



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

LETÍCIA HERDT

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM
DEPRESSÃO ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE RIO
FORTUNA/SC**

Tubarão

2022

LETÍCIA HERDT

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM
DEPRESSÃO ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE RIO
FORTUNA/SC**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Ciências Biológicas da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Licenciada em Ciências Biológicas.

Orientador: Prof. Msc. Maricelma Simiano Jung.

Tubarão

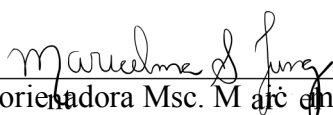
2022

LETÍCIA HERDT

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM
DEPRESSÃO ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
RIOFORTUNA/SC**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Licenciatura em Ciências Biológicas e aprovado em sua forma final pelo Curso de Ciências Biológicas da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão, 02 de julho de 2022.



Professora e orientadora Msc. Marcelma Simiano Jung
Universidade do Sul de Santa Catarina



Prof. Evandro Cittadin Soares
Mestre em Ciências da Saúde

Prof. Simony Davet Muller, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina.

“Nunca despreze as pessoas deprimidas. A depressão é o último estágio da dor humana.” (Augusto Cury).

RESUMO

A depressão é um problema de saúde pública, apresentando altos níveis de prevalência na maioria dos países onde sua ocorrência é estudada. Mostra-se como um transtorno de humor, acompanhado de sentimentos como a tristeza e a irritabilidade, sensação de vazio ou de ausência de sentido na vida. Assim, o presente estudo realizou um levantamento clínico e sociodemográfico dos pacientes com depressão atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Rio Fortuna/SC. Foi realizado um estudo transversal, através da análise de prontuários digitais, de pacientes diagnosticados com depressão na Unidade Básica de Saúde do município de Rio Fortuna. Foram analisadas as seguintes informações: faixa etária, estado civil, gênero, escolaridade, situação laborativa, tempo de tratamento, cor, área da residência e a classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID. Com este trabalho foi possível identificar qual a faixa etária, o gênero, o estado civil, a área de residência e o tempo de tratamento com maior prevalência de depressão. Como resultado obteve-se que a faixa etária de maior prevalência é entre 50 e 59 anos representando 36%, o gênero foi o feminino com 77%, estado civil foi o casado com um total de 60% dos pacientes, a área de residência foi a área rural representando 57% dos pacientes e o tempo de tratamento de maior prevalência foi de 0 a 12 meses com 32%. Estes resultados serão apresentados para a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Fortuna, para que possam utilizá-los a fim de traçar estratégias para prevenção da depressão no município.

Palavras-chave: Transtorno depressivo, Avaliação clínica e sociodemográfica, Prevenção.

ABSTRACT

Depression is a public health problem, with high levels of prevalence in most countries where its occurrence is studied. It shows up as a mood disorder, accompanied by feelings such as sadness and irritability, a feeling of emptiness or lack of meaning in life. Thus, the study presented carried out a clinical and sociodemographic survey of patients with depression treated at the Basic Health Unit (UBS) of Rio Fortuna/SC. A cross-sectional study was carried out, through the analysis of digital medical records, of patients diagnosed with depression in the Basic Health Unit of the municipality of Rio Fortuna. The following information was analyzed: age, group, marital status, gender, education, employment status, treatment time, color, area of residence and the international classification of diseases and health related problems – CID. With this work, it was possible to identify which age group, gender, marital status, area of residence and treatment time had the highest prevalence of depression. As a result, it was found that the most prevalent age group is between 50 and 59 years old, representing 36%, gender was female with 77%, marital status was married with a total of 60% of patients, the area of residence was the rural area representing 57% of patients and the most prevalent treatment time was from 0 to 12 months with 32%. These results will be presented to the Municipal Health Department of Rio Fortuna, so that they can use them in order to devise strategies for the prevention of depression in the municipality.

Keywords: Disorder depressive, Clinical and sociodemographic assessment, Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa de delimitação do município de Rio Fortuna.	23
Figura 2 - Informações quanto ao número de habitantes do sexo masculino do município de Rio Fortuna por idade.	24
Figura 3 - Informações quanto ao número de habitantes do sexo feminino do município de Rio Fortuna por idade.	24
Figura 4 - Mapa de delimitação da Unidade Básica de Saúde de Rio Fortuna.	23

LISTA DE SIGLAS

PNS - Pesquisa Nacional da Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde.

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria.

CFM - Conselho Federal de Medicina.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SPSS –Statiscal Package For Social Sciences Incorporation.

CID 10 –Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

DIVE – Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

DSM-V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

IMAO - Inibidores Monoaminooxidase.

ADT - Antidepressivos Tricíclicos.

IRNs - Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina.

ISRSs - Inibidores Seletivos de Recaptação de Seratonina.

TCC - Terapia cognitivo-comportamental.

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	PROBLEMA DA PESQUISA	10
1.2	HIPÓTESE	11
1.3	JUSTIFICATIVA	11
1.4	OBJETIVOS	13
1.4.1	Geral	13
1.4.2	Específicos	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	DEPRESSÃO	14
2.1.1	Classificação da depressão	15
2.2	DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO	16
2.3	TRATAMENTO DA DEPRESSÃO	17
2.4	PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DECORRENTES DA DOENÇA	19
3	METODOLOGIA	21
3.1	NATUREZA E TIPO DE PESQUISA	21
3.2	ÁREA DE ESTUDO	22
3.3	AMOSTRAGEM E LEVANTAMENTO DE DADOS	24
3.4	PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS	25
3.5	INSTRUMENTO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS	26
3.6	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	27
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um problema de saúde pública, a qual apresenta altos níveis de prevalência em grande maioria dos países onde sua ocorrência é estudada (OLIVEIRA, ANDRETTA, 2011). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2021), a depressão, é um transtorno mental comum. Sendo intimamente relacionada com a vida diária, interferindo em atividades como o sono, trabalho, alimentação, estudos e também o lazer.

Os sintomas característicos da depressão são, tristeza, desânimo, angústia, falta de vontade, choro com facilidade e anedonia, que é a perda ou a falta da capacidade de sentir prazer. Outros sintomas também são característicos como mudança no apetite, no peso e no sono, diminuição da libido, agitação ou retardo psicomotor (OLIVEIRA, ANDRETTA, 2011).

A depressão mostra-se como um transtorno de humor, acompanhado de sentimentos como a tristeza e a irritabilidade, sensação de vazio ou de ausência de sentido na vida (GUEDES, *et al.*, 2019). Acompanhando esses sentimentos, há um conjunto de pensamentos relacionados a sentimentos de inferioridade, culpa, desvalorização, incompetência, além de dificuldade em tomar uma decisão e se concentrar (OLIVEIRA, ANDRETTA, 2011). Estes sentimentos em conjunto com modificações intelectuais e corporais findam por pactuar a funcionalidade e a capacidade do indivíduo (GUEDES, *et al.*, 2019).

Fatores como a elevada carga horária laboral, inúmera quantidade de informações, indisponibilidade ao lazer e atividades sociais, ter cotidianamente contato com sofrimento e morte, não ter uma boa alimentação, não ter um período de sono adequado, além de criar muitas expectativas relacionadas ao futuro e a própria competência, podem desencadear a depressão ou até mesmo progredir para outros transtornos mentais (GUEDES, *et al.*, 2019).

O tratamento antidepressivo deve levar em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos pacientes, além de utilizar a psicoterapia, aderir mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica (SOUZA, 1999). As medicações antidepressivas, além de melhorarem a depressão, exercem vários efeitos na pressão arterial, na frequência cardíaca, na condução do impulso elétrico no miocárdio aumentando o risco cardiovascular (TENG, HUMES, DEMETRIO, 2005).

A despeito da condução do tratamento farmacológico, é de suma importância uma avaliação psicológica e eventualmente a psicoterapia para depressão, em conjunto ao tratamento medicamentoso. A psicoterapia trás uma melhor compreensão, auxiliando a adesão aos tratamentos biológicos propostos. Na psicoterapia os efeitos de humor são muitos visíveis, resultando na melhora direta do ânimo e da vontade de viver (TENG, HUMES,

DEMETRIO, 2005), além de auxiliar as relações interpessoais e no desempenho profissional (POWELL, *et al.*, 2008).

Devido a alta prevalência, a depressão é considerada a doença mental que está mais relacionada com o suicídio. Retrata, em números absolutos, o diagnóstico comumente encontrado entre os suicidas (ABP, 2014). Sendo assim, o transtorno depressivo é um fator de risco para o suicídio (DE OLIVEIRA, 2020). Por conseguinte, é de suma importância estratégias de prevenção ao suicídio, como o tratamento acelerado e efetivo das depressões, a fim de salvar vidas (ABP, 2014).

De acordo com o website do Setembro Amarelo (2021), existe uma campanha denominada ‘Setembro amarelo – mês de Prevenção ao Suicídio’. A mesma, foi criada em 2014 pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM). Em função de no Brasil, serem registrados mais de 13 mil suicídios todos os anos e mais de 01 milhão em todo o mundo, esta campanha foi criada com o objetivo de prevenir e reduzir estes números.

O município de Rio Fortuna encontra-se a 186 km de Florianópolis (RIO FORTUNA, 2014). Com base no censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, há no município 4.446 habitantes. Devido a quantidade de municípios, o município de Rio Fortuna conta com apenas uma Unidade Básica de Saúde (USB), a mesma fica localizada na rua Padre Rademaker, número 183 – Centro (Figura 4). Atualmente a UBS possui um número de 5.577 cidadãos com o cadastro ativo e conta com o apoio de 61 funcionários. Dentre os atendimentos, alguns pacientes são diagnosticados com depressão, seguindo em acompanhamento com os profissionais da saúde especializados.

Diante do exposto, vale ressaltar a extrema importância de estudos relacionados aos assuntos discutidos neste projeto, pois apenas, conhecendo e debatendo as implicações advindas da depressão, é que podemos viabilizar uma assistência específica e diferenciada.

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Qual o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com depressão atendidos na unidade básica de saúde de Rio Fortuna?

1.2 HIPÓTESE

Existe uma faixa etária, um gênero e estado civil que sejam mais susceptíveis a manifestação e/ou ocorrência de depressão.

1.3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas, ou seja, 5,8% da população (GONÇALVES, *et al.*, 2018). É observada uma maior incidência em mulheres, variando de 10% a 25%, já nos homens a variação é de 5% a 15%. Observa-se ainda, que uma a cada 20 pessoas apresentam um episódio depressivo ao longo da vida, da mesma forma que, em cada 50 diagnósticos de depressão, um destes precisa de internação e 15% dos deprimidos graves cometem o suicídio (CUNHA, BASTOS, DUCA, 2012). Além do mais, a depressão é considerada a segunda doença crônica não transmissível mais predominante no Brasil (GUEDES, *et al.*, 2019).

