0,0	71	6,4	0,0041
Não	301	30,7	655	66,8	12	1,2	12	1,2	980	88,7	
Não informado	12	22,2	37	68,5	3	5,6	2	3,7	54	4,9	
Nos últimos 12 meses, sofreu agressão verbal?											
Sim	117	49,2	115	48,3	3	1,3	3	1,3	238	21,5	< 0,0001
Não	220	26,9	579	70,7	10	1,2	10	1,2	819	74,1	
Não informado	10	20,8	35	72,9	2	4,2	1	2,1	48	4,3	
Nos últimos 12 meses, sofreu agressão moral ou psicológica?											
Sim	95	60,1	61	38,6	1	0,6	1	0,6	158	14,3	< 0,0001
Não	239	26,8	631	70,7	11	1,2	11	1,2	892	80,7	
Não informado	13	23,6	37	67,3	3	5,5	2	3,6	55	5,0	
Nos últimos 12 meses, sofreu agressão sexual?											
Sim	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	11	1,0	0,1937
Não	328	31,6	686	66,1	12	1,2	12	1,2	1038	93,9	
Não informado	13	23,2	38	67,9	3	5,4	2	3,6	56	5,1	

Continua

Tabela 2: conclusão

Variáveis clínicas ou de violência	Caso de depressão								Total		Valor de p
	Sim		Não		Não se aplica		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Já fez alguma tentativa de suicídio?											
Sim	84	68,9	34	27,9	1	0,8	3	2,5	122	11,0	< 0,0001
Não	258	27,0	672	70,4	14	1,5	10	1,0	954	86,3	
Não informado	5	17,2	23	79,3	0	0,0	1	3,4	29	26	
Alguém da sua família já se suicidou?											
Sim	62	38,0	100	61,3	0	0,0	1	0,6	163	14,8	0,0869
Não	282	30,9	603	66,0	15	1,6	13	1,4	913	82,6	
Não informado	3	10,3	26	89,7	0	0,0	0	0,0	29	2,6	
Total	347	31,4	729	66,0	15	1,4	14	1,3	1.105	100,0	

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 3 apresenta os resultados do modelo ajustado pela técnica de Regressão Logística. Para esse ajuste, têm-se a significância observada para o teste de Hosmer-Lemeshow (HOSMER; LEMESHOW, 1980; LEMESHOW, S.; HOSMER, 1982), os coeficientes ajustados pela regressão logística binária e suas respectivas significâncias estatísticas, as estimativas para as razões de chances pontuais e intervalares, com 95% de confiança. Dessa maneira, encontrou-se oito fatores associados à depressão: Sexo Feminino, Renda baixa, Não trabalhar em Atividade Remunerada, Autopercepção de Saúde negativa, CAGE positivo, Beber em Binge, Amnésia Alcoólica e ter tido familiar assassinado.

A chance de caso de depressão aumenta em 230% se o entrevistado for do sexo feminino; aumenta 160% se for de baixa renda; aumenta 90% se não exercer atividade remunerada; aumenta 130% se tiver autopercepção de saúde negativa; aumenta 230% se tiver teste CAGE positivo; aumenta 120% se tiver bebido em binge; aumenta 120% se tiver tido amnésia alcoólica e aumenta 120% se tiver tido familiar assassinado.

Tabela 3: Modelo final de análise de Regressão Logística: casos de depressão segundo as variáveis explicativas. Belo Horizonte, MG, 2017.

Variáveis explicativas	Coefficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
Modelo: Casos de depressão (Hosmer Lemeshow, p = 0,713)		
Intercepto	-4,017 (< 0,001)	0,018
Sexo (feminino)	1,20 (0,001)	3,3 (1,7 - 6,5)
Renda (baixa)	0,954 (0,038)	2,6 (1,1 - 6,3)
Trabalho (não exerce atividade remunerada)	0,68 (0,032)	1,9 (1,1 - 3,7)
Autopercepção de Saúde (negativa)	0,83 (0,007)	2,3 (1,2 - 4,2)
CAGE (positivo)	1,186 (0,002)	3,3 (1,5 - 7,1)
Beber em binge (sim)	0,797 (0,017)	2,2 (1,2 - 4,3)
Amnésia Alcoólica (sim)	0,79 (0,048)	2,2 (1,0 - 4,9)
Familiar assassinado (sim)	0,78 (0,017)	2,2 (1,1 - 4,2)

Fonte: Dados da Pesquisa
OR = Odds Ratio

Visando analisar o impacto desses fatores para o desfecho de depressão para os sexos masculino e feminino, estimou-se as probabilidades desse evento para sete cenários de fatores associados, segundo o modelo de Regressão Logística (Tabela 4). No cenário 1 (sem fatores associados) a prevalência de depressão foi de 1,77% e de 5,64% para os sexos masculino e feminino, com proporção entre eles de 3,19; no cenário 2 (Fator renda baixa) foi de 4% e 13%, com proporção de 3,00; no cenário 3 (Não trabalhar em Atividade Remunerada) foi de 3,4% e 10,6%, com razão de 3,1; no cenário 2+3 (Fator renda baixa e não trabalhar em Atividade Remunerada) foi de 8,5% e 23,6%, com proporção de 2,77; no cenário 4 (Autopercepção de Saúde negativa) foi de 4,0% e 12%, com relação de 3,04; no cenário 5 (uso abusivo de álcool) foi de 22% e 49%, com proporção de 2,18; no cenário 6 (familiar assassinado) foi de 3,8% e 11,5%, com razão de 3,05; por fim, no cenário 7 (todos os fatores associados) a prevalência foi de 88% para homens, 96% para mulheres e a proporção de 1,09.

Tabela 4: Probabilidades estimadas para casos de depressão para sete cenários de fatores associados, segundo o Modelo de Regressão Logística. Belo Horizonte, MG, 2017.

Cenários	Prevalências	Proporção entre sexos (Feminino/Masculino)
1 – Sem fatores associados	Masculino 1,77% Feminino 5,64%	3,19
2 – Fator renda baixa	Masculino 4% Feminino 13%	3,00
3 – Fator Não trabalhar em Atividade Remunerada	Masculino 3,4% Feminino 10,6%	3,1
4 – Fator Autopercepção de Saúde Negativa	Masculino 4,0% Feminino 12%	3,04
5 – Uso abusivo de álcool (CAGE positivo, binge e amnésia)	Masculino 22% Feminino 49%	2,18
6 – Familiar assassinado	Masculino 3,8% Feminino 11,5%	3,05
7 – Todos os fatores associados	Masculino 88% Feminino 96%	1,09

Fonte: Dados da Pesquisa

Discussão

A prevalência de depressão de 31,4%, encontrada nessa amostra de usuários da APS de Belo Horizonte, conflui com os dados encontrados em outros estudos nacionais, como Gonçalves et al. (2014), que em estudo multicêntrico sobre Transtornos Mentais Comuns na APS do Rio de Janeiro – RJ, São Paulo – SP, Fortaleza – CE e Porto Alegre – RS, entre 2009 e 2010, verificou a prevalência de depressão em 25,0%, 25,3%, 31% e 21,4%, nas respectivas cidades. Para tanto, utilizou-se o instrumento *General Health Questionnaire* (GHQ-12) para obter triagem positiva de prováveis casos e aplicou-se o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) para definir os diagnósticos.

Quando se comparam taxas de prevalência de depressão, a APS apresenta taxa superior à da população geral. Corroborando com isso, Barros et al. (2017), ao analisar os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta que a prevalência

de sintomas de depressão em adultos brasileiros foi de 9,7%, segundo o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Por seu turno, Silva et al. (2014), em revisão sistemática de estudos brasileiros transversais, que incluiu 27, encontrou prevalência de sintomas depressivos de 14% no momento da entrevista.

A prevalência de depressão da amostra desse trabalho, assim como no de outros estudos nacionais, foi superior à encontrada em outros países, como expresso em Vilagut et al. (2016), que em revisão sistemática de avaliação das propriedades psicométricas do CES-D aplicado em população geral e da APS de diversos países, que selecionou 28 estudos, com 10.617 participantes, identificou prevalência de depressão mediana de 8,8%, sendo que a prevalência em adultos na população geral variou entre 1,8% a 16,5% e em adultos na APS variou entre 5,8% a 28%.

Sobre a variável renda, esse estudo identificou o fator baixa renda familiar, definido como renda de até 3 salários mínimos (SM), como fator associado a depressão, com OR de 2,6 (1,1 - 6,3), comparado com o grupo com renda maior que 4 SM. Esse achado se confirma pela literatura, como em Cunha, Bastos e Duca (2012), que em estudo em dois distritos sanitários de Porto Alegre – RS encontrou associação entre depressão e sexo feminino, OR 2,38, baixa escolaridade (5-8 anos de estudo: OR 0,63; 9-11: OR 0,48; >12: OR 0,33) e baixa renda (menor quartil: OR 1,00; 2º menor quartil 0,78; 3º 0,71; 4º OR 0,49).

No tocante à variável explicativa sexo, essa amostra revela maior taxa de depressão no sexo feminino, com 35,5%, do que no masculino, com 19,9%, com valor de $p < 0,0001$. Esse achado concorda com a literatura, como em Munhoz et al. (2016), que ao analisar o PNS 2013 verificou que a depressão ocorre em maior frequência entre mulheres, com RP de 2,29. Confluindo com isso, Andrade et al. (2012), ao analisar o Estudo Epidemiológico de Transtornos Mentais São Paulo Megacity, encontrou associação entre transtornos de humor e sexo feminino, com OR 2,7. Ainda nesse sentido, Bromet et al. (2011), em estudo sobre o World Mental Health Surveys, iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), aplicado em 18 países, incluindo o Brasil, com 89.037 participantes, encontrou o dobro de chance de depressão para mulheres.

