Edinilza Ribeiro dos Santos

**Prevalência de episódio de depressão maior em
áreas de abrangência da estratégia saúde da
família em dois municípios do Amazonas**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

Coorientadora: Dr.^a Marcia Scazufca

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Santos, Edinilza Ribeiro dos

Prevalência de episódio de depressão maior em áreas de abrangência da estratégia saúde da família em dois municípios do Amazonas / Edinilza Ribeiro dos Santos. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Paulo Rossi Menezes.

Coorientadora: Márcia Scazufca.

Descritores: 1.Prevalência 2.Depressão 3.Transtorno depressivo maior
4.Atenção primária à saúde 5.Estratégia saúde da família 6.Saúde mental 7.Serviços de saúde/utilização

USP/FM/DBD-201/15

DEDICATÓRIA

*À Lia, minha irmã,
pequena na estatura e grande em
sabedoria. Por sua força interior, sua
coragem, sua esperança.*

AGRADECIMENTO

O tempo da elaboração desta tese chegou ao seu final. A experiência, o conhecimento e a gratidão não acabaram. Gratidão às pessoas que mais de perto contribuíram para a conclusão deste feito.

Ao Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, meu orientador, pelo acompanhamento em todas as fases, pela confiança, pela valorização e importância atribuída aos dados e resultados deste estudo.

À Dr^a. Marcia Scazufca, minha coorientadora, pelo incentivo, presença, dedicação e capacidade de compartilhar seu conhecimento amplo e integrado da matéria contida nesse estudo.

Aos meus perseverantes entrevistadores: Fernanda, Rondy, Elsbete, Marcela (Tefé) e Ana Alves, Lindete, Gheyza, Nildes e Márcia (Coari). Comigo vivenciaram as dificuldades e as alegrias, que um trabalho de campo dessa natureza pode trazer.

Aos participantes desse estudo, anônimos sim, mas colaboradores por excelência nos resultados obtidos.

À Enfermeira Tereza (de Tefé) pelo conhecimento, acolhimento, disponibilidade; sempre que pôde me facilitou as tarefas.

Aos Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família de Coari e Tefé, grande e valiosa foi a ajuda.

À eficiente e dedicada Lílian, secretária da pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva, de perto e de muito longe ajudou, facilitou.

À Socorro Valente, pela imensurável colaboração, disponibilidade e amizade.

Ao Hsiang Huang, pela agradável parceria e robusta colaboração no processo de divulgação dos nossos resultados, requisito inerente a este estudo.

Aos Professores do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), notadamente à Jucimary, Cássia e ao Darlisom; acreditaram, confiaram e tiveram paciência.

Aos meus Colegas do Estágio Rural em Saúde Coletiva – UEA, pela compreensão durante meu afastamento, necessário à pós-graduação.

*Há um modo de amar que é a mais perfeita forma de sabedoria:
amar em outrem a sua própria beleza.
(Pontes de Miranda)*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE TABELAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. APRESENTAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO: DUAS CIDADES DA REGIÃO NORTE DO PAÍS.....	5
2.1. Estado (AM)	5
2.1.1. Aspectos geográfico, demográfico e socioeconômico.....	5
2.1.2. Informações sobre a saúde.....	8
2.2. Municípios envolvidos no estudo.....	11
2.2.1 Coari.....	11
2.2.2 Tefé.....	13
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1. Aspectos conceituais e diagnósticos de episódio de depressão maior.....	16
3.2. Aspectos epidemiológicos de episódio de depressão maior e outros transtornos depressivos na população.....	20
3.3 Fatores associados com episódio de depressão maior e outros transtornos depressivos.....	23
3.3.1 Fatores demográficos e socioeconômicos.....	24
3.3.2 Fatores relacionados a apoio social.....	28
3.3.3 Eventos de vida produtores de estresse	29
3.3.4 Condições relacionadas à saúde.....	30
3.4 Episódio de depressão maior e utilização de serviços de saúde.....	36
4. OBJETIVOS.....	39
5. MÉTODO.....	40
5.1. Desenho do estudo.....	40
5.2. População e amostra.....	40
5.3. Avaliações e instrumentos.....	41

5.3.1. Variáveis de desfecho.....	41
5.3.1.1. Episódio de depressão maior.....	41
5.3.1.2. Utilização de serviços de saúde.....	44
5.3.2 Variáveis de exposição.....	44
5.3.2.1 Características demográficas e socioeconômicas.....	44
5.3.2.2 Apoio social.....	45
5.3.2.3 Eventos de vida produtores de estresse.....	45
5.3.2.4 Uso atual de fumo.....	45
5.3.2.5 Consumo de álcool no último ano.....	46
5.3.2.6 Morbidade referida.....	47
5.3.2.7 Tratamento para transtornos mentais.....	47
5.4 Procedimentos.....	47
5.4.1 Procedimentos relativos à utilização de <i>smartphones</i> na coleta de dados.....	47
5.4.2 Procedimentos relativos ao questionário eletrônico.....	48
5.4.3 Procedimentos relativos à amostra.....	49
5.4.4 Procedimentos relativos aos entrevistadores.....	52
5.4.5 Procedimentos relativos ao controle de qualidade.....	53
5.5 Análise estatística.....	54
5.5.1 Episódio de depressão maior.....	55
5.5.2 Utilização de serviços de saúde.....	55
5.5.3 Variáveis de exposição incluídas nas análises.....	55
5.5.4 Análise descritiva.....	57
5.5.5 Análises de associação.....	57
5.5.5.1 Episódio de depressão maior.....	57
5.5.5.2 Utilização de serviços de saúde.....	59
5.6 Aspectos éticos.....	60
5.7 Financiamento do estudo.....	60
6 RESULTADOS.....	61
6.1 Descrição da amostra.....	61
6.2 Prevalência de episódio de depressão maior e associações..	65
6.3 Episódio de depressão maior e utilização de serviços de saúde.....	72

7 DISCUSSÃO.....	78
7.1 Interpretação dos resultados.....	78
7.2 Pontos fortes e limitações do estudo.....	81
7.3 Implicações dos resultados para a pesquisa científica e cuidados de saúde.....	83
8 CONCLUSÕES.....	85
9 ANEXOS.....	87
10 REFERÊNCIAS.....	99

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Atenção Médica Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
AVC	Acidente Vascular Encefálico
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
DALYs	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition Revised</i>
EDM	Episódio de Depressivo Maior
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
EVPE	Eventos de Vida Produtores de Estresse
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NAP-SaMP	Núcleo de Apoio à Pesquisa em Saúde Mental da Populacional da Universidade de São Paulo
ODK	<i>Open Data Kit</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRIME-MD	<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TMC	Transtornos Mentais Comuns
U/E	Urgência ou Emergência
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>
YHDs	<i>Years Lived with Disability</i>
ZFM	Zona Franca de Manaus

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização geográfica dos municípios de Coari e Tefé, principais rios e fronteiras territoriais do Estado do Amazonas.....	6
Figura 2 – Regiões de Saúde do Estado do Amazonas.....	9
Figura 3 – Coari (AM).....	12
Figura 4 – Tefé (AM).....	14
Figura 5 – Modelo conceitual utilizado na análise ajustada do presente estudo.....	59
Figura 6 – Diagrama dos sujeitos elegíveis e participantes do estudo.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de sujeitos ≥ 20 anos cadastrados na ESF, distribuídos por faixa etária e sexo (M/F) e respectiva amostra proporcional (n), segundo as áreas de abrangência das equipes de saúde – Coari (AM), 2014.....	51
Quadro 2 – Número de sujeitos ≥ 20 anos cadastrados na ESF, distribuídos por faixa etária e sexo (M/F) e respectiva amostra proporcional (n), segundo as áreas de abrangência das equipes de saúde – Tefé (AM), 2014.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo características demográficas e socioeconômicas, população cadastrada na ESF, Coari e Tefé (AM) – 2014.....	64
Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo variáveis relacionadas a apoio social, eventos de vida produtores de estresse e saúde, população cadastrada na ESF, Coari e Tefé (AM) – 2014.....	65
Tabela 3 - Prevalência de episódio de depressão maior, segundo características demográficas e socioeconômicas, população cadastrada na ESF, Coari e Tefé, Amazonas, 2014 (n=1.631).....	66
Tabela 4 - Prevalência de episódio de depressão maior, segundo variáveis relacionadas a apoio social, eventos de vida produtores de estresse e saúde, população cadastrada na ESF, Coari e Tefé, Amazonas, 2014.....	67
Tabela 5 - Razão de prevalência de episódio de depressão maior bruta e ajustada, intervalo de 95% de confiança (IC 95%) e p-valor (χ^2 de Wald), população cadastrada na ESF, Coari e Tefé, Amazonas, 2014 (N=1.572).....	69
Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo utilização de serviços de saúde nos três meses anteriores à entrevista, população cadastrada na ESF, Coari e Tefé (AM) – 2014.....	72
Tabela 7 - Frequência de utilização de serviço de saúde, segundo cidade e características demográficas e socioeconômicas, população cadastrada na ESF, Coari e Tefé (n=1.631), Amazonas, 2014.....	74
Tabela 8 - Frequência de utilização de serviço de saúde, segundo variáveis relacionadas a apoio social, eventos de vida produtores de estresse e condições de saúde, população cadastrada na ESF, Coari e Tefé (n=1.631), Amazonas, 2014.....	75
Tabela 9 - Frequência de casos de episódio de depressão maior segundo utilização de serviços de atenção à saúde, população cadastrada na ESF, Coari e Tefé (n=1.631), Amazonas, 2014.....	76
Tabela 10 - Razão de prevalência bruta e ajustada, intervalo de confiança de 95% e p-valor (χ^2 de Wald) entre episódio de depressão maior e utilização de cada tipo de serviço de saúde, população cadastrada na ESF, Coari e Tefé – Amazonas, 2014 (N=1.572).....	77

RESUMO

Santos ER. *Prevalência de episódio de depressão maior em áreas de abrangência da estratégia saúde da família em dois municípios do Amazonas* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Introdução. Estima-se que, no mundo, mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades tenham depressão. Em 2010, a depressão foi a segunda principal causa de anos vividos com incapacidade. Embora haja tratamentos eficazes, a proporção de casos diagnosticados e tratados é baixa em todo o mundo, menor ainda nos países de média e baixa renda. **Objetivos.** Estimar a prevalência de Episódio de Depressão Maior (EDM) na população de 20 anos ou mais cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) em dois municípios do Estado do Amazonas (Coari e Tefé); avaliar a associação de EDM com características individuais e investigar a associação entre EDM e utilização de serviços de saúde. **Método.** Estudo de corte transversal conduzido entre agosto de 2013 e maio de 2014 com amostra representativa da população com 20 anos ou mais, cadastrada na ESF da área urbana dos municípios de Coari e Tefé. Os desfechos “Depressão maior” e “Utilização de Serviços de Saúde” foram avaliados com a escala *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* e questões sobre uso de serviços de atenção primária, urgência ou emergência e atenção médica especializada. Foram avaliadas as seguintes exposições: características demográficas e socioeconômicas, apoio social, eventos de vida estressantes, uso de tabaco e álcool, morbidades físicas e tratamento para transtornos mentais. As entrevistas foram realizadas no domicílio do participante. Regressão de Poisson foi utilizada para examinar a associação entre EDM e os fatores de exposição; os resultados foram apresentados como razão de prevalência, com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). **Resultados.** A prevalência geral de EDM foi 19,1% (IC 95% 17,2-21,1), sendo 22,2% (IC 95% 19,3-25,0) para mulheres e 16,0 (IC 95% 13,4-18,5) para homens. As prevalências de EDM em Coari e Tefé foram 18,3% (IC 95% 15,7-21,0) e 19,9% (IC 95% 17,2-22,7), respectivamente. Sexo feminino, ausência de apoio social de amigos/colegas, maior número de eventos de vida produtores de estresse e de morbidades físicas foram associados independentemente com depressão maior. Baixa escolaridade e baixa renda, uso de tabaco e uso de risco de álcool foram associados com depressão maior nas análises não ajustadas. EDM foi independentemente associado com a utilização dos três tipos de serviço de saúde investigados. Menos que 4,0% da população estudada recebiam algum tipo de tratamento relacionado à saúde mental. **Conclusão.** O Estado do Amazonas tem altos índices de desemprego, pobreza e baixa escolaridade, fatores de risco conhecidos para depressão. Uma parcela dos habitantes de Coari e Tefé apresentou indicadores de desvantagem social. Neste contexto, a alta prevalência de EDM encontrada no estudo, cerca de um em cada cinco adultos, não surpreende. As características individuais associadas com EDM nestes municípios são similares aos fatores de risco para depressão no Brasil e em outras partes do

mundo. Apesar dos participantes com depressão utilizarem com maior frequência os serviços de saúde, apenas uma pequena proporção da população estudada recebia tratamento para transtornos mentais. Existe uma grande lacuna para o tratamento de depressão no Estado do Amazonas. Programas de tratamento que incluam identificação e tratamento de depressão no contexto da atenção primária devem ser desenvolvidos.

Descritores: Prevalência; Depressão; Transtorno depressivo maior; Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Saúde mental; Serviço de saúde/utilização.

ABSTRACT

Santos ER. *Prevalence of major depressive episode in areas covered by the family health strategy in two municipalities in the state of Amazonas* [Thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2015.

Introduction. It is estimated that more than 350 million people of all ages have depression. In 2010, depression was the second leading cause of years lived with disability. Although there are effective treatments, the proportion of cases diagnosed and treated is low around the world, and even smaller in low and middle income countries. **Objective.** To estimate the prevalence of Major Depressive Episode (MDE) in the population aged 20 years or over enrolled in Brazil's Family Health Strategy (FHS) in two municipalities in the state of Amazonas: Coari and Tefé; to evaluate the association of MDE with the individuals' characteristics; and to investigate the association of MDE with use of health services. **Method.** Cross-sectional study conducted between August 2013 and May 2014 with a representative sample of the population aged 20 or over enrolled in the FHS in the urban area of Coari and Tefé. The outcomes "major depression" and "use of health services" were assessed with the Patient Health Questionnaire-9 scale (PHQ-9) and questions about the use of primary care services, as well as emergency and specialized medical care. The following exposure variables were evaluated: demographic and socioeconomic characteristics, social support, stressful life events, use of tobacco and alcohol, physical morbidities and treatment for mental disorders. Interviews were carried out at the participants' home. Poisson regression was used to examine the association between MDE and exposure factors; results are presented as prevalence ratios, with its respective 95% confidence interval (95% CI). **Results.** The overall prevalence of MDE was 19.1% (95% CI 17.2 - 21.1) and 22.2% (95% CI 19.3 - 25.0) for women and 16.0 (95% 13.4 - 18.5) for men. The prevalence of MDE in Coari and Tefé were 18.3% (95% CI 15.7 - 21.0) and 19.9% (95% CI 17.2 - 22.7), respectively. Being a woman, lack of social support from friends/colleagues, increased number of stressful life events and physical morbidity were independently associated with major depression. Lower formal education and income, tobacco use and risk use of alcohol were associated with MDE in unadjusted analysis. MDE was independently associated with use of three types of health care investigated. Less than 4.0% of the study population received any type of treatment related to mental health. **Conclusion.** The state of Amazonas has high rates of unemployment, poverty and low education achievement, known risk factors for depression. A portion of the inhabitants of Coari and Tefé presented indicators of social disadvantage. In this context, the high prevalence of MDE – about one in five adults – is not surprising. Individual characteristics associated with MDE in these municipalities are similar to risk factors for depression in Brazil and worldwide. Although participants with depression used health services frequently, only a small proportion of the study population received treatment for mental disorders. There is a large treatment gap for depression in the state of Amazonas. Treatment programs that include identification and treatment of depression in the context of primary health care should be developed.