Os estados que mais concentram adultos depressivos ficam no Sul do país. O Rio Grande do Sul é o primeiro da lista com 13,2% das pessoas com 18 anos ou mais já foram diagnosticadas por um profissional da saúde. Logo em seguida, vem Santa Catarina com 12,9% e posteriormente vem Paraná com 11,7% (DESIDÉRIO, 2015). No município de Rio Fortuna, não há estudos que comprovem os índices de depressão.

Diversos estudos epidemiológicos nos dizem que a depressão é cerca de duas vezes mais frequência em mulheres do que em homens. Fatores como, diferenças fisiológicas e hormonais, baixo nível de escolarização, baixa renda, questões sociais e também diferentes formas de lidar com situações estressoras, buscam explicar essa prevalência (GONÇALVES, *et al.*, 2018).

Estudos nos mostram que existe relação do estado depressivo com a piora de quadros clínicos, sendo estes cardiopatias, diabetes, obesidade e problemas oncológicos. Há ainda, correlação entre depressão e maternidade, refletindo em problemas relacionados ao desenvolvimento infantil e baixo rendimento escolar (GONÇALVES, *et al.*, 2018).

Dados epidemiológicos indicam um aumento nos índices de mortes por suicídio no Brasil. Entre os anos de 2007 e 2016 foram registradas 106.374 mortes por suicídio, destas 18% por meio de intoxicação e 60% por enforcamento. Em 2016, a taxa de suicídio chegou a 5,8 a

cada 100 mil habitantes. Atualmente, a média brasileira se encontra entre 4,3 óbitos por a cada 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A quantidade de sintomas e a permanência da depressão favorecem gestos suicidas. E fatores como, doenças físicas crônicas, isolamento social e experiências recentes de perda, podem levar ao risco máximo de um gesto de suicida, ou seja, um estado de desesperança. Segundo Martin Hautzinger (2016) ‘‘é a condição psíquica decisiva nas depressões e, sobretudo, nas tentativas de suicídio. As pessoas que não têm mais esperança de mudança, melhoria, ajuda e distração desistem e querem acabar com sua vida’’.

A depressão compreende uma das principais causas de incapacitação no mundo, influenciando o desempenho físico, pessoal e social (GONÇALVES, *et al.*, 2018). Além, de ser considerada a segunda patologia a ocasionar grande prejuízo no âmbito econômico e social (MOTTA, MORE, NUNES, 2017). No Brasil, o adoecimento mental entre os trabalhadores é caracterizado como sendo a terceira causa de afastamento do trabalho, na qual os trabalhadores recebem auxílio-doença por incapacidade laborativa. Um dos transtornos mentais que acometem nesta população, é os episódios depressivos. Os quais, ocasionam nos trabalhadores, prejuízos, como a incapacidade, a diminuição da produtividade e, conseqüentemente, o afastamento do trabalho. (FEITOSA, FERNANDES, 2020).

Na Unidade Básica de Saúde de Rio Fortuna, são atendidas pelo médico psiquiatra atualmente, 305 pessoas. Em relação aos casos de suicídio, dentre os anos de 2018 a 2021, houve sete óbitos por suicídio, sendo seis por enforcamento e um por arma de fogo (DIVE, 2021). De acordo com o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, dos 4.446 habitantes, 2.293 correspondem ao sexo masculino e 2.153 ao sexo feminino.

Diante do exposto, percebe-se que há a necessidade de realizar-se um levantamento, traçando o perfil sociodemográfico dos pacientes acometidos com depressão, a fim de traçar políticas públicas relacionadas ao tema. Através da identificação da população mais susceptível, será possível estabelecer ações eficientes e eficazes.

Logo, o presente trabalho justifica-se pela a importância de seu estudo. No qual, os seus resultados serão socializados com a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Fortuna, para que possam realizar uma análise dos mesmos e, a partir disso, traçarem estratégias para a prevenção da depressão no município. E pelo fato do município não possuir índices relacionados a depressão.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Geral

Realizar um levantamento clínico sociodemográfico dos pacientes com depressão atendidos na unidade básica de saúde de Rio Fortuna/SC.

1.4.2 Específicos

- Realizar uma estatística clínica entre o percentual de casos de depressão em relação a população rio fortunense.
- Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes participantes.
- Averiguar o tempo de tratamento dos pacientes.
- Verificar área de residência dos pacientes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DEPRESSÃO

A depressão é descrita pela presença de humor triste, vazio ou irritável, juntamente com modificações somáticas e cognitivas, as quais interferem de forma significativa na capacidade de funcionamento do indivíduo (CÓRDAS, EMILIO, 2017). Embora seja considerada o mal do século, a depressão possui relatos de sintomas desde a antiguidade, na qual era associada a causas religiosas e intelectuais (LUCENA, TOLEDO, DE SOUSA, 2021). Rei Saul, do Antigo Testamento relatou passar por uma síndrome depressiva. Na *Iliáda* de Homero, há registro do suicídio de Ajax, herói da mitologia grega. Em 1854, Jules Falret expôs um quadro de modificações constantes de humor, cujo paciente tinha alterações de depressão e mania, denominado de *folie curculaire*. Portanto, o termo depressão, foi utilizado pela primeira vez no ano de 1960, a fim de caracterizar um estado de desânimo ou perda de interesse pela vida (RUFINO, *et al.*, 2018). Ao contrário da antiguidade, nos dias atuais os estudos relatam que a depressão possui uma relação maior com problemas fisiológicos (LUCENA, TOLEDO, DE SOUSA, 2021).

Entendemos a depressão, como sendo uma doença psiquiátrica, na qual os sinais e sintomas estão relacionados ao sistema nervoso central, interagindo nos fatores genéticos, cerebrais, psicológicos e sociais (CÓRDAS, EMILIO, 2017). Estes sintomas estão divididos em quatro, os sintomas emocionais, dentre eles a tristeza e a falta de prazer, os sintomas cognitivos, sendo exemplo, a desesperança, falta de concentração e memória, existe ainda os sintomas motivacionais, como a falta de persistência e de iniciativa, e os sintomas físicos, representado pela fadiga, mal-estar e o aumento de dores. A quantidade e a gravidade dos sintomas permitem a identificação do grau do episódio depressivo (RUFINO, *et al.*, 2018).

Muitos confundem tristeza e depressão, mas a diferença entre elas está na mudança de comportamento do indivíduo. O sentimento de tristeza, mesmo que profundo, apenas irá se caracterizar como depressão quando influenciar no funcionamento das atividades e da saúde, como por exemplo, deixar de executar atividades relacionadas a sobrevivência e também atividades básicas do cotidiano (CÓRDAS, EMILIO, 2017).

A depressão acontece diante a alguns fatores, os quais envolvem o contexto social e psicológico. São meios pelo qual a mesma ocorre: biológicos os quais envolvem os

transtornos de humor com a desregulação dos neurotransmissores. Os fatores genéticos estão relacionados com as heranças genéticas, como exemplo temos o transtorno bipolar. E os fatores psicossociais envolvem os acontecimentos vitais e também o estresse ambiental. Estes fatores são de suma importância para uma melhor compreensão da depressão, e consequentemente, para realização um tratamento adequado (FEITOSA, BOHRY, MACHADO, 2011).

Essa patologia é considerada uma doença grave que se não diagnosticada e tratada de maneira correta, pode gerar sérias doenças clínicas e até mesmo a morte por suicídio (RUFINO, *et al.*, 2018).

2.1.1 Classificação da depressão

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10), nos episódios depressivos o indivíduo irá apresentar diminuição de energia, autoestima, autoconfiança, apetite, peso, libido e humor, além da redução da capacidade de concentração, presença da fadiga, perda de interesse e prazer, há ainda sentimentos de culpabilidade ou de indignidade. Conforme o número e a gravidade dos sintomas podemos classificar um episódio depressivo em três graus: leve, moderado e grave (SUS, 2015).

No episódio depressivo leve (F32.0) verifica-se a presença de dois ou três sintomas. Neste, o indivíduo irá sofrer devido aos sintomas, mas terá a capacidade de realizar grande parte das atividades. Já o episódio depressivo moderado (F32.1), é marcado pela presença de quatro ou mais sintomas, no qual o indivíduo apresentará dificuldades ao desempenhar suas atividades de rotina (SANTA CATARINA, 2015).

O episódio depressivo grave, se divide em episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2) e episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3). No episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, os sintomas são marcantes e angustiantes, havendo perda da autoestima, sentimentos relacionados com a desvalorização e com a culpa, neste episódio os pensamentos e as ações suicidas são frequentes, observa-se ainda um conjunto de sintomas somáticos. O episódio depressivo grave com sintomas psicóticos se assemelha com o anteriormente citado, porém, este é acompanhado por alucinações, ideias delirantes, lentidão psicomotora, além da falta de consciência, dificultando assim, a realização das atividades sociais. Os indivíduos diagnosticados com este episódio, podem correr o risco de morrer por suicídio, desnutrição e desidratação (SANTA CATARINA, 2015).

Com base no CID-10, há também a classificação referente ao transtorno depressivo recorrente, o qual é caracterizado pela incidência consecutiva de episódios depressivos já

mencionados acima. O transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve (F33.0), é descrito pela ocorrência conseguinte do episódio atual leve (F32.0), sem que haja antecedente de aumento de energia. No transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado, há a incidência repetida do episódio atual de moderada gravidade (F32.1), na ausência de qualquer antecedente de aumento de energia (SANTA CATARINA, 2015).

O transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos, é conceituado pela ocorrência de maneira consecutiva do episódio atual grave sem sintomas psicóticos (F32.2), sem a presença do aumento de energia. Neste inclui, por exemplo, a depressão endógena e a depressão maior recorrente sem sintomas psicóticos. Já o transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos, é descrito pela incidência sequente do episódio atual grave com sintomas psicóticos (F32.3), sem haver qualquer antecedente de aumento de energia, incluindo a depressão endógena com sintomas psicóticos, episódio recorrente grave de depressão maior com sintomas psicóticos, depressão psicótica entre outras. E por último, o transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão, é quando o paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos, porém no presente não apresenta nenhum sintoma depressivo (SANTA CATARINA, 2015).

O CID-10 traz ainda, a classificação F41.2 transtorno misto de ansiedade e depressão, na qual o sujeito apresenta ao mesmo tempo, sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente a fim de conceder um diagnóstico isolado, nestes os dois sintomas aparecem simultaneamente.

Além da classificação dos episódios e transtornos depressivos, existe outras classificações da depressão quanto aos sintomas menos intensos. A distímia, a qual é um transtorno depressivo crônico, caracterizada pela presença reduzida de sintomas, estes estão presentes pelo menos dois anos com períodos circunstanciais e curtos de bem-estar. E o transtorno misto de ansiedade e depressão, este inclui pacientes com sintomas de depressão e ansiedade, na qual o conjunto de sintomas presentes não justifiquem o diagnóstico (FLECK, 2009).