Ainda sobre a variável sexo, o fator associado sexo feminino apresentou medida de OR de 3,3 (1,7 - 6,5) na Regressão Logística e isso conflui com dados da literatura, que apontam para o papel da posição socioeconômica como determinante

de depressão, expresso por meio da inequidade quanto ao sexo, assim como pela escolaridade e pela renda (ARAYA, 2003).

No que tange ao fator não trabalhar em atividade remunerada e sua associação com depressão, a amostra desse estudo apresenta OR de 1,9 (1,1 – 3,7). Esse achado corresponde com a revisão bibliográfica, como em Andrade et al. (2002), que em estudo comunitário em dois bairros de São Paulo – SP, verificou associação entre depressão e sexo feminino, OR 1,6, separados/divorciados/viúvos e OR 1,5 e desempregados, OR 3,1. Além desse, há convergência parcial com Fernández-Niño et al (2018), que avaliou 36.516 adultos entre 20 e 59 anos no México e identificou essa associação apenas para homens desempregados.

No tocante ao fator Autopercepção de saúde negativa da amostra, com OR de 2,3 (1,2 - 4,2), esse dado ratifica a literatura. Nesse sentido, Zimmermann et al. (2017), em estudo com população de Brasília utilizando o instrumento European Quality of Life – 5 dimensions (EQ-5D) encontrou associação entre redução de escore de EQ-5D e depressão. Além desse, Nogueira et al. (2014), em estudo transversal de 27 equipes de ESF de Porto Alegre – RS, encontrou associação entre depressão e baixo escore de autopercepção de saúde.

Quanto ao fator associado uso abusivo de álcool, com CAGE positivo com OR 3,3 (1,5 – 7,1), esse achado coaduna com outros estudos, como em Barros et al. (2017), que em análise do PNS 2013, detectou associação entre depressão e consumo de risco de álcool, com RP 1,72. Além deste, Li et al. (2020) verificou que a presença de Transtorno por uso de álcool apresenta associação significativa com depressão, com RR de 1,57. Por fim, Van Gool et al. (2007), em estudo de coorte com 1169 adultos acompanhados por 6 anos, verificou que o consumo excessivo de álcool foi um fator de predição para depressão, com RR de 2,48.

Por fim, quanto à análise do fator violência, esse estudo identificou o fator de ter tido familiar assassinado como associado à depressão, com OR de 2,2 (1,1 – 4,2). Esse achado vai ao encontro de outros estudos como em Blay et al. (2018), que em estudo transversal sobre transtorno mental e violência no Rio de Janeiro e em São Paulo, identificou o dobro de chance de depressão em indivíduos expostos à violência, com OR de 1,87 e 2,67, respectivamente. Por seu turno, Andrade et al. (2012), encontrou associação entre depressão e exposição a evento traumático relacionado a crime violento, com OR entre 1,6 a 3,8, conforme o número de exposições no ano anterior.

Por meio do modelo de Regressão Logística, foram estimadas as probabilidades de depressão para homens e mulheres em diversos cenários de fatores associados. Nessa análise, encontramos que a proporção entre mulheres e homens é de 3 vezes e que não se alterou nos cenários dos fatores associados sociodemográfico, de Autopercepção de saúde e de violência e mesmo no cenário de ausência de fatores. Inclusive, essa proporção foi reduzida para 2 vezes no cenário do fator de uso abusivo de álcool e para 1,09 para o cenário com todos os fatores presentes. Isso permite inferir que os cenários de fatores associados não ampliaram a diferença de chance de depressão entre mulheres e homens.

Destaca-se que no cenário sem fatores associados, a prevalência de depressão encontrada foi de 1,77% no sexo masculino e de 5,64% no feminino. Ora, um cenário sem os estressores psicossociais analisados resulta em baixas prevalências de depressão, inclusive inferiores às encontradas em estudos de populações gerais de diversos países, em que se encontrou prevalência para homens de 3,8% (3,2–4,5%) e para mulheres de 5,9% (4,7–7,5%) (FERRARI et al., 2013). Ainda nesse sentido, Almeida-Filho et al. (2004), encontrou que não houve diferença de gênero para depressão entre brancos, classe média alta, graduados e iletrados. Diante disso, esse autor concluiu que as mulheres obtiveram fator protetivo para depressão quando posicionadas nas classes sociais superiores.

Para aprofundar o estudo da depressão na APS de Belo Horizonte e de seus fatores associados, seria necessário realizar pesquisa delineada para esse fim, com uma amostragem estratificada por gênero e algumas faixas de renda, visando permitir uma análise mais específica.

Dentre as intervenções visando reduzir as taxas de depressão, podem-se considerar políticas públicas que aumentem a renda da população e que gerem emprego. Além disso, há de se desenvolver políticas de promoção de saúde e de assistência quanto ao uso prejudicial de álcool. Por fim, deve-se implementar medidas para a redução de homicídios.

Limitações

Destaca-se que a definição de síndrome depressiva positiva neste artigo adotou uma pontuação baseada na síndrome definida por critérios A de DSM-IV. O diagnóstico médico adequado do Transtorno Depressivo Maior requer a avaliação de um profissional treinado, que considere os demais critérios do DSM IV e diagnósticos diferenciais, o que resulta em diagnósticos mais estritos.

Destaca-se a alta prevalência de violência observada, desvantagens sociais e econômicas na amostra para análise dos resultados. Os estressores ambientais podem ser responsáveis pela produção de sofrimento psíquico, como ansiedade ou sintomas depressivos.

Para aprofundar o estudo sobre depressão na APS de Belo Horizonte e seus fatores associados, seria necessário novos estudos, com amostra estratificada por gênero por exemplo, a fim de permitir uma análise mais específica.

Conclusão

A prevalência de sintomas depressivos da amostra de usuários da APS de Belo Horizonte convergem com a literatura. Ademais, os fatores associados identificados sexo feminino, menor renda, não realizar atividade remunerada, autopercepção de saúde negativa, uso abusivo de álcool e ter tido familiar assassinado confirmam informações da revisão bibliográfica. Desse modo, os achados desse estudo contribuem para o conhecimento sobre o perfil dos usuários da APS de Belo Horizonte, sobre a prevalência de síndrome depressiva e sobre seus fatores associados, que podem ser objeto de intervenção por meio de políticas públicas.

Referências

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

ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.

37, n. 7, p. 316–325, 2002.

ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, 2012.

ARAYA, R. et al. Education and income: Which is more important for mental health? **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 57, n. 7, p. 501–505, 2003.

ARROLL, B. et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. **Annals of Family Medicine**, v. 8, n. 4, p. 348–353, 2010.

BELO HORIZONTE. EXECUTIVO. **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021**.

Disponível em: <[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS 2018-2021 aprovado.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2020.

BERTI, M. et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1s-10s, 2017.

BLAS, E.; KURUP, A. S. **Equity, social determinants and public health programmes**. [s.l.: s.n.].

BLAY, S. L. et al. 12-month prevalence and concomitants of DSM-IV depression and anxiety disorders in two violence-prone cities in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 232, p. 204–211, 2018.

BONADIMAN, C. S. C. et al. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics**, v. 18, n. Suppl 1, p. 1–13, 2020.

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v. 9, n. 1, p. 90, 26 dez. 2011.

CUNHA, R. V. DA; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. DEL. Prevalencia de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 346–354, 2012.

EATON, W. W. Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Disorder. **Arch Gen Psychiatry**, v. 65, n. 5, p. 513, 2008.

FERNÁNDEZ-NIÑO, J. A. et al. Association between the employment status and the presence of depressive symptoms in men and women in Mexico. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 9, p. 1–14, 2018.

FERRARI, A. J. et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature. **Psychological Medicine**, v. 43, n. 3, p. 471–481, 2013.

GILBODY, S. M.; WHITTY, P. M.; GRIMSHAW, J. M. **Improving the detection and management of depression in primary care** **Qual Saf Health Care**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <www.qshc.com>. Acesso em: 16 jul. 2020.

GONÇALVES, D. A. et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: Prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 3, p. 623–632, 2014.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental

- no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 51–8, 2012.
- HAWTON, K. et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 147, n. 1–3, p. 17–28, 2013.
- HOSMER, D. W. .; LEMESHOW, S. . A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. **Communications in Statistics**, v. A10, p. 1043–1069, 1980.
- JAMES, S. L. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1789–1858, 2018.
- LEMESHOW, S.; HOSMER, D. W. A review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models. **American Journal of Epidemiology**, v. 115(1), p. 92–106, 1982.
- LI, J. et al. Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Addiction**, v. 115, n. 7, p. 1224–1243, 2020.
- LOPES, C. S. et al. Inequities in access to depression treatment: Results of the Brazilian National Health Survey - PNS. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2016.
- LOPEZ, A. D. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. **Lancet**, v. 367, n. 9524, p. 1747–1757, 2006.
- MUELLER, T. I. et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. **Am J Psychiatry**, v. 7, n. July, p. 156, 1999.
- MUNHOZ, T. N. et al. A nationwide population-based study of depression in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 192, p. 226–233, 2016.
- NOGUEIRA, E. L. et al. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 3, p. 368–377, 2014.
- PATEL, V. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 370, n. 9591, p. 991–1005, 2007.
- SILVA, M. T. et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: A systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 262–270, 2014.
- SIMON, G. E. et al. Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study. **General Hospital Psychiatry**, v. 24, n. 5, p. 328–335, 2002.
- SIMON, G. E. et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 9, p. 1626–1634, set. 2004.
- SIU, A. L. et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force

recommendation statement. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 315, n. 4, p. 380–387, 26 jan. 2016.

