

Sintomas depressivos e comportamento suicida em população geral de cidade mineira

Depressive symptoms and suicide behavior in a general population of a city in Minas Gerais

Síntomas depresivos y comportamiento suicida en población general de una ciudad de Minas Gerais

RESUMO:

Objetivo: analisar a presença/intensidade sintomatologia depressiva e relacionar com comportamento suicida em população geral adulta. **Método:** estudo exploratório, quantitativo, entrevistas com questionário semiestruturado, questões norteadoras para depressão/comportamento suicida, escalas psicométricas de depressão, sorteio de locais; amostra não probabilística, estratificada, por conveniência; 50 participantes por área geográfica. **Resultados:** Dos 200 participantes, 73 (36,5%) apresentaram sintomatologia depressiva (maior que a média nacional), e 62 (84,92%) depressão prévia. Notou-se: prevalência de intensidade sintomatologia moderada (37,0%) e grave (15,1%) e o tempo de diagnóstico de depressão, de 0 a 5 anos (41,1%). Participantes sem sintomatologia prévia apresentaram maior severidade dos sintomas depressivos, em sua maioria, mulheres, adultos jovens, brancos, casados, empregados, pessoas que viviam com familiares, pessoas que possuíam comorbidades clínicas em tratamento, pessoas que moravam em área de vulnerabilidade social (31,50%). Relataram comportamento suicida 26 participantes (13%), 13 (50,0%) em 5 anos; 15 (57,7%) trataram, 06 (40%) há 3 meses; 03 (11,5%) em hospitais psiquiátricos; 11 (42,3%) com ideação suicida sem tratamento. Relação entre depressão e comportamento suicida. **Conclusão:** resultados embasam implantação políticas públicas de prevenção/tratamento.

Descritores: Depressão; Comportamento suicida; Epidemiologia; Saúde mental; Psicometria.

ABSTRACT:

Objective: to analyze the presence/intensity of depressive symptoms and relate it to suicidal behavior in the general adult population. **Method:** exploratory, quantitative study, interviews with a semi-structured questionnaire, guiding questions for depression/suicidal behavior, depression psychometric scales, drawing of locations; non-probabilistic sample, stratified by convenience, 50 participants by geographic area. **Results:** 200 participants, 73 (36,5%) had depressive symptoms (greater than national average), 62 (84,92%) prior depression, prevalence moderate symptomatology (37,08%) - severe (15,1%), time since diagnostic of depression 0 to 5 years (41,1%), participants without previous symptoms had greater severity of depressive symptoms; mostly women, young adults, white, married, employed, living with family members, clinical comorbidities, undergoing treatment; lived in an area of social vulnerability (31.50%). 26 (13%) reported suicidal behavior, 13 (50.0%) in 5 years; 15 (57.7%) treated, 06 (40%) for 3 months; 03 (11.5%) in psychiatric hospitals; 11 (42.3%) with suicidal ideation without treatment. Relationship between depression and suicidal behavior. **Conclusion:** results support the implementation of public prevention/treatment policies.

Descriptors: Depression; Suicidal behavior; Epidemiology; Mental health; Psychometry.

RESUMEN:

Objetivo: analizar la presencia/intensidad de síntomas depresivos, relacionarlos con la conducta suicida en la población adulta general. **Método:** estudio exploratorio cuantitativo, entrevistas con cuestionario semiestructurado, preguntas orientadoras para depresión/conducta suicida, escalas psicométricas de depresión, dibujo de localizaciones; muestra no probabilística, estratificada por conveniencia, 50 participantes por área geográfica. **Resultados:** 200 participantes, 73 (36,5%) tenían síntomas depresivos (mayores que el promedio nacional), 62 (84,92%) depresión previa, prevalencia de sintomatología moderada (37,0%) - grave (15,1%), tiempo desde el diagnóstico de depresión 0 a 5 años (41,1%), los participantes sin síntomas previos tenían una mayor gravedad de los síntomas depresivos; en su mayoría mujeres, adultos jóvenes, blancos, casados, empleados, que viven con miembros de la familia, comorbilidades clínicas, en tratamiento; vivía en una zona de vulnerabilidad social (31,50%). 26 (13%) informaron comportamiento suicida, 13 (50,0%) en 5 años; 15 (57,7%) tratados, 6 (40%) durante 3 meses; 3 (11,5%) en hospitales psiquiátricos; 11 (42,3%) con ideación suicida sin tratamiento. Relación entre depresión y conducta suicida. **Conclusión:** los resultados apoyan la implementación de políticas públicas de prevención / tratamiento.

Descriptor: Depresión; Comportamiento suicida; Epidemiología; Salud mental; Psicometría.

Giovanna Vallim Jorgetto¹

 [0000-0001-6910-4463](https://orcid.org/0000-0001-6910-4463)

João Fernando Marcolan¹

 [0000-0001-8881-7311](https://orcid.org/0000-0001-8881-7311)

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem/UNIFESP. São Paulo/SP, Brasil.