Descriptors: Prevalence; Depressive; Depressive disorder, Major; Primary health care; Family health strategy; Mental health; Health services/utilization.

1 INTRODUÇÃO

Diferentemente das flutuações habituais do humor e respostas emocionais de curta duração que ocorrem na vida cotidiana, uma pessoa com depressão maior experimenta humor deprimido, desânimo, perda de interesse e prazer, diminuição de atividades, entre outros sintomas (*American Psychiatric Association* – APA, 2002). O episódio de depressão maior (EDM) e outros transtornos depressivos são frequentes ao longo da vida e em populações de todas as regiões do mundo e estão associados a altos custos pessoais e sociais (Ferrari et al., 2013). Sem tratamento adequado, esse estado depressivo tem a tendência de se tornar crônico, ou recorrer com frequência (*World Health Organization* – WHO, 2012).

O EDM e outros transtornos depressivos constituíram a segunda principal causa de anos vividos com incapacidade – *Years Lived with Disability* (YLDs) em 2010 no mundo. O EDM respondeu isoladamente por 8,2% do total de YLDs (Vos et al., 2012; Ferrari et al., 2013) e do total de anos de vida ajustados por incapacidade – *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs) – calculados a partir de 291 causas (doenças e agravos), esse transtorno mental configurou 2,5% desse indicador (Murray et al. 2012). Estes indicadores evidenciam que os transtornos depressivos em geral têm forte impacto sobre o peso global das doenças e, por decorrência, sobre a vida das pessoas, sociedades e sistemas de saúde. É consenso que os transtornos mentais constituem um grande problema a ser enfrentado pelos sistemas de saúde de todo o mundo e que sejam identificados e tratados prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO, 2014a).

Estudos que integraram uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde – *World Mental Health Surveys* – estimaram a prevalência de 12 meses de EDM em adultos de dezoito países. Entre os dez países de renda alta a prevalência variou de 2,2% (Japão) a 8,3% (EUA) e entre os 8 países de renda média e baixa a variação foi de 3,8% (Shenzhen na China) a 10,4% (São Paulo no Brasil) (Bromet et al., 2011). No Brasil, em um estudo

realizado com amostra nacional, a prevalência estimada de sintomas de depressão maior foi 15,3% para o País (Coelho et al., 2013) e em uma recente revisão e meta-análise, que incluiu 23 estudos conduzidos com população adulta brasileira, a estimativa de EDM e outros transtornos depressivos foi 14% (Silva et al., 2014).

Pouco se sabe sobre a prevalência de depressão maior na Região Norte do Brasil. No estudo conduzido por Coelho e colaboradores (2013) foi encontrada maior prevalência de sintomas depressivos nesta região, quando comparada às outras do País. Diferentemente, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 (IBGE 2014a) identificou menor prevalência de transtornos depressivos na Região Norte. Neste último estudo, o “diagnóstico de depressão” foi autorreferido, considerando o fato do entrevistado ter recebido o referido diagnóstico de um médico ou de um profissional de saúde mental.

É possível que a disparidade entre as estimativas de depressão na região norte, observada nos dois estudos supracitados, decorra das desigualdades de acesso aos serviços de saúde entre as grandes regiões geográficas do País, com desvantagem para a região norte. Aliás, o número de profissionais especializados em saúde mental nessa região do país é ainda muito pequeno. De acordo com dados do Ministério da Saúde referentes a dezembro de 2014, em todo o Estado do Amazonas havia vinte e três médicos psiquiatras que atuavam no SUS, quinze deles na capital (DATASUS, 2015a).

Além da prevalência, o reconhecimento dos fatores associados com os desfechos de saúde tem particular importância para o planejamento de intervenções, sejam elas de tratamento ou de prevenção do problema. Estudos conduzidos com populações distintas demonstraram consistente associação de depressão (EDM e outras depressões) com sexo feminino (Kessler, 2003; Kuehner, 2003), menor renda e escolaridade (Lorant et al., 2003; Lund et al., 2010; Patel et al., 2010; Champion, 2013), falta ou escasso apoio social (Lehtinen et al., 2005; Kleinberg et al., 2013; Grav et al., 2012) e

morbidades físicas (Patten et al., 2005; Meltzer et al., 2012; Boing et al., 2012). Com menor frequência na literatura também tem sido observada associação entre transtornos mentais em geral, transtornos mentais comuns e EDM com maior utilização de serviços de saúde (Wang et al., 2005; Andrade et al., 2008; Mendoza-Sassi et al., 2003; Huang et al., 2014). Embora estudos brasileiros tenham investigado a associação de depressão com características individuais e com utilização de serviços de saúde (Silva et al., 2014), nenhum deles foi realizado na região norte do País.

Apesar da maior procura e utilização de serviços de saúde na presença de transtornos mentais, uma enorme parcela de casos de EDM na comunidade permanece sem diagnóstico e tratamento. Uma revisão de estudos populacionais sobre transtornos psiquiátricos (incluiu 37 estudos conduzidos em 24 países) estimou a média da falta de tratamento (*treatment gap*) do EDM em 56,3%. (Kohn et al., 2004). No Rio de Janeiro, a falta de tratamento para os EDM e outros transtornos depressivos foi de 72,9% (Quintana et al., 2013).

Na população atendida nos serviços de APS, lugar prioritário para o cuidado dos transtornos mentais comuns (WHO, 2008; WHO 2014a), a proporção de casos diagnosticados e tratados é muito baixa. Em relação ao diagnóstico, na Alemanha foi encontrada uma taxa de 55,0% de casos prováveis e de 21,0% de diagnóstico definitivo dos casos existentes (Wittchen et al., 2002); quanto ao tratamento, em seis cidades de diferentes países, incluídas em um estudo multicêntrico (*Longitudinal Investigation of Depression Outcomes*), as proporções de pacientes com avaliação positiva para depressões em geral recebendo qualquer antidepressivo variaram de 0% em St. Petersburg (Rússia) a 38,0% em Seattle (EUA), sendo 10,0% em Porto Alegre (Brasil) (Simon et al., 2004).

Com as modificações ocorridas nos últimos vinte e cinco anos no sistema público de saúde brasileiro a APS passou a ter papel central no Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda em meados dos anos de 1990 foram instituídas as equipes de saúde do modelo Estratégia Saúde da Família

(ESF), que tem responsabilidade sanitária, inclusive de saúde mental, sobre a população de um determinado território.

Essa forma de organização da APS favorece a realização de estudos populacionais de saúde, a partir da população cadastrada. Até dezembro de 2014 tinham sido implantadas 39.228 equipes da ESF no território nacional e a cobertura estimada era de 59,0% da população (DATASUS, 2015b). A implantação ESF foi notadamente maior nos municípios mais pobres, nas comunidades de baixa renda, nas favelas e periferias das grandes cidades (Victoria et al., 2011). Essa constatação é relevante, visto que os problemas socioeconômicos se constituem fatores de risco para os transtornos depressivos em geral.

Dada a magnitude da prevalência de EDM e outros transtornos depressivos na população geral e o consenso transnacional que os cuidados de saúde para esse transtorno mental sejam prioritariamente dispensados na APS, o presente estudo se propôs estimar a prevalência de EDM e fatores associados na população adulta cadastrada na ESF em dois municípios do Estado do Amazonas, cuja cobertura populacional da ESF em 2013 já era alta (cerca de 85,0% na área urbana das duas sedes municipais) e, também, estimar a frequência de utilização de serviços de saúde (atenção primária, urgência ou emergência e de atenção médica especializada) pela população com EDM.

2 APRESENTAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO: DUAS CIDADES DA REGIÃO NORTE DO PAÍS

2.1 Estado (AM)

2.1.1 Aspectos geográfico, demográfico e socioeconômico

O presente estudo envolveu a população residente nas cidades de Coari e Tefé, ambas localizadas na região central do Estado do Amazonas. Esse estado-membro é a unidade da federação com a maior extensão territorial e com a segunda menor densidade demográfica (IBGE, 2010a), fazendo fronteira com três países (Venezuela, Colômbia e Peru) e com cinco estados-membros (PA, MT, RO, AC e RR) (Figura 1). Ocupa vasta área territorial da bacia hidrográfica amazônica e por ele passa o maior rio em volume de água doce do planeta (Ross, 2005). O clima é quente e úmido; o período chuvoso concentra-se nos meses de novembro a fevereiro. As sedes municipais estão situadas às margens dos maiores rios, de seus afluentes e lagos. Também ao longo das margens de rios, no entorno de lagos e igarapés reside grande parte da população rural, em comunidades ou apenas em núcleos familiares, situação essa que culminou na criação do gentílico “ribeirinhos” amplamente utilizado no cotidiano e na escrita formal e informal.

O estado do Amazonas tem 62 municípios. Segundo o censo demográfico de 2010, o número de habitantes era de 3.483.985 (masculino = 50,5%; feminino = 49,5%), mais da metade residente na capital (52%). Apenas um município tem pouco mais de 100.000 habitantes (Parintins = 102.033 hab.) e seis têm entre 50.000 e 100.000 habitantes, dentre eles Coari e Tefé. Do total de indígenas residentes do País (817.963 habitantes) 22,5% (183.514) compõem a população amazonense. Dos dez municípios

da federação com maior número de habitantes indígenas, seis são do Amazonas (São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Santa Isabel do Rio Negro, Benjamin Constant e Barcelos) (IBGE, 2010a).

Figura 1 – Localização geográfica dos municípios de Coari e Tefé, principais rios e fronteiras territoriais do Estado do Amazonas

Segundo resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2013 (IBGE, 2014a), o Estado tem 83,8% de sua população em área urbana (Brasil = 84,4%), 2,38 de fecundidade (BR = 1,77) e mortalidade infantil de 20 por mil nascidos vivos (BR = 15/mil NV). Os idosos (60 anos e mais) correspondem a 7,3% (BR = 13,1%) e a esperança de vida ao nascer é de 71,2 anos (BR = 74,8). Quanto à escolaridade e renda, 16,0% da população de 25 anos e mais não frequentou escola (BR = 12,2%) e para cerca de um terço dos domicílios (33,4%; BR = 20,1%) a renda era de até meio salário mínimo.

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) medido em 2010, o Estado é classificado como de médio desenvolvimento (0,674),

ocupando a 18ª posição no *ranking* nacional. Quanto ao IDH Municipal (IDH-M), nenhum município do Estado pertence à classificação de “desenvolvimento muito alto”, apenas Manaus alcançou o índice de “desenvolvimento alto”, 14 municípios de “médio desenvolvimento”, 40 de “baixo” e 7 municípios foram classificados no grupo de “desenvolvimento muito baixo”. Dois deles estão entre os cinco municípios com o IDHM mais baixo do País: Itamarati e Atalaia do Norte (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, 2013).

O desenvolvimento da economia está relacionada a pelo menos dois movimentos migratórios na região. O primeiro ocorreu no final do século XIX e primeiras décadas do século XX, quando migrantes nordestinos foram para o Amazonas em função da extração do látex, povoando predominantemente a área rural (Nascimento, 1998; Andrade, 2012). Esse foi período da economia local conhecido como o “Ciclo da Borracha” (Lima, 2002; Weinstein, 1993). O modelo de economia extrativista vegetal declinou ainda na primeira metade do século XX, em decorrência da produção de látex na Malásia que passou a abastecer o mercado internacional. O desfecho dessa situação para os trabalhadores dos seringais foi o deslocamento dos espaços rurais para pequenas cidades. Estas por sua vez sem infraestrutura e isoladas da geopolítica regional (Weinstein, 1993; Oliveira, 2003; Andrade, 2012).

No final da década de 1960 foi instalado um novo modelo de economia: o modelo “Zona Franca de Manaus” (ZFM). Essa medida gerou novo movimento migratório para o Estado. Desta vez com população de outras regiões do Brasil e de outras nacionalidades, fato que gerou crescimento demográfico acelerado da Capital. Os censos demográficos de 1970-2010 demonstram um crescimento médio da população de Manaus de 400.000 habitantes em cada década (Andrade, 2012).

Desde sua implantação, o modelo ZFM é a base mais forte da economia no Estado. A ZFM foi criada em 1957, no governo Juscelino Kubitschek e implantada por decreto federal em 1967 (Brasil, 1967). Embora

tenha sido criada com data para acabar (1967-1997), o prazo já foi prorrogado quatro vezes: até o ano 2007 (pelo decreto Nº 92.560 de 1986) (Brasil, 1986), até 2013 (pelo artigo Nº 40 das Disposições Transitórias da Constituição) (Brasil, 1988), até 2023 (pela Emenda Constitucional Nº 42 de dezembro de 2003) (Brasil, 2003) e até 2073 (já agora pela Emenda Constitucional Nº 83) (Brasil, 2014).

Em 2012, a economia do Estado correspondeu a 1,5% de participação no produto interno bruto (PIB) nacional, décima quinta posição entre os estados da federação e, no mesmo período, Manaus foi o sexto maior PIB entre as capitais ou municípios de todo o Brasil (IBGE, 2012; 2013). Os principais segmentos da economia do Estado são indústria (eletroeletrônica, de motocicletas, químico-farmacêuticas, de beneficiamento de matéria-prima vegetal) extração e processamento de petróleo e gás natural, agricultura, pesca, mineração, pecuária e ecoturismo (SUFRAMA, 2015).

2.1.2 Informações sobre a saúde

Do vasto número de dados sobre organização, gestão e assistência na área de saúde, são referidas aqui apenas algumas informações que podem ilustrar a situação de saúde-doença no Estado. Este está organizado em nove Regiões de Saúde, configuradas segundo o fluxo natural de mobilidade das pessoas (calhas dos rios) do lugar onde habitam para “cidades-polos” em cada região do estado e para a Capital (Figura 2). Cerca de 90% dos recursos em geral de assistência à saúde estão concentrados na capital, para onde toda demanda de alta complexidade é encaminhada. Um exemplo dessa situação, conforme exposto no Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde do Estado – 2013, é que somente um município, afora a capital, tem incubadora de transporte, e nenhum tem leito de unidade de tratamento intensivo neonatal (Amazonas, 2013).

Fonte: Adaptado da Secretaria de Estado da Saúde

Figura 2 – Regiões de Saúde do Estado do Amazonas

Informações geradas a partir da PNAD de 2013 (IBGE, 2014b) mostram que, em relação às condições de saneamento, um terço dos domicílios do Estado com população de 0-14 anos de idade não tinha água tratada (AM = 33,6%; BR = 18,3%) e quase dois terços não tinha esgotamento sanitário ligado à rede geral e nem fossa séptica (AM = 72,0%; BR = 44,5%).

A partir de dados e informações referentes ao ano 2013 (DATASUS, 2013a; Amazonas, 2012), as principais causas de morbidade hospitalar no Amazonas (excluídas gravidez, parto e puerpério) foram doenças respiratórias, do aparelho digestivo e as infecciosas e parasitárias. Em relação à mortalidade, as três principais causas em 2012 (14.227) foram: doenças do aparelho circulatório (17,9%), causas externas (17,8%) e neoplasias (14,9%). Os quatro principais grupos de óbitos por causas externas foram: agressões (51,4%), acidentes de transporte (21,8%), afogamentos e submersões acidentais (7,2%) e, por fim, as lesões autoprovocadas (7,0%). Cabe ainda mencionar que a mortalidade por causas mal definidas no Estado ainda é alta (13,8%), quase metade delas

sem assistência médica (47%). Quanto às doenças transmissíveis, informações de uma série histórica (2007-2011) mostram que houve redução de casos de malária, aumento de HIV/AIDS, hepatite viral, leishmaniose tegumentar e manutenção das taxas de incidência de hanseníase e tuberculose.