SMOLEN, J. R.; DE ARAÚJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: Uma revisão sistemática. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021–4030, 2017.

VAN GOOL, C. H. et al. Associations between lifestyle and depressed mood: Longitudinal results from the Maastricht aging study. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 5, p. 887–894, 2007.

VILAGUT, G. et al. **Screening for depression in the general population with the center for epidemiologic studies depression (ces-d): A systematic review with meta-analysis** PLoS ONE Public Library of Science, , 1 maio 2016.

ZIMMERMANN, I. R. et al. Health-related quality of life and self-reported long-term conditions: A population-based survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 1, p. 62–68, 2017.

6 Considerações finais

Esse trabalho contribui para o conhecimento sobre o perfil dos usuários da APS de Belo Horizonte, sobre a prevalência de síndrome depressiva e sobre seus fatores associados.

A prevalência de síndrome depressiva da amostra de usuários da APS de Belo Horizonte se apresenta relevante. Aliás, os sintomas depressivos se assentam sobre o contexto social dos indivíduos – o que se expressa nessa pesquisa quantitativa por meio da associação com os fatores sexo feminino, menor renda, não realizar atividade remunerada, autopercepção de saúde negativa, uso abusivo de álcool e ter tido familiar assassinado.

Diante do conhecimento dessa realidade, pode-se considerar intervenções por meio de políticas públicas visando reduzir a taxa de síndrome depressiva, como políticas de distribuição de renda, de geração de emprego e de redução de homicídios. Ademais, deve-se ampliar e estruturar os serviços públicos de Saúde, o que requer seu adequado financiamento.

Referências

- ABAJOBIR, A. A. et al. A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 192, p. 56–63, 2016.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine**, v. 59, n. 7, p. 1339–1353, out. 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5**. 5. ed ed. Porto Alegre: [s.n.].
- AN, R.; XIANG, X. Smoking, heavy drinking, and depression among U.S. middle-aged and older adults. **Preventive Medicine**, v. 81, p. 295–302, 2015.
- ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 37, n. 7, p. 316–325, 8 jul. 2002.
- ANDRADE, L. H. et al. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil*. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, n. 1, p. 45–53, 12 jan. 2008.
- ANDRADE, L. H. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, p. e31879, 14 fev. 2012.
- ANDREOLI, S. B. et al. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. **PLoS ONE**, v. 9, n. 2, 14 fev. 2014.
- ANSELMI, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. suppl 2, p. 26–33, dez. 2008.
- ARAYA, R. Education and income: which is more important for mental health? **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 57, n. 7, p. 501–505, 1 jul. 2003.
- ARROLL, B. et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. **The Annals of Family Medicine**, v. 8, n. 4, p. 348–353, 1 jul. 2010.
- ASSOCIATION, A. P. **DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. [s.l.] ARTMED, 1995.
- AUERSPERG, F. et al. Long-term effects of parental divorce on mental health – A meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 119, p. 107–115, 2019.
- BABOR, THOMAS F., ET AL. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care. **Organization., World Health**, 2001.
- BACCHUS, L. J. et al. Recent intimate partner violence against women and health: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. **BMJ Open**, v. 8, n. 7, p. 1–20, 2018.
- BARKOW, K. et al. Risk factors for new depressive episodes in primary health care: an

international prospective 12-month follow-up study. **Psychological Medicine**, v. 32, n. 4, p. 595–607, 20 maio 2002.

BARRETT, J. E. . et al. The Prevalence of Psychiatric Disorders in a Primary Care Practice. **Arch Gen Psychiatry**, v. 45, n. 9, p. 1100–1006, 1988.

BARROS, M. B. DE A. et al. Depression and health behaviors in Brazilian adults – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 1, p. 1s-8s, 2017.

BATISTONI, S. S. T.; NÉRI, A. L.; CUPERTINO, A. P. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 13–22, 2010.

BELO HORIZONTE. EXECUTIVO. **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021**. Disponível em: <[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS 2018-2021 aprovado.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2020.

BLACKER, C. V. R.; CLARE, A. W. The prevalence and treatment of depression in general practice. **Psychopharmacology**, v. 95, n. 1, p. 14–17, 1988.

BLAND, R. C.; STREINER, D. L. Why screening for depression in primary care is impractical. **Cmaj**, v. 185, n. 9, p. 753–754, 2013.

BLAS, E.; KURUP, A. S. (EDS.). **Equity, social determinants and public health programmes**. [s.l.] World Health Organization, 2010.

BLAY, S. L. et al. Depression Morbidity in Later Life: Prevalence and Correlates in a Developing Country. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, n. 9, p. 790–799, set. 2007.

BLAY, S. L. et al. 12-month prevalence and concomitants of DSM-IV depression and anxiety disorders in two violence-prone cities in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 232, p. 204–211, maio 2018.

BLAY, S. L.; RAMOS, L. R. Validity of. p. 687–692, 1988.

BONADIMAN, C. S. C. et al. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics**, v. 18, n. S1, p. 6, 30 set. 2020.

BONITA R, BEAGLEHOLE R, K. T. **Epidemiologia Básica**. 2^a ed. São Paulo: Editora Santos, 2010.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359–363, out. 1995.

BOTEGA, N. J. et al. [Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil]. **Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632–2638, 2009.

BRASIL. CAPES. **Portaria n. 60, de 20 de março de 2019. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissionais, no âmbito da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/68157853/do1-2019-03-22-portaria-n-60-de-20-de-marco-de-2019-68157790>. Acesso em: 2 nov. 2020.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988). **Emenda constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mí.** Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 2 nov. 2020.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988). **Emenda constitucional n. 95, de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21295527/do1-2016-12-16-emenda-constitucional-n-95-21295459>. Acesso em: 2 nov. 2020.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada 2020.** Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/itabirito/panorama>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRODY, D. J.; PRATT, L. A.; HUGHES, J. P. Prevalence of Depression Among Adults Aged 20 and Over: United States, 2013-2016. **NCHS data brief**, n. 303, p. 1–8, 2018.

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v. 9, n. 1, p. 90, 26 dez. 2011.

BUCKMAN, J. E. J. et al. Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. **Clinical Psychology Review**, v. 64, n. February, p. 13–38, 2018.

CARPENA, M. X. et al. Why Brazilian women suffer more from depression and suicidal ideation: a mediation analysis of the role of violence. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 5, p. 469–474, out. 2020.

CAVANAGH, J. T. O. et al. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. **Psychological Medicine**, v. 33, n. 3, p. 395–405, 2003.

CEPOIU, M. et al. Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians—A Systematic Literature Review and Meta-analysis. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 1, p. 25–36, 26 jan. 2008.

CUIJPERS, P. et al. Differential mortality rates in major and subthreshold depression: Meta-analysis of studies that measured both. **British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 1, p. 22–27, 2013.

CUIJPERS, P. et al. Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. **American Journal of Psychiatry**, v. 171, n. 4, p. 453–462, abr. 2014.

CUNHA, R. V. DA; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. DEL. Prevalencia de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 346–354, 2012.

DE LIMA OSÓRIO, F. et al. Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 45, n. 3, p. 216–227, 2009.

DEL-BEN, C. M. et al. Confiabilidade da “ Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica ” traduzida para o português Reliability of the Structured Clinical Interview

- for DSM-IV – Clinical Version translated into Portuguese. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, v. 23, n. 3, p. 7–10, 2001.
- EATON, W. W. et al. Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Disorder. **Archives of General Psychiatry**, v. 65, n. 5, p. 513, 1 maio 2008.
- FAZEL, S.; SEEWALD, K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. **British Journal of Psychiatry**, v. 200, n. 5, p. 364–373, 2012.
- FEINGOLD, D. et al. The association between cannabis use and mood disorders: A longitudinal study. **Journal of Affective Disorders**, v. 172, p. 211–218, 2015.
- FERNÁNDEZ-NIÑO, J. A. et al. Association between the employment status and the presence of depressive symptoms in men and women in Mexico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, p. 1–14, 21 set. 2018.
- FERRARI, A. J. et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. **Psychological Medicine**, v. 43, n. 3, p. 471–481, 25 mar. 2013.
- FINLEY, C. R. et al. What are the most common conditions in primary care? Une revue systématique Les problèmes de santé les plus fréquents dans les soins primaires. **Canadian Family Physician**, v. 64, p. 832–840, 2018.
- FIRST MB, SPITZER RL, GIBBON M, W. J. **Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV)**. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1997.
- GILBODY, S. et al. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: A Systematic Review. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 23, p. 3145–3151, 2003a.
- GILBODY, S.; HOUSE, A.; SHELDON, T. Screening and case finding instruments for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2005.
- GILBODY, S. M. et al. **Improving the detection and management of depression in primary care** *Quality and Safety in Health Care*, 1 abr. 2003b. Disponível em: <www.qshc.com>. Acesso em: 16 jul. 2020
- GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 90, n. s385, p. 66–70, dez. 1994.
- GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623–632, mar. 2014.
- GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008.
- GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 51–8, 2012.
- HASIN, D. S.; GRANT, B. F. Major Depression in 6050 Former Drinkers. **Archives of**

General Psychiatry, v. 59, n. 9, p. 794, 2002.