Autor correspondente

Giovanna Vallim Jorgetto

E-mail: giovanna.jorgetto@prof.fae.br

Como citar este artigo:

Jorgetto GV, Marcolan JF. Sintomas depressivos e comportamento suicida em população geral de cidade mineira. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2022;12:e4421. [Access ____]; Available in: ____ . DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4421>

INTRODUÇÃO

Desde a segunda metade do século XX, tem-se observado aumento da prevalência de depressão, e a idade de surgimento tem-se mostrado cada vez mais precoce. Sendo assim, a elevada e crescente prevalência de depressão em populações de todos os continentes e os graves impactos que produz configuram o transtorno como um dos mais sérios problemas de saúde pública no início do século XXI ⁽¹⁾.

Segundo projeções da Organização Mundial da Saúde, em 2030 a depressão será o mal mais prevalente do planeta, à frente de câncer e de algumas doenças infecciosas, sendo a primeira causa de incapacidades e a segunda maior causa de anos vividos com incapacidade no mundo, atingindo mais as mulheres (13,4%) do que os homens (8,3%) ⁽¹⁾.

Comportamento suicida engloba pensamentos de autodestruição, autoagressão, manifestada por gestos suicidas e tentativas de suicídio, e, finalmente, o próprio suicídio. Tem etiologia multifatorial, sendo a depressão importante fator predisponente ^(1,2).

A OMS estima que 322 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de depressão ¹, e em seu relatório de 2017 aponta que 788 mil pessoas morreram por suicídio em 2015, uma morte por suicídio no mundo a cada 40 segundos, representando quase 1,5% de todas as mortes no mundo. O suicídio é a terceira principal causa de morte no mundo para aqueles com idade entre 15-44 anos ⁽¹⁾.

No que tange aos dados brasileiros, 12 milhões de brasileiros sofrem de depressão - 5,8% da população sofre de depressão, taxa acima da média global, que é de 4,4% ⁽¹⁾. Em 2016, houve no Brasil 13.467 mortes por suicídio, a perfazer a taxa de 6,5 por 100.000, 6º lugar entre os países latino-americanos em número de suicídio, demonstrado aumento no número de casos de suicídio no Brasil e em toda a América Latina ⁽¹⁾.

Em estudo realizado com dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em uma série histórica, compreendendo os anos de 1996 a 2016, concluiu-se que houve aumento de 29,4% na taxa de mortalidade por suicídio no Brasil, de 4,29 para 5,55 por 100.000 habitantes ⁽²⁾. Evidencia-se ainda carência de estudos de base populacional relacionados a temática no Brasil.

Embasados em dados da literatura, presumiu-se que encontraríamos alta incidência de quadro depressivo em moradores da cidade de Poços de Caldas/MG, correlacionada com a presença de comportamento suicida, portanto, com risco aumentado para o aparecimento de morte intencional para parte desses participantes. Tal fato aponta para a necessidade de políticas públicas de prevenção e atenção a depressão e comportamento suicida, pois se trata de ser morte evitável na maioria das vezes. Desta forma, o presente estudo justificase por considerar que na cidade em estudo, assim como a região, não tem estudos de base populacional a respeito do tema, sendo esta a maior cidade do sul do Estado de Minas Gerais e polo de

saúde para cerca de 110 cidades do entorno e que conta com apenas um CAPS II e um CAPS álcool e droga II para a população do município e cidades circunvizinhas, sem programa específico para comportamento suicida. Portanto, este estudo possibilita aos responsáveis pela saúde pública da cidade e região, riqueza de dados para planejamento e implantação de intervenções com vistas a assistir ao sofrimento pela sintomatologia depressiva e evitar/diminuir os riscos para o suicídio. Este estudo teve como objetivos analisar presença e intensidade da sintomatologia depressiva e relacionar com comportamento suicida em população geral adulta.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em Poços de Caldas/MG. O período da coleta de dados se deu entre janeiro de 2017 a outubro de 2018. Foi explicado ao participante o que compreendia a pesquisa, resolvidas as dúvidas e após consentimento em participar, foi realizada entrevista em data, local e horário aceito pelo mesmo.

A população foi de residentes e domiciliados na cidade de Poços de Caldas/MG. A amostra não probabilística e estratificada foi definida por conveniência a 200 indivíduos, escolhida aleatoriamente entre o centro e os três pontos cardeais da cidade (Sul, Leste e Oeste), mantida a proporção de 50 indivíduos por área geográfica. A exclusão da zona norte se deu ao fato de ser área de mata preservada no Município e não possuir habitações. A quantidade de entrevistas foi dividida pela quantidade de bairros das regiões para que houvesse divisão igualitária entre a quantidade de participantes por bairro. Houve sorteio da rua de cada bairro e a coleta teve início pelo número de residência mais baixo da rua; após, a abordagem foi realizada do outro lado da rua, respeitada a alternância de duas casas entre um participante e outro. Tal cuidado se fez a fim de evitar comunicação entre os vizinhos e contaminação das respostas dos participantes.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos de ambos os sexos; com idade acima de 18 anos; residentes e domiciliados em Poços de Caldas/MG, em tempo igual ou superior a doze meses e com condições cognitivas para participar do estudo. Os de não inclusão: os que não se encontravam na residência escolhida no momento da coleta de dados e os que se recusaram a participar; os de exclusão foram participantes que após a realização da entrevista solicitaram a retirada dos dados.