2.2 DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO

Para o diagnóstico da depressão deve ser levado em consideração, os sintomas psíquicos, fisiológicos e as evidências comportamentais. Dentro dos sintomas psíquicos, encontramos o humor depressivo, juntamente com a sensação de tristeza, fadiga, falta de

concentração, dificuldade em pensar e tomar decisões, autodesvalorização e sentimentos de culpa. Neste, os pacientes acreditam que perdem a capacidade de sentir alegria e prazer na vida, o mundo é visto “sem cores”, onde tudo se torna vazio e sem sentido. Sendo frequente as ideias de suicídio a fim de aliviar suas dores (DEL PORTO, 1999).

Em relação aos sintomas fisiológicos, está presente as modificações do sono, alterações no apetite e também a diminuição do interesse sexual. Já nas evidências comportamentais temos o recolhimento social, crises de choro, atraso ou agitação psicomotora, lentidão generalizada e atitudes suicidas (DEL PORTO, 1999). Vale ressaltar que segundo Gonçalves, *et al.* (2018), o qual se baseia no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), os critérios citados acima são critérios utilizados para o diagnóstico de depressão. Toda a coleta da história clínica, a anamnese e o exame devem obedecer aos critérios do CID-10 (SANTA CATARINA, 2015).

2.3 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Posteriormente ao diagnóstico de depressão realizado por um médico, o paciente detém uma gama diversidade de tratamento, os quais vão desde as terapias comportamentais e naturais, como a acupuntura e a estimulação cerebral, até as convencionais medicações utilizadas comumente, as quais possuem o objetivo de inibir a receptação de serotonina. Inclui-se ao tratamento ainda, a monitoração das doenças intermediárias que podem desencadear ou influenciar na depressão. Estes tratamentos estão relacionados com as necessidades e preferências de cada paciente. (LUCENA, 2019).

O uso de psicofármacos faz parte de um tratamento mais amplo, o ideal é que juntamente com o fármaco se utilize diversas técnicas que funcionassem com a prescrição da medicação. Os psicoanalépticos, que estimulam o humor, podem ser utilizados nos episódios depressivos moderados e leves, porém, em sintomas depressivos avulsos, em depressões subliminares ou leves, estes fármacos não apresentam efeito maior do que os placebos. Dessa forma, nos episódios depressivos leves os medicamentos não têm de ser utilizados, nestes episódios as condições evoluem de maneira significativa sem o uso de medicamentos (SANTA CATARINA, 2015).

Como na depressão ocorre a diminuição de neurotransmissores, como a serotonina, a dopamina e a noradrenalina, as quais são substâncias químicas que tem por função a regulação do humor e dos estímulos emocionais, os antidepressivos agem a fim de melhorar a sintomatologia dos pacientes. Os antidepressivos utilizados com mais frequência são:

Inibidores Monoaminoxidase (IMAO), Antidepressivos Tricíclicos (ADT), Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRNs) e os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRSs). Antidepressivos como a Doxepina e a Agomelatina são usados para tratar a insônia, além de reduzir efeitos relacionados com a memória e a disfunção sexual, os mesmos agem também em neurotransmissores, auxiliando na melhora do humor e na qualidade do sono (FEITOSA, BOHRY, MACHADO, 2011).

É de extrema importância o conhecimento referente aos prejuízos e a dependência do uso incorreto de medicamentos psicotrópicos, levando em consideração que seu desmame é complexo (LUCENA, 2019).

Maneiras de tratamento psicológicos como, a psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia comportamental, psicoterapia interpessoal e psicoterapia de resolução de problemas, mostram-se efetivas no tratamento de episódios depressivos leves e moderados (FLECK, 2009). Nos tratamentos psicológicos, a escuta possibilita a identificação de informações subjacentes, por meio do entendimento do contexto e das relações sociais (MOTTA, MORE, NUNES, 2017).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC), desenvolvida pelo Aaron Beck, é um modo de tratamento de qualquer transtorno psicológico. Diversos estudos mostram sua efetividade no tratamento da depressão, seja leve, moderada ou grave, além de ser mais efetiva que a farmacoterapia e outros tratamentos psicológicos. A TCC, em comparação com o tratamento farmacológico, possui resultados mais duradouros e pode resultar em um efeito protetor mediante às recorrências (POWELL, 2008).

A psicoterapia, tem por objetivo levar o paciente a identificar, examinar e entender os motivos que ocasionam os conflitos, buscando organizar os pensamentos distorcidos a respeito de si e do mundo, a fim de melhorar suas relações interpessoais e torná-los aptos para enfrentar seus conflitos futuros. Já a terapia interpessoal, busca encontrar a origem do problema por meio do relato do paciente, procura definir pontos positivos e negativos do seu relacionamento social, orienta sobre o que é a depressão, quais são seus sintomas e sinais, além de frisar a importância do tratamento para uma melhor superação, e consequentemente, precaução de novos casos (FEITOSA, BOHRY, MACHADO, 2011).

Alternativas paliativas, como a musicoterapia e os exercícios físicos, também são utilizadas no tratamento da depressão. A musicoterapia, por meio dos diversos ritmos e melodias, seja ouvindo, dançando ou tocando um instrumento, o som musical condiciona um relaxamento mental, uma suavização do stress, propiciando um bem-estar e fazendo com que o paciente se liberte de pensamentos negativos (FEITOSA, BOHRY, MACHADO, 2011).

Estudos nos mostram que a prática de exercícios físicos, resulta positivamente no tratamento da depressão (MOTTA, MORÉ, NUNES, 2017). O bem-estar gerado pelos exercícios físicos, além de melhorar o condicionamento físico do paciente, proporciona também privilégios psicofisiológicos em curto período, o que comprova a extrema importância da prática como prevenção e tratamento da depressão (GOLÇALVES, *et. al*, 2018).

Diante do exposto, um bom planejamento para o tratamento depressivo engloba um acompanhamento em suas diferentes fases, diminuindo a ocorrência da doença, controlando e impedindo o surgimento dos sintomas periódicos, incluindo desde a escolha de um bom tratamento até a condução desde com o paciente e seus familiares (LUCENA, 2019). O modelo preponderante para o planejamento antidepressivo envolve a fase aguda, de continuação e de manutenção. A fase aguda compreende os dois a três primeiros meses e tem o intuito de diminuir os sintomas depressivos. A fase de continuação, é após a fase aguda, e corresponde aos quatro a seis meses, a mesma tem por objetivo manter a melhora já obtida e evitar as recaídas dentro de um mesmo episódio depressivo. E por fim, a fase de manutenção tem o propósito de evitar a ocorrência de novos episódios (FLECK, 2009).

2.4 PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DECORRENTES DA DOENÇA

A depressão é considerada um fator de risco para o suicídio (ARAÚJO, 2020). A mesma representa, em números absolutos, o diagnóstico mais comumente encontrado entre os suicidas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014). O suicídio atualmente, é entendido como um fenômeno multidimensional, resultante da correlação entre diferentes fatores, como ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos. A atitude suicida é associada a quadros de transtornos psiquiátricos, como a depressão e esquizofrenia, ou ao uso excessivo de álcool e outras drogas. Estudos nos mostram que o mesmo pode ser abdicado através de uma acolhida adequada, um monitoramento do fato (CESCON, CAPOZZOLO, LIMA, 2018), e construções de estratégias de prevenção, afim de salvar vidas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Há uma grande associação da depressão com o mal funcionamento social, com uma pior qualidade de vida e também com o grande uso de recursos de saúde (CUNHA, BASTOS, DUCA, 2012). Visto que, as pessoas com sintomas depressivos costumam frequentar diversas vezes o médico, onde são submetidas a uma grande quantidade de exames e utilizam um número

maior de medicações, quando comparadas com pessoas sem sintomas depressivos (GONÇALVES, *et. al*, 2018). O sofrimento e seu valor social compõem um grande problema, e apenas parte das pessoas acometidas pela depressão possuem acesso a um diagnóstico e a um condizente tratamento (CUNHA, BASTOS, DUCA, 2012).

O aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são as principais causas da mortalidade e incapacidade em todo o mundo. Dentre as DCNT, estão presentes as doenças mentais, as quais ocasionam incapacidade, decaem a qualidade de vida, refletindo assim, em um grande impacto a todos os familiares. A depressão exerce uma grande influência nas DCNT, sendo caracterizada fator de risco para um mau prognóstico de doenças crônicas (SILVA, *et. al*, 2017), incluindo as cardiovasculares, infarto, acidente vascular cerebral e a doença arterial periférica (GONÇALVES, *et. al*, 2018).

Existe ainda, uma significativa relação entre a depressão e as doenças endocrinológicas, como a diabetes mellitus, os distúrbios na tireoide e a obesidade. Paciente depressivos possuem uma probabilidade maior de desenvolver diabetes tipo 2. Pacientes diabéticos com depressão, exibem a um maior risco de obesidade, baixo nível educacional e socioeconômico, além disto, pouco apoio social refletindo em estresse psicossociais e financeiros. Em relação os distúrbios na tireoide, tanto o hipotireoidismo como o hipertireoidismo, possuem sintomas semelhantes com a depressão, porém estes distúrbios influenciam na evolução e na resposta ao tratamento antidepressivo. Estudos nos mostram que, ter depressão na adolescência coopera para uma obesidade na fase adulta, da mesma forma que, ter obesidade quando jovem aumenta a probabilidade de ter depressão quando adulto (TENG, HUMES, DEMETRIO, 2005).

Não podemos deixar de falar, da correlação entre a depressão e a oncologia. Não existe pesquisas que nos dizem que a depressão ocasiona algum tipo de câncer, porém a diminuição da sobrevida e a presença da depressão é observada. Pacientes oncológicos deprimidos adotam menos os tratamentos indicados, comprometendo a qualidade de vida e aumentando a desesperança (TENG, HUMES, DEMETRIO, 2005).

Por fim, no Brasil, o adoecimento mental entre os trabalhadores representa a terceira causa de afastamento do trabalho, sendo os episódios depressivos uma das principais causas. A depressão causa diversos prejuízos ao trabalhador, como incapacidade, a diminuição da produtividade e conseqüentemente, o afastamento do trabalho. Além do mais, é fonte de sofrimento, descrédito e exclusão, interferindo de maneira significativa no desempenho laboral (FEITOSA, FERNANDES, 2020).

3 METODOLOGIA

3.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa é de natureza transversal, com análise documental dos prontuários de pacientes diagnosticados com depressão na Unidade Básica de Saúde do município de Rio Fortuna/SC durante o período de janeiro a junho de 2022. A mesma é caracterizada como exploratória e documental, com abordagem quantiquantitativa.

A pesquisa exploratória tem por objetivo conceder maior familiaridade com o problema, com o intuito de torná-lo mais compreensível ou ajudá-lo na construção de hipóteses (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p.35). A mesma, busca abordar o fenômeno da pesquisa a partir do levantamento de informações, as quais podem levar a um melhor conhecimento e entendimento (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p.67). A seguir, Gil (2008) diz que:

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (GIL, 2008, p.27).