HAWTON, K. et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 147, n. 1–3, p. 17–28, maio 2013.

HE, C. et al. The Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 Algorithm for Screening to Detect Major Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 89, n. 1, p. 25–37, 2020.

HOSMER, D. W. .; LEMESHOW, S. . A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. **Communications in Statistics**, v. A10, p. 1043—1069, 1980.

IBGE. Questionário dos Moradores do Domicílio. 2013.

JAMES, S. L. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1789–1858, nov. 2018.

JORGE, M. H. P. DE M.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II - Mortes por causas externas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 2, p. 212–223, 2002.

KESSLER, R. C. et al. **The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)** **Journal of the American Medical Association** JAMA, , 18 jun. 2003. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12813115/>>. Acesso em: 15 jul. 2020

KESSLER, R. C. et al. **Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication** **Archives of General Psychiatry** Arch Gen Psychiatry, , jun. 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939837/>>. Acesso em: 15 jul. 2020

KEYNEJAD, R. C.; HANLON, C.; HOWARD, L. M. Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 2, p. 173–190, 2020.

KING, M. et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: The predictD study. **Archives of General Psychiatry**, v. 65, n. 12, p. 1368–1376, 2008a.

KING, M. et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. **British Journal of Psychiatry**, v. 192, n. 5, p. 362–367, 2 maio 2008b.

KLEIN, C. **Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2011 e 2016** **Revista de Patologia do Tocantins**, 2019.

KÖNIG, H.; KÖNIG, H. H.; KONNOPKA, A. The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, 2019.

KORFF, M. VON et al. Anxiety and Depression in a Primary Care Clinic: Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire, and Practitioner Assessments. **Arch Gen Psychiatry**, v. 44, p. 152–156, 1987.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J GEN INTERN MED**, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001.

KYU, H. H. et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1859–1922, 2018.

LEMESHOW, S.; HOSMER, D. W. A review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models. **American Journal of Epidemiology**, v. 115(1), p. 92–106, 1982.

LEV-RAN, S. et al. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Psychological Medicine**, v. 44, n. 4, p. 797–810, 24 mar. 2014.

LI, J. et al. Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Addiction**, v. 115, n. 7, p. 1224–1243, 2020.

LONG, M. M. et al. A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. **Archives of Women's Mental Health**, v. 22, n. 1, p. 25–36, 2019.

LOPES, C. S. et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 154, 17 dez. 2016.

LOPEZ, A. D. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. **Lancet**, v. 367, n. 9524, p. 1747–1757, 2006.

LORANT, V. et al. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 157, n. 2, p. 98–112, 2003.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006
Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. **Rev Bras ...**, v. 31, n. Supl II, p. 86–94, 2009.

LUDERMIR, A. B. et al. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science & Medicine**, v. 66, n. 4, p. 1008–1018, fev. 2008.

MACGIBBON, R. Predicting relapse of depression in primary care. **British Journal of General Practice**, v. 70, n. 693, p. 166, 2020.

MANEA, L.; GILBODY, S.; MCMILLAN, D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A meta-analysis. **CMAJ**, v. 184, n. 3, 21 fev. 2012.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. DE A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 713–724, out. 2016.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, n. 365, p. 1099–104, 2005.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. **The solid facts**. 2nd. ed. Copenhagen: [s.n.]. v. 1

MASUR J, M. M. Validation of the “Cage” alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Braz J Med Biol Res**, v. 16, n. 3, p. 215–8, 1983.

- MELO JÚNIOR, E. F. et al. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 1204–1208, fev. 2012.
- MENEZES, A. P. DO R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. DOS. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 58–70, 2019.
- MITCHELL, A. J. et al. Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta analysis of GDS30 and GDS 15. **Journal of Affective Disorders**, v. 125, n. 1–3, p. 10–17, 2010.
- MITCHELL, A. J.; RAO, S.; VAZE, A. Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. **Journal of Affective Disorders**, v. 130, n. 1–2, p. 26–36, 2011.
- MUELLER, T. I. et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. **Am J Psychiatry**, v. 156, p. 2000–1006, 1999.
- MUNHOZ, T. N. et al. A nationwide population-based study of depression in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 192, p. 226–233, mar. 2016.
- MURRAY, C. J. L. et al. Global Burden of Disease 2005: call for collaborators The. **Lancet**, v. 370, n. 9582, p. 109–110, 2007.
- MURRAY, C. J. L. et al. GBD 2010: Design, definitions, and metrics. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2063–2066, 2012a.
- MURRAY, C. J. L. et al. GBD 2010: A multi-investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2055–2058, 2012b.
- NANNI, V.; UHER, R.; DANESE, A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**, v. 169, n. 2, p. 141–151, 2012.
- NELSON, J. et al. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. **British Journal of Psychiatry**, v. 210, n. 2, p. 96–104, 2 fev. 2017.
- NOGUEIRA, E. L. et al. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 368–377, jun. 2014.
- NUGGERUD-GALEAS, S. et al. Factors Associated With Depressive Episode Recurrences in Primary Care: A Retrospective, Descriptive Study. **Frontiers in Psychology**, v. 11, n. June, p. 1–12, 5 jun. 2020.
- O’CONNOR, E. et al. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women evidence report and systematic review for the US preventive services task force. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 315, n. 4, p. 388–406, 2016.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10 - Critérios diagnósticos para pesquisa**. Porto Alegre: [s.n.].
- PATEL, V. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 370, n. 9591, p. 991–1005, 2007.

- PONDÉ, M. P.; FREIRE, A. C. C.; MENDONÇA, M. S. S. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. **Journal of Forensic Sciences**, v. 56, n. 3, p. 679–682, 2011.
- PORTUGAL, F. B. et al. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 497–508, fev. 2016.
- QUINTANA, M. I. et al. Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, p. 18–22, 2007.
- RAI, D. et al. Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: Multilevel cross-national comparison. **British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 3, p. 195–203, 2013.
- RAIT, G. et al. Recent trends in the incidence of recorded depression in primary care. **British Journal of Psychiatry**, v. 195, n. 6, p. 520–524, 2 dez. 2009.
- READ, J. R. et al. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 221, p. 36–46, out. 2017.
- REICHENHEIM, C. M. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District Magnitude da violência entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal. **Fev**, v. 22, n. 2, p. 425–437, 2006.
- REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962–1975, 2011.
- RIBEIRO, W. S. et al. The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. **PLoS ONE**, v. 8, n. 5, 2013.
- RIBEIRO, W. S. et al. Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 7, p. 554–562, 2017.
- RICHARDSON, R. et al. Neighborhood socioeconomic conditions and depression: a systematic review and meta-analysis. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 50, n. 11, p. 1641–1656, 2015.
- ROBERTS, T. et al. Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: A systematic review. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 1–19, 2018.
- RODRIGUES, E. A. S. et al. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe4, p. 55–66, 2018.
- SANDS, A.; THOMPSON, E. J.; GAYSINA, D. Long-term influences of parental divorce on offspring affective disorders: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 218, p. 105–114, 2017.
- SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saude Publica**, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013.
- SILVA, M. T. et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 262–270, set. 2014.

- SIMON, G. E. et al. Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study. **General Hospital Psychiatry**, v. 24, n. 5, p. 328–335, 2002.
- SIMON, G. E. et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 9, p. 1626–1634, set. 2004.
- SIU, A. L. et al. Screening for Depression in Adults. **JAMA**, v. 315, n. 4, p. 380, 26 jan. 2016.
- SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. DE. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021–4030, dez. 2017.
- SPITZER RL, WILLIAMS JB, KROENKE K, LINZER M, DEGRUY FV 3RD, HAHN SR, BRODY D, J. J. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. **Jama**, v. 272, n. 22, p. 1749–56, 1994.
- STANAWAY, J. D. et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Stu. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1923–1994, nov. 2018.
- STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 2, p. 170–180, 1 dez. 2015.
- TAYLOR, A. E. et al. Investigating the possible causal association of smoking with depression and anxiety using Mendelian randomisation meta-analysis: The CARTA consortium. **BMJ Open**, v. 4, n. 10, 2014.
- THORNICROFT, G. et al. **Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries** *British Journal of Psychiatry*, 2017.
- TIEMENS, B. G.; PH, D.; SIMON, E. of Psychological and Outcome in Primary. **Am J Psychiatry**, v. 5, n. 153, p. 636–644, 1996.
- TOL, W. A. et al. Can mental health treatments help prevent or reduce intimate partner violence in low- and middle-income countries? A systematic review. **BMC Women's Health**, v. 19, n. 1, p. 1–15, 2019.
- VAN GOOL, C. H. et al. Associations Between Lifestyle and Depressed Mood: Longitudinal Results From the Maastricht Aging Study. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 5, p. 887–894, maio 2007.
- VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Prevalência em toda a vida, distribuição por idade e sexo e idade de início de transtornos psiquiátricos na área metropolitana de São Paulo, Brasil: Resultados do estudo epidemiológico de transtornos mentais São Paulo megacity. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 3, p. 249–260, 2012.
- VILAGUT, G. et al. **Screening for depression in the general population with the center for epidemiologic studies depression (ces-d): A systematic review with meta-analysis** *PLoS ONE* Public Library of Science, , 1 maio 2016.
- VORCARO, C. M. R. et al. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: The Bambuí study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 104, n. 4, p. 257–263, 2001.
- WARAICH, P. et al. Prevalence and Incidence Studies of Mood Disorders: A Systematic

Review of the Literature. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 49, n. 2, p. 124–138, 2004.