Quanto à saúde mental, em todo o Estado até 2005 o atendimento especializado em saúde mental na rede pública era oferecido somente no Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER (modelo manicomial) e em uma Policlínica, ambos os serviços situados na capital. Somente em 2006 foram implantados os três primeiros CAPS no Amazonas, sendo em Parintins, Tefé e Manaus (Amazonas, 2015). Segundo informações do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), a cobertura de CAPS no País em 2011 variou de 0,25 por 100.000 habitantes no Distrito Federal a 1,27 por 100.000 habitantes na Paraíba. O Amazonas teve o segundo pior indicador (0,26 CAPS por 100.000 habitantes).

Em 2014, a assistência psiquiátrica no Amazonas continuava sendo oferecida pelo CPER, mas já contava com aumento do número de unidades ambulatoriais com atendimento de especialistas em saúde mental em cinco policlínicas e em três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – Tipos II, III e Infantil. Fora de Manaus o atendimento passou a ser oferecido em 23 municípios do Estado, por meio da implantação de CAPS (Tipo I). Coari e Tefé estão entre os municípios que implantaram esse serviço (Amazonas, 2013, DATASUS, 2014a).

Em relação aos serviços de saúde no geral, o acesso da população amazonense aos serviços varia em função da localização geográfica do domicílio (capital, municípios mais próximos ou mais distantes da capital, sede dos municípios ou área rural), período do ano (cheia ou vazante), meio de transporte (rodoviário, fluvial ou aéreo) e classe social, entre outros. Dentre esses determinantes, o meio de transporte é um fator preponderante tanto para procura como para oferta de serviços de saúde. O tempo de viagem entre cidades situadas em calhas de rios diferentes é geralmente

contado em dias e até semanas, quando a viagem é feita em barcos do tipo “recreio” (o transporte mais utilizado pela população). Em âmbito municipal, também e não raro, o tempo de viagem entre a sede e as comunidades mais longínquas é contado em dias.

Cabe destacar que em áreas onde residem populações indígenas aldeadas, as ações de APS são de responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). No Amazonas estão 9 dos 34 DSEI's do País (Brasil, 2002).

Em ambas as cidades envolvidas no estudo a população depende “exclusivamente” dos serviços públicos de saúde. Embora possam ser encontrados serviços de saúde de iniciativa privada, como consultórios médicos e odontológicos e serviços de apoio para diagnóstico. Segundo dados do Ministério da Saúde referentes a dezembro de 2014 (DATASUS, 2014b), os beneficiários de serviços da saúde suplementar correspondem a 17,2% da população do Estado AM. Desta parcela, 99,0% dos cidadãos residem na capital e a outra cifra (1,0%) está distribuída em sete dos 61 municípios do interior do Estado (todos próximos de Manaus). Coari e Tefé não estão entre eles.

2.2 Municípios envolvidos no estudo

2.2.1 Coari

Conforme censo demográfico de 2010, o município de Coari é o quinto mais populoso do Estado (75.965 habitantes; masculino = 52% e feminino = 48%), com taxa de urbanização de 65% (com 49.651 habitantes na sede). Localiza-se à direita do Rio Solimões e às margens de dois Lagos (Mamiá e Lago de Coari) (Figura 3). A cidade de Coari dista a oeste da Capital 363 km em linha reta e 463 km por via fluvial (IBGE, 2010b).

Em 2011, Coari detinha o segundo maior PIB do Estado, só superado pela capital (IBGE, 2013). A partir de 1986 o município passou por

mudanças em sua estrutura econômica e social, com o início das atividades de extração de petróleo e gás natural em seu território. O município é um dos maiores produtores terrestres de petróleo do País. Entretanto, está classificado, segundo o IDH Municipal, como de “baixo desenvolvimento” (IDH=0,586), ocupando a 21ª posição no *ranking* dos municípios do Estado (PNUD, 2013). A “Província Petrolífera” tem infraestrutura própria com instalações industriais, transporte, aeroporto, portos, alojamentos, refeitórios, escolas, serviços de saúde, áreas de lazer e esportes, telecomunicações entre outros serviços para atender aos trabalhadores que desempenham suas atividades laborais em “regime embarcado” (14 dias de trabalho e 14 de descanso) (Petrobras, 2008).

Figura 3 – Coari (AM)

A cidade de Coari também se caracteriza como polo de ensino superior. Há mais de uma década foram instaladas nela unidades de universidades públicas (Universidade do Estado do Amazonas, Universidade Federal do Amazonas, Instituto Federal de Ciência Tecnologia do Amazonas, Universidade Aberta do Brasil) e três universidades privadas. Há também uma unidade do programa de educação técnica profissional para

todo o Amazonas (Centro de Educação Tecnológica do Amazonas – CETAM).

Quanto a infraestrutura física de assistência à saúde, há no município 20 estabelecimentos públicos e dois privados. A rede de atenção do SUS é composta de 12 UBS's, além de uma unidade dos seguintes estabelecimentos: hospital geral (83 leitos), CAPS-I, unidade de saúde indígena, policlínica, laboratório de análise clínicas, vigilância em saúde, unidade móvel de atendimento pré-hospitalar e clínica especializada (Instituto de Medicina Tropical de Coari) (DATASUS, 2014a). Implantado em 2001, o IMTC é um serviço “de referência” em doenças topicais para a região. É também núcleo de ensino e pesquisa vinculado ao Instituto de Medicina Tropical de Manaus (Coari, 2014). A APS está organizada na lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF), com cobertura de 61,74% da população. Onze equipes de saúde da família atuam na sede municipal e 5 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na zona rural (DATASUS, 2013b). Segundo dados SIAB de agosto de 2013, 83,8% da população residente na área urbana era coberta pela ESF.

2.2.2 Tefé

O município de Tefé é o sexto mais populoso do Estado, faz fronteira à leste com Coari, tem 61.453 habitantes (masculino = 51%, feminino = 49%) e taxa de urbanização de 81,5% (50.069 habitantes na cidade) (IBGE, 2010c). A sede municipal está localizada próximo ao Rio Solimões, às margens de um grande lago (Lago de Tefé) (Figura 4), distante 516 km da Capital em linha reta e 633 km por via fluvial. O município está classificado, segundo o IDH Municipal, como de “médio desenvolvimento” (IDH=0,639), 6ª posição no *ranking* dos municípios do Estado (PNUD, 2013).

Figura 4 –Tefé (AM)

A economia local caracteriza-se pela produção agrícola e pecuária de subsistência, por um setor industrial restrito a pequenos negócios de material de construção (cerâmica, metalúrgica e vidraçaria) e de móveis, pelos setores pesqueiro, comercial e serviços. Juntamente com o município vizinho de Uarini, Tefé produz a farinha de mandioca mais valorizada no Estado ("Farinha do Uarini"). Sobre a produção de pescado, cabe destacar estar a cidade de Tefé próxima às maiores áreas de pesca do Amazonas. Empresas de pequeno porte compram, processam e vendem o pescado para o mercado interno (Tefé e Manaus) e externo (outros países). O comércio, se comparado às outras cidades da região, é bastante desenvolvido e isso está diretamente ligado ao setor de serviços. Em Tefé são encontrados os principais bancos e instituições financeiras. Por causa de sua localização geográfica, estratégica para a segurança na região, a cidade é sede da 16ª Brigada de Infantaria de Selva do Exército Brasileiro, além da Agência da Capitania dos Portos, de Unidade de Polícia Federal, do Poder Judiciário entre outros. Na cidade também há instituições públicas e privadas de ensino superior, organizações não governamentais (ONGs), entidades de preservação do meio ambiente (Instituto Mamirauá - organização social fomentada e supervisionada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia e Inovação e Instituto Chico Mendes de Conservação da

Biodiversidade) e Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Esta cidade conta ainda com aeroporto de responsabilidade da Infraero, capaz de receber aeronaves de médio e grande porte.

A infraestrutura física de assistência à saúde em Tefé é composta por vinte e sete estabelecimentos da rede pública e dez privados. A rede pública é composta de treze unidades de atendimento em APS (Centro de Saúde ou UBS), três unidades de atenção especializada ambulatorial, um hospital geral com 96 leitos, um CAPS-I, uma unidade de saúde indígena e outros serviços de apoio de diagnose e terapia e vigilância em saúde (DATASUS, 2014a). Os estabelecimentos privados consistem em consultórios médicos, odontológicos e um hospital com 12 leitos. A APS está organizada conforme diretrizes de implantação da ESF e conta com treze equipes da ESF (cobertura municipal de 69,32%). Doze delas atuam na sede do município. Há também duas equipes de PACS com atuação na área rural (DATASUS, 2013b). Segundo dados SIAB de janeiro de 2013, a cobertura da população urbana pela ESF era de 85,2%.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos conceituais e diagnósticos de episódio de depressão maior

O termo “depressão”, genericamente utilizado pelo senso comum e também na literatura científica, refere-se ao transtorno mental caracterizado por alterações do humor com predominância do humor deprimido, sendo este o significado que lhe é atribuído nesta e em qualquer seção do presente estudo que for referido.

As alterações do humor são definidoras dos diagnósticos classificados, no manual de Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão (CID-10) (OMS, 1993), como “episódio depressivo” (F32) e “transtorno depressivo recorrente” (F33) ou no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition Revised* (DSM-IV) (APA, 2002) como “episódio depressivo maior” (EDM) e “transtornos depressivos (transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtorno depressivo sem outra especificação)”.

A depressão é um fenômeno descrito há mais de dois mil anos. Dos primeiros escritos na Grécia Antiga ao final do século XX, os médicos do Ocidente distinguiram os transtornos depressivos, considerados uma forma de loucura, das reações de tristeza normais a uma gama de circunstâncias dolorosas, apesar dos sintomas similares (Horwitz; Wakefield, 2010).

Segundo esses autores (Horwitz; Wakefield, 2010), ao contrário de muitos outros transtornos mentais, a depressão teve uma história nítida e foi facilmente reconhecível em todos os tempos apresentando uma certa regularidade, no tocante à descrição dos sintomas. Dos textos mais remotos à formulação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), a tristeza profunda e suas variantes (desesperança, mágoa,

melancolia, abatimento, vazio, desânimo) foram mencionadas com frequência como traços essenciais desse transtorno mental, junto com sintomas como aversão a comida, insônia, ideação suicida e tentativa de suicídio, falta de prazer ou interesse nas atividades cotidianas, fadiga e reclusão social.

Até início do século XX, o conjunto de sintomas da depressão era denominado de melancolia, nome que significava “doença da bile negra”. Na sua origem o termo (melancolia) refletia a antiga crença em que a saúde e a doença dependem do equilíbrio ou de desequilíbrio entre os “humores” (fluidos do corpo) e que o excesso de bile negra (um humor) era responsável pelos sintomas depressivos. Quando a crença, dos efeitos da “bile negra” sobre a saúde mental, diminuiu, surgiu o termo “depressão”, utilizado a partir do século XIX (Horwitz; Wakefield, 2010).

Conforme descrito por Horwitz e Wakefield (2010), Hipócrates (460-377 a.C.) forneceu a primeira definição conhecida de melancolia como transtorno específico: “se o medo e a tristeza persistem por muito tempo, trata-se de melancolia”. Também mencionou como possíveis sintomas: “aversão à comida, abatimento, insônia, irritabilidade”. Cerca de cem anos depois, Aristóteles (384-322 a.C.) fez uma distinção entre vários estados normais de tristeza e estados patológicos, expressando claramente a ideia de que a tristeza patológica é desproporcional aos acontecimentos. Mais adiante no curso da história, os antigos médicos romanos distinguiram estados melancólicos com e sem motivo e foi definido como patológico o estado melancólico sem motivo. Essas concepções, com estreitas variações atravessaram mais de uma dezena de séculos. No final do século XVI o critério de tristeza com ausência de motivo foi enfatizado para o diagnóstico de melancolia. No século XVIII o uso explícito do critério da “ausência de motivo” se tornou menos comum. A coerência e a racionalidade da compreensão médica da depressão pautada no critério da “ausência de motivo” deram respaldo às mudanças radicais na abordagem diagnóstica adotadas posteriormente. Quando o século XX se aproximava, a tradicional abordagem contextual ao diagnóstico da depressão começou a se dividir em

duas vertentes. De um lado, Sigmund Freud enfatizava a origem psicológica de todos os transtornos depressivos e, para diagnosticar e tratar, interpretava os pensamentos relatados; de outro, Emil Kraepelin usava o modelo médico clássico que examinava os sintomas depressivos.

Desde meados do século XX a Associação Americana de Psiquiatria vem exercendo forte influência sobre os critérios diagnósticos dos transtornos mentais, com a definição e codificação dos transtornos e as sucessivas edições do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM – sigla da versão original “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”). Os critérios do DSM-IV (APA, 2002) para diagnóstico de EDM têm sido bastante utilizados em pesquisas, e são eles:

- A. Presença de cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao período anterior e ao menos um dos sintomas é (1) humor deprimido e (2) perda de interesse ou prazer;
 - 1. Humor deprimido na maior parte do dia, praticamente todos os dias, segundo informação subjetiva da pessoa ou observação de outros;
 - 2. Interesse ou prazer notadamente diminuído em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, praticamente todos os dias;
 - 3. Perda de peso significativa sem que esteja fazendo regime alimentar ou ganho de peso ou ainda diminuição ou perda de apetite quase todos os dias;
 - 4. Insônia ou hipersônia praticamente todos os dias;
 - 5. Agitação ou retardação psicomotora praticamente todos os dias;
 - 6. Fadiga ou falta de energia praticamente todos os dias;
 - 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou descabida praticamente todos os dias;

8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão praticamente todos os dias, segundo informação subjetiva da pessoa ou observação de outros;
 9. Pensamentos recorrentes sobre morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente, sem um plano específico ou, ainda, a tentativa de suicídio ou plano específico para cometê-lo.
- B. Os sintomas não atendem aos critérios para o diagnóstico de Episódio Misto.
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente relevante ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de desempenho.
- D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uso de uma substância ou a um estado geral de uma doença.
- E. Os sintomas não estão associados com luto, isto é, depois da perda de ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por um comprometimento funcional acentuado, preocupação doentia, sintomas psicóticos.

Quanto às teorias explicativas para a ocorrência, intensidade e duração dos sintomas depressivos, segundo Zanetti e Lafer (2008) há consenso entre todos os especialistas de que a depressão envolve, em maior ou menor grau, componentes endógenos (biológicos) e externos (ambientais e psicológicos). Em relação aos fatores biológicos, considera-se a carga genética, deficiência de monoaminas cerebrais (noradrenalina, serotonina e dopamina) e os indícios de alterações estruturais cerebrais (por exemplo, o aumento ou redução volumétrica de estruturas cerebrais). Quanto aos componentes ambientais e psicológicos, conforme pontuado pelos autores supracitados, destacam-se os eventos adversos precoces, como perda parenteral, percepção de falta de carinho dos pais, baixo suporte social, abuso físico ou sexual na infância. Especialistas da OMS apoiam essas teses ao afirmarem que a depressão resulta da complexa interação de fatores biológicos, sociais e psicológicos e que tais transtornos

levam o indivíduo ao estresse, a transtornos de ordem física e, por conseguinte, à piora da situação de vida da pessoa afetada e do estado depressivo em si (OMS, 2012).

Com base no número e intensidade dos sintomas, a depressão é classificada como leve, moderada ou grave e, quanto à história prévia (ter tido ou não episódios depressivos), pode ser crônica ou não (APA, 2002; OMS, 2012). Ou seja, a depressão pode ser de longa duração ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de um indivíduo desempenhar suas funções de vida diária (por exemplo: trabalho, escola, relacionamentos).

3.2 Aspectos epidemiológicos de Episódio de Depressão Maior e outros transtornos depressivos na população

A depressão constitui uma das categorias específicas de transtornos mentais mais frequentes na população geral (Andrade et al., 2012; WHO, 2014a) e é regularmente vista por um amplo espectro de profissionais de saúde, incluindo os especialistas de saúde mental, outras especialidades médicas, dentre eles os da clínica geral que atuam em serviços de APS (Kroenke, 2001).