Os instrumentos para coleta de dados utilizados foram escalas psicométricas para sintomatologia depressiva, aplicadas na seguinte ordem: Inventário de Depressão de Beck, Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton e Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery – Asberg. Para as escalas foi solicitado ao participante que respondesse para cada item qual alternativa descrevia melhor seus sentimentos na última semana, incluído o dia da pesquisa. A seguir, realizou-se a entrevista por meio de questionário semiestruturado confeccionado pelos pesquisadores com dados referentes ao perfil sociodemográfico,

como sexo, idade, bairro e região de moradia, cor/raça, religião, estado civil, escolaridade, quantidade de pessoas que residiam no domicílio e atividade laboral; dados a respeito do histórico de doença na família, histórico pessoal, antecedentes de depressão e comportamento suicida. Continha três questões norteadoras a abordar a percepção sobre os fatores de risco e proteção para depressão e comportamento suicida, percepção sobre o sofrimento psíquico que relatou/foi detectado pelas escalas e a percepção sobre a sintomatologia depressiva na relação com o comportamento suicida.

A análise dos dados foi realizada de acordo com os escores estabelecidos para cada escala psicométrica e o tratamento estatístico dos resultados de cada escala com as variáveis sociodemográficas por meio de testes. Para comparação de proporções entre grupos, foi aplicado os Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher, quando indicado. Foram traçadas correlações lineares entre os três instrumentos de avaliação da

depressão segundo o método de Pearson. Foram considerados como estatisticamente significativos resultados com probabilidade de erro do tipo I inferior a 5,00% ($p < 0,005$). Os dados foram tabulados e analisados com o pacote estatístico SPSS (Statistical Package Social Science), versão 20.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o parecer de número 1.813.770 e, para o seu desenvolvimento, foram atendidos os preceitos éticos instituídos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 200 participantes. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes segundo aspectos sociodemográficos, divididos em grupo com presença e ausência de sintomatologia depressiva e a análise estatística, pelo teste exato de Fischer.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômico-demográfica dos participantes com e sem presença de sintomas depressivos. Poços de Caldas/MG, 2020.

Variáveis	Total	Presença de sintomas depressivos	Ausência de sintomas depressivos	p-value
Sexo				
Feminino	122 (61,0%)	57 (78,1%)	65 (51,2%)	<0,001
Masculino	78 (39,0%)	16 (21,9%)	62 (48,8%)	
Filhos				
Sim	153 (76,5%)	67 (91,8%)	86 (67,7%)	<0,001
Não	47 (23,5%)	06 (8,2%)	41 (32,3%)	
Escolaridade				
Analfabeto	03 (1,5%)	01 (1,4%)	02 (1,6%)	0,001
Analfabeto Funcional	02 (1,0%)	-----	02 (1,6%)	
Ensino Fundamental Incompleto	58 (29,0%)	20 (27,4%)	38 (29,9%)	
Ensino Fundamental Completo	19 (9,5%)	12 (16,4%)	07 (5,5%)	
Ensino Médio Incompleto	20 (10,0%)	14 (19,2%)	06 (4,7%)	
Ensino Médio Completo	40 (20,0%)	12 (16,4%)	28 (22,0%)	
Ensino Superior Incompleto	09 (4,5%)	01 (1,4%)	08 (6,3%)	
Ensino Superior Completo	41 (20,5%)	13 (17,8%)	28 (22,0%)	
Especialização	08 (4,0%)	-----	08 (6,3%)	
Renda Individual				
Não Possui Renda	23 (11,5%)	22 (30,1%)	01 (0,8%)	<0,001
Até 2 Salários Mínimos	75 (37,5%)	34 (46,6%)	41 (32,3%)	
De 2 a 5 Salários Mínimos	76 (38,0%)	15 (20,5%)	61 (48,0%)	
Acima de 5 Salários Mínimos	20 (10,0%)	02 (2,7%)	18 (14,2%)	
Não Informou	06 (3,0%)	-----	06 (4,7%)	
Desempregado				
Sim	23 (11,5%)	22 (30,1%)	01 (0,8%)	<0,001
Não	177 (88,5%)	51 (69,9%)	126 (99,2%)	
Uso de rede social				
Facebook	177 (88,5%)	50 (68,5%)	127 (100,0%)	<0,001
Não Possui	-----	21 (28,8%)	-----	<0,001

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores segundo dados da pesquisa (2020).

Os dados da tabela acima evidenciam prevalência de sintomatologia depressiva na idade entre 29 a 39 anos (26%) e entre 62 a 83 anos (19,5%), branco (84%), católico (69%), casado (62%), com dois filhos (46%), conviver com até 3 pessoas no domicílio (26,5%), viver com companheiros/filhos/cônjuges (62%), exercer

atividade laboral não remunerada (25,5%) e ser aposentado (18,5%), com renda familiar de 2 a 5 salários mínimos (50,5%) e como recreação estar com os amigos (36%).

Na Tabela 2 encontram-se os dados quanto à presença e intensidade de sintomas depressivos pela aplicação das escalas para participantes com e sem diagnóstico prévio.

Tabela 2 - Presença e intensidade dos sintomas depressivos segundo as escalas psicométricas para participantes com e sem diagnóstico prévio. Poços de Caldas/MG, Brasil, 2020.