WERNEKE, U. et al. The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. **Psychological Medicine**, v. 30, n. 4, p. S0033291799002287, jul. 2000.

ZIMMERMAN, M. **Using the 9-Item Patient Health Questionnaire to Screen for and Monitor Depression** **JAMA - Journal of the American Medical Association** American Medical Association, , 3 dez. 2019.

ZIMMERMANN, I. R. et al. Health-related quality of life and self-reported long-term conditions: a population-based survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 1, p. 62–68, 11 ago. 2016.

ANEXO A – Aprovação do COEP/UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amfaraal
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Aprovação da SMSA SUS BH

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica **Pesquisador:** Elza Machado de Melo **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 01140812.1.3001.5140

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

1.512.402

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualiquantitativo sobre a promoção de saúde e prevenção da violência no território de Atenção Primária (AP) de Belo Horizonte e de dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a saber, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. A metodologia utilizada será a triangulação de vários procedimentos: entrevistas semi-estruturadas com usuários, profissionais e gerentes; entrevistas com gerentes, gestores e informantes chave; observação de campo. Serão sorteadas Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões administrativas do Município. A amostra de usuários de cada Município será calculada com erro de 5% e distribuída nessas unidades. Serão entrevistados todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde selecionadas em cada Município; também serão utilizados questionários on line. Os dados quantitativos serão armazenados no SPSS. Os dados qualitativos serão analisados segundo o método hermenêutico-dialético.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde da atenção básica de saúde de Belo Horizonte, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

Investigar as principais formas de expressão da violência na população coberta pela atenção primária de saúde dos Municípios estudados;

Investigar a distribuição da violência entre os diferentes grupos populacionais - homens, mulheres, trabalhadores, crianças e adolescentes, idosos - cobertos pela atenção básica; Investigar o impacto da violência na atuação da atenção básica de saúde Investigar a violência institucional na atenção básica; Investigar os principais mecanismos de abordagem da violência na atenção básica de saúde Investigar o efeitos dos processos de capacitação na atuação do profissional, em especial, aquelas direcionadas para o desenvolvimento da promoção da saúde e para a prevenção da violência; Mapear e descrever a atuação das redes sociais do território adscrito à atenção primária de saúde, sua forma de proteção e seu papel na proteção e enfrentamento da violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que estes irão participar da pesquisa apenas respondendo a questionários, após serem esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa, de forma voluntária. Portanto, o presente projeto não apresenta riscos à integridade física dos pacientes envolvidos, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento que traga danos aos sujeitos. Todos os dados dos participantes serão mantidos em sigilo. Os resultados do presente estudo contribuirão como fonte de pesquisa para dados epidemiológicos da violência no Brasil e qualidade dos serviços ofertados

Benefícios:

Conhecer o perfil de violência nos territórios de abrangência da AP assim como as formas utilizadas pela população desses territórios e pelos profissionais na lida com a violência poderá trazer importante contribuição para o desenvolvimento de estratégias de atuação neste espaço, considerado privilegiado, neste sentido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda à pesquisa original para incluir as seguintes modificações:

- a) modificações para o roteiro e o questionário de gerentes e gestores, pelo fato de eles terão de ser realizados on line. Com isso, sofreram forte redução e precisaram focar numa temática específica, a saber, promoção de saúde, que estava diluída nos vários bloco. Os novos modelos foram anexados. b) foi introduzido o nome de uma pesquisadora na equipe - Janete dos Reis Coimbra.
- c) os TCLEs são os mesmos, mas fizemos ajustes para incorporar o nome da nova pesquisadora e o a data atual (2016). Por isso, anexos todos novamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Elza Machado de Melo e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisa.

Recomendações:

- 1) Adotar modelo de TCLE dirigido a gestores e gerentes do qual não conste o seguinte trecho: "Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados".
- 2) Adotar modelo de TCLE do qual conste cláusula de reembolso e ressarcimento.
- 3) Adotar modelo de TCLE do qual conste informações relativas ao risco de desconforto ou

constrangimento do participante em responder aos questionários;

4) Adotar modelo de TCLE eletrônico que informe que o preenchimento do questionário eletrônico somente se dará após a anuência do participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que a emenda ao projeto originalmente aprovado cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado a emenda ao projeto Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICA_S_686445_E2.pdf	28/03/2016 03:58:14		Aceito
Outros	Roteiro_e_Questionario_on_line_Gerentes_Gestores.doc	28/03/2016 03:45:58	Elza Machado de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_Gerentes_e_Informantes_Chave_ajustado.doc	28/03/2016 03:44:13	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	TALE - participantes de 10 a 17 anos.docx	24/09/2014 12:04:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs modificados, pais e responsáveis, usuários, profissionais e gestores.doc	24/09/2014 12:03:11		Aceito
Outros	Parecer - p 2.jpg	15/09/2014 02:33:34		Aceito
Outros	Parecer - p 1.jpg	15/09/2014 02:33:13		Aceito
Outros	Aprovação Câmara.jpg	15/09/2014 02:32:55		Aceito
Outros	Anuência BH.jpg	15/09/2014 02:26:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde	15/09/2014 02:17:33		Aceito

Investigador	BH.doc	15/09/2014 02:17:33		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.jpg	15/09/2014 02:10:56		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO USUÁRIO - identificação.doc	14/05/2012 12:01:01		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO USUÁRIOS COEP.doc	14/05/2012 11:57:48		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS COEP.doc	14/05/2012 11:56:08		Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, vários atores.doc	14/05/2012 11:54:27		Aceito
Outros	Anuência Santa Luzia.doc	14/05/2012 11:53:20		Aceito
Outros	Anuências, aprovações e pareceres.pdf	14/05/2012 11:47:44		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 25 de Abril de 2016

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Núcleo de Saúde e Paz

Questionário n°:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) esta sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde**. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para reparar-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. **Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.**

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

1. Nome:
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Endereço completo: Rua/Av. _____ Nº/complemento _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
4. Telefones: 1. Fixo: (____) _____ 2. Celular: (____) _____ () 3. Não tenho nenhum telefone para contato.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2017.

Assinatura: _____

Coordenadora da pesquisa:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel.: (31) 3409-9945/ (31) 99184-3408.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax: (31) 3409-4592.

9. Quantas pessoas moram na sua casa? _____	
10. Quem é o chefe da família? _____	
11. Sua casa tem: <input type="checkbox"/> 1. Fossa <input type="checkbox"/> 2. Fossa séptica <input type="checkbox"/> 3. Rede de esgoto <input type="checkbox"/> 4. Sumidouro (córrego/riacho) <input type="checkbox"/> 5. Esgoto a céu aberto	
12. O lixo do seu domicílio é: <input type="checkbox"/> 1. Coletado diretamente por serviço de limpeza <input type="checkbox"/> 2. É queimado ou enterrado na propriedade <input type="checkbox"/> 3. Jogado em terreno baldio ou logradouro <input type="checkbox"/> 4. Jogado em rio, lago, córrego. <input type="checkbox"/> 5. Outro. Especifique: _____	
13. Você conhece algum córrego em sua região? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.	
14. Você e sua família tem acesso à Internet? <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não.	
Quais pessoas na sua casa têm trabalho remunerado? [OBS: Não considerar o(a) entrevistado(a)] <input type="checkbox"/> 15. Grau de parentesco: _____ Idade: _____ <input type="checkbox"/> 16. Grau de parentesco: _____ Idade: _____ <input type="checkbox"/> 17. Grau de parentesco: _____ Idade: _____ () 18. Não se aplica	
19. Tem alguém desempregado na sua família? [OBS.: Não considerar o(a) entrevistado(a)] <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quem? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.	
20. Na sua casa, há pessoas menores de 14 anos que trabalham (remunerado ou não)? () <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quantas? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.	
21. Tem pessoas com 60 anos ou mais na sua casa? () 1. Sim. Quantas? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.	
22. Na sua casa, existem pessoas que necessitam de cuidador? (Considere idosos, deficientes, doentes. Não inclua crianças normais.) <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quantas? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.	

<p>23. Qual é a renda familiar? (Obs.: considere todas as rendas, inclusive benefícios, aposentadorias, etc.) ()</p> <p>1. Menor que 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 2. De 1 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 3. De 4 a 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> 4. Acima de 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> 5. Não sabe</p>	
TRABALHO	
<p>24. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos</p>	
<p>25. Qual é sua ocupação? _____</p>	
<p>26. Atualmente, você trabalha em atividade remunerada? (Se sim, pule para a questão 29)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não</p>	
<p>27. Por que você não trabalha fora/para fora?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos. () <input type="checkbox"/> 2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho. <input type="checkbox"/> 3. Estudos / treinamento. <input type="checkbox"/> 4. Aposentado por tempo de trabalho/idade. <input type="checkbox"/> 5. Aposentado por doença/invalidez. <input type="checkbox"/> 6. Afastado por problema de saúde. <input type="checkbox"/> 7. Afastado temporariamente (gestação, licença, etc.). <input type="checkbox"/> 8. Outra. Especifique: _____ ()</p> <p>888. Não se aplica.</p>	
<p>28. Há quanto tempo você não trabalha ou não está em atividade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de um ano. <input type="checkbox"/> 3. Dois a três anos. <input type="checkbox"/> 2. Um a dois anos. <input type="checkbox"/> 4. Mais de três anos. ()</p> <p>888. Não se aplica.</p> <p>Após responder esta questão, pular para a questão 56.</p>	
<p>29. Você tem carteira assinada ou vínculo formal no trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.</p>	
<p>Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade apresenta as seguintes condições:</p>	
<p>30. Limpeza Deficiente <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica</p>	
<p>31. Umidade excessiva <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica</p>	
<p>32. Ausência ou mau estado das instalações sanitárias <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica</p>	
<p>33. Ausência de vista para o exterior <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica</p>	
<p>34. Luz artificial permanente <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica</p>	
<p>35. Ruído excessivo <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica</p>	
<p>36. Vibrações <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica</p>	
<p>37. Calor ou Frio excessivo <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica</p>	
<p>38. Os profissionais de saúde já perguntaram como é a sua atividade de trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica</p>	

Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade exige:	
39. Ficar muito tempo de pé/postura penosa/fatigante.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
40. Efetuar deslocamentos a pé frequentes/longa duração.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
41. Levantar ou deslocar objetos pesados.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
42. Tarefas monótonas ou repetitivas.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
43. Posição com risco de queda ou esmagamento.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
44. Posições com risco de afogamento.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
45. Posições com risco de ser atingido por materiais.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
46. Contato com lixo/esgoto/sangue/material contaminado.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
47. Contato intenso com fumaça, cheiros fortes, muita poeira.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
48. Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
49. No seu emprego atual existe Serviço de Medicina do Trabalho?	
	<input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 3. Não sei. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.
50. Você tem outra atividade pela qual é remunerado?	
	<input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.
51. Em geral, quantas horas você trabalha por semana? _____ horas por semana ()	
	888. Não se aplica.
52. Quanto tempo você gasta na ida para o seu trabalho? _____ horas por dia ()	
	888. Não se aplica.
53. Quanto tempo você gasta na volta para o seu trabalho? _____ horas por dia ()	
	888. Não se aplica.
54. Você trabalha quantos dias na semana? _____ dias na semana	
	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.
55. Em algum dos seus trabalhos, você trabalha em horário noturno?	
	<input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.
56. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) teve algum acidente de trabalho?	
	<input type="checkbox"/> 1. Sim. E fez CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)? <input type="checkbox"/> 1.1 Sim <input type="checkbox"/> 1.2 Não <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.
57. Esse acidente deixou algum dano, seqüela ou deficiência?	
	<input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.

<p>58. Você já teve alguma doença relacionada ao trabalho? ()</p> <p>1. Sim. Qual? _____</p> <p>() 2. Não.</p> <p>() 3. Não sei.</p> <p>() 888. Não se aplica.</p>	
<p>Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o (a) Sr.(a) viveu algum dos problemas abaixo no trabalho?</p> <p>59. Foi humilhado, insultado ou discriminado. () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica</p> <p>60. Exerceu função diferente daquela do contrato. () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica</p> <p>61. Demissão sem justa causa. () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica</p> <p>62. Salário inferior ao dos colegas da mesma função. () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica</p>	
<p>63. Você compra produtos ou paga por serviços de crianças ou adolescentes que lhe oferecem (balas, doces, flores, amendoim, pano de prato ou qualquer outro produto; engraxar sapatos, malabarismos, vigiar carros, limpeza de para-brisas, etc.)?</p> <p>() 1. Sim. Por quê? _____</p> <p>() 2. Não. Por quê? _____</p>	
<p>64. Você dá esmolas, seja em dinheiro ou pagando refeições e guloseimas para crianças nas ruas?</p> <p>() 1. Sim. Por quê? _____</p> <p>() 2. Não. Por quê? _____</p>	
<p>65. Sobre o trabalho infantil, você:</p> <p>() 1. Concorda. Por quê? _____ ()</p> <p>2. Discorda. Por quê? _____</p> <p>() 3. Não sei.</p>	
RELAÇÕES PESSOAIS E COMUNITÁRIAS	
<p>Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais:</p> <p>66. Com familiares: () 1. Sim. () 2. Não. 67. Com amigos: () 1. Sim. () 2. Não.</p> <p>68. Com profissionais da escola: () 1. Sim. () 2. Não.</p> <p>69. Com profissionais de saúde: () 1. Sim. () 2. Não.</p> <p>70. Com profissionais da assistência social no CRAS: () 1. Sim. () 2. Não.</p> <p>71. Com religiosos: () 1. Sim. () 2. Não.</p> <p>72. Outros. Quais? _____ () 888. Não se aplica.</p>	
<p>73. Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de atividades esportivas, artísticas ou religiosas, em grupo?</p> <p>() 1. Mais de uma vez por semana. () 4. Algumas vezes no ano.</p> <p>() 2. Uma vez por semana. () 5. Uma vez no ano.</p> <p>() 3. De 2 a 3 vezes por mês. () 6. Nenhuma vez.</p>	
<p>74. Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?</p> <p>() 1. Mais de uma vez por semana. () 4. Algumas vezes no ano.</p> <p>() 2. Uma vez por semana. () 5. Uma vez no ano.</p> <p>() 3. De 2 a 3 vezes por mês. () 6. Nenhuma vez.</p>	
RELAÇÃO DO USUÁRIO COM A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	

<p>75. Suas dúvidas e demandas são acolhidas pela equipe de saúde?</p> <p>() 1. Sempre. () 3. Raramente. () 2. Quase sempre. () 4. Nunca.</p>	
<p>76. Quando não está satisfeito com o serviço de saúde prestado em alguma unidade de saúde o que você faz?</p> <p>() 1. Sempre estou satisfeito. () 2. Questiono os profissionais de saúde. () 3. Reclamo ao gerente. () 4. Reclamo na ouvidoria do SUS. () 5. Levo a Comissão Local de Saúde. () 6. Outro. Qual? _____</p>	
<p>77. Você participa da Comissão Local de Saúde de seu bairro?</p> <p>() 1. Sim. () 2. Não. Por quê? _____</p> <p>Atenção: Caso a resposta seja afirmativa, responda as questões 78 a 87. Se não, pule para 88.</p>	
<p>78. Qual é a frequência da sua participação na Comissão Local de Saúde (CLS)?</p> <p>() 1. Uma vez por mês. () 2. De 2 a 3 vezes por semestre. () 3. Algumas vezes no ano. () 4. Uma vez no ano. () 888. Não se aplica.</p>	
<p>79. Na Comissão Local de Saúde os usuários têm oportunidade de falar, expor suas ideias, dar sugestões ou fazer críticas?</p> <p>() 1. Sim. () 2. Não. Por quê? _____ () 888. Não se aplica.</p>	
<p>Quais dos motivos abaixo justificam a sua participação na CLS? (Marcar quantas opções desejar.)</p> <p>80. Fazer amizades. () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica 81. Conhecer profissionais. () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica 82. Ser conhecido por pessoas e usuários. () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica 83. Conquistar cargo político. () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica 84. Fazer críticas ao serviço. () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica 85. Fazer sugestões ao serviço. () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica 86. Outro motivo: _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. Não se aplica</p>	
<p>87. Qual sua sugestão para que mais pessoas participem da Comissão Local de Saúde de seu centro de saúde?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</p>	
<p>88. O Sr.(a) faz uso da farmácia desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não (Observação: Se marcou Não, pular este bloco)</p>	

<p>89. O Sr.(a) acha que a farmácia desta unidade básica de saúde/posto de saúde atende as suas necessidades de medicamentos?</p> <p>() 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca. () 888. Não se aplica</p>	
<p>90. O Sr.(a) está satisfeito(a) com a assistência farmacêutica aqui no posto de saúde/UBS?</p> <p>() 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica</p>	
<p>91. Quando o(a) Sr.(a) não conseguiu o medicamento aqui no posto de saúde/UBS, qual foi a orientação que o Sr.(a) recebeu?</p> <p>() 1. Disseram que não tinha o medicamento e que avisariam quando chegasse () 2. Encaminharam o(a) Sr.(a) para outra UBS onde poderia conseguir o medicamento () 3. Orientaram o(a) Sr.(a) a adquirir o medicamento na Farmácia Popular do Brasil () 5. () 4. Orientaram o(a) Sr.(a) a comprar o medicamento em farmácia do comércio () 5. Outra orientação () 6. Não deram qualquer orientação () 7. Sempre consegui o medicamento () 888. Não se aplica</p>	
<p>92. Quando o(a) Sr.(a) não consegue os medicamentos aqui no posto de saúde/UBS, onde/como o Sr.(a) os adquire?</p> <p>() 1. Em outro posto de saúde/UBS () 2. Em outro setor do SUS (unidade hospitalar) () 3. Na Farmácia Popular () 5. Pelo plano de saúde () 6. Por convênio empresa () 7. Em uma instituição de caridade/igreja () 8. Na Secretaria Municipal de Saúde () 9. Com amigos, parentes e vizinhos () 10. Consigo amostra grátis () 11. Compro na drogaria/farmácia () 12. Fico sem o medicamento () 13. Outros. Como? _____ () () 14. Sempre consigo os medicamentos na UBS () 888. Não se aplica</p>	
ASSISTÊNCIA SOCIAL	
<p>93. Você ou alguém da sua família é ou já foi atendido por algum serviço da Assistência Social? (considerar somente serviços da Assistência Social externos ao Posto de Saúde, como o CRAS)</p> <p>() 1. Sim. Quem foi atendido? _____ Em qual serviço? _____ () 2. Não.</p>	
PERCEPÇÃO DE SAÚDE	
<p>94. Você tem algum problema de saúde?</p> <p>() 1. Sim. Qual(is)? _____ () 2. Não</p>	