Investigações populacionais sobre a prevalência de depressão foram realizadas a partir dos anos de 1990. Weissman et al. (1996) publicaram os resultados da primeira pesquisa transnacional sobre EDM, avaliado conforme definido pelo DSM-III, permitindo comparação das taxas entre países. Nesse estudo, foram incluídos dados de dez países e a prevalência na vida de EDM variou de 1,5% em Taiwan a 19,0% em Beirute, com prevalências médias de 9,2% na Alemanha Ocidental e 9,6% no Canadá. A prevalência de 12 meses variou de 0,8% também em Taiwan a 5,8% na Nova Zelândia, com prevalências médias de 3,0% nos EUA e 4,5% na França.

Por iniciativa da OMS, em vários países foram realizados estudos para estimar a prevalência de transtornos mentais e averiguar fatores relacionados a esses transtornos (*World Health Organization International Consortium of Psychiatric Epidemiology Surveys*) (Andrade et al., 2003; Kessler et al., 2010). Dessas pesquisas, uma análise da prevalência de EDM/DSM-IV e dos fatores relacionados foi realizada com dados dos dez países (distribuídos em três continentes) participantes do projeto: Canadá, EUA Brasil, Chile e México (Américas); República Checa, Alemanha, Holanda e Turquia (Europa) e Japão (Ásia). A amostra foi superior a 37.000 participantes. A prevalência estimada de EDM ao longo da vida variou de 3% no Japão a 16,9% nos EUA. No Brasil (cidade de São Paulo), a prevalência foi 12,6% (Andrade et al., 2003).

Outros estudos, também de iniciativa da OMS (*World Mental Health Surveys*), foram conduzidos em 18 países (Bromet et al., 2011). As prevalências estimadas de EDM ao longo da vida e em 12 meses foram 14,6% e 5,5% respectivamente nos países de renda alta e 11,1% e 5,9% nos países de renda média e baixa. A variação entre os países, nos 12 meses, foi de 2,2% no Japão a 8,3 nos EUA e entre os países de renda média e baixa foi de 3,8% na China (Shenzen) a 10,4% no Brasil (São Paulo).

No Brasil, conforme Relatório da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 (IBGE, 2014), a prevalência estimada de depressão autorreferida (≥ 18 anos), cujo diagnóstico foi dado por profissional de saúde mental, foi de 7,6%. Foram constatadas disparidades nas prevalências por sexo (mulher = 10,9%; homem = 3,9%), situação do domicílio (área urbana = 8,4%; rural=5,6%) e regiões do País (Região Sul=12,6%; Região Norte=3,1%). É importante considerar que essas informações refletem o padrão de utilização de serviço de saúde, que também será abordado no presente estudo.

Outro estudo com amostra nacional estimou a prevalência de sintomas depressivos e níveis de gravidade desses sintomas ($n = 3.007$, ≥ 14 anos), utilizando a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-

D) (Coelho et al., 2013). A prevalência foi de 28,3% (13,0% leve e moderado e 15,3% grave ou depressão maior), sendo maior na Região Norte do País (37,3%) e menor na Região Sul a (25,9%). Após controlar para efeito de confusão, a prevalência estimada para quem vive na região norte foi 79,0% maior em relação a quem vive na região sul. Comparado ao resultado da PNS de 2013, nota-se uma inversão entre as proporções por região que, provavelmente, se explique pelas desigualdades entre as regiões do País em relação à disponibilidade, ao acesso e à qualidade de serviços de saúde.

Poucos são os estudos que estimaram prevalência de depressão em geral ou de EDM em cidades brasileiras na população geral. Um estudo multicêntrico (três capitais) estimou a prevalência de depressão ($n=6.476$; ≥ 14 anos) e os resultados foram 1,9% em São Paulo, 2,8% em Brasília e 10,0% em Porto Alegre (Almeida-Filho et al., 1997). Os EDM foram estimados em dois bairros de São Paulo ($n = 1.464$; ≥ 18 anos) na vida (16,8%), no ano (7,1%) e no mês (4,5%) (Andrade e al., 2002); em Bambuí – MG ($n = 1.041$; ≥ 18 anos), também na vida (12,8%), no ano (9,1%) e no mês (7,5%) (Vorcaro et al., 2001), em toda a cidade de São Paulo ($n = 5.037$; ≥ 18 anos), com prevalência no ano de 9,4% (Andrade e al., 2012) e em Pelotas – RS ($n = 2.925$; ≥ 20 anos), prevalência de 20,4% nas duas últimas semanas (Munhoz et al., 2013).

No âmbito da APS não foram identificados estudos específicos de prevalência de EDM. Com critérios mais amplos, foram estimadas a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em população residente em áreas periféricas com cobertura da ESF ($n = 2.337$; ≥ 15 anos) de São Paulo (24,9%) (Maragno et al., 2006) e em uma amostra consecutiva de população atendida em UBS's da ESF de Petrópolis ($n = 714$; 18 a 65 anos), onde a prevalência encontrada foi 56% (95%CI; 52,3-59,0) e os transtornos depressivos constituíram a principal categoria específica (45%) (Fortes et al., 2008). Também foram estimadas as prevalências de EDM na vida (13,5%) e na ocasião da avaliação (6,5%).

3.3 Fatores associados com episódio de depressão maior e outros transtornos depressivos

Os transtornos mentais comuns (TMC), que inclui depressão, distribuem-se de forma desigual entre as classes socioeconômicas em todas as sociedades, com desvantagem para as classes sociais baixas (WHO, 2014b). Além do fator econômico (renda e/ou educação), são consideradas iníquas e evitáveis as diferenças por sexo, idade, etnia e área geográfica de residência.

Uma revisão sistemática sobre TMC em países de renda média e baixa (115 estudos epidemiológicos) (Lund et al., 2010), mostrou que em mais de 70% deles havia associação entre pobreza e TMC. A força da associação variou de acordo com o tipo de medida de pobreza usado. A investigação mais detalhada das dimensões específicas da pobreza mostrou que variáveis como educação, habitação, classe social, nível socioeconômico e estresse financeiro exibem associação consistente com TMC. Outras variáveis, como renda, emprego demonstram associação por vezes mais fracas.

A hipótese explicativa dominante sobre associação das condições sociais com os transtornos mentais em geral leva em conta, sobretudo, o nível, a frequência e a duração das experiências de estresse e da intensidade com que essas experiências são minimizadas (*buffer*) por meio do apoio social. As pessoas situadas nos níveis mais baixos da hierarquia social, no sentido de pobreza e riqueza, são mais propensas a experimentar condições econômicas, sociais e ambientais menos favoráveis e têm menos acesso aos meios de minimização do impacto dessas condições na vida e, geralmente, menor apoio social (*buffers*). Para a OMS, tais desvantagens começam antes do nascimento e tendem a se acumular ao longo da vida, embora nem todos os indivíduos expostos às mesmas condições sejam igualmente vulneráveis (WHO, 2014b).

Em seguida são descritos os fatores de risco para depressão que foram inseridos na análise do presente estudo. Alguns desses fatores são repetidas vezes abordados nos estudos de prevalência de depressão (fatores demográficos, socioeconômicos, consumo de álcool e de fumo e morbididades físicas). Outros, como os fatores relacionados a apoio social e os eventos de vida estressantes, são abordados com menos frequência nos estudos populacionais.

3.3.1 Fatores demográficos e socioeconômicos

Sexo. Com poucas exceções, a prevalência dos transtornos depressivos é mais elevada em mulheres do que em homens, começando em meados da puberdade e persistindo por toda a vida (Piccinelli; Wilkinson, 2000). Os resultados dos estudos epidemiológicos recentes apenas confirmam essa constatação. No *International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys* (Andrade et al., 2003) a associação de sexo com EDM foi observada em sete dos dez países. A variação da *Odds Ratio* (OR) foi de 1,9 (Holanda) a 2,3 (Alemanha). Na amostra brasileira (São Paulo) a OR foi 2,1. Em outro estudo de iniciativa da OMS – *World Mental Health (WMH) Survey Initiative* – a associação do sexo com depressão foi constatada em oito de dez países de alta renda (Bélgica, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha e EUA) e em todos os países de renda média e baixa (Brasil, Colômbia, Índia, Líbano, México, China, África do Sul e Ucrânia), com OR de 1,8 para os países de alta renda e OR=2,1 para os países de média e baixa renda (Bromet, et al., 2011). Em ambos os estudos, ser mulher teve aproximadamente duas vezes mais a chance de ter EDM no último ano. Resultados semelhantes foram observados nos estudos realizados em Banbuí (OR=2,4) (Vorcaro et al., 2001), em dois bairros da cidade de São Paulo (OR=1,6) (Andrade et al., 2002), em Pelotas, RS (RP=2,26) (Munhoz et al., 2013) e em todo o território brasileiro (OR=2,65) (Coelho et al., 2013).

Idade. Os transtornos depressivos ocorrem em todas as idades, com registros a partir de 3 anos de vida (Ferrari et al., 2013). Embora a prevalência seja maior na idade adulta produtiva (Ferrari et al., 2013), não há uma faixa etária definida como de maior risco (Andrade et al., 2008). No *ICPE – Surveys* (Andrade et al., 2003) a associação estatística foi constatada em apenas um dos dez países do estudo (Holanda), onde o grupo etário de 35-44 anos teve risco 50% maior de ter EDM em relação ao grupo de 45 anos ou mais. No WMH (Bromet et al., 2011), idade teve associação estatisticamente significativa com EDM em quase todos os países de renda alta (exceto Itália e Israel) e somente em dois países de renda média e baixa (Brasil e Ucrânia). Nos dois grupos de países, os mais novos tiveram maior chance de ter EDM em relação a ter 65 anos ou mais. Na amostra brasileira, os três grupos com idade até 64 anos (18-34, 35-49 e 50-64 anos) tiveram de duas a três vezes maior risco de ter EDM em relação ao grupo de 65 anos ou mais.

Nos outros estudos envolvendo população brasileira foram encontrados diferentes padrões de associação entre idade e depressão. Na amostra nacional (Coelho et al., 2013), o grupo etário de 45 anos ou mais teve maior chance de ter EDM em relação ao grupo de 14-44 anos (OR=1,39) e em Pelotas (Munhoz et al., 2013) houve associação positiva dos grupos etários mais velhos com depressão, o aumento da idade diminuiu a chance de ter EDM. Em Bambuí (Vorcaro et al., 2001), o grupo etário de 60 anos ou mais teve quatro vezes mais a chance de ter depressão (OR=4,0), em relação aos de 18-29 anos.

Raça-cor-etnia. Segundo Zanetti e Lafer (2008), as estimativas em geral indicam que não há associação entre grupos étnicos e depressão se mantidas as mesmas condições socioeconômicas. Essa variável não foi avaliada nos estudos de abrangência internacional citados no presente estudo. No sul do Brasil, a cor da pele preta teve 28% de proteção para EDM (RP=0,72) em relação ser de cor branca (Munhoz et al., 2013).

Escolaridade. No geral, menor nível de escolaridade aumenta o risco de ter depressão. Segundo resultados do estudo *ICPE – Surveys* (Andrade et al., 2003), nos EUA o risco de ter EDM foi 80% maior para aqueles com até onze anos de escolaridade em relação àqueles com 16 anos ou mais de escolaridade. De acordo com os resultados do estudo WMH (Bromet et al., 2011), entre os países de renda alta, somente nos EUA foi observada associação estatisticamente significativa de baixa escolaridade com EDM. Nos países de média e baixa renda, houve associação positiva (China) e negativa (Índia, México e Ucrânia) de baixa escolaridade com EDM. Na amostra brasileira ter baixo nível de escolaridade aumentou em 10% o risco de ter EDM em relação ao nível alto de escolaridade. Nos outros estudos que envolveram população brasileira, comparado ao nível mais alto escolaridade analisado, o nível mais baixo aumentou o risco de ter EDM na ordem de 43% na amostra nacional (Coelho et al., 2013), cerca de duas vezes (OR=2,25) em Pelotas (Munhoz et al., 2013) e, não ter escolaridade aumentou quase quatro vezes o risco de depressão em Bambuí (OR=3,9), em relação a ter nove anos ou mais de frequência escolar (Vorcaro et al., 2001).

Situação conjugal. Nos estudos em geral, quando ocorre associação estatística da situação conjugal com a ocorrência de depressão, ser casado (ou em união estável) apresenta menor risco comparado às outras situações conjugais. No *International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys* (Andrade et al., 2003), ser solteiro aumentou cerca de 70% o risco de ter EDM em relação a ser casado no Canadá (OR=1,7), no Chile (OR=1,7) e EUA (OR=1,6) e duas vezes na Holanda (OR=2,0). Em outros seis países não foram observadas diferenças estatísticas entre situação conjugal e EDM. No *World Mental Health Survey Initiative* (WMH) (Bromet et al., 2011), no qual foram analisadas outras categorias da situação conjugal (separado, divorciado, viúvo, solteiro e casado), no geral e nos dois grupos de países (de renda alta e de renda média e baixa) os casados tiveram menor risco de ter EDM em relação às outras categorias. Os resultados relativos ao Brasil mostraram que a chance de ter EDM foi maior para ser

separado (OR=1,6) e divorciado (OR=3,0) em relação a ser casado. Em ambos os estudos os resultados são de análises bivariadas. Resultados semelhantes foram obtidos em uma meta-análise sobre a relação entre o estado civil e o risco de depressão em pessoas ≥ 55 anos de idade (24 estudos transversais e 8 longitudinais) (Yan et al., 2011). Comparado às pessoas casadas (ou em união estável) o risco de ter EDM foi mais alto para solteiros (OR=1,55; RR=1,36), viúvos (OR=1,49; RR=1,71) e divorciados (RR=2,14). No Brasil, amostra de população de dois bairros de São Paulo (Andrade et al., 2002) mostrou que divorciados/ separados ou viúvos tiveram mais probabilidade de ter depressão. Em outros dois estudos mais recentes, ser solteiro ou separado aumentaram entre 20% e 40% o risco de ter EDM em relação a ser casado (Coelho et al., 2013; Munhoz et al., 2013).

Renda. Frequentemente os resultados das investigações têm apontado para relação inversa da prevalência dos transtornos mentais em geral e níveis socioeconômicos (WHO, 2014b). Em uma revisão sistemática sobre a relação entre TMC e pobreza em países de renda média e baixa (Lund et al., 2010) em 70,0% dos 115 estudos revisados foi relatado maior risco de ter TMC na presença de pobreza. De acordo com os autores, a força da associação variou em função do tipo de medida de pobreza utilizada. Os resultados do *World Mental Health Survey Initiative* (Bromet et al., 2011) mostraram que renda não teve associação com EDM em seis dos países de alta renda (Bélgica, Israel, Itália, Japão, Holanda e Espanha) e em cinco dos oito países de média e baixa renda. Nos países onde renda teve associação (França, Alemanha, Nova Zelândia, EUA, Índia, México e China); com exceção da China, menor renda aumentou cerca de duas vezes o risco de ter EDM em relação à maior renda. Na China a relação foi inversa, o aumento da renda aumentou também a chance de ter EDM. No estudo com amostra brasileira (Coelho et al, 2013), menor renda também aumentou o risco de ter EDM (OR=1,58). Estar empregado ou estar trabalhando (ocupação), que são fatores relacionados à renda, têm tido associação protetora em relação à ocorrência de EDM. Isso foi constatado na população de dois bairros da cidade de São Paulo (Andrade et al., 2002), onde o

desemprego aumentou cerca de três vezes o risco de ter EDM em relação a estar empregado. Em Bambuí (Vorcaro et al., 2001), não trabalhar representou um risco três vezes maior para ter depressão em relação a estar trabalhando.