Escalas	Total	Presença de sintomas depressivos prévios	Ausência de sintomas depressivos prévios	p-value
IDB				
Leve	37 (50,7%)	34 (54,8%)	03 (27,3%)	0,106
Moderada	27 (37,0%)	22 (35,5%)	05 (45,5%)	
Grave	09 (12,3%)	06 (9,7%)	03 (27,3%)	
HAM-D				
Leve	35 (47,9%)	32 (51,6%)	03 (27,3%)	0,003
Moderada	27 (37,0%)	23 (37,1%)	04 (36,4%)	
Grave	11 (15,1%)	07 (11,3%)	04 (36,4%)	
MADRS				
Leve	35 (47,9%)	32 (51,6%)	03 (27,3%)	0,003
Moderada	27 (37,0%)	23 (37,1%)	04 (36,4%)	
Grave	11 (15,1%)	07 (11,3%)	04 (36,4%)	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores segundo dados da pesquisa (2020).

Os resultados obtidos pela aplicação das escalas psicométricas deste estudo evidenciam congruência entre as mesmas, com destaque para sintomatologia de intensidade moderada a grave.

Quanto ao histórico de doença em familiar dos participantes os dados evidenciaram significância estatística para o grupo com sintomatologia depressiva detectada via escalas para: doenças pré-existentes (p-value < 0,001), presença de transtorno mental (p-value < 0,001), uso de álcool/drogas, (p-value < 0,001) e com grau de parentesco estatisticamente significativo para o grupo filhos (p-value = 0,022). Quando observado o local do tratamento os dispositivos públicos de assistência à saúde se fizeram os mais citados, a exemplo da UBS e atenção secundária.

A análise de doença familiar para a amostra como um todo e separadamente para os grupos com e sem presença de sintomas depressivos evidenciou-se estatisticamente significativa para presença de doença crônica degenerativa como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, transtorno mental e uso de álcool e drogas.

Quanto aos dados referentes ao histórico de doenças clínicas e transtorno mental do próprio

participante verificou-se que estes foram estatisticamente significativos para a questão da existência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) - (p-value < 0,001), com prevalência de 70% no grupo dos participantes com sintomas depressivos prévios. Quanto a ter transtorno mental, este foi referido por 77 (38,50%) participantes (p-value < 0,001), sendo que destes 62 (80,51%) citaram depressão, 12 (15,58%) ansiedade e 02 (2,59%) transtorno bipolar, com maior concentração em tempo de tratamento entre 12-17 anos no grupo com sintomas prévios. Dos diagnosticados com depressão pelas escalas, 12 (20,3%) relataram estar sem tratamento. Dos que referiram tratamento, 54 (83,1%) receberam tratamento exclusivamente medicamentoso. 25 (12,5%) participantes com sintomas depressivos referiram ser atendidos em serviços públicos de saúde, principalmente na atenção básica.

Na Tabela 3 se encontra a distribuição dos participantes quanto ao diagnóstico prévio de depressão e tratamento para a amostra como um todo e em separado para os com e sem presença de sintomas depressivos, detectados via escalas psicométricas.

Tabela 3 - Diagnóstico prévio de depressão e tratamento com e sem presença de sintomas depressivos. Poços de Caldas/MG, Brasil, 2020.

Variáveis	Total	Presença de sintomas depressivos	Ausência de sintomas depressivos	p-value
Diagnóstico depressão prévia				
Sim	62 (31,0%)	62 (84,9%)	0 (0,0%)	<0,001
Não	138 (69,0%)	11 (15,1%)	127 (100,0%)	
Tempo de diagnóstico (anos)				
0-5 anos	30 (48,4%)	30 (48,4%)	--- (—)	
6-11anos	13 (21,0%)	13 (21,0%)	--- (—)	
12-17anos	10 (16,1%)	10 (16,1%)	--- (—)	
Acima 18 anos	09 (14,5%)	09 (14,5%)	--- (—)	
Tratamento				
Sim	54 (87,1%)	54 (87,1%)	--- (—)	
Não	08 (12,9%)	08 (12,9%)	--- (—)	
Local				
UBS	25 (46,3%)	25 (46,3%)	--- (—)	
Caps.	08 (14,8%)	08 (14,8%)	--- (—)	
Ambulatório de especialidades	08 (14,8%)	08 (14,8%)	--- (—)	
Médico particular	13 (24,1%)	13 (24,1%)	--- (—)	
Tempo de tratamento (anos)				
0-5 anos	36 (66,7%)	36 (66,7%)	--- (—)	
6-11 anos	05 (9,3%)	05 (9,3%)	--- (—)	
12-17 anos	10 (18,5%)	10 (18,5%)	--- (—)	
Acima 18 anos	03 (5,6%)	03 (5,6%)	--- (—)	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores segundo dados da pesquisa (2020).