Os estudos exploratórios, são úteis para o diagnóstico de situações, exploração de alternativas ou para o descobrimento de novas ideias. Estes, são conduzidos durante o estágio inicial de um processo de pesquisa, na qual se procura o esclarecimento e a definição do problema, para assim, construir informações para a realização de pesquisas futuras (OLIVEIRA, 2011).

Segundo Gil (2008), a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica são semelhantes, a diferença está presente na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica utiliza contribuições de diferentes autores a respeito de um determinado assunto, a pesquisa documental usufrui de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados conforme os objetivos da pesquisa.

Richardson (2012), diz que o método quantitativo é caracterizado pelo uso da quantificação, tanto na coleta das informações, quanto no tratamento delas por meio do uso de técnicas estatísticas como o percentual, o desvio-padrão e a média, por exemplo. Este método, tem o intuito de garantir a exatidão dos resultados, evitando assim, distorções de análise e interpretação, garantindo segurança quanto às inferências.

Ao contrário do método quantitativo, o método qualitativo não deseja numerar ou medir, sejam unidades ou categorias homogêneas. Este método procura descrever a complexidade de um determinado problema, análise de interações, compreensão e classificação de processo dinâmicos, além de contribuição para um melhor entendimento (RICHARDSON, 2012).

Todavia, vale ressaltar que, conforme Malhotra (2001):

“[...] a pesquisa qualitativa proporciona uma melhor visão e compressão do contexto do problema, enquanto a pesquisa quantitativa procura quantificar os dados e aplica alguma forma da análise estatística” (MALHOTRA, 2001, p. 155).

Diante deste contexto, a abordagem quantitativa se dará através da coleta de dados e a parte qualitativa na interpretação dos dados coletados a partir do referencial teórico.

3.2 ÁREA DE ESTUDO

3.2.1 Meio Físico

O município de Rio Fortuna fica localizado na região Sul do Estado de Santa Catarina, com 28°07'52'' latitude Sul e 49°06'19'' longitude Oeste, estando a 186 km da capital, Florianópolis. Situando-se no Hemisfério Ocidental, ao sul do Trópico de Capricórnio e também inserido na Zona Temperada do Sul do País (RIO FORTUNA, 2014). Rio Fortuna, de acordo com suas características físicas e sociais, pertence à Microrregião Geográfica de Tubarão, ele compõe também a área de expansão urbana da Região Metropolitana de Tubarão e faz parte da área de atuação da Secretaria de Desenvolvimento Regional de Braço do Norte (RICKEN *et al.*, 2008).

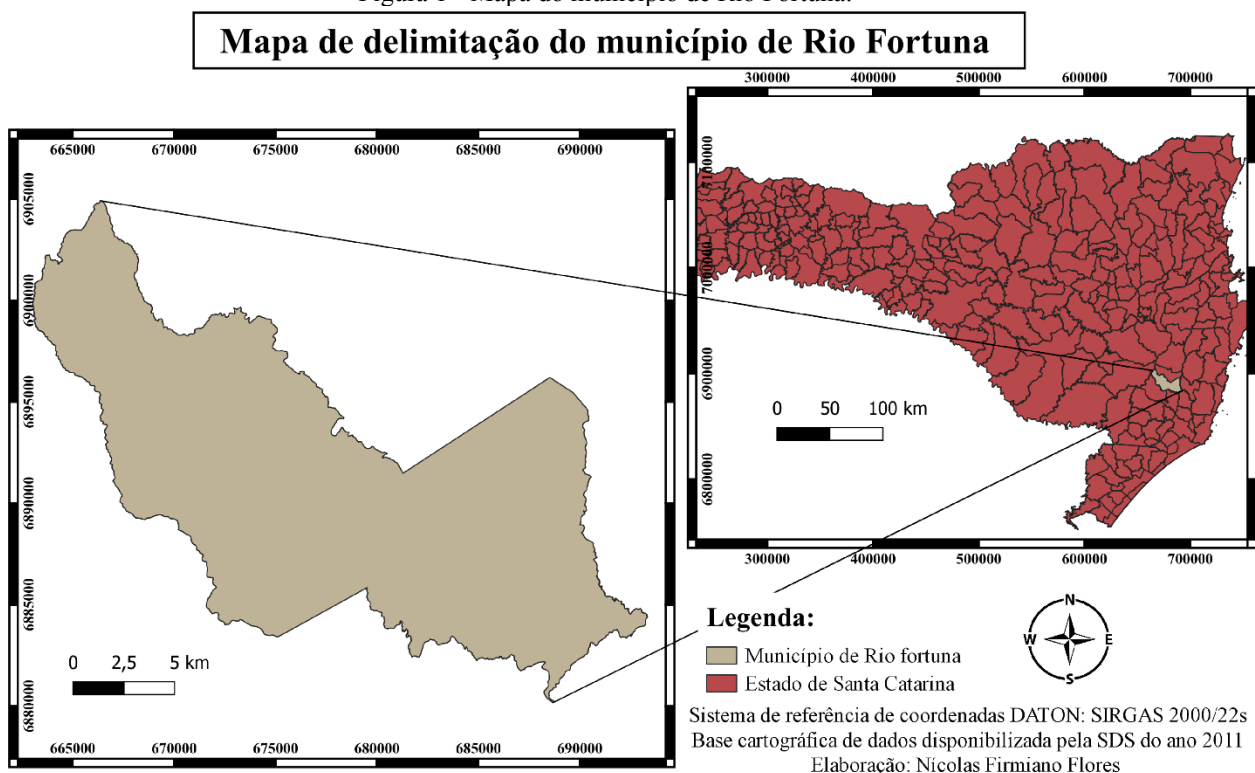
O município estende-se em uma área total de 301,93 km² (RIO FORTUNA, 2020). Esta área compreende o centro e as 20 comunidades. Rio Fortuna situa-se na região de planícies ou Zonas Costeiras, com altitudes inferiores a 200 metros. Na região sul existem planícies extensas, com costas altimétricas inferiores a 100 metros. Predominando neste, os solos hidromórficos e os solos arenosos, salientando-se o desenvolvimento das dunas. O basalto e as rochas sedimentares são os materiais de origem que predominam. Sua vegetação é marcada pelos serrados e pela mata atlântica (RIO FORTUNA, 2014).

O clima do município é classificado como mesotérmico úmido, sem ocorrências de seca e com o predomínio de verões quentes. Tendo uma temperatura média anual de 20°C e

uma precipitação total anual entre 1400 mm, as temperaturas médias giram em torno de 35⁰C a máxima e 8⁰C a mínima (RIO FORTUNA, 2014).

Rio Fortuna faz limite ao norte, pelo município de Santa Rosa de Lima, ao sul pelos municípios de Braço do Norte e Armazém, ao leste pelo município de São Martinho e ao oeste pelos municípios de Grão-Pará e Urubici (Figura 1).

Figura 1 - Mapa do município de Rio Fortuna.



Fonte: NicolasFirmiano Flores, 2021.

3.2.2 População

O objeto de estudos da presente pesquisa foi os prontuários digitais dos pacientes cadastrados na USB do município de Rio Fortuna.

De acordo com o último censo realizado no ano de 2010 (IBGE), a população do município é de 4.446 pessoas. Caracterizando-se como uma população dispersa, pois a maioria da população concentra-se nas 20 comunidades e não no centro da cidade. As respectivas comunidades são: Alto Rio Fortuna, Alto Rio Pequeno, Barra do Rio Chapéu, Boa Vista, Bracinho do Rio dos Bugres, Capoeirão, Espraiado, Rio Areão, Rio Azedo, Rio Branco, Rio Bravo Baixo, Rio Café, Rio Chapéu, Rio Claro, Rio dos Bugres, Rio Facão, Rio Otília, Rio Pinto, Schimdt e Serrinha.

Com base no IBGE de 2010, a composição da população por idade e sexo é a seguinte:

Figura 2 - Informações quanto ao número de habitantes do sexo masculino do município de Rio Fortuna por idade.

MASCULINO			
Grupo de idade			
> 0 a 4 anos	134		peessoas
> 5 a 9 anos	121		peessoas
> 10 a 14 anos	146		peessoas
> 15 a 19 anos	203		peessoas
> 20 a 24 anos	229		peessoas
> 25 a 29 anos	205		peessoas
> 30 a 39 anos	307		peessoas
> 40 a 49 anos	380		peessoas
> 50 a 59 anos	286		peessoas
> 60 a 69 anos	165		peessoas
> 70 anos ou mais	118		peessoas

Fonte: IBGE, 2010.

Figura 3 - Informações quanto ao número de habitantes do sexo feminino do município de Rio Fortuna por idade.

FEMININO			
Grupo de idade			
> 0 a 4 anos	114		peessoas
> 5 a 9 anos	112		peessoas
> 10 a 14 anos	162		peessoas
> 15 a 19 anos	201		peessoas
> 20 a 24 anos	198		peessoas
> 25 a 29 anos	161		peessoas
> 30 a 39 anos	271		peessoas
> 40 a 49 anos	353		peessoas
> 50 a 59 anos	269		peessoas
> 60 a 69 anos	178		peessoas
> 70 anos ou mais	134		peessoas

Fonte: IBGE, 2010.

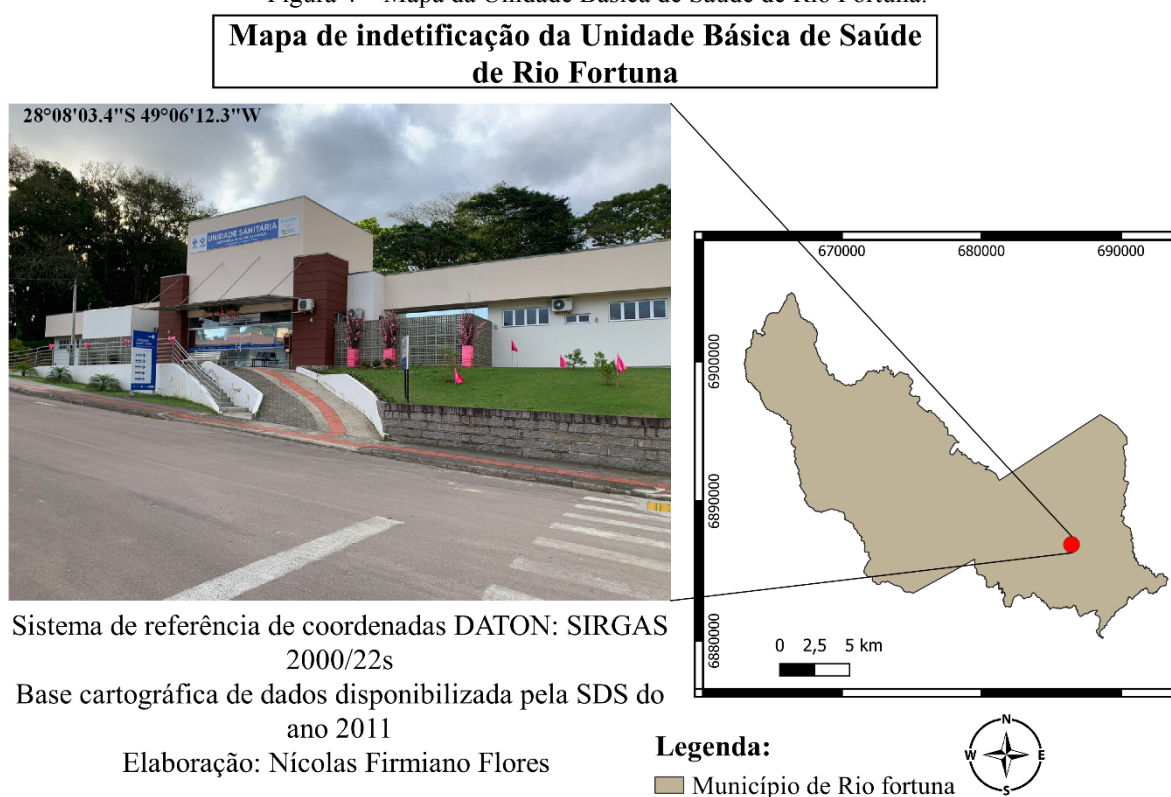
3.3 AMOSTRAGEM E LEVANTAMENTO DE DADOS

A coleta de dados se deu através da análise dos prontuários digitais, de pacientes diagnosticados com depressão atendidos na Unidade Básica de Saúde de Rio Fortuna/SC. Foram analisados todos os prontuários dos pacientes atendidos pelo psiquiatra, nos prontuários