<p>95. Você utiliza o SUS? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Para quê? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não</p>	
<p>96. Você tem plano de saúde? <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não.</p>	
<p>97. Em geral, como você avalia a sua saúde? <input type="checkbox"/> 1. Muito boa. <input type="checkbox"/> 2. Boa. <input type="checkbox"/> 3. Regular. <input type="checkbox"/> 4. Ruim. <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim.</p>	
<p>98. Você cuida da sua saúde? <input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca. <input type="checkbox"/> 5. Só quando estou doente.</p>	
<p>99. Quando foi a última vez que você procurou atenção médica? () 1. Há menos de 6 meses. <input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano. <input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos. <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos. () 5. Três anos ou mais.</p>	
<p>100. Você costuma sentir dores pelo corpo? <input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.</p>	
<p>101. Você costuma sentir dores de cabeça ou enxaqueca? <input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.</p>	
<p>102. Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias? <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não.</p>	
<p>103. Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente? <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não.</p>	

<p>123. Com que frequência durante o último ano você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcóolicas?</p> <p>() 1. Nunca. () 2. Menos que mensalmente. () 3. Mensalmente. () 4. Semanalmente. () 5. Diariamente ou quase diariamente. () 888. Não se aplica.</p>	
<p>124. Durante o último ano algum parente, amigo, médico ou outro profissional da área de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você parasse de beber?</p> <p>() 1. Não. () 2. Sim, em uma ocasião. () 3. Sim, em mais do que uma ocasião. () 888. Não se aplica.</p>	
<p>125. Nos últimos doze meses você já dirigiu logo após beber?</p> <p>() 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica.</p>	
<p>126. Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas (mesmo que tenha sido em pequenas doses)? _____ anos. () 888. Não se aplica. (Marcar essa opção para pessoa que não consome bebida alcóolica)</p>	
<p>127. Você já fez uso de outras drogas alguma vez na vida?(Inclui cigarro comum e outras drogas)</p> <p>() 1. Sim. Qual(is)? _____ () 2. Não</p>	
<p>128. Você faz uso atual de outras drogas?(Inclui cigarro comum e outras drogas) ()</p> <p>1. Sim. Qual(is)? _____ () 2. Não.</p>	
<p>129. Você tem algum familiar que faz uso de drogas?</p> <p>() 1. Sim. Qual tipo? _____ Quem? _____ () 2. Não</p>	
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL	

130. Você ou alguém de sua família que mora na área de abrangência do centro de saúde tem problemas emocionais ou psiquiátricos?

() 1. Sim. Quem? _____

() 2. Não.

Atenção: Se a resposta for NÃO, pule para a questão 176/pule o bloco.

Se sim, quais?

- () 131. Depressão. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 132. Ansiedade () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica. ()
 133. Transtorno de pânico. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 134. Insônia. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 135. Perda de memória. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 136. Atraso ou retardo mental. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica. ()
) 137. Esquizofrenia. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica. () 138.
 Transtorno bipolar. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 139. Problemas com álcool. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica.
 () 140. Problemas com outras drogas () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 141. Tentativas de suicídio () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 142. Outro(s). Qual(is)? _____ () 888. Não se aplica.

Onde você ou seu familiar procuram ajuda para o problema?

- () 143. Em casa, com a família. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica.
 () 144. Na casa dos vizinhos. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 145. Na casa dos amigos. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 146. Na escola ou faculdade. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica.
 () 147. No trabalho. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 148. No bar. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 149. No posto de saúde/UBS () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 150. No CERSAM/CAPS. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 151. Na igreja. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
 () 152. Outro. Onde? _____ () 888. Não se aplica.

Quando você ou seu familiar foram atendidos no Posto de Saúde por esse motivo, com quem falaram sobre o problema? **(Observação: NSA = Não se aplica)**

- () 153. **Médico clínico.** () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica.
154. Se sim, como foi recebido: () 1. Muito bem () 2. Bem () 3. Ruim () 4. Péssimo () 888. NSA
- () 155. **Enfermeiro da equipe (enfermeiro chefe)** () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica.
156. Se sim, como foi recebido: () 1. Muito bem () 2. Bem () 3. Ruim () 4. Péssimo () 888. NSA
- () 157. **Técnico ou auxiliar de enfermagem (profissional que fica na sala/posto de enfermagem e aplica medicamentos)** () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica.
158. Se sim, como foi recebido: () 1. Muito bem () 2. Bem () 3. Ruim () 4. Péssimo () 888. NSA
- () 159. **Agente comunitário de saúde (ACS)** () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
160. Se sim, como foi recebido: () 1. Muito bem () 2. Bem () 3. Ruim () 4. Péssimo () 888. NSA
- () 161. **Profissional que trabalha na farmácia.** () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
162. Se sim, como foi recebido: () 1. Muito bem () 2. Bem () 3. Ruim () 4. Péssimo () 888. NSA
- () 163. **Assistente social.** () 1. Sim. () 2. Não. () 888. Não se aplica
164. Se sim, como foi recebido: () 1. Muito bem () 2. Bem () 3. Ruim () 4. Péssimo () 888. NSA
- () 165. **Outro profissional. Qual?** _____ () 8. Não se aplica.
166. Se sim, como foi recebido: () 1. Muito bem () 2. Bem () 3. Ruim () 4. Péssimo () 888. NSA

O que foi feito após conversarem sobre o problema ?

- () 167. Começaram um novo tratamento medicamentoso () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA. ()
168. Modificaram a medicação anterior () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA.
- () 169. Renovaram a receita () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA.
- () 170. Encaminharam ao psicólogo do Centro de Saúde () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA.
- () 171. Encaminharam ao psiquiatra do Centro de Saúde () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA.
- () 172. Encaminharam para outro serviço de Saúde Mental (CERSAM/CAPS, hospital, etc.)
() 1. Sim () 2. Não () 888. NSA.
- () 173. Outro: _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA. Se sim, o que fizeram? _____

Se foi encaminhado ao psicólogo, ao psiquiatra, ao CERSAM ou a outro serviço de Saúde Mental:

174 Conseguiu marcar a consulta?

- () 1. Sim. () 2. Não. Por quê? _____ () 888. NSA

175. Já conseguiu ser atendido?

- () 1. Sim. () 2. Não. Por quê? _____ () 888. NSA

ATIVIDADES FÍSICAS

A Academia da Cidade (Saúde) é um Programa da Prefeitura de Belo Horizonte, vinculado à Secretaria de Saúde, e que conta com um espaço, geralmente dentro ou próximo aos Centros de Saúde, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) ou Centros de Apoio Comunitário (CACs), e sempre dirigidas por Profissionais Técnicos Superiores de Saúde/Educadores Físicos.

Academia da praça (aparelhos colocados ao ar livre), Liang Gong, Programa Vida Ativa e Saúde na Escola e outras atividades desportivas não possuem vínculos com a Academia da Cidade.

176. Você frequenta a Academia da Cidade? **(Não considere outras atividades diferentes.)** ()

1. Sim. Há quanto tempo? _____

() 2. Não.

Atenção: Se a resposta for NÃO, pule para a questão 195.

177. Como você chegou à Academia da Cidade? **(Observação: NSA = Não se aplica)**

() 1. Por conta própria. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. NSA

() 2. Encaminhado pelo médico da UBS. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. NSA

() 3. Encaminhado por outro profissional. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. NSA

Qual profissional? _____

() 4. Por amigos, vizinhos ou conhecidos. () 1. Sim. () 2. Não. () 888. NSA

RELAÇÕES AOS PAPEIS DE GÊNERO

Em todos os lugares as pessoas têm ideias diferentes sobre as famílias e sobre o que constitui um comportamento aceitável para homens e mulheres em casa. Abaixo esta uma lista de afirmações e gostaria que você respondesse se você concorda ou discorda das afirmações. Não há respostas ou erradas.

178. Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele.

() 1. Concorda () 3. Discorda

() 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente

() 5. Não sabe

179. Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família.

() 1. Concorda () 3. Discorda

() 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não

sabe

180. É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda.

() 1. Concorda () 3. Discorda

() 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não

sabe

181. Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo se o marido não concorda.