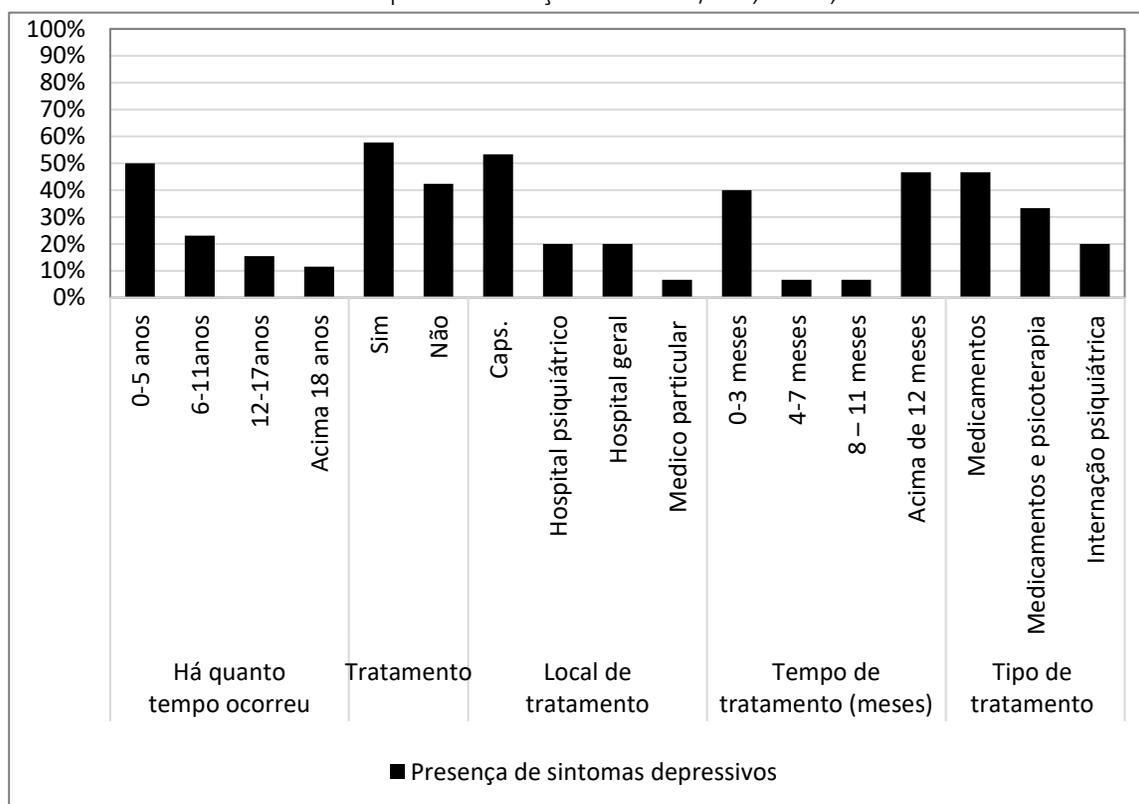
Para a questão referente ao tempo de diagnóstico e tempo de tratamento surgiu discrepância para análise, pois 30 (48,4%) participantes apresentaram tempo de diagnóstico de até 05 anos, porém 36 (66,7%) dos que se trataram referiram tempo de tratamento em igual período, isso evidencia que 06 (8,21%) participantes iniciaram tratamento antes de serem diagnosticados com transtorno depressivo.

Quando analisamos a presença de sintomatologia depressiva por regiões geográficas do

município de Poços de Caldas/MG, pode-se observar que a região Sul apresentou porcentagens mais significativas (p -value = 0.096), sendo responsável por 23 (31,5%) participantes. A região sul é a de maior vulnerabilidade social do município em questão.

Na Figura 1 apresenta-se a distribuição dos participantes com sintomas depressivos e antecedentes prévios e tratamento para comportamento suicida.

Figura 1 - Antecedentes prévios e tratamento para comportamento suicida dos participantes com presença de sintomas depressivos. Poços de Caldas/MG, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores segundo dados da pesquisa (2020).

Verificou-se pela Figura 1 que o comportamento suicida esteve presente em 26 (13%) participantes do total da amostra, sendo que todos referiram quadros depressivos prévios (p -value < 0,001). Ressalta-se que todos que relataram comportamento suicida tiveram sintomatologia depressiva apontada pelas escalas psicométricas utilizadas e referiram ser a causa da ideação suicida a depressão. Há 11 (42,3%) participantes com comportamento suicida que referiram não ter realizado qualquer tratamento para a ideação suicida ou tentativa de suicídio. Quanto ao tratamento, 15 (57,7%) dos participantes com comportamento suicida relataram ter feito, dos quais 13 (50%) nos últimos 5 anos, 06 (40%) por período de até 3 meses e 07 (46,7%) por período superior a 12 meses. Para 15 (57,7%) dos participantes com comportamento suicida, quando em tratamento fizeram uso apenas de medicação e 03 (11,5%) receberam tratamento para o mesmo em hospitais psiquiátricos.

DISCUSSÃO

No presente estudo pode-se observar predominância de participantes do sexo feminino e os dados corroboram com dados da literatura

internacional^(3,4), e da WHO⁽¹⁾. As explicações para a maior prevalência feminina da depressão incluem hipóteses para alterações hormonais, gestação, puerpério⁽⁵⁾ e principalmente desigualdade de gênero e desvalorização feminina no mercado de trabalho e cultural⁽¹⁾.