que constavam o diagnóstico de depressão, foram analisadas as seguintes informações: faixa etária, estado civil, gênero, escolaridade, situação laborativa, tempo de tratamento, cor, orientação sexual, área da residência e a classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID.

A Unidade Básica de Saúde de Rio Fortuna, fica localizada na rua Padre Rademaker, número 183 – Centro (Figura 4). Esta foi inaugurada no dia 02 de dezembro de 2016, a mesma conta com o apoio de 61 funcionários. Atualmente a UBS possui um número de 5.577 cidadãos com o cadastro ativo.

Figura 4 – Mapa da Unidade Básica de Saúde de Rio Fortuna.



Autor: Nicolás Firmiano Flores, 2021.

3.4 PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS

Primeiramente, foi feito o contato com o responsável pela Unidade Básica de Saúde, o atual secretário da saúde do município, a fim de apresentar o respectivo projeto e solicitar a autorização para realização da análise de dados. Em seguida, após a autorização do comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNISUL, as análises foram iniciadas.

Destaca-se que a escolha do período do presente projeto se deve a disponibilidade dos prontuários.

3.5 INSTRUMENTO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS

Para realização da pesquisa foi utilizado os prontuários digitais dos pacientes atendidos pelo psiquiatra da Unidade Básica de Saúde de Rio Fortuna. Foi utilizado para coleta de dados um roteiro previamente estruturado, sendo coletados os seguintes dados:

- a) Faixa etária;
- b) Estado civil;
- c) Gênero;
- d) Escolaridade;
- e) Situação laborativa;
- f) Tempo de tratamento;
- g) Cor;
- h) Área da residência;
- i) Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID.

Foram utilizados como critérios de inclusão: a) ser diagnosticado com depressão; b) ter acompanhamento médico na Unidade Básica de Saúde de Rio Fortuna; c) ser maior de idade.

Critérios de exclusão: a) ausência nos prontuários de dados relevantes à pesquisa; b) ser menor de idade.

Após autorização do responsável pela instituição onde o estudo foi realizado, a presente pesquisa foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISUL) que fez a análise do contexto em que a pesquisa estava inserida e todos os documentos apresentados juntamente ao projeto. A partir do momento em que o CEP aprovou o estudo, a coleta de dados teve início.

Quanto aos possíveis riscos, serão mínimos, visto que não haverá contato pessoal com os pacientes, pois este estudo utilizará para coleta de dados os prontuários. Em conformidade com a lei 13.709 Lei Geral de Proteção de Dados, não acessaremos aos dados pessoais dos pacientes, acessando somente os dados clínicos. Também não teremos acesso às rotinas das agendas de consulta e exame dos pacientes em atendimento de forma presencial, inviabilizando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Visando a minimização desse risco, serão tomados todos os cuidados necessários para manter o sigilo e anonimato, conforme a Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo assim, a confidencialidade que exige toda pesquisa envolvendo seres humanos. Embora os pesquisadores não consigam identificar outros riscos, caso identificável, estes serão controlados.

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

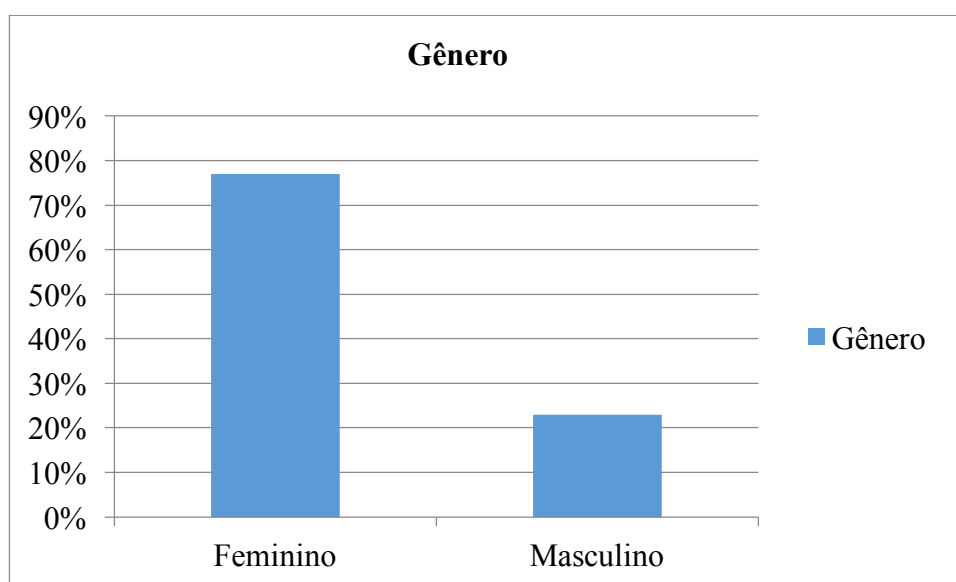
As informações clínicas coletadas de interesse para a pesquisa constituíram um banco de dados onde foram tabulados no software *Microsoft Office Excel*[®]. As variáveis foram descritas por meio proporções e percentuais, e apresentadas através de gráficos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico apresenta-se a análise e discussão dos resultados obtidos durante a coleta de dados, por meio de gráficos que demonstram as porcentagens em relação ao gênero, a faixa etária, distribuição quanto a área (urbana ou rural), a classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, situação laborativa, escolaridade, cor, estado civil e tempo de tratamento.

Vale salientar que, dos 305 pacientes atendidos pelo psiquiatra, 115 pacientes possuem o diagnóstico de depressão. Dessa forma, os resultados apresentados a seguir referem-se a um total de 115 pacientes, os quais são atendidos na Unidade Básica de Saúde de Rio Fortuna.

Gráfico 1 –Distribuição dos pacientes segundo o gênero.



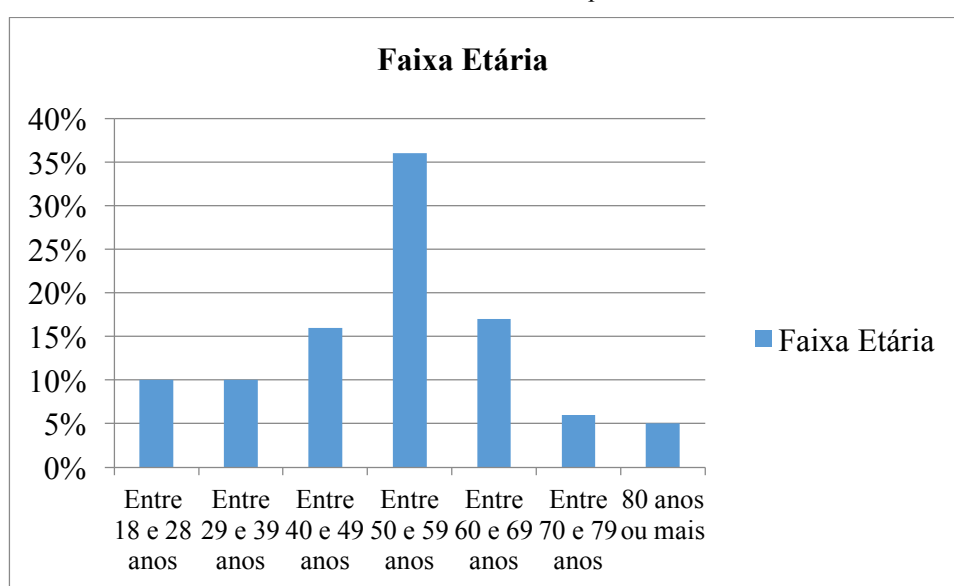
O gráfico 1 apresenta os dados em relação ao gênero. Dos pacientes com diagnóstico de depressão, o gênero masculino corresponde a 23%, enquanto que o gênero feminino a 77%. Deixando claro a prevalência de depressão do gênero feminino.

De acordo com o trabalho feito por Baptista e Oliveira (1999), um dos primeiros estudos relacionados a questão do gênero foi realizado em 1977 e já mostrou a prevalência de depressão em mulheres. Neste mesmo trabalho os autores, analisaram diversas pesquisas em diferentes países, o interessante é que em todos os países o índice depressivo era superior no gênero feminino.

Em outro estudo, também mostra que entre os diagnosticados deprimidos, o número de mulheres tem sido duas vezes maior que o de homens, afirmando que esta proporção se mantém ao longo de toda a vida da população em geral, em várias cidades do mundo. Estes dados estão diretamente ligados às situações como conflitos familiares, problemas de saúde, relacionamentos rompidos ou instáveis, gravidez, violência e fatores socioeconômicos. (MARIANO, BORLOTI, 2011).

O segundo gráfico nos mostra a distribuição em relação à faixa etária dos pacientes.

Gráfico 2 – Faixa etária dos pacientes.