() 1. Concorda () 3. Discorda

() 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não

sabe

<p>182. É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade.</p> <p>() 1. Concorda () 3. Discorda () 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não sabe</p>	
<p>183. Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir.</p> <p>() 1. Concorda () 3. Discorda () 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não sabe</p>	
<p>184. O homem é mais violento do que a mulher</p> <p>() 1. Concorda () 3. Discorda () 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não sabe</p>	
<p>Em sua opinião, um homem tem boas razões para bater em sua esposa se: (Questões 185 a 190)</p>	
<p>185. Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele.</p> <p>() 1. Concorda () 3. Discorda () 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não sabe</p>	
<p>186. Ela o desobedece.</p> <p>() 1. Concorda () 3. Discorda () 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não sabe</p>	
<p>187. Ela se recusa a manter relações sexuais com ele.</p> <p>() 1. Concorda () 3. Discorda () 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não sabe</p>	
<p>188. Ela pergunta se ele tem outras namoradas.</p> <p>() 1. Concorda () 3. Discorda () 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não sabe</p>	
<p>189. Ele suspeita que ela é infiel.</p> <p>() 1. Concorda () 3. Discorda () 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não sabe</p>	
<p>190. Ele descobre que ela tem sido infiel.</p> <p>() 1. Concorda () 3. Discorda () 2. Concorda parcialmente () 4. Discorda parcialmente () 5. Não sabe</p>	
<p>Em sua opinião, uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se: (Questões 191 a 194)</p>	

<p>191. Ela não quer.</p> <p>() 1. Concorda</p> <p>() 2. Discorda</p> <p>() 3. Não sabe</p>	
<p>192. Ele está bêbado.</p> <p>() 1. Concorda</p> <p>() 2. Discorda</p> <p>() 3. Não sabe</p>	
<p>193. Ela está doente.</p> <p>() 1. Concorda</p> <p>() 2. Discorda</p> <p>() 3. Não sabe</p>	
<p>194. Ele a maltrata.</p> <p>() 1. Concorda</p> <p>() 2. Discorda</p> <p>() 3. Não sabe</p>	
SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE	
<p>195. Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da Unidade?</p> <p>() 1. Sempre</p> <p>() 2. Quase sempre</p> <p>() 3. Raramente</p> <p>() 4. Nunca</p>	
<p>196. Você conheceu alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade?</p> <p>() 1. Sim. Quem? _____</p> <p>() 2. Não.</p>	
<p>197. Você (ou um de seus familiares próximos) teve algum familiar ou parente que foi assassinado?</p> <p>() 1. Sim. Quem? _____</p> <p>() 2. Não.</p>	

Qual tipo de violência você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade?

198. Física () 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca.
199. Verbal () 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca.
200. Moral ou Psicológica () 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca.
201. Sexual () 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca.
202. Abandono ou negligência () 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca.
203. *Bullying* (intimidação) () 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca.
204. Trabalho Infantil () 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca.
205. Discriminação por racismo. () 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca.
206. Falta de acesso a direitos sociais. () 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca.
207. Falta de cuidados necessários. () 1. Sempre. () 2. Quase sempre. () 3. Raramente. () 4. Nunca.

Quais os tipos de **trabalho infantil** que você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade?

208. Prestação de serviços/comércio () 1. Sim () 2. Não
209. Doméstico () 1. Sim () 2. Não
210. Nas ruas () 1. Sim () 2. Não
211. Exploração Sexual () 1. Sim () 2. Não
212. Tráfico de Drogas () 1. Sim () 2. Não
213. Artístico () 1. Sim () 2. Não
214. Desportivo () 1. Sim () 2. Não
215. Religioso () 1. Sim () 2. Não
216. Mendicância () 1. Sim () 2. Não
217. Outros. Quais? _____ () 888. Não se aplica.

218. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu alguma **violência física (ou agressão)** na vizinhança e/ou território da Unidade?

Nos últimos 12 meses você sofreu algum tipo de violência?

219. Agressão física () 1. Sim () 2. Não
220. Agressão verbal () 1. Sim () 2. Não
221. Agressão moral ou psicológica. () 1. Sim () 2. Não
222. Agressão sexual () 1. Sim () 2. Não
223. *Bullying* (intimidação) () 1. Sim () 2. Não

Atenção: Se respondeu TODAS as questões NÃO, pule para a questão 290

(Observação: NSA = NÃO SE APLICA)

A violência física (ou agressão) mais grave que você sofreu nos últimos doze meses foi cometida por:

224. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 225. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 226. Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 227. Com algum tipo de objeto/substância de ferro, pedra, outros, etc. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 228. Envenenamento. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 229. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

Quem lhe agrediu fisicamente?

230. Familiar. Quem? _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA 231.
 Chefe ou colega de trabalho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 232. Bandido, ladrão ou assaltante. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 233. Polícia. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 234. Profissional de saúde (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 235. Profissional de saúde (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 236. Profissional da educação (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 237. Profissional da educação (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 238. Profissional do serviço judiciário () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 239. Vizinho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 240. Desconhecido. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 241. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

Quem lhe agrediu verbalmente?

242. Familiar. Quem? _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA 243. Chefe ou colega de trabalho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
244. Bandido, ladrão ou assaltante. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
245. Polícia. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
246. Profissional de saúde (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
247. Profissional de saúde (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
248. Profissional da educação (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
249. Profissional da educação (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
250. Profissional do serviço judiciário () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
251. Vizinho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
252. Desconhecido. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
253. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

Quem lhe agrediu moral ou psicologicamente?

254. Familiar. Quem? _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA 255. Chefe ou colega de trabalho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
256. Bandido, ladrão ou assaltante. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
257. Polícia. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
258. Profissional de saúde (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
259. Profissional de saúde (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
260. Profissional da educação (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
261. Profissional da educação (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
262. Profissional do serviço judiciário () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
263. Vizinho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
264. Desconhecido. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
265. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

Quem lhe agrediu sexualmente?

266. Familiar. Quem? _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
267. Chefe ou colega de trabalho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
268. Bandido, ladrão ou assaltante. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
269. Polícia. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
270. Profissional de saúde (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
271. Profissional de saúde (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA 272. Profissional educação (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
273. Profissional educação (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
274. Profissional serviço judiciário () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
275. Vizinho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
276. Desconhecido. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
277. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

<p>Quem lhe submeteu <i>bullying</i> ou intimidação?</p> <p>278. Familiar. Quem? _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA 279. Chefe ou colega de trabalho. _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA</p> <p>280. Bandido, ladrão ou assaltante. _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA</p> <p>281. Polícia. _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA</p> <p>282. Profissional de saúde (serviço público) _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA</p> <p>283. Profissional de saúde (serviço privado) _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA</p> <p>284. Profissional da educação (serviço público) _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA</p> <p>285. Profissional da educação (serviço privado) _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA</p> <p>286. Profissional do serviço judiciário _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA</p> <p>287. Vizinho. _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA</p> <p>288. Desconhecido. _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA</p> <p>289. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA</p>	
<p>290. Você se acha violento?</p> <p>() 1. Sim, sempre.</p> <p>() 2. Sim, quase sempre.</p> <p>() 3. Raramente.</p> <p>() 4. Nunca.</p>	
<p>291. Você já fez alguma tentativa de suicídio?</p> <p>() 1. Sim. Como? _____</p> <p>() 2. Não</p> <p>Atenção: Se a resposta for NÃO, pule para a questão 293.</p>	
<p>292. Antes de tentar suicídio você conversou sobre o assunto com alguém? () 1. Sim.</p> <p>Quem? _____</p> <p>() 2. Não.</p> <p>() 888. Não se aplica.</p>	
<p>293. Alguém da sua família já se suicidou?</p> <p>() 1. Sim. Quem? _____</p> <p>() 2. Não</p>	
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA	
<p>294. Você acha que é possível prevenir a violência?</p> <p>() 1. Sim. Por quê? _____</p> <p>() 2. Não. Por quê? _____</p>	
<p>295. Você acha que é uma das funções da Unidade de Saúde desenvolver algum tipo de ação de prevenção da violência?</p> <p>() 1. Sim. Quais? _____</p> <p>() 2. Não. Por quê? _____</p>	
<p>296. Este posto de saúde/UBS e desenvolve ações de prevenção da violência?</p> <p>() 1. Sim. Quais? _____</p> <p>() 2. Não.</p> <p>() 3. Não sei.</p>	

<p>297. Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência que atue aqui na região?</p> <p>() 1. Sim. Quais? _____</p> <p>() 2. Não. (Se NÃO, pule para a questão 299)</p>	
<p>298. Esse movimento ou iniciativa de prevenção da violência tem atingido o objetivo?</p> <p>() 1. Sim. () 3. Não sei.</p> <p>() 2. Não. () 888. Não se aplica.</p>	
<p>299. Você conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores atuando aqui? () 1. Sim. Quais? _____</p> <p>() 2. Não.</p>	
<p>300. Você acha que há no seu Município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência?</p> <p>() 1. Sim.</p> <p>() 2. Não.</p>	
<p>301. Em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
DOENÇAS ESTIGMATIZANTES	
<p>302. Você já ouviu falar sobre a doença hanseníase?</p> <p>() 1. Sim.</p> <p>() 2. Não.</p>	
<p>303. Você conhece alguém que tem ou teve hanseníase?</p> <p>() 1. Sim. Quem? _____</p> <p>() 2. Não.</p>	
<p>304. Sabendo que uma pessoa tem ou teve hanseníase, você continua convivendo com ela?</p> <p>() 1. Sim. Por quê? _____</p> <p>() 2. Não. Por quê? _____</p>	
<p>305. Você já ouviu falar sobre a doença tuberculose?</p> <p>() 1. Sim.</p> <p>() 2. Não.</p>	
<p>306. Você conhece alguém que tem ou teve tuberculose?</p> <p>() 1. Sim. Quem? _____</p> <p>() 2. Não.</p>	
<p>307. Sabendo que uma pessoa tem ou teve tuberculose, você continua convivendo com ela?</p> <p>() 1. Sim. Por quê? _____</p> <p>() 2. Não. Por quê? _____</p>	
<p>308. Você já ouviu falar sobre a doença Aids?</p> <p>() 1. Sim.</p> <p>() 2. Não.</p>	

<p>309. Você conhece alguém que tem ou teve Aids/HIV?</p> <p>() 1. Sim. Quem? _____</p> <p>() 2. Não.</p>	
<p>310. Sabendo que uma pessoa tem ou teve Aids/HIV, você continua convivendo com ela?</p> <p>() 1. Sim. Por quê? _____</p> <p>() 2. Não. Por quê? _____</p>	

Agradecemos muito pela sua colaboração e disponibilidade!