Para a relação faixa etária e depressão, este estudo não evidenciou significância estatística, embora as faixas etárias mais acometidas por sintomas depressivos foram as de 29 a 39 anos e acima de 50 anos, o que vai ao encontro as faixas etárias de maior acometimento do transtorno depressivo citada pela WHO⁽¹⁾, que evidenciam associação da depressão a idade adulta relacionada a pressão exercida sobre o indivíduo frente a consolidar-se profissionalmente e pessoalmente, obter estabilidade econômica, pressões econômicas, frustrações no trabalho ou no relacionamento, preocupações com filhos pequenos, o que gera importante sofrimento mental⁽⁶⁾. Na faixa acima de 60 anos as causas estão atreladas a fatores como viuvez ou solteirice, rompimento com a família, perda de contatos sociais e consequente solidão, história anterior de quadros depressivos, eventos de vida estressantes, pouco suporte social, baixa

escolaridade e situação financeira precária, solidão, aposentadoria e inatividade laboral e doenças associadas, dados estes que vão ao encontro aos dados obtidos neste estudo ⁽⁷⁾.

Os fatores cor de pele/raça, estado civil e religião não apresentaram significância estatística para a presença ou ausência de sintomas depressivos no grupo participante deste estudo, porém esses resultados contrariam os estudos que observaram maior prevalência de depressão nos participantes de cor da pele preta, em comparação com os de pele branca, considerando as desigualdades econômicas e sociais em diferentes contextos no Brasil ^(5, 8), que não difere de dados encontrados em estudo com mais de 3000 pessoas ⁽⁹⁾, na qual os autores concluíram que a tendência foi a prevalência maior de transtorno depressivo nas pessoas não brancas, dados estes corroborados pela própria WHO ⁽¹⁾. A literatura traz a solteirice e viuvez como fatores predisponentes para depressão devido quadro de solidão associado, muitas vezes relacionado a perda de rede de apoio ⁽¹⁾. Para a religião nossos dados também não apresentaram significância estatística e vão de encontro a literatura que aponta a religiosidade como fator de proteção para o sofrimento psíquico ⁽¹⁾.

A quantidade de filhos não melhora nem piora o peso da maternidade/paternidade como fator de risco para sintomas depressivos ($p= 0.860$), achados estes corroborados pela literatura ⁽¹⁰⁾.

A baixa escolaridade emergiu como fator de risco para sintomas depressivos ($p= 0,001$), o que pode ser explicado pelo fato deste fator implicar em empregabilidade de baixo teto salarial, maior instabilidade profissional e com frequência, em subemprego e nas limitações decorrentes dessa limitação econômica e desta forma servirem de gatilhos para a sintomatologia depressiva ^(1,11,12).

Quanto ao impacto de fatores socioeconômicos sobre a incidência da depressão, os resultados mostram algumas características importantes, pois a relação depressão e desemprego se fez presente nesse estudo a corroborar com a literatura internacional ⁽¹⁾ e nacional ^(13, 14) acerca da causalidade entre desemprego e renda e depressão, pois quando não se atende as necessidades materiais básicas tende-se ao surgimento dos sintomas depressivos ^(15, 16). No Brasil, dados do IBGE ⁽¹⁷⁾, apontam que a taxa de desocupação entre fevereiro e abril de 2017 chegou a 13,6%, o que indica 14 milhões de pessoas sem trabalho ou à procura de emprego no país, dados semelhantes aos encontrados em nosso estudo, que foi de 11,5% na amostra estudada. Acrescenta-se ainda o fato que ter emprego, porém em condições precárias de trabalho também é considerado gatilho para sintomatologia depressiva ⁽¹⁾.

O papel das redes sociais e o acesso à internet foi estatisticamente significativa para ausência de sintomas depressivos. Os serviços mais utilizados pelos participantes, Facebook e Instagram, apresentaram-se significativos para o número de participantes sem sintomas depressivos que informaram utilizar esses dois serviços ($p<0,001$ e $p<0,009$, respectivamente), dados estes semelhantes a encontrado no estudo desenvolvido

nos Estados Unidos da América (EUA) ⁽¹⁸⁾. Os participantes sem acesso à internet apresentaram sintomas depressivos ($p <0,001$) e nossos dados podem vir ao encontro de pesquisa realizada na Universidade da Pensilvânia (EUA) ⁽¹⁹⁾, que concluiu quanto ao uso das mídias sociais diminuir solidão e depressão.

Obteve-se que 36,5% da amostra deste estudo apresentou sintomatologia depressiva pela aplicação das escalas de avaliação, resultado maior que para população geral mundial, com média ponderada de depressão entre 16 a 20% ⁽¹⁾ e para a população brasileira com média ponderada de depressão entre 5,8% a 7,6% ⁽¹⁾, o que representa algo em torno de 12 a quase 16 milhões de brasileiros vivendo com depressão. A justificativa para tal prevalência na cidade em estudo encontra-se nos resultados deste que evidenciou maioria mulheres, jovens ou acima de 60 anos, com doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, desempregadas, baixa renda e baixa escolaridade, com familiares usuários de álcool e drogas e terem auto relato de transtorno mental prévio na família ou em si, cujas variáveis são apontadas como fatores de risco para sintomatologia depressiva ⁽¹⁾.