3.3.2 Fatores relacionados a apoio social

Não há um conceito consensual de *apoio social* (Chor et al., 2001). A formulação descrita por Cobb (1976) é compartilhada por autores que têm estudado sua relação com depressão (Chor et al., 2001; Costa et al., 2005; Shim et al., 2012; Kleinberg et al., 2013; Lino et al., 2013; Park et al., 2014). Nessa formulação, *apoio social* é entendido como uma informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos. Apesar das evidências da associação independente de fatores relacionados a apoio social com depressão e com suas consequências mais graves, como a incapacidade funcional; o papel do apoio social permanece pouco explorado no campo das investigações sobre ocorrência e tratamento de depressão (Shim et al., 2012).

Um estudo realizado na Estônia avaliou a relação entre apoio social com depressão e a busca de ajuda entre aqueles com EDM, em amostra representativa do país (n=6.105; 18-84 anos) (Kleinberg et al., 2013). A prevalência de depressão foi maior entre os que moravam sozinhos e os que não pertenciam a alguma organização. Baixa frequência de contatos com os amigos e os pais aumentou o risco de depressão. Nos EUA (Shim et al., 2012), a correlação de depressão com o apoio social foi investigada em populações afro-americanos, negros caribenhos e brancos não-hispânicos (6.082; 18 anos ou mais) que participaram de uma pesquisa de âmbito nacional (*National Survey of American Life*). Comparado aos que sentiam os membros da família muito próximo, o risco de depressão aumentou três vezes para os sentiram ausência total dos membros da família. No Brasil, a

relação entre TMC e apoio social foi investigada em uma comunidade de 1.267 habitantes da Região Norte do País, com participação de “todos” os residentes de 19 anos ou mais (Costa et al., 2005). As pessoas com *baixo apoio social* apresentaram duas vezes mais a chance de TMC em relação às aquelas com alto apoio social.

3.3.3 Eventos de vida produtores de estresse

O conhecimento sobre a influência de situações que geram estresse como causa de diversas doenças, inclusive psíquicas, tem origem no trabalho de Hans Selye de 1956 “*The Stress of Life*” (Lopes; Faerstein, 2001). Tradicionalmente os Eventos de vida produtores de estresse (EVPE) foram definidos como causadores de estresse por promoverem mudanças relativamente rápidas no meio ambiente (geralmente social), cuja magnitude requer um grau de adaptação social e/ou psicológica por parte dos indivíduos. Muitos desses eventos estão associados a ritos de passagem como casamento, divórcio, início de um novo emprego, perda do emprego, adoecimento; sugerindo que a mudança, por si só, produz estresse (Lopes; Faerstein, 2001).

As investigações sobre transtornos mentais que avaliaram a influência de fatores relacionados aos EVPE ocorreram a partir dos anos de 1970, quando também tiveram início as pesquisas epidemiológicas de identificação de casos e de determinantes dos transtornos mentais na população geral (Paykel, 2003). Inicialmente, Monroe e Simons (1991) consideraram que somente os EVPE graves estavam associados com o aparecimento de alguns casos de depressão. Estudos de revisão mais recentes (Paykel, 2003; Hammen et al., 2005) indicaram que formas mais leves de EVPE da vida cotidiana também podem contribuir para o início de depressão.

Eventos de vida como perda de emprego (Dew et al., 1987), morte de cônjuge (Umberson et al., 1992), separações ou divórcio (Aseltine; Kessler, 1993) foram associados ao início de depressão. A avaliação dos EVPE em

geral tem sido feita predominantemente com o uso de perguntas diretas e simples e avaliado o papel da ocorrência de mais de um evento por meio de escore relativo ao número de eventos (Kendler et al., 1998; Lima et al., 1996; Kendler et al., 1995; Cutrona et al., 2005; Lopes et al., 2003). Quanto ao tempo decorrido entre o acontecimento do evento e o momento da mensuração Lopes e colaboradores (2003) consideraram adequado o período 12 meses para fins de pesquisa.

Um dos primeiros estudos de revisão sobre essa matéria (Mazure, 1998) mostrou que a associação entre a experiência de eventos de vida estressante e o aparecimento posterior de EDM já era um achado consistente na literatura. Estudos de caso-controle examinados sugeriram que a ocorrência de fatores de estresse foi 2,5 vezes mais provável em casos (pacientes deprimidos) quando comparados aos controles. Entre mulheres afro-americanas em situação de desvantagem econômica e problemas sociais (n=897) (Cutrona et al., 2005), os EVPE (*negative life events*), nos últimos 12 meses, foram associados ao início de EDM. A relação causal entre EVPE e primeiro episódio de EDM foi objeto de investigação em uma coorte com pares de gêmeos adultos da Virginia (n=4.910) (Kendler; Gardner, 2010). Embora a exposição a um EVPE (3 meses) tivesse forte associação com um início de EDM (OR=4,55), parte da associação observada não foi causal. No Brasil, Lopes et al. (2003) investigaram a relação de EVPE, dos últimos 12 meses, com TMC entre funcionários técnico-administrativos de uma universidade pública. Problemas financeiros graves, agressão física, mudança forçada de moradia, doença grave e rompimento de relação amorosa aumentaram cerca de duas vezes a chance de ter TMC.

3.3.4 Condições relacionadas à saúde

Tabaco. O consumo e a dependência de nicotina tendem a se concentrar em indivíduos com transtornos mentais (Malbergier; Oliveira,

2005). Há uma relação recíproca entre depressão e o tabagismo (Stafford et al., 2013). De um lado, a depressão predispõe a recaídas de consumo e ao consequente fracasso de tentativa de parar de fumar; de outro, parar de fumar pode facilitar o desenvolvimento de um quadro de depressão (Malbergier; Oliveira, 2005). Um estudo recente (Boden et al., 2010) concluiu que existe uma relação de causa-efeito entre o consumo de cigarros e depressão, em que o uso do tabaco aumenta o risco de sintomas de depressão. Estudo longitudinal realizado na Noruega (1.190 adultos) mostrou que risco de depressão foi quatro vezes mais alto para os fumantes em comparação com os que nunca fumaram (Klungsoyr et al., 2006).

No Brasil, segundo dados do inquérito nas 108 maiores cidades realizado em 2005 (n=7.921; 12 a 65 anos), a prevalência de uso diário de cigarro foi de 16,4%, com distribuição semelhante entre os sexos (Opaleye et al., 2012) e na PNAD-2013 foi 15,0% (IBGE, 2014). A relação entre uso de fumo e EDM foi avaliada em apenas um dos estudos populacionais (Munhoz et al., 2013), no qual se verificou que o risco de ter EDM foi 50% maior para aqueles que fumavam em relação a nunca tinha fumado.

Álcool. Em vista da padronização das investigações no âmbito da APS, a OMS definiu e recomendou a utilização dos seguintes padrões de consumo (Anderson, 2008):

- *consumo de risco:* ingestão regular diária de álcool de 20 a 40g álcool para as mulheres e de 40 a 60g para os homens; persistindo, esse padrão de consumo aumenta o risco de consequências adversas para a saúde;
- *consumo prejudicial* – ingestão regular diária de álcool acima de 40g para mulheres e de 60g por dia para homens; esse padrão de consumo traz consequências para a saúde física e saúde mental da pessoa;
- *consumo excessivo* (também chamado de *binge drinking*) – trata-se da ingestão de pelo menos 60g de álcool em uma única ocasião;

esse padrão de consumo pode causar uma série de problemas nocivos à saúde;

- *dependência do álcool* – é um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos em que o uso do álcool torna-se prioritário para o indivíduo, em relação às outras atividades e obrigações que em algum momento tiveram maior valor.

Alguns estudos indicam que o uso moderado de bebida alcoólica tem função protetora para algumas doenças incluindo os transtornos depressivos (Bellos et al., 2013; Gea et al., 2013), enquanto o uso de risco está negativamente associado com estes transtornos (Bellos et al., 2013). Gea et al. (2013) avaliaram a relação entre o consumo de álcool e incidência de depressão em uma coorte (n=5.505; 55 a 80 anos) durante 7 anos e observaram menor risco de ter depressão entre os que tinham consumo de 5 a 15g por dia, em relação a nenhum consumo.

No Brasil, de acordo com o II levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil conduzido nas 108 maiores cidades com população de 12 a 65 anos (CEBRID, 2006), a prevalência geral de consumo de álcool (auto referido) na vida, no ano e no mês foi respectivamente 74,6%, 49,8% e 38,3%. A dependência de álcool, com critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - third Edition Revised* (DSM-III-R), foi de 12,3% (masculino=19,5%; feminino=6,9%). Na PNAD-2013, considerando a população de 18 anos ou mais com consumo de álcool de pelo menos uma vez por semana, a prevalência nacional foi 24,0%, variando de 18,8% na Região Norte a 28,4% na Região Sul (IBGE, 2014).

No Brasil, a relação entre consumo de álcool e EDM na população adulta foi avaliada em apenas um estudo (Munhoz et al., 2013), no qual não foi encontrada associação. Em outros dois estudos foi mensurada a relação do consumo de álcool com TMC. Mendonza-Sassi et al. (2003) observaram que o risco de consumo de risco de álcool foi maior (OR=2,48) na presença

de TMC. No outro estudo, a avaliação foi feita também por sexo, o que é bastante relevante, visto que os padrões mais graves de consumo de álcool distribuem-se diferentemente entre os sexos. Comparado a não ter TMC, o risco de uso abusivo foi 62% maior para homens e 80% para mulher (Costa et al., 2004).

Morbidades físicas (doenças não-transmissíveis). Diversas doenças crônicas estão associadas com os transtornos depressivos (Teng et al., 2005) e esta é uma questão complexa (Schulberg et al., 1987; Patten et al., 2005). Para Schulberg et al. (1987), essa situação reflete o resultado final da interrelação de um conjunto de factores que inclui incidência de morbidade física em pessoas com depressão e de depressão em pessoas com morbidades físicas, bem como o efeito dessas duas condições sobre a mortalidade e prognóstico de cada uma das morbidades físicas.

A associação de morbidades físicas com EDM, em estudos populacionais, foi demonstrada em âmbito de país, como no Canadá (Patten et al., 2005) e na Inglaterra (Meltzer et al., 2012) e em âmbito de cidade, como em Florianópolis (Boing et al., 2012). Doenças cardiovasculares (doenças isquêmicas, angina, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral) endócrinas (diabetes) oncológicas e síndromes dolorosas crônicas (problemas musculoesqueléticos) estão mais fortemente associadas com os transtornos depressivos (Teng et al., 2005) e mais presentes na literatura.

No Brasil, as informações mais recentes sobre a prevalência das principais doenças crônicas (autoreferidas com diagnóstico médico) são da Pesquisa Nacional de Saúde, a partir de dados da PNAD-2013 (≥ 18 anos) (IBGE, 2014): HAS (21,4%), problema crônico de coluna (18,5%), diabetes (6,2%), asma (4,4%), câncer (1,8%), AVC (1,5%), cifras que correspondem de 2,2 (AVC) a 31,3 milhões (HAS) de pessoas acometidas com uma ou mais de uma dessas doenças. Como já foi referido, as doenças crônicas aumentam o risco de depressão e este, por sua vez, aumenta o risco daquelas.

Quanto à relação das doenças crônicas com depressão, em uma amostra nacional canadense ($n=115.071$; ≥ 18 anos), a partir de uma lista de dezesseis doenças crônicas e do CIDI para avaliação de EDM (Patten et al., 2005), a prevalência de alguma doença crônica referida foi 65,7% e nessa parcela populacional a prevalência de EDM foi 9,2%, enquanto na outra parcela (34,3%, sem doença referida) a prevalência de EDM foi 4,0%. Além disso, foi observado que todas as doenças avaliadas aumentaram o risco de EDM. Comparado a não ter morbidade referida, o risco de ter EDM variou de 20% a mais para HAS a cerca de sete vezes mais para síndrome da fadiga crônica. No estudo conduzido em Florianópolis ($n=2.016$; 20 a 59 anos) (Boing et al., 2012), comparado a não ter doença crônica, o risco de ter EDM foi 44% maior para os que referiram uma doença e pelo menos duas vezes mais para os que referiram duas ou mais doenças.

A correlação entre depressão e doenças cardiovasculares em geral, diabetes e câncer, por suas características clínicas e prevalência, tem sido mais abordadas na literatura. Análise de resultados do *Global Burden of Disease* (GBD) de 2010 (Ferrari et al., 2013) mostrou que os EDM explicaram cerca de 3,0% do total de DALYs referentes à doença isquêmica do coração. Em uma coorte retrospectiva ($n= 236.079$) do *National Institutes of Health* (NIH), de indivíduos de 50-80 anos e seguida durante 8 anos (Garfield et al., 2014), o risco de insuficiência cardíaca foi 56% maior na presença de EDM. Uma análise de dados de dezenove países incluídos no *World Mental Health Surveys* (Scott et al., 2013) mostrou que os transtornos depressivos não só foram associados com as doenças cardíacas, como foram mais fortemente associados com o início precoce dessas doenças em relação ao início em idades mais avançadas. Em uma coorte em Amsterdam (Ginty et al., 2013), os sintomas depressivos foram associados com HAS. Em uma revisão sistemática e meta-análise sobre depressão pós-AVC, que incluiu 50 estudos (Ayerbe et al., 2013), a prevalência sumarizada geral de depressão foi de 29%, com prevalências de 28% dentro de um mês pós-AVC, 31% para o período de 1-6 meses e 33% entre 6 meses a 1 ano. As

prevalências por tipos de estudos foram de 22% em amostra populacional e de 30% em estudos hospitalares.

Quanto à relação entre diabetes e depressão, uma revisão sistemática que incluiu dez estudos ($n=51.331$), referentes ao período de 1980 a 2005 (Ali et al., 2006), a prevalência de depressão foi significativamente maior em pacientes com diabetes (17,6%) comparado àqueles sem diabetes (9,8%). Em uma coorte prospectiva de indivíduos com diabetes do tipo 2, tratados em serviços de APS, do estado de Washington (EUA) (Lin et al., 2009), o risco de morte por todas as causas aumentou mais de duas vezes (2,2) na presença de EDM, em relação a não ter esse transtorno mental.

Os transtornos depressivos têm efeitos negativos sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer. As estimativas de sua prevalência variam amplamente. Em recente revisão sistemática (Walker et al., 2013), as prevalências estimadas por subgrupos de indivíduos com câncer foram de 5% a 16% em pacientes ambulatoriais, 4% a 14% em pacientes internados e 7% a 49% em pessoas na fase de cuidados paliativos. Os transtornos depressivos, em pessoas com câncer, estão associados a piores prognósticos e ao aumento da mortalidade (Borges Bottino et al., 2009).

Embora com menor ênfase na literatura, a relação entre depressão e problemas de coluna, nas costas ou problemas musculoesqueléticos (dor, artrite, reumatismo) também têm sido objeto de investigações (Kroenke et al., 2007; Bair et al., 2008; Matcham et al., 2013). No Canadá, estudo populacional (Patten et al., 2005), a prevalência de EDM foi superior para indivíduos com morbidades referidas de fibromialgia ($OR=3,4$), problemas de coluna ($OR=2,3$) e artrite ou reumatismo ($OR=1,9$), em relação a não ter essas doenças. Com associação menor, em amostra nacional da população inglesa, o risco de ter depressão também foi maior na população que com problemas musculoesqueléticos ($OR=1,36$). Uma meta-análise sobre depressão em indivíduos com diagnóstico de artrite reumatoide (72 estudos; $n=13.189$) (Matcham et al., 2013) mostrou prevalência de 38,8%.