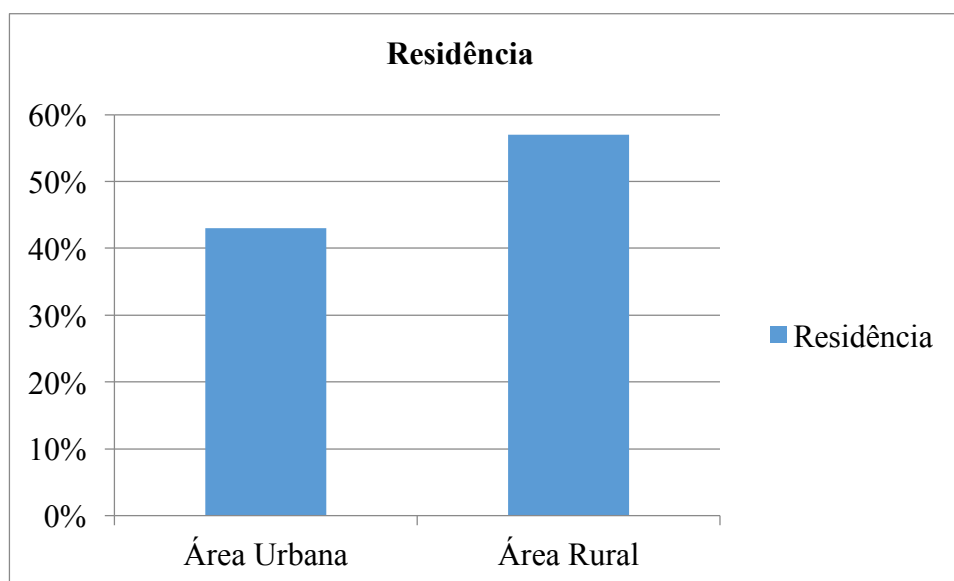


O gráfico 2 diz respeito à maior prevalência na faixa etária entre 50 a 59 anos, porém há divergência com a literatura e achados, inclusive com estudos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizados nos anos de 2003 - 2008 e 2013. Na PNAD – 2003, a faixa etária com maior índice de depressão foi dos 60 a 69 anos (BARROS, *et al.*, 2011). No PNAD – 2013 o maior índice de depressão se encontra na faixa de 60 a 64 anos (STOPA, *et al.*, 2015). E na PNAD – 2008, o maior índice se apresentou na faixa de 80 anos ou mais (BARROS, *et al.*, 2011).

Segundo Barros *et al.* 2011, a prevalência tende a aumentar com a idade, e que tal prevalência persiste no mesmo nível após os 60 anos, o que diverge dos achados deste estudo.

O gráfico 3 corresponde a distribuição dos pacientes quanto à localização de suas residências, sendo dividido em área urbana e rural.

Gráfico 3 –Distribuição dos pacientes residentes da área urbana e rural do município de Rio Fortuna/SC.



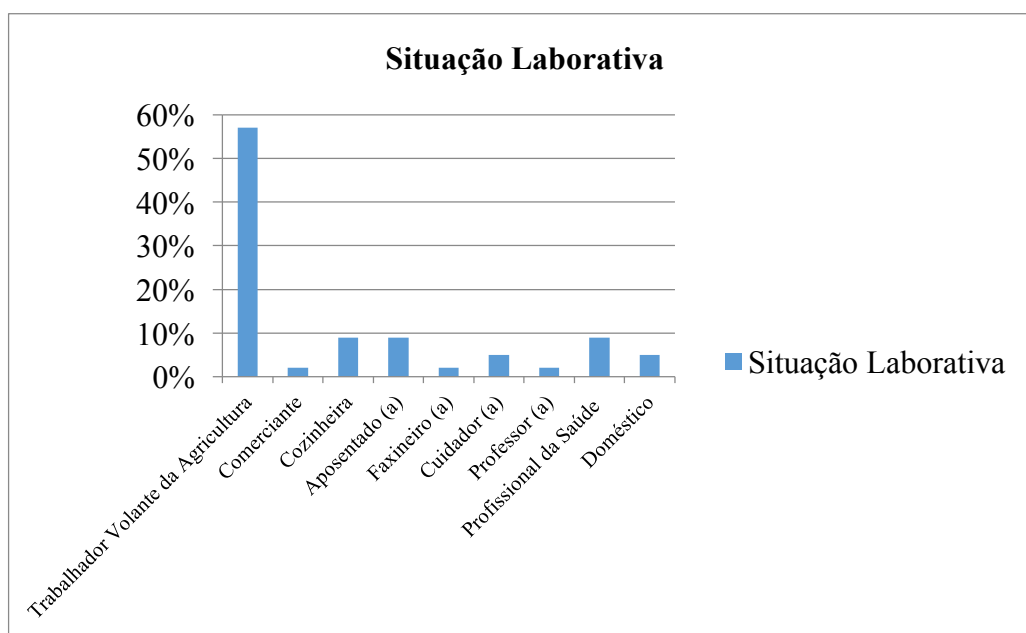
Podemos perceber com base no gráfico 3, que 57% dos pacientes diagnosticados com depressão residem na área rural e 43% residem na área urbana. Visto que, segundo o censo do IBGE de 2010, a situação domiciliar da população rio fortunense é de 1.523 pessoas residentes da área urbana e 2.923 pessoas residentes da área rural, o que justifica os resultados obtidos.

A grande maioria dos estudos são realizados com residentes da área urbana. Quanto à prevalência desse agravo na população rural o conhecimento é bastante limitado (HIRSCHMANN, GOMES, GONÇALVEZ, 2018).

Este resultado difere dos achados anteriores da PNAD 2003 – 2008 e 2013, nestes a maior prevalência para o local de residência a área urbana (BARROS, *et al.*, 2011) (STOPA, *et al.*, 2015). Tendo em mente que a vida em sociedades urbanizadas é capaz de gerar certos efeitos psicológicos nos indivíduos, com consequências que se refletem na saúde mental (SILVA, PAIVA, 2014).

O próximo gráfico, mostra a distribuição quanto a situação laborativa dos munícipes diagnósticos com depressão.

Gráfico 4 – Distribuição da situação laborativa dos pacientes.



Os dados do gráfico 4 foram computados com base em 44 prontuários, pois 71 destes não possuíam a informação necessária. Em razão da população rio fortunense ser, em sua maioria da área rural, podemos perceber que a situação laborativa que se apresentou em maior porcentagem foi trabalhador volante da agricultura, com 57%. Em seguida com 9% temos profissional da saúde, cozinheira e aposentado (a). Posteriormente, doméstico (a) com 5%, e por fim com 2% professor (a), cuidador (a), faxineiro (a) e comerciante.

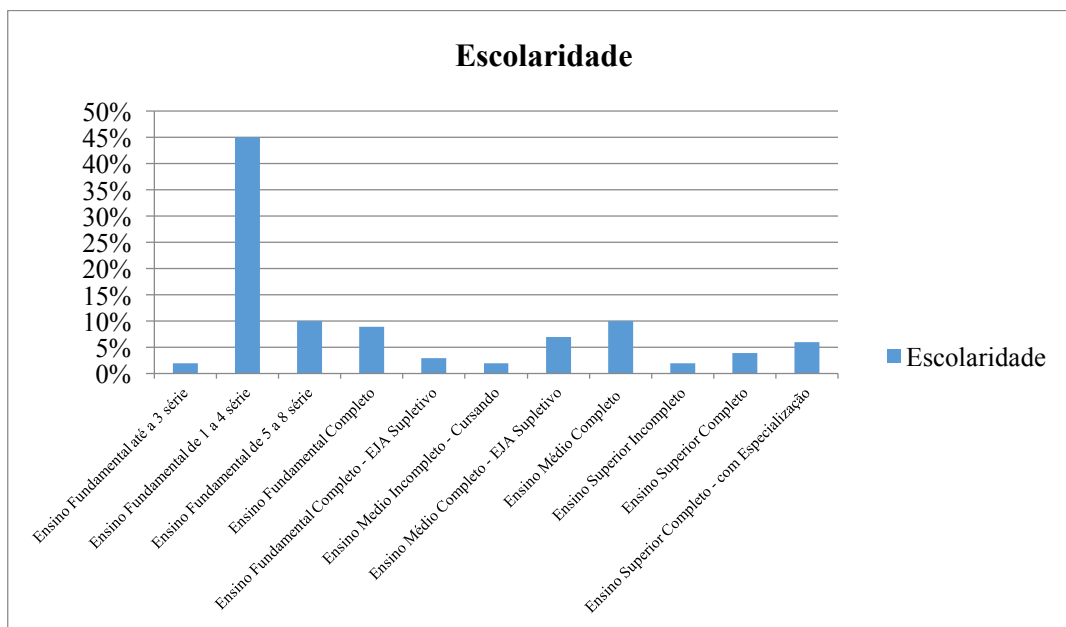
Estes resultados estão associados com o trabalho realizado por Neto, Andrade e Felden em 2018, os quais mostram que a exposição a agrotóxicos tem sido associada com transtornos mentais, devido à atividade neurotóxica e a desregulação endócrina dos agrotóxicos.

Há uma relação bioquímica entre a depressão e a exposição aos produtos agrotóxicos, que são os neurotransmissores. Essas substâncias são liberadas quando o axônio de um neurônio pré-sináptico é excitado, viajando pela sinapse até a célula alvo, inibindo-a ou excitando-a. Está disfunção na quantidade produzida e utilizada de neurotransmissores está diretamente ligada à depressão (NETO, ANDRADE, FELDEN, 2018).

Outro estudo feito por Piovezan *et al*, a respeito do impacto sociológico da fumicultura em agricultores em 2013, mostra que os agrotóxicos como os organofosforados afetam diretamente o sistema nervoso central, tendo como um dos principais efeitos sobre o organismo a depressão, comprometendo a qualidade de vida gerando pensamentos de desesperança e incapacidade que podem culminar em atitudes suicidas.

O gráfico abaixo, faz distribuição dos pacientes de acordo com o nível de escolaridade.

Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes quanto a escolaridade.



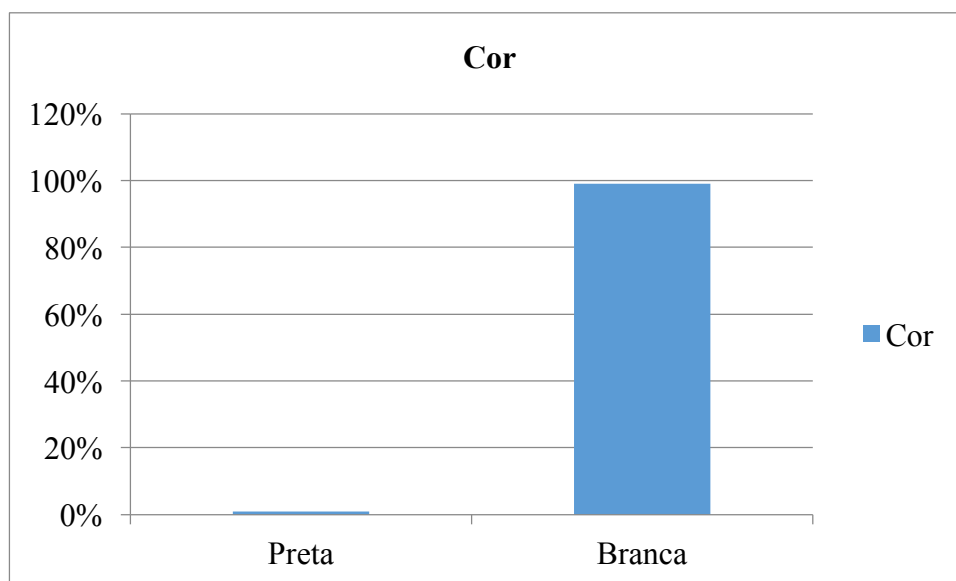
Baseado no gráfico 5, o nível escolar que teve uma maior porcentagem foi o ensino fundamental, representando 45%. Os dados do gráfico acima representam um total de 67 pacientes, pois 48 prontuários não constavam esta informação.