Quanto ao transtorno mental familiar, foram referidos ansiedade, depressão, e esquizofrenia, sendo estes dados corroborados por estudo de base populacional ⁽²⁰⁾. Outros autores ^(1, 21) também apontam que ter familiar com transtorno mental é fator de risco para surgimento de transtorno mental nos demais membros da família. Quando questionados sobre familiar usuário de drogas, os dados nos remetem a um convívio desgastante, servindo de gatilho para quadros depressivos como encontrado em outros estudos ^(1, 9,20). Quanto ao tipo de droga utilizado, o álcool e crack foram predominantes, ao encontro de dados da WHO ⁽¹⁾ sobre ser o álcool e a nicotina as drogas de maior consumo mundial e do 3º. Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira, realizado pela FIOCRUZ, com o álcool a de maior consumo no Brasil ⁽²²⁾.

Para as doenças crônicas (comorbidades) em familiar próximo, a exemplo da diabetes mellitus e hipertensão arterial, estas são consideradas como importante fator de risco para a depressão, devido ao desgaste emocional que acarretam ao longo de um tempo indefinido de cuidados, que pode durar de meses a muitos anos ^(1,23).

Há 12 (19,35%) dos 62 participantes que auto referiram transtorno mental prévio e relataram estar sem tratamento, sendo inadmissível, pois pessoas com depressão e sem tratamento apresentam maior sofrimento, discriminação, isolamento social, interrupção ou diminuição do rendimento dos estudos e trabalho, abuso de álcool e outras drogas e aumento da mortalidade por suicídio e homicídio ⁽¹⁾, piora e cronificação do transtorno.

A maioria dos participantes que recebeu tratamento foi exclusivamente medicamentoso, ao contrário aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira a preconizar tratamento multiprofissional com reabilitação psicossocial, psicoterapia e práticas integrativas e complementares no tratamento efetivo dos transtornos mentais ⁽²⁴⁾. Por sua vez, há

insuficiência quanto aos serviços em saúde mental, uma vez que a cidade onde o estudo foi realizado conta apenas com um CAPS tipo II para o tratamento de toda a população em sofrimento psíquico. Tal ineficiência das políticas públicas de saúde não trata o problema relacionado aos transtornos mentais de forma eficiente e respeito a magnitude que o mesmo representa para o indivíduo, família e a própria saúde coletiva.

Estudos colocam ainda que as atitudes e crenças da pessoa deprimida em relação aos sintomas depressivos e ao tratamento se relacionaram fortemente à adesão/não adesão ao tratamento, a exemplo da presença de efeitos colaterais associados a medicação, tempo e complexidade do tratamento e estigma relacionado ao transtorno⁽²⁴⁾.

Quanto aos participantes com quadro de depressão moderada e grave e desconheciam tal fato, vem demonstrar o desconhecimento dos sintomas associados à depressão, a indicar para adaptação ao sofrimento e cronificação. Isto remete a importância do rastreio de depressão em população geral; além de nos remeter a ideia de que a informação ao público geral sobre os sinais e sintomas que caracterizam a depressão é uma ferramenta de prevenção importante, pois o conhecimento dos sintomas iniciais do estado depressivo pode levar o paciente e seus familiares a buscar ajuda profissional, antes do agravamento do transtorno⁽²⁾.

Quanto ao comportamento suicida, este quando não é tratado ou tratado de forma ineficiente ou por tempo inadequado aumenta significativamente o risco de suicídio, sendo o histórico prévio de comportamento suicida o mais importante preditor de morte por suicídio na população geral⁽¹⁾. Houve relação estatística na amostra para comportamento suicida. Frisa-se que em nosso estudo houve significância estatística entre ideação suicida e depressão.

Desta forma, deve-se atentar para a ausência de atenção ao tema no Brasil, que se faz presente ao evidenciarmos que 08 participantes com ideação suicida não referiram tratamento, e dos que referiram tratamento, 40% o realizou nos últimos 3 meses, demonstrado assim o risco a que estes participantes correm de atentar contra a própria vida. Ressalta-se que todos que relataram comportamento suicida tiveram sintomatologia depressiva apontada pelas escalas, relacionada a depressão como importante fator de risco para o suicídio, conforme encontrado amplamente na literatura^(1,24,25).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência de sintomatologia depressiva na população geral do município foi maior que a média mundial, nacional e estadual, com prevalência de intensidade dos sintomas moderado/grave. Participantes sem sintomatologia prévia apresentaram maior severidade dos sintomas depressivos. Relação entre depressão e suicídio se fez presente, atrelada a ser mulher, ter filhos, desemprego, baixa escolaridade, baixa renda, ter familiar usuário de drogas,

principalmente parentes de convívio próximo como filhos/pais e com doenças crônicas e transtornos mentais, ter transtorno mental em especial depressão e ter doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial.

Em relação às limitações do estudo, destaca-se a necessidade de um estudo mais amplo, que contemple as várias cidades do entorno da cidade em questão, a fim de estabelecer maior complementaridade entre as estruturas e serviços de saúde mental que formam essas cidades.