3.4 Episódio de depressão maior e utilização de serviços de saúde

O padrão de utilização de serviços de saúde é resultante de um conjunto de determinantes que incluem características demográficas, econômicas, de organização da oferta e do perfil epidemiológico da população (Mendoza-Sassi; Béria, 2001; Mendoza-Sassi et al., 2003; Ribeiro et al., 2003; Goldbaum et al., 2005; Fernandes et al., 2009).

Dentre os fatores demográficos determinantes da utilização de serviços de saúde, há evidência que ser do sexo feminino e pertencer aos grupos etários extremos (crianças e idosos) aumentam a chance de utilização (Mendoza-Sassi; Béria, 2001; Fernandes et al., 2009). Uma revisão sistemática (Mendoza-Sassi; Béria, 2001) mostrou que o efeito dos fatores socioeconômicos sobre a utilização de serviços de saúde é influenciado pela percepção de necessidade de saúde e pelas características dos serviços. Assim, apesar dos mais pobres terem uma maior carga de doenças, tendem a utilizar menos os serviços de saúde, se estes não lhes forem acessíveis.

Quanto às características dos serviços de saúde (determinantes relativos à oferta), o estudo de revisão supracitado (Mendoza-Sassi; Béria, 2001) indicou que o acesso (distância do serviço de saúde do local onde as pessoas vivem) e ter um médico de referência aumentam a probabilidade de uso de serviço.

A frequência de utilização de serviço de saúde no Brasil nas duas últimas semanas anteriores à entrevista foi de 10,0% em amostra de todo o País (≥ 18 anos), a partir dos dados da PNAD/2008 (Barros et al., 2008), e de 26,6% em população de todas as idades residente em áreas cobertas pela ESF de Porto Alegre (Fernandes et al., 2009). Outro estudo, realizado em dois distritos de saúde da cidade de São Paulo (Goldbaum et al., 2005) comparou o padrão de utilização de serviços de saúde entre população de todas as idades com e sem cobertura da ESF. A frequência de uso de serviço na população com cobertura da ESF foi menor (13,3%; homem=10,2

e mulher=16,4%) comparada à população sem cobertura da ESF (15,1%; homem=13,1; mulher=17,1%). Esses resultados mostram que em relação à média de utilização de serviço de saúde para o País, as frequências estimadas para populações com cobertura da ESF são maiores. Essa constatação é coerente com a finalidade da ESF de reorganizar os serviços de saúde na busca integralidade e equidade.

A relação entre depressão e utilização de serviços de saúde foi abordada em um estudo realizado em Florianópolis (SC) (Boing et al., 2012), com população adulta (20 a 59 anos). A prevalência de depressão atual referida foi maior entre aqueles que tiveram internação hospitalar nos últimos 12 meses (32,7%; IC95%: 23,2-42,3) comparada aos participantes que não foram expostos à essa condição no referido intervalo de tempo (15,1%; IC95%: 13,0-17,1) e também entre aqueles que realizaram consulta médica nas duas últimas semanas (23,2%; IC95% 18,8-27,6), em relação aos que não utilizaram esse serviço (13,5; IC95% 11,4-15,6).

Em outro estudo que envolveu idosos (≥ 65 anos) de baixa renda residentes na cidade de São Paulo (Huang et al., 2014) a frequência de visitas ambulatoriais nos 3 meses anteriores à entrevista aumentou em 36% na presença de EDM e em 14% na presença de sintomas depressivos clinicamente relevantes, em ambos os casos em relação aos idosos sem essas condições clínicas de saúde mental. Esses resultados indicam que a piora do quadro depressivo, além de outros prejuízos para a pessoa e família, aumenta a procura e utilização de serviços de saúde.

Outras informações sobre a preponderância da utilização de serviço de saúde pela população com transtornos depressivos sobre a população sem esse tipo de transtorno vêm de estudos sobre morbidades psiquiátricas em geral que avaliaram a utilização de serviço de saúde. Na população residente em dois bairros da cidade de São Paulo 45,3% dos participantes com qualquer diagnóstico do DSM-IV nos 12 meses anteriores à entrevista utilizaram qualquer serviço de saúde nesse mesmo período de tempo, enquanto na população sem estes diagnósticos a proporção de uso foi de

27,0% (Andrade et al., 2008). Nos EUA, em uma amostra nacional, os resultados dessa mesma avaliação foram de 41,1% de uso de serviço entre quem tinha qualquer transtorno mental e 10,1% quem não tinha tal problema. Nesse mesmo estudo a proporção de utilização de qualquer serviço de saúde, nos últimos 12 meses, entre aqueles com diagnóstico de EDM foi de 38,0% (Wang et al., 2005).

Apesar das evidências sobre maior utilização de serviços de saúde pela população com depressão em relação a não ter esse transtorno, e das recomendações da OMS sobre a necessidade de identificar e tratar transtornos mentais em serviços de APS (WHO, 2008, 2014a), é baixa a proporção de casos tratados (Demyttenaere et al., 2004; Kohn et al., 2004; Andrade et al., 2012). Demyttenaere et al. (2004) estimaram a proporção de casos graves de transtornos mentais não tratados e observaram variações de 35,5% a 50,3% nos países de renda alta e de 76,3% a 85,4% nos países renda média e baixa, nos 12 meses anteriores à entrevista. Kohn et al. (2004) estimaram a proporção média da falta de tratamento (*median treatment gap*) por tipo de transtornos mentais e observaram que a falta de tratamento para depressão correspondeu a 56,3%. Na cidade de São Paulo apenas um terço dos casos graves recebeu algum tipo de tratamento (Andrade et al., 2012).

Em uma coorte de população de 18 a 75 anos que procurou serviço de atenção primária em Porto Alegre (3 UBS's) (Lima; Fleck, 2010), foi avaliado o tratamento em pessoas com diagnóstico de EDM (179 sujeitos, 73% do sexo feminino, idade média de 38 anos e 9 anos de escolaridade). Ao final de nove meses de seguimento, 42% dos sujeitos mantinham o diagnóstico de EDM, somente 25% apresentou remissão completa dos sintomas e 9% foram tratados com antidepressivo de forma adequada.

4 OBJETIVOS

- Estimar a prevalência de episódio de depressão maior na população de 20 anos ou mais cadastrada na Estratégia Saúde da Família das sedes municipais de Coari e Tefé, Amazonas.
- Avaliar a associação de episódio de depressão maior com características individuais nesses dois municípios.
- Investigar a associação entre episódio de depressão maior e utilização de serviços de saúde (atenção primária, urgência ou emergência e atenção médica especializada).

5. MÉTODO

5.1 Desenho do estudo

Estudo de corte transversal, conduzido com população de 20 anos e mais, de ambos os sexos, cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) das sedes dos municípios de Coari e Tefé, no Estado do Amazonas. Os dados foram coletados entre agosto de 2013 e maio de 2014.

5.2 População e amostra

A escolha das cidades de Coari e Tefé para fins da presente investigação foi intencional. Os seguintes aspectos foram considerados:

- i. conhecimento prévio das cidades pela pesquisadora que, na condição de docente da Universidade da Estado do Amazonas, desenvolve atividade de ensino em municípios do interior do Estado¹;
- ii. padrão demográfico das duas cidades – Coari e Tefé estão entre os seis municípios mais populosos do interior do Estado;

¹ Como docente da Universidade da Estado do Amazonas, atuando principalmente em campo de práticas com alunos de graduação, estágio curricular em saúde coletiva que integra graduandos dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia (Internato Rural), tive a oportunidade de me aproximar de populações que residem em cidades e comunidades de vários municípios distribuídos do vasto território amazonense. Durante o Internato Rural, ao longo de todo o período letivo, grupos compostos por alunos dos três cursos e docentes deslocam-se da capital para cidades do interior do Estado onde desenvolvem atividades de promoção de saúde e/ou de assistência ao indivíduo, família e comunidade, juntamente com profissionais da Estratégia Saúde da Família. Essa tarefa acadêmica permitiu-me a aproximação de gestores e profissionais de saúde que atuam na atenção primária de vários municípios e despertou em mim o interesse de desenvolver o presente estudo envolvendo populações residentes em localidades do Estado do Amazonas situadas fora do grande centro urbano, Manaus.

- iii. localização fluvial e limites territoriais – as duas cidades estão situadas na mesma calha de rio (Solimões) e fazem fronteira entre si; esses aspectos permitiriam a viabilidade da pesquisa em termos logísticos (tempo e recursos financeiros);
- iv. proporção de cobertura da ESF nas sedes municipais – segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) de julho de 2013, a cobertura era de 85% em Coari (11 equipes ativas) e 100% em Tefé (12 equipes ativas). Em números, a população de 20 anos ou mais cadastrada na ESF era de 22.169 (47,6% masculino e 52,4% feminino) em Coari e 25.436 (49,5% masculino e 50,5% feminino) em Tefé.

Os parâmetros considerados para o cálculo do tamanho da amostra foram: estimativa esperada de 20% de prevalência de transtornos depressivos na população adulta (20 anos e mais), intervalo de confiança de 95% (IC 95%), poder de 80% e precisão de 4%, gerando uma amostra (n) de 818 sujeitos para cada município. Para a execução da coleta de dados assumiu-se $n=800$ em cada município (1.600 nos dois centros).

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: ser deficiente auditivo grave, ter dificuldade para entender as perguntas feitas pelo entrevistador e estar ausente do domicílio por mais de um mês. Estes sujeitos, juntamente com aqueles que se recusaram participar do estudo, bem como aqueles não encontrados pelo entrevistador (por exemplo: mudança de endereço, endereço não localizado), foram substituídos por sujeitos do mesmo sexo, faixa etária e residentes na mesma área da ESF, também selecionados aleatoriamente.

5.3 Avaliações e instrumentos

5.3.1 Variáveis de desfecho

5.3.1.1 Episódio de depressão maior

Os sintomas de episódio de depressão maior (EDM) foram avaliados com a utilização do *Patient Health Questionnaire-9* – questionário sobre saúde do paciente-9 (PHQ-9). O PHQ-9 é um módulo da versão autoaplicável do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)*. O PRIME-MD foi desenvolvido a partir do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – third Edition Revised (DSM-III)*, para diagnóstico de cinco transtornos mentais frequentemente observados na APS (depressão, ansiedade, transtornos somatoformes, alcoolismo e distúrbios alimentares) (Spitzer et al., 1994). Para melhorar sua exequibilidade em relação ao tempo de aplicação, foi elaborada e validada uma versão autoaplicada denominada de *Patient Health Questionnaire* (PHQ) (Spitzer et al., 1999). O PHQ-9 é a seção específica para diagnóstico de transtorno depressivo (Spitzer et al., 1999; Kroenke et al., 2001). Esta escala é composta de nove itens, equivalentes aos nove sintomas estabelecidos como critérios para o diagnóstico de transtorno depressivo maior pelo DSM-III / DSM-IV. A resposta de cada item corresponde à frequência de ocorrência do sintoma depressivo nas duas semanas anteriores ao dia da avaliação. Essa frequência é dada em quatro categorias: nenhuma vez (zero), vários dias (1), mais da metade dos dias, (2) quase todos os dias (3). A amplitude do escore do PHQ-9 varia de 0 a 27 pontos (Anexo A). O diagnóstico de transtorno depressivo é definido por algoritmo ou por ponto de corte (Spitzer et al., 1999; Kroenke et al., 2001).

Quanto aos indicadores psicométricos do PHQ-9, no estudo original Kroenke et al. (2001) obtiveram sensibilidade de 88% e especificidade também de 88% com o ponto de corte 10 ou mais (≥ 10) para diagnóstico de EDM. Estudos subsequentes de validação em outros idiomas e de avaliação de suas propriedades psicométricas, envolvendo diversas populações, demonstraram adequação do instrumento para diagnóstico e rastreamento de transtornos depressivos. Entre os grupos populacionais envolvidos estão população geral atendida na atenção primária à saúde, na Escócia (Cameron et al., 2008) e no Chile (Baader et al., 2012); idosos, na Holanda (Lamers et al., 2008); mulheres, no Brasil (Osório et al., 2009); puérperas nos EUA (Flynn

et al., 2011); pessoas com doenças crônicas também nos EUA (Williams et al., 2005; McManus et al., 2005) e na Holanda (Lamers et al., 2008) e, ainda, estudantes universitários, na Nigéria (Adewuya et al., 2006).

Revisões sistemáticas, conduzidas com estudos de validação, mostraram que o ponto ≥ 10 para diagnóstico de EDM apresentou sensibilidade média de 77% e especificidade média de 94% (Wittkamp et al., 2007) e variação de 66%-88% para sensibilidade e de 71%-92% para especificidade (Kroenke et al., 2010). Esses mesmos indicadores de confiabilidade, para o ponto de corte ≥ 10 , foram sumarizados em duas meta-análises: Gilbody et al. (2007), sensibilidade de 80% (IC95% 71%-87%) e especificidade de 92% (IC 95% 88-95); Manea et al. (2012), sensibilidade de 85% (IC 95% 75-91) e especificidade de 89% (IC 95% 83-92).

No Brasil, o PHQ-9 vem sendo utilizado a partir de meados dos anos 2000. Inicialmente, Fraguas et al. (2006) avaliaram, em população atendida em serviço ambulatorial, o desempenho do PRIME-MD para depressão, comparada a *Structured Clinical Interview Axis I Disorders, Patient Version for DSM-IV*, realizada por psiquiatras (Kappa de 0,42 para depressão subsindrômica e 0,32 para EDM). Santana et al. (2007), em estudo de prevalência de EDM em amostra de adolescentes (10-21 anos), utilizaram a versão do PHQ-9 traduzida para o português que, após *back translation* e testes de confiabilidade, teve seu desempenho comparado ao diagnóstico conferido por psiquiatras – pelos critérios do DSM-IV – e obtiveram concordância de 70,6% dos casos e Índice de Kappa de 0,25. Santos et al. (2013), em amostra populacional de 20 anos e mais e comparado ao desempenho do *Mini International Neuropsychiatric Interview*, obtiveram a maior sensibilidade (77,7%) e a maior especificidade (86,7%) para o ponto de corte ≥ 9 . Osório et al. (2009), com mulheres atendidas em serviço ambulatorial, avaliaram a capacidade discriminativa do PHQ-9, utilizando a versão traduzida para o português brasileiro pela Pfizer (2005) e seus resultados foram comparados à *Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders - Axis I / Patient Version for DSM-IV*. O ponto de corte ≥ 10 obteve os melhores indicadores de confiabilidade para rastreamento de transtornos

depressivos (sensibilidade de 100% e especificidade de 98%). No presente estudo foi utilizada a mesma versão avaliada por Osório et al. (2009).

5.3.1.2 Utilização de serviços de saúde

A utilização dos serviços de atenção primária à saúde (APS), urgência ou emergência (U/E) e de atenção médica especializada (AME), nos três meses anteriores à entrevista foi avaliada perguntando se o participante, no período referido, utilizou cada um dos serviços investigados, independentemente do serviço ser público ou privado, com resposta dicotômica (sim/não). A opção de uso do corte temporal de três meses para avaliação da relação entre EDM e utilização de serviços de saúde está inserida no contexto de outras pesquisas realizadas (Hsiang et al., 2014) e em andamento (Projeto “Depressão em Idosos – São Paulo / Manaus”) por pesquisadores também envolvidos no projeto do presente estudo (orientadores). Andrade et al. (2008) avaliaram a utilização de serviço no último mês em relação aos transtornos mentais em geral e Costa et al. (2002) avaliaram a utilização nos últimos 15 dias em relação aos transtornos mentais comuns atuais.

5.3.2 Variáveis de exposição

5.3.2.1 Características demográficas e socioeconômicas

Foram avaliadas as seguintes variáveis demográficas e socioeconômicas: sexo (masculino e feminino); idade (anos completos), raça ou cor da pele autodeclarada (parda, branca, negra, amarela e indígena), situação conjugal (casado, união estável, solteiro, viúvo e separado), escolaridade (número de anos que frequentou escola), número de filhos, número de moradores no domicílio, situação atual sobre trabalho remunerado, renda individual mensal (sem renda, <R\$ 500,00, 501-1000, 1001-1500, 1501-2000, 2001-3000, 3001-4000, >4000) e frequência de participação em igreja.