Há uma associação entre depressão e baixa escolaridade, na qual a maior prevalência de depressão é encontrada nos indivíduos com baixa escolaridade (SOUZA *et al.*, 2010). A literatura internacional, tem como pressuposto que a educação é um fato de proteção à depressão e fator determinante de um tratamento eficaz. Sabe-se que a educação exerce efeitos diretos e indiretos sobre a saúde dos indivíduos. A literatura diz que os efeitos da educação sobre a saúde surgem por diferentes meios: fatores econômicos, adoção de comportamentos saudáveis, desenvolvimento e manutenção do poder de recuperação (DOS SANTOS, KASSOUF, 2008).

Em consonância o estudo realizado por meio da Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) em 2013, vem de encontro com os resultados obtidos nesta pesquisa, onde o nível de escolaridade sem instrução e fundamental incompleto é maior comparado aos demais níveis (STOPA, *et al.*, 2015).

Logo a seguir, temos o gráfico que representa a distribuição dos pacientes em relação a cor.

Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes em relação a cor.



A partir do resultado do gráfico 6, podemos verificar que 99% dos pacientes com o diagnóstico de depressão são brancos e apenas 1% é preto. Este resultado está diretamente relacionado ao fato de o município de Rio Fortuna ter sido primeiramente habitado por índios Botucudos e posteriormente, foi desbravado por imigrantes alemães e família procedentes de Teresópolis e São Bonifácio (IBGE, 2010). E consequentemente ser composto na sua grande maioria por indivíduos brancos.

Estes resultados divergem dos resultados encontrados na literatura. O estudo feito por Smolen e Araújo (2017), a partir de uma revisão de literatura de 14 artigos, a depressão reportou prevalência maior nos grupos de cor não brancas em comparação as pessoas brancas. Desta análise, apenas seis tiveram amostra constando uma prevalência depressiva nos brancos, porém estas seis análises foram realizadas no Sul e Sudeste, onde há uma maior predominância da população branca.

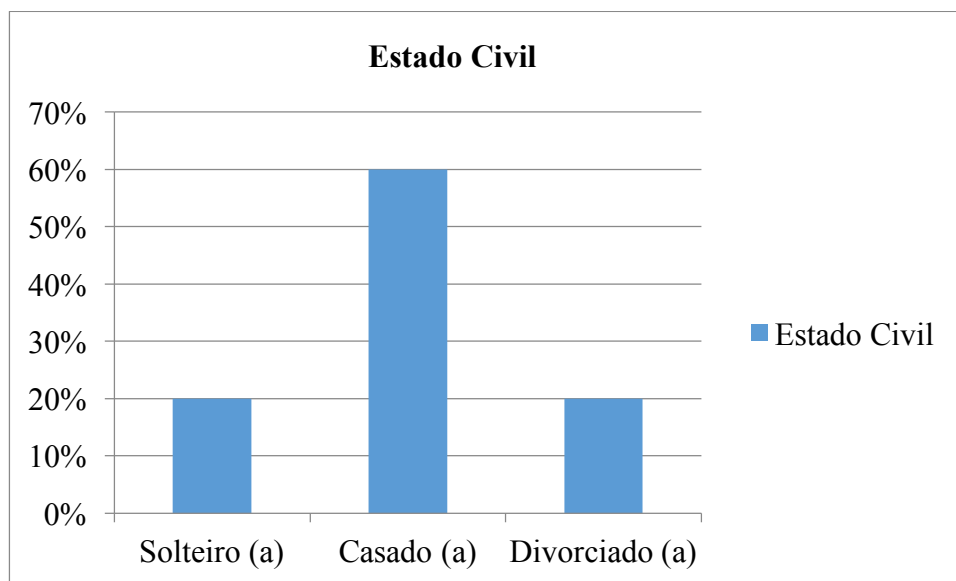
A raça/cor da pele pode interferir nas oportunidades educacionais, financeiras e sociais, que uma pessoa recebe na sua vida. A mesma pode influenciar a exposição ao estresse de duas maneiras, primeira é o estresse ligado à estrutura social, status social, papéis sociais, e o estresse causado pelo fato de que a cor é um determinante da posição socioeconômica, a segunda maneira é o estresse ligado às experiências de discriminação e racismo (SMOLEN, ARAÚJO, 2017).

Todavia, de acordo com os estudos de Smolen e Araújo (2017) indivíduos declarados como negros possuem maior prevalência para depressão, tendo como fator gatilho

a questão de discriminação e injúria racial. Esses dados divergem com este estudo. Pode-se inferir que esta divergência se dá, de acordo com dados do IBGE (2010), a população de Rio Fortuna ser, predominantemente, branca.

Em relação ao estado civil dos pacientes, foram obtidas as informações de apenas dez prontuários, os demais não constavam a informação desejada. Destes 60% são casados, 20% solteiros e 20% divorciados, como representa o gráfico abaixo.

Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes de acordo com o estado civil.



Estes resultados divergem quando comparados com os resultados obtidos no trabalho realizado por Boing *et al.* (2012), em que a prevalência foi maior em viúvos ou separados (30,7%), enquanto que solteiros representam um total de 10,60% e os casados 16,6%.

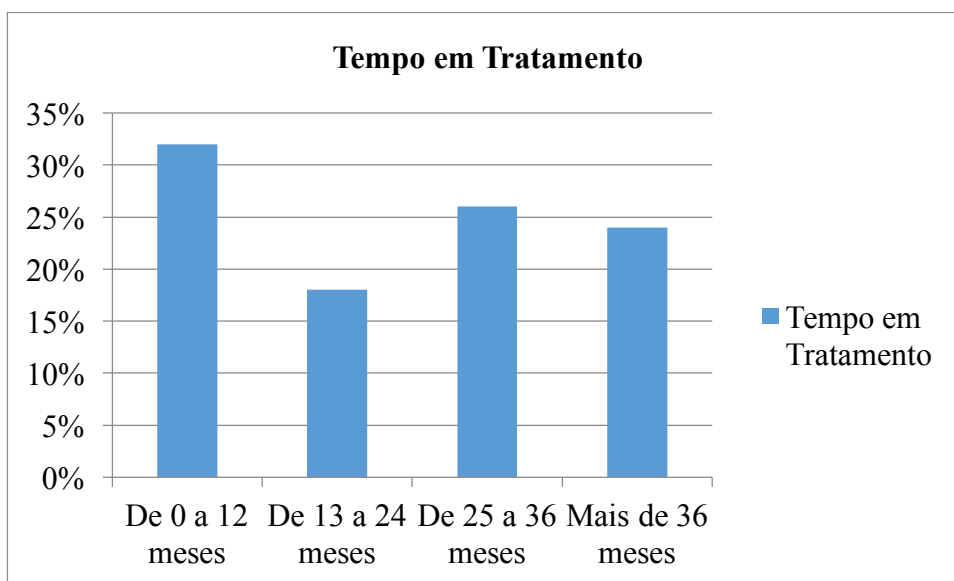
Em outro estudo, as respostas relacionadas a solteiros, viúvos e separados representou 77,9%, deixando claro a maior prevalência em comparação com namorados ou casados (BIGHETTI, DA SILVA ALVES, BAPTISTA, 2014).

O casamento é um fator de felicidade mais poderoso que o trabalho e o dinheiro. Em convicção com a saúde mental, casados apresentam menor índice de depressão, enquanto que a principal fonte de angústia se concentra no término de uma relação íntima (SCHLÖSSER, 2014). Contudo, neste estudo houve divergência de dados em relação aos estudos já realizados.

O gráfico a seguir mostra as porcentagens correspondentes ao tempo em tratamento dos pacientes com o diagnóstico de depressão atendidos na Unidade de Saúde Básica (USB) do município. Podemos verificar que a maior prevalência é de 0 a 12 meses com 32%, seguido por

25 a 36 meses com 26%, posteriormente mais de 36 meses com 24% e por fim de 13 a 24 meses com 18%.

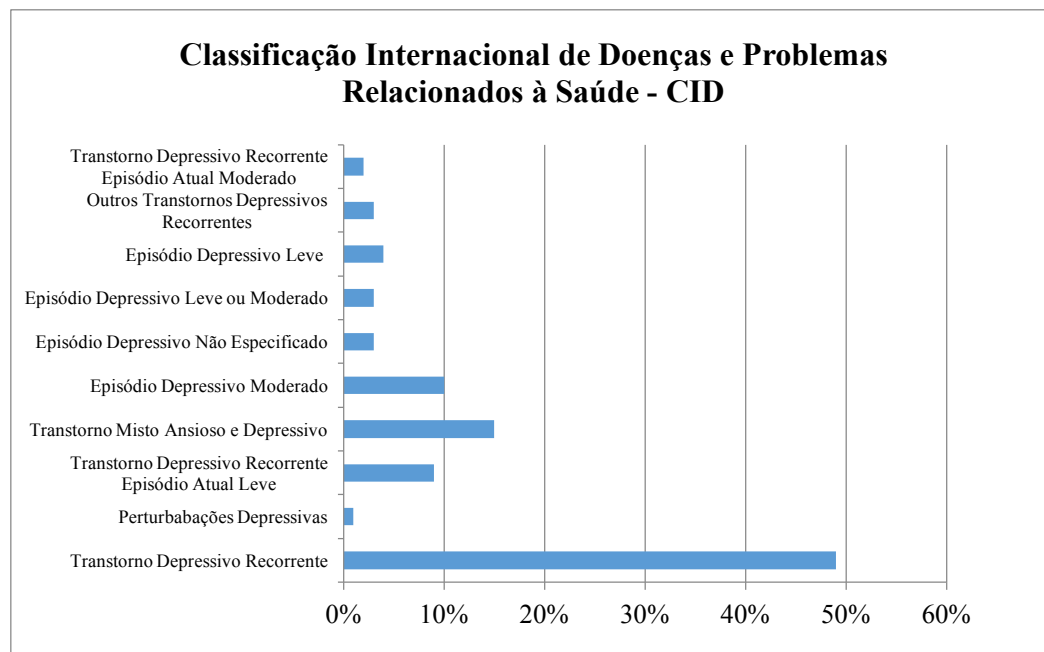
Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes em relação ao tempo de tratamento.



Este resultado vem ao encontro do que diz a Organização Mundial de Saúde (OMS), que destaca que a pandemia de COVID-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. Mesmo não estando mais no auge da pandemia, atualmente, muitas pessoas continuam incapazes de obter cuidados e o apoio de que precisam para condições de saúde mental pré-existentes e recém desenvolvidas (OPAS, 2022).

O último gráfico faz a distribuição dos casos de depressão conforme a classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID.

Gráfico 9 – Distribuição dos pacientes quanto à classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID.