Como contribuição deste estudo, os dados trazem pela primeira vez o panorama da sintomatologia depressiva em população geral de Poços de Caldas/MG, o que permitirá aos gestores municipais e regionais a realização de planejamento e implantação de políticas públicas para o enfrentamento das questões abordadas. Destaca-se ainda a importância deste estudo para a Enfermagem, visto ser este profissional de ponta para a assistência direta dentre os profissionais de saúde, com destaque em ações de prevenção e na atenção primária, ator de vanguarda para a aplicação de escalas psicométricas para detecção e intervenções precoces quanto à sintomatologia depressiva e comportamento suicida, a possibilitar maior abrangência e autonomia de ação profissional, com ações qualificadas e responsivas.

*Dados extraídos da tese de doutorado "Sintomas depressivos e sua relação com comportamento suicida em população de cidade do sul de Minas Gerais", 2020, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates; 2019.
2. Marcolan JF, Silva DA. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M.* 2019;4(7):31-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.31-44>.
3. Manish K, Grannemann BD, Trombello JM, Clark EW, Eidelman SL, Lawson T, et al. A structured approach to detecting and treating depression in primary care: VitalSign6 Project. *Annals Family Medic* 2019;17(4):326-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2418>
4. Searle K, Blashki G, Kakuma R, Yang H, Zhao Y, Minas H. Current needs for the improved management of depressive disorder in community healthcare centers, Shenzhen, China: a view from primary care medical leaders. *Int J Ment Health Syst.* 2019;13:47. Disponível em: <doi.org/10.1186%2Fs13033-019-0300-0>.
5. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de

depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J bras Psiquiatr.* 2018;67(2):101-109. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000192>.

6. Melo AK, Siebra AJ, Moreira V. Depressão em Adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. *Psicol cienc Prof.* 2017;37(1):18-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030001712014>.

7. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev bras Epidemiol.* 2016;19(4):691-701. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>.

8. Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2017;22(12):4021-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>.

9. Quadros LCM, Quevedo LA, Gonçalves HD, Horta B, Motta JVS. Common Mental Disorders and Contemporary Factors: 1982 Birth Cohort. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):e20180162. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0162>.

10. Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, De Boni RB, Reis NB, Coutinho CBS (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT; 2017.

11. Hoebel J, Maske UE, Zeeb H, Lampert T. Social inequalities and depressive symptoms in adults: the role of objective and subjective socioeconomic status. *PLoS One.* 2017;12(1):e0169764. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0169764>.

12. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socioeconomic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health* 2019;16(1):1098. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3638-0>.

13. Magalhães C, Gomes D. Constituição e feminismo entre gênero, raça e direito: das possibilidades de uma hermenêutica constitucional antiessencialista e colonial. *Rev História: Debates e Tendências.* 2018;18(3):343-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5335/hdtv.18n.3.8593>.

14. Ipea. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Brasília: Ipea; 2018.

15. Ornek KO, Weinmann T, Waibel J, Radon K. Precarious employment and migrant workers' mental health: a protocol for a systematic review of observational studies. *Systematic Reviews* 2020;9:50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-020-01313-w>.

16. Rönblad T, Grönholm E, Jonsson J, Koranyi I, Orellana C, Kreshpaj B, et al. Precarious employment and mental health: a systematic review and

metaanalysis of longitudinal studies. *Scand J Work Environ Heal.* 2019 Sep 1;45(5):429-443. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.3797>.

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua - 2017. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.

18. Sabik NJ, Falat, J, Magagnos, J. When Self-Worth Depends on Social Media Feedback: Associations with Psychological Well-Being. *Sex Roles.* 2020;82(7-8):411. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-019-01062-8>.

19. Hunt M. Social media use increases depression and loneliness. *Arts, humanities, & social sciences.* 2018. Disponível em: <https://penntoday.upenn.edu/news/social-media-use-increases-depression-and-loneliness>.

20. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2018;23(8):2543-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>.

21. Huang CJ, Lin CH, Wu JI, Yang HC. The relationship between depression symptoms and anxiety symptoms during acute ect for patients with major depressive disorder. *International Journal of neuropsychopharmacology.* 2019;22(10):609-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ijnp/pyz038>.

22. Bispo JC, Molesini JAO, Pitta AMF. Centros De Atenção Psicossocial Da Bahia: Vínculos Empregatícios. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2017;40:772-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660>.

23. Rasouli N, Malakouti SK, Rezaeian M, Saberi SM, Nojomi M, De Leo D, et al. Risk factors of suicide death based on psychological autopsy method; a case-control study. *Arch Acad Emerg Med.* 2019;7(1):e50. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31602433/>.

24. Souza C, Moreira V. Tristeza, depressão e suicídio melancólico: a relação com o Outro. *Arq Bras Psicol.* 2018;70(2):173-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>.

25. Stein DJ, Lim CCW, Roest AM, Jonge P, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med.* 2017;15(1):143. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>.

Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga
Aires Garcia dos Santos Junior

Nota: Este artigo faz parte da tese de doutorado intitulada "Sintomas depressivos e sua relação com comportamento suicida em moradores de cidade do sul de minas gerais",

financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Recebido em: 12/07/2021

Aprovado em: 23/03/2022