5.3.2.2 Apoio social

A avaliação sobre apoio social foi centrada na família e em amigos ou colegas. Perguntou-se ao participante com que frequência ele se encontrava com seus familiares para conversar e com seus amigos ou colegas para fazer alguma coisa junto. As categorias de respostas para ambas as variáveis foram: diariamente, semanalmente, mensalmente, com menos frequência e nunca.

5.3.2.3 Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE)

Os EVPE foram avaliados com um questionário utilizado e validado por Lopes e Faerstein (2001). O questionário é composto de 8 eventos: (1) problema sério de saúde, (2) internação hospitalar, (3) dificuldades financeiras graves, (4) morte de parente próximo (5) mudança forçada de moradia (6) rompimento de relação amorosa (7) vítima de assalto ou roubo (8) vítima de agressão física. A este questionário foram adicionados outros três eventos estressantes: “acidente de trânsito”, “ferimento por arma” e “ter presenciado outra pessoa ser vítima de ferimento por arma”. Esta versão ampliada do instrumento, com a inclusão dos três itens referidos (Anexo B), foi previamente utilizada no estudo de “depressão em idosos de São Paulo / Manaus” (análise em andamento). Em conformidade com Lopes e Faerstein (2001), foi utilizado o período recordatório de 12 meses e cada evento foi avaliado como variável dicotômica (sim/não).

5.3.2.4 Uso atual de fumo

A avaliação foi realizada perguntando ao participante se alguma vez na vida ele havia fumado pelo menos um cigarro diariamente por um período de no mínimo um mês (sim/não). Em seguida, de acordo com a resposta, perguntava-se se ele fumava atualmente (sim/não).

5.3.2.5 Consumo de álcool no último ano

A avaliação do consumo de álcool foi feita com o *Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*. Esse teste foi desenvolvido pela OMS e publicado pela primeira vez em 1989. Foi elaborado com a finalidade de ser uma ferramenta de uso na atenção primária para rastreamento do consumo de risco de álcool em âmbito mundial e, também, para ajudar na avaliação clínica do consumo nocivo ou de dependência do álcool (Babor et al., 2001). O instrumento é constituído de 10 itens, com escores que vão de 0 a 4, gerando uma escala contínua de 0 a 40 pontos.

A interpretação pode ser feita de três formas: (a) classificação por único ponto de corte, gerando uma variável dicotômica com as categorias consumo de baixo risco e consumo de risco, (b) níveis de consumo, determinados por pontuações obtidas em três conjuntos de itens avaliados denominados de *domínios*, sendo consumo de risco (itens de 1 a 3), sintomas de dependência (de 4 a 6) e consumo prejudicial de álcool (de 7 a 10), (c) níveis de risco, determinados por pontos de corte na escala contínua, sendo de zero a 7 pontos para o nível de risco da zona I, de 8 a 15 para a zona II, de 16 a 19 para a zona III e de 20 a 40 para a zona IV (Babor et al., 2001).

O AUDIT teve sua validação original em seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgária, México e Estados Unidos de América). Nos testes de confiabilidade o ponto de corte igual e maior a 8 (≥ 8) demonstrou maior adequação, com sensibilidade acima 0,90 e especificidade acima de 0,80 para os diferentes níveis de consumo, sendo esses valores a média entre os diferentes países (Babor et al., 2001).

No presente estudo foi utilizada a versão em português adaptada e validada por Méndez (1999) para uso em serviços de APS (Anexo C). Ao teste de confiabilidade dessa versão, aplicado às categorias “uso nocivo” e “transtornos mais graves” da CID-10, a sensibilidade foi de 91,8% e especificidade de 62,3% para o ponto de corte ≥ 8 .

5.3.2.6 Morbidade referida

A “morbidade referida” foi avaliada perguntando ao participante se ele tinha quaisquer das seguintes doenças: (1) hipertensão arterial sistêmica (HAS), (2) diabetes, (3) acidente vascular cerebral (AVC), (4) doenças de pulmão (asma, bronquite, enfisema), (5) doenças do coração (infarto, angina, insuficiência cardíaca), (6) doenças hepáticas (hepatite, cirrose), (7) doença digestiva crônica (úlcera, gastrite, outros problemas intestinais), (8) doença de coluna (9) artrite, artrose ou reumatismo e (10) câncer (CA). A resposta foi dicotômica (sim/não).

5.3.2.7 Tratamento para transtornos mentais

O uso atual e no passado de medicamento para qualquer transtorno mental foi avaliado perguntando aos participantes se eles estavam recebendo algum medicamento controlado, como por exemplo, calmantes, antidepressivos, remédios para problemas de “cabeça” (sim/não). Quando a resposta era negativa (não), perguntava-se se alguma vez no passado eles precisaram usar esses medicamentos (sim/não). Aos participantes com resposta positiva (sim) para a primeira questão era perguntado o nome do medicamento, para conferir se de fato era para transtorno mental e se registrava o nome do grupo a que pertence o medicamento (anti-depressivo, ansiolítico, neuroléptico, anti-epilético e estabilizador do humor).

5.4 Procedimentos

5.4.1 Procedimentos relativos à utilização de *smartphones* na coleta de dados

A difusão de *softwares* eficientes dedicados à operação de tarefas inerentes a execução de pesquisas científicas permitiu que a coleta de dados

fosse feita em *smartphones*, com o uso de ferramentas do *Open Data Kit* (ODK). O ODK é uma coletânea de aplicativos desenvolvida por cientistas de computação da Universidade de Washington (<http://opendatakit.org/about/>). Foram utilizadas ferramentas para elaboração do questionário eletrônico, para leitura e preenchimento do questionário relativo a cada participante do estudo (aplicativo *ODK Collect* v.7.1.1) e ferramentas destinadas à conformação do branco de dados.

A utilização dessa tecnologia foi uma resultante do Projeto “*coleta de dados com smartphone: sistema baseado em software livre - android™*”, desenvolvido em colaboração entre o orientador do presente estudo (Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes) e um professor e quatro alunos de graduação em engenharia de computação da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (Prof. Dr. Antônio Carlos Seabra e os alunos Diogo Bandeira, João Sallaberry, Sheila Dada e Thales Santos) (Anexo D). Essa equipe fez a seleção e adequação das ferramentas de interesse para aplicação dessa tecnologia em pesquisas epidemiológicas vinculadas ao Núcleo de Apoio à Pesquisa em Saúde Mental Populacional (NAP-SaMP) da Universidade de São Paulo.

5.4.2 Procedimentos relativos ao questionário eletrônico

Foi feito um questionário estruturado composto de seções de perguntas elaboradas pelos pesquisadores envolvidos no presente estudo (identificação da entrevista, identificação do participante, características demográfica e socioeconômica, apoio social, doenças referidas e uso de serviços de saúde) (Anexo E); de duas escalas, uma de sintomas depressivos (*Patient Health Questionnaire-9 – PHQ-9*) e outra álcool (*Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*) e de um instrumento para avaliar eventos de vida produtores de estresse (EVPE). Essas partes compuseram um questionário único, o qual foi exportado aos *Smartphones* contendo o aplicativo *ODK Collect* v1.1.7, cujo acesso é livre (<http://android.appazx.com/download/odk-collect-117-13799493.html>).

Essa tecnologia permitiu o preenchimento do questionário com as seguintes vantagens:

- i. variados tipos de respostas – opção única, múltipla escolha, numérica ou textual;
- ii. programação de “pulos” automáticos – foi útil para otimizar o tempo de entrevista e para evitar erros inerentes a essa prática quando realizada manualmente;
- iii. respostas obrigatórias – através de um comando foi possível marcar as perguntas que obrigatoriamente deveriam ser respondidas;
- iv. informações sobre o dia e horário da entrevista, o *software* foi programado para registrar a data completa (dia, mês e ano) e o horário (hora, minuto e segundo) em que a entrevista foi finalizada.

Os arquivos gerados com os questionários preenchidos e gravados individualmente na memória do *smartphone*, foram exportados para arquivo único em formato Excel e depois transferido ao *software* de análise estatística (STATA 11.0).

5.4.3 Procedimentos relativos à amostra

A amostra aleatória dos sujeitos elegíveis foi obtida por meio de sorteio proporcional à população cadastrada por área de abrangência de cada equipe de saúde da ESF, por sexo e faixa etária (20-39, 40-59 e 60 anos ou mais). Após anuência dos gestores municipais de saúde (Secretário de Saúde do Município), os seguintes procedimentos foram adotados para coleta de dados:

- i. na Secretaria Municipal de Saúde de cada município, foram obtidas as informações de cadastro das famílias no SIAB para o cálculo proporcional da amostra por área de abrangência, sexo e faixa etária;
- ii. nas UBS's, através das fichas de cadastro de família (Ficha A – Anexo F), foram obtidas as informações dos sujeitos (nome, sexo,

- idade e endereço) e das equipes de saúde (número de área e micro-área);
- iii. criação de uma base de dados individuais (excel);
 - iv. sorteio da amostra;
 - v. visita dos entrevistadores previamente treinados aos domicílios dos sujeitos selecionados para ser entrevistados – nessa ocasião as entrevistas eram agendadas ou, quando possível, já eram realizadas.

As informações extraídas do SIAB e das fichas de cadastro de família mostraram ampla disparidade dos números. De acordo com o SIAB, a população cadastrada de 20 anos ou mais era de 22.169 em Coari e de 25.436 em Tefé, bem acima dos dados correspondentes obtidos diretamente das Fichas A (Coari=18.323; Tefé=16.515). Essa última fonte foi considerada mais fidedigna e atualizada e por este motivo foi a utilizada como base para o sorteio da amostra.

Para a realização do sorteio e condução das entrevistas os seguintes procedimentos foram necessários:

- i. cálculo da amostra por área de abrangência da ESF, realizado com base no tamanho da amostra estabelecida por cidade (800 sujeitos), número de sujeitos cadastrados por área de abrangência de cada equipe e o total de sujeitos elegíveis em cada cidade; por exemplo, em Coari que tinha um total de 18.323 sujeitos elegíveis, o tamanho da amostra da área 01, com 1.846 sujeitos elegíveis, foi de 81 sujeitos;
- ii. em seguida foram calculados os números proporcionais de sujeitos por sexo e faixa etária (20-39, 40-59 e ≥ 60 anos) em cada área, baseado nas informações individuais coletadas previamente (Quadros 1 e 2);
- iii. depois, foi feito o sorteio da amostra para cada área de abrangência, sendo utilizado o *software* STATA (11.0);

iv. por último, os dados dos sujeitos sorteados (nome, sexo, idade e endereço) foram dispostos em planilhas por área da ESF, impressas e entregues aos entrevistadores para localização dos sujeitos e realização das entrevistas.

O procedimento de sorteio foi repetido o número de vezes necessário para repor os sujeitos que foram sorteados, mas não foram entrevistados por motivos de recusa, endereço não localizado ou outras situações. O sorteio para reposição foi feito segundo os mesmos critérios do primeiro sorteio, isto é, por área da ESF, segundo o sexo e a faixa etária do sujeito não entrevistado, resguardando assim o número de participantes por sexo e faixa etária previamente estabelecido por área e por cidade.

Quadro 1 – Número de sujeitos ≥ 20 anos cadastrados na ESF*, distribuídos por faixa etária e sexo (M/F) e respectiva amostra proporcional (n), segundo as áreas de abrangência das equipes de saúde – Coari (AM), 2014

ÁREA**	FAIXA ETÁRIA, SEXO E AMOSTRA PROPORCIONAL												TOTAL	
	20-39 anos				40-59 anos				≥60 anos					
	M	n	F	N	M	n	F	n	M	n	F	n	M+F	n
1	457	21	557	24	228	10	414	18	86	4	104	4	1.846	81
2	618	29	762	33	327	14	299	13	108	5	94	3	2.208	96
3	464	22	525	23	248	10	252	11	147	7	192	7	1.828	80
4	614	29	665	29	312	13	319	14	198	9	217	8	2.525	102
5	330	15	409	18	189	8	208	9	118	5	136	5	1.390	61
6	351	16	388	17	176	7	194	8	94	4	99	4	1.302	57
7	546	26	614	26	298	13	270	12	122	6	132	5	1.982	87
8	466	22	469	20	219	9	210	9	88	4	78	3	1.530	67
9	391	18	367	16	142	6	147	6	63	3	60	2	1.170	51
10	211	10	252	11	127	5	143	6	81	4	210	8	1.024	45
19	510	24	606	26	227	10	209	9	73	3	93	3	1.718	75
TOTAL	4.958	232	5.614	242	2.493	105	2.665	114	1.178	54	1.415	51	18.323	800

* Dados obtidos na Ficha A, em cada equipe de saúde. **Número de registro da equipe no SIAB.

Quadro 2 – Número de sujeitos ≥ 20 anos cadastrados na ESF*, distribuídos por faixa etária e sexo (M/F) e respectiva amostra proporcional (n), segundo as áreas de abrangência das equipes de saúde – Tefé (AM), 2014

ÁREA**	FAIXA ETÁRIA, SEXO E AMOSTRA PROPORCIONAL												TOTAL	
	20-39				40-59				60+					
	M	n	F	n	M	n	F	n	M	n	F	n	M+F	n
1	234	11	231	11	128	6	132	6	57	3	63	3	845	41
2	202	10	216	10	94	4	115	6	74	4	66	3	767	37
3	278	14	347	17	195	9	181	9	113	5	137	6	1.251	61
4	338	17	374	18	178	8	221	11	105	5	128	6	1.344	65
5	257	13	273	13	172	8	186	9	88	4	75	3	1.051	51
6	369	18	437	21	181	9	213	10	100	5	92	4	1.392	67
7	576	28	602	29	216	10	221	11	69	3	60	3	1.744	85
8	910	45	839	41	362	17	351	17	200	10	188	9	2.850	138
12	527	26	535	26	216	10	250	12	107	5	81	4	1.716	83
13	327	16	367	18	144	7	146	7	50	2	43	2	1.077	52
15	394	19	407	20	188	9	186	9	101	5	110	5	1.386	67
16	321	16	353	17	150	7	152	7	58	3	58	3	1.092	53
TOTAL	4.733	232	4.981	242	2.224	105	2.354	114	1.122	54	1.101	51	16.515	800

* Dados obtidos na Ficha A, em cada equipe de saúde. **Número de registro da equipe no SIAB.

5.4.4 Procedimentos relativos aos entrevistadores

Três critérios foram estabelecidos para seleção dos entrevistadores: (a) ter concluído ou ser aluno do ensino superior, (b) ter disponibilidade de tempo para desempenhar a atividade em horário comercial e, eventualmente, em dias e horários especiais, (c) ser treinado e demonstrar, durante a fase de treinamento, entendimento sobre o trabalho proposto, atitude ética e habilidade para completar o questionário utilizando os recursos material e tecnológico descritos anteriormente.

O treinamento teve carga horária de 40 horas e foi composto das seguintes fases (todas elas descritas no Manual do Entrevistador):

- i. apresentação do projeto de pesquisa com ênfase nos aspectos

relacionados à coleta de dados;

- ii. apresentação e simulação de técnicas de abordagem em domicílio e de comunicação interpessoal no contexto de entrevistas individuais com a finalidade de pesquisa;
- iii. simulações de aplicação do questionário, entre os próprios entrevistadores e outros voluntários, até alcançar o padrão desejado quanto à leitura das perguntas (entonação adequada) e habilidade em relação ao manuseio do questionário eletrônico disposto em *smartphone*.
- iv. na última fase do treinamento cada entrevistador realizou entre três e cinco entrevistas com participantes do estudo na presença da pesquisadora. Esse procedimento contribuiu para a segurança emocional do entrevistador.