Entre as 10 classificações encontradas nos prontuários digitais dos pacientes, a que se apresentou de forma significativa foi o transtorno depressivo recorrente, com 49%. O transtorno depressivo recorrente é caracterizado pela presença de três ou mais episódios de transtornos depressivos maiores prévios. Ou seja, ter transtorno depressivo recorrente significa apresentar três quadros de depressão.

Neste estudo também se pretendia fazer a correlação familiar entre os pacientes diagnosticados com depressão, porém não havia dados suficientes nos prontuários para fazer esta análise.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível confirmar dados da literatura quanto a grande prevalência de indivíduos acometidos pela depressão. Além de ser considerada umas das principais causas da incapacitação mundial, o que resulta em um prejuízo no âmbito econômico e social, é considerada como a doença mental que está mais relacionada com o suicídio tornando-se, dessa forma, um problema de saúde pública.

De acordo com dados da literatura, a depressão está relacionada, diretamente, com a piora de quadros clínicos ligados à cardiopatias, diabetes, obesidade e problemas oncológicos.

A partir da análise dos prontuários digitais, foi possível realizar o levantamento clínico sociodemográfico dos pacientes diagnosticados com depressão atendidos na Unidade Básica de Saúde de Rio Fortuna/SC e, conseqüentemente, responder aos objetivos específicos.

Com base nos resultados obtidos, podemos observar a prevalência desta doença no gênero feminino, com 77% dos resultados, enquanto que o gênero masculino possui um percentual de 23%. A diferença de percentuais entre os dois gêneros é muito significativa. Fatores como, diferenças fisiológicas e hormonais, baixo nível de escolarização, baixa renda e questões sociais, buscam explicar esta prevalência.

Por meio dos resultados, conseguimos identificar, ainda, que dentre os pacientes com o diagnóstico de depressão 57% residem na área rural e 43% na área urbana. Este resultado vem ao encontro com a profissão de maior prevalência ‘trabalhador volante da agricultura’, com um total de 57%, visto que a população rio fortunense em sua maioria reside na área rural.

Em relação ao objetivo específico relacionado ao tempo de tratamento, temos como resultado tratamentos de 0 a 12 meses, com 32%, ou seja, o maior índice está nos tratamentos mais recentes. Estes resultados podem ser explicados pelo reflexo da pandemia de COVID-19, o que desencadeou um aumento na ansiedade e depressão na população, entre outros fatores.

De acordo com a classificação internacional de problemas e doenças relacionados à saúde – CID, a classificação ‘transtorno depressivo recorrente’, foi a que apresentou uma maior prevalência, com 49%, o qual é caracterizado pela presença de três ou mais episódios de transtornos depressivos maiores prévios.

Vale salientar, que se pretendia fazer a correlação familiar entre os pacientes diagnosticados com depressão, porém não havia dados suficientes nos prontuários para fazer esta análise.

Por fim, este estudo é de suma importância, visto que todos os resultados obtidos serão socializados com a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Fortuna, para que possam

realizar uma análise dos mesmos e, a partir da população mais susceptível já identificada, possam traçar estratégias eficazes a fim de combater e prevenir a depressão no município.

REFERÊNCIAS

ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**, Brasília, DF: CFM: ABP, 2014.

ARAÚJO, Luana Matos Silva et al. **SETEMBRO AMARELO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**. Revista a saúde multidisciplinar, v. 7, n. 1, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3755-3768, 2011.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; OLIVEIRA, Maria das Graças de. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens?. **Temas em psicologia**, v. 7, n. 2, p. 143-156, 1999.

BIGHETTI, Cássia Aparecida; DA SILVA ALVES, Gisele Aparecida; BAPTISTA, Makilim Nunes. Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A): evidências de validade com o Big Five. **Avaliação Psicológica**, v. 13, n. 1, p. 29-36, 2014.

BOING, Antonio Fernando et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 617-623, 2012.

BRASIL. **Depressão**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>. Acesso em: 20 out. 2021.

CESCON, Luciana França; CAPOZZOLO, Angela Aparecida; LIMA, Laura Camara. **Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial**. Saúde e sociedade, v. 27, p. 185-200, 2018.

CÓRDAS, TákiAthanássios; EMILIO, Matheus Schumaker. **História da melancolia**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, GiovâniFirpo Del. **Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 15, p. 346-354, 2012.

DE OLIVEIRA, Milena Edite Casé et al. **Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o Setembro Amarelo?**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 48, p. e3191-e3191, 2020.

DEL PORTO, José Alberto. **Conceito e diagnóstico**. BrazilianJournalofPsychiatry, v. 21, p. 06-11, 1999.

DESIDÉRIO, Mariana. **Onde vivem os brasileiros que mais sofrem com depressão**. 2015. Disponível em: <https://exame.com/brasil/onde-vivem-os-brasileiros-que-mais-sofrem-com-depressao/>. Acesso em: 25 out. 2021.

DIVE. **Mortalidade Geral – Santa Catarina – CID 10**. Disponível em: <<http://200.19.223.105/cgi-bin/tabnet?sim/def/sim96.def>>. Acesso em: 30 out. 2021.

DOS SANTOS, Marcelo Justus; KASSOUF, Ana Lúcia. **Uma estimativa econométrica do retorno da educação para a saúde mental dos brasileiros: escolaridade versus depressão**. 2008.

FEITOSA, Carla Danielle Araújo; FERNANDES, Márcia Astrês. **Afastamentos laborais por depressão**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 28, 2020.

FEITOSA, Michelle Pereira; BOHRY, Simone; MACHADO, Eleuza Rodrigues. **Depressão: Família, e seu papel no tratamento do paciente**. Encontro: Revista de Psicologia, v. 14, n. 21, p. 127-144, 2011.

FLECK, Marcelo P. et al. **Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão** (Versão integral). Brazilian Journal of Psychiatry, v. 31, p. S7-S17, 2009.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Angela Maria Corrêa et al. **Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 67, p. 101-109, 2018.

GUEDES, Anderson Ferreira et al. **Prevalência e correlatos da depressão com características de saúde e demográficas de universitários de medicina**. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 26, n. 1, p. 47-50, 2019.

HAUTZINGER, Martin. **Como lidar com a depressão. Guia prático para familiares e pacientes que sofrem de depressão**. Hogrefe: 2016.

HIRSCHMANN, Roberta; GOMES, Ana Paula; GONÇALVES, Helena. Sintomatologia depressiva entre moradores da zona rural de uma cidade no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Portal Cidades**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/rio-fortuna/panorama>> Acesso em 09 out. 2021.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Portal Cidades**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/rio-fortuna/pesquisa/23/25207>> Acesso em 16jun. 2022.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Portal Cidades**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/rio-fortuna/historico>> Acesso em 16jun. 2022.

LUCENA, Carlos Yuri Ferreira; TOLEDO, Miguel Aguila; DE SOUSA, Milena Nunes Alves. **Avaliação do Distúrbio Depressivo em Pacientes na Atenção Primária à**

Saúde/Evaluation of Depressive Disorder in Patients Primary Health Care. ID online REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 15, n. 54, p. 250-262, 2021.

LUCENA, Carlos Yuri Ferreira. **Depressão compreendida como distúrbio e doença do século.** Monografia – Faculdade de Medicina, PB, Cajazeiras, 2019.

MALHOTRA, Naresch K. **Pesquisa de Marketing: uma Orientação Aplicada.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARIANO LIRA CORREIA, Karyne; BORLOTI, Elizeu. Mulher e Depressão: Uma Análise Comportamental-Contextual. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento**, v. 19, n. 3, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio.** Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 25 out 2021.

MOTTA, Cibele Cunha Lima da; MOREÍ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo; NUNES, Carlos Henrique Sancineto da Silva. **O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 911-920, 2017.

NETO, Manoel Gomes Filho; ANDRADE, Rubian Diego; FELDEN, Érico Pereira Gomes. Trabalho na agricultura: possível associação entre intoxicação por agrotóxicos e depressão. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, v. 3, n. 1, 2018.

OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Liana. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental.** [S. l.], 2011.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em administração.** Catalão: UFG, 2011.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Depressão.** 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>. Acesso em: 09 de out. de 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.** 2022. Disponível em: <[https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\)](https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS).>)>. Acesso em: 18 de jun. de 2022.

PIOVEZAN, Gabriel et al. **Impacto sociológico da fusicultura em agricultores.** 2013.

POWELL, Vania Bitencourt et al. **Terapia cognitivo-comportamental da depressão.** Brazilian Journal of Psychiatry, v. 30, p. s73-s80, 2008.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 2012.

RICKEN, Ignácio; DIRCKSEN-RICKEN, Tatiane. **Rio Fortuna: resgatando as origens, cultivando valores, alicerçando o futuro...** Editora Coan. Rio Fortuna. 2008.

RIO FORTUNA. **Município de Rio Fortuna**. 2014. Disponível em: <<https://www.riofortuna.sc.gov.br/>> Acesso em 09 out. 2021.

RIO FORTUNA. **Município de Rio Fortuna**. 2014. Disponível em: <<https://www.riofortuna.sc.gov.br/>> Acesso em 09 out. 2021.

RIO FORTUNA. **Plano Municipal de Saúde do Município de Rio Fortuna**. [S. l.: s. n.], 2020.

RUFINO, Sueli et al. **Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão**. Revista Saúde em Foco, v. 10, 2018.

SANTA CATARINA. **Transtornos depressivos: Protocolo clínico**. Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem e o tratamento de transtornos depressivos, [s. l.], 2015. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9191-transtornos-depressivos-clinico/file>. Acesso em: 28 out. 2021.

SCHLÖSSER, Adriano. Interface entre saúde mental e relacionamento amoroso: um olhar a partir da psicologia positiva. **Pensando famílias**, v. 18, n. 2, p. 17-33, 2014.

SETEMBRO AMARELO. **A campanha Setembro Amarelo salva vidas!**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>. Acesso em: 19 out. 2021.

SILVA, Amanda Ramalho et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos**. Jornal brasileiro de Psiquiatria, v. 66, p. 45-51, 2017.

SILVA, Selma Gomes da; PAIVA, Antônio Cristian Saraiva. **Os impactos da vida na cidade e do campo na saúde mental: relatos de docentes que atuam em comunidades ribeirinhas no estado do Amapá**. 2014.

SOUSA, Marlene et al. Depressão em idosos: prevalência e factores associados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 26, n. 4, p. 384-91, 2010.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos. **Tratamento da depressão**. BrazilianJournalofPsychiatry, v. 21, p. 18-23, 1999.

SMOLEN, Jenny Rose; ARAÚJO, Edna Maria de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 4021-4030, 2017.

STOPA, Sheila Rizzato et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 170-180, 2015.

TENG, CheiTung; HUMES, Eduardo de Castro; DEMETRIO, Frederico Navas. Depressão e comorbidades clínicas. **ArchivesofClinicalPsychiatry (São Paulo)**, v. 32, p. 149-159, 2005.