Percorridas essas etapas, o entrevistador estava apto a realizar entrevista sozinho. Dez entrevistadores participaram da fase de coleta de dados (cinco em cada centro). Quatro deles eram assistentes sociais e seis estudantes de graduação da Universidade do Estado do Amazonas (4 de saúde coletiva e 2 de geografia). A idade dos entrevistadores variou de 22 a 45 anos, todos residentes nas cidades onde a pesquisa foi realizada. Apenas um era do sexo masculino.

As exigências relacionadas à aplicação do protocolo da pesquisa e às características climáticas da região (sol muito quente ou muita chuva), constituíram a principal causa de perda de entrevistadores, o que levou à replicação das atividades de seleção e subsequentes treinamentos.

5.4.5 Procedimentos relativos ao controle de qualidade

As seguintes estratégias foram utilizadas para o controle de qualidade do trabalho de campo:

- i. encontros semanais com os entrevistadores para esclarecimento de

dúvidas, repasse de informações, orientações diversas e transferência de dados dos *smartphones* para a base de dados do estudo;

- ii. conferência de informações individuais dos sujeitos por meio de comparação de nomes, data de nascimento e endereço de pessoas entrevistadas com os nomes, data de nascimento e endereço dos sujeitos a serem entrevistados;
- iii. retorno da pesquisadora a domicílios de participantes selecionados por conveniência, incluindo ambos os sexos, os três estratos etários e pelo menos 5 participantes por entrevistados.

A coordenação de todas as fases da pesquisa, incluindo o treinamento e a supervisão dos entrevistadores, foi feita pela própria pesquisadora que permaneceu nas cidades durante todo o período de coleta de dados (seis meses em Tefé e quatro em Coari). Apesar das limitações relacionadas à comunicação na região onde o estudo foi desenvolvido, os orientadores foram informados sobre o andamento das atividades e mantiveram a atenção e o apoio em todas as circunstâncias. Durante as atividades de campo, a co-orientadora (Prof. Dra. Márcia Scazufca) esteve nas duas cidades em visita de supervisão.

5.5 Análise estatística

Os arquivos gravados em *smartphones* foram convertidos em formato Excel e exportados para o STATA 11.0, utilizado para análise dos dados. Inicialmente se realizou a conferência das entrevistas para evitar duplicidades de observações e se averiguou a consistência dos dados. Em seguida, foram feitas análises descritiva e de associação (bivariada e multivariada).

5.5.1 Episódio de depressão maior

Para análise de EDM adotou-se a classificação dicotômica sobre o escore total do PHQ-9, sendo utilizado o ponto de corte ≥ 10 . Originalmente esse ponto de corte foi proposto por Kroenke et al. (2001) para o diagnóstico de EDM e, posteriormente, sua adequação foi demonstrada em outros estudos (Wittkamp et al., 2007; Gilbody et al., 2007; Kroenke et al., 2010; Manea et al., 2012). No Brasil, Osório et al. (2009) também observaram sua adequação para rastreamento de transtornos depressivos em população atendida em serviço ambulatorial.

5.5.2 Utilização de serviços de saúde

Para a análise da utilização de serviços de “atenção primária à saúde”, “atenção médica especializada” e “urgência ou emergência”, também foi utilizada a classificação dicotômica (sim/não).

5.5.3 Variáveis de exposição incluídas nas análises

As variáveis de exposição foram assim categorizadas:

- a. sexo – masculino e feminino;
- b. faixa etária – 20-39, 40-59 e ≥ 60 anos;
- c. cor ou raça referida – “parda e negra”, “branca e amarela” e indígena (a inclusão de categorias com duas raças foram necessárias por causa da frequência diminuta das raças “negra” e “amarela” na amostra);
- d. situação conjugal atual – “casado ou união estável”, solteiro, viuvo e separado (casado e em união estável foram considerados semelhantes, por isso incluídos na mesma categoria);
- e. número de anos de frequência escolar – 0-4, 5-8, 9-11 e 12 anos ou

mais;

- f. renda individual mensal (R\$) – ≤ 500 , 501-1000, ≥ 1001 (na categoria ≤ 500 está contida a parcela da população sem renda);
- g. frequência de encontro com familiares – “pelo menos 1x / mês” e “raramente ou nunca”;
- h. frequência de encontro com amigos ou colegas – “pelo menos 1x / mês” e “raramente ou nunca”;
- i. EVPE – número de vezes que um participante foi exposto a um EVPE nos doze meses anteriores à entrevista, sendo 0-1, 2, 3, ≥ 4 ;
- j. uso atual de fumo – sim/não
- k. consumo de álcool no último ano – adotou-se a classificação dicotômica do AUDIT com o ponto de corte ≥ 8 (Babor et al., 2001), sendo “sem consumo e consumo de baixo risco” (até sete pontos) e “consumo de risco de álcool” (oito pontos ou mais);
- l. morbidade referida – número de doenças crônicas por participante, sendo “nenhuma doença”, duas, “três ou mais doenças” (0, 1, 2, ≥ 3).
- m. tratamento para transtornos mentais (uso de medicamento) – nunca, no passado e atualmente.
- n. cidade – Coari e Tefé.

Quatro variáveis foram incluídas somente na análise descritiva, as quais foram categorizadas da seguinte forma:

- o. número de filhos – “sem filhos”, 1-2, 3-5, ≥ 6 ;
- p. número de moradores no domicílio – 1, 2-4, 5-7, ≥ 8 ;
- q. situação atual relacionada ao trabalho remunerado – “trabalho formal”, “formal e informal”, “trabalho informal” e “nenhum trabalho”;
- r. frequência de participação em atividade religiosa em igreja (templo) – “semanal”, “mensal”, “raramente ou nunca” e “sem religião”.

5.5.4 Análise descritiva

As análises descritivas foram feitas por cidade para averiguar similaridades e discrepâncias proporcionais entre as duas populações em relação às variáveis de desfecho e de exposição avaliadas. Através de frequências descritas em números absolutos e em percentuais foram apresentadas as características da população estudada segundo as variáveis avaliadas. De igual modo foram apresentadas frequências de utilização de cada tipo de serviço incluído nas análises.

5.5.5 Análises de associação

Visto que as duas populações se distribuíam de forma semelhante em relação às variáveis de desfechos e de exposições avaliadas, as análises de associação foram conduzidas sobre a população geral do estudo.

5.5.5.1 Episódio de depressão maior (EDM)

Inicialmente foi feita a análise bivariada de EDM em relação às variáveis de exposição incluídas da análise. O critério utilizado para inclusão das variáveis nas análises de associação foram: frequência relativa considerada alta na população estudada e evidências de associação das variáveis avaliadas com transtornos depressivos em estudos prévios. Por esta razão, quatro variáveis apresentadas na análise descritiva não foram incluídas nas análises de associação (“número de filhos”, “número de moradores no domicílio”, “situação atual sobre trabalho remunerado” e “frequência de participação em igreja”). A significância estatística sobre as diferenças proporcionais foi examinada através do teste Qui-quadrado (χ^2) de Pearson. Em seguida, por meio de regressão de Poisson, conforme bases teóricas e indicação de sua aplicabilidade a esse tipo de estudo (Barros; Hirakata, 2003; Coutinho et al., 2008), foram calculadas razões de prevalência (RP) brutas e

ajustadas, com os respectivos intervalos de 95% de confiança (95% IC), para estimar a probabilidade de ocorrência de EDM em relação às exposições avaliadas.

O modelo conceitual utilizado para análise multivariada foi composto de três modelos ajustados (Figura 5). O primeiro (modelo distal) foi construído com as variáveis demográficas e socioeconômicas; o segundo (modelo intermediário), com as variáveis sobre apoio social, EVPE e todas as variáveis incluídas no primeiro modelo; e o terceiro (modelo proximal), com as variáveis “uso atual de fumo”, “consumo de álcool”, “morbidade referida” e todas as variáveis do primeiro e segundo modelos. Para verificar quais variáveis estavam independentemente associadas com EDM, todas as variáveis foram controladas para efeitos de confusão das covariáveis de cada modelo e observado o resultado do teste de significância estatística dado pela razão de verossimilhança (LRTEST) e χ^2 de Wald.

Foram incluídas na análise multivariada todas as variáveis com $p \leq 0,25$ na análise bivariada; três variáveis que, apesar de $p > 0,25$, tiveram associação estatística com transtornos depressivos ou EDM em estudos prévios que envolveram população brasileira. Essas variáveis foram: (a) faixa etária (Vorcaro et al., 2001; Andrade et al., 2003; Cunha et al., 2012; Kessler et al., 2010; Munhoz et al., 2013; Coelho et al., 2013); (b) raça ou cor da pele (Santana et al., 2007; Munhoz et al., 2013) e (c) situação conjugal (Vorcaro et al., 2001; Cunha et al. 2012; Munhoz et al., 2013; Coelho et al., 2013). Foi incluída também a variável “cidade”, para fins de elucidação sobre diferença estatística entre as duas populações.

Figura 5 – Modelo conceitual utilizado na análise ajustada do presente estudo

5.5.5.1 Utilização de serviços de saúde

As análises de associação sobre a utilização de serviços de saúde foram feitas em relação a todas as variáveis de exposição do desfecho principal “episódio de depressão maior”. Primeiro foi feita análise bivariada para verificar diferenças estatísticas entre as proporções de utilização de cada tipo de serviço (APS, U/E e AME) em relação a todas as exposições, incluindo EDM, sendo utilizado o teste Qui-quadrado (X^2) de Pearson para identificação do nível de significância estatística. Posteriormente foi feita análise multivariada através da regressão de Poisson para obter RP brutas e ajustadas, com os respectivos intervalos de 95% de confiança da relação entre EDM e utilização de serviços de APS, de U/E e de AME. Nesta análise, a variável EDM foi controlada para efeito de confusão de todas as variáveis (cidade, sexo, faixa etária, raça ou cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda, frequência de encontros com familiares, com amigos/colegas, uso atual de fumo, consumo de álcool e morbidade referida).

Essa análise foi feita separadamente para cada tipo de serviço (APS, U/E e AME). A significância estatística também foi obtida através da razão de verossimilhança (LRTEST) e χ^2 de Wald.

5.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conforme protocolo de aprovação N° 011/12 (Anexo G). O projeto também foi submetido à avaliação para parecer dos gestores municipais de saúde (2011) das duas cidades incluídas no estudo, e obteve anuência de ambos (Anexo H). Além disso, as entrevistas foram realizadas após obter Consentimento Informado dos participantes (Anexo I).

5.7 Financiamento do estudo

A pesquisa foi realizada com apoio financeiro do Núcleo de Apoio à Pesquisa em Saúde Mental Populacional (NAP-SaMP) da Universidade de São Paulo, cujo proponente do Projeto é o orientador do presente estudo (Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes).

6 RESULTADOS

6.1 Descrição da amostra

Dos 34.838 sujeitos elegíveis (Coari=18.323; Tefé=16.515), 1.631 foram selecionados aleatoriamente e entrevistados (Coari=805; Tefé=826). Setecentos e trinta e oito sujeitos foram substituídos por causa de mudança de endereço (38,5%), endereço não encontrado (17,0%), participante fora da cidade para mais de 30 dias (15,7%) e recusas (15,5%). Apenas 14 (1,8%) indivíduos foram substituídos devido aos critérios de exclusão. Para repor estas perdas foram selecionados aleatoriamente e entrevistados participantes do mesmo sexo, da mesma faixa etária e local de residência (mesma área da ESF). Do total de questionários, 59 foram considerados incompletos, devido a ausência de preenchimento das variáveis “raça ou cor de pele”(7 em Tefé), “renda” (Coari=3; Tefé=11), “morbidade referida” (Coari=4; Tefé=37) e, equivocadamente, um (1) referente à cidade de Coari (Figura 6).

Dos 805 participantes de Coari, a maioria era do sexo feminino (51,2%), da faixa etária de 20 a 39 anos (58,7%), de raça ou cor autorreferida parda e negra¹ (89,0%), casado ou em união estável (69,6%), tinha três filhos ou mais (63,4%), co-habitava em domicílios com cinco ou mais moradores (58,3%), tinha religião (90,6%). Quase um terço dos participantes tinha quatro anos ou menos de frequência escolar, incluindo os que nunca foram à escola (31,8%); 41,4% tinham renda individual mensal igual ou inferior a R\$ 500,00 e 43,7% referiu que tinha trabalho formal (Tabela 1).

¹ 17 (2,1%) participantes declararam raça ou cor negra em Coari.

Figura 6 – Diagrama dos sujeitos elegíveis e participantes do estudo

Na Tabela 2 estão expostos os resultados das avaliações relacionadas à apoio social, EVPE e condições de saúde. Em Coari a maioria se encontrava pelo menos uma vez por mês com familiares (90,4%) e com amigos ou colegas (79,6%); 46,0% dos participantes foram expostos a dois ou mais EVPE nos doze meses anteriores à entrevista; 37,4% eram fumantes e 22,2% faziam uso de risco de álcool. Dentre os participantes, 65,7% referiram pelo menos um doença crônica e 11,2% já tinham feito tratamento para algum transtorno mental no passado e 3,7% faziam esse tipo de tratamento na ocasião da entrevista.

Em Tefé (n=826) também a maioria dos participantes era do sexo feminino (51,6%), da faixa etária de 20-39 anos (58,5%), de raça ou cor da pele autorreferida parda e negra² (84,7%), casado ou em união estável (71,4%), tinha três filhos ou mais (55,5%), morava em domicílios com cinco moradores ou mais (60,0%) e 84,2% tinham religião. Os participantes com até 4 anos de escolaridade ou que nunca frequentaram representaram 30,4% da amostra; 42,2% tinham renda mensal igual ou inferior a R\$ 500,00 e 40,4% dos participantes informaram que tinham trabalho formal (Tabela 1).

Quanto às avaliações sobre apoio social, EVPE e saúde, a maioria dos participantes de Tefé se encontrava pelo menos um vez por mês com familiares (86,5%) e amigos ou colegas (76,0%); 46,4% vivenciaram dois ou mais EVPE nos doze meses anteriores à entrevista; 15,6% eram fumantes e 21,3% faziam uso de risco de álcool. A existência de pelo uma doença crônica foi referida por 66,0% dos participantes e 7,9% já tinham feito tratamento para algum transtorno mental no passado e 3,9% faziam esse tipo de tratamento na ocasião da entrevista, conforme mostrado na Tabela 2.

² 24 (2,9%) participantes declararam raça ou cor negra em Tefé.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo características demográficas e socioeconômicas, população cadastrada na ESF em Coari e Tefé (AM) - 2014

Variáveis	Coari (n=805)		Tefé (n=826)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	393	48,8	400	48,4
Feminino	412	51,2	426	51,6
Faixa etária				
20-39	473	58,7	483	58,5
40-59	225	27,0	226	27,4
60-94	107	13,3	117	14,1
Raça ou cor da pele referida*				
Parda e negra	716	89,0	694	84,7
Branca e Amarela	72	8,9	78	9,6
Indígena	17	2,1	47	5,7
Situação conjugal				
Casado/união estável	560	69,6	590	71,4
Solteiro	163	20,2	165	19,0
Viúvo	36	4,5	34	4,1
Separado	46	5,7	37	4,5
Anos de frequência escolar				
≥ 12	175	21,7	181	21,9
9-11	204	25,3	221	26,8
5-8	170	21,2	173	20,9
0-4	256	31,8	251	30,4
Número de filhos				
Sem filhos	112	13,9	124	15,0
1-2	263	32,7	244	29,5
3-5	262	32,5	283	34,3
≥ 6	168	20,9	175	21,2
Número de moradores no domicílio				
1	19	2,3	16	1,9
2-4	317	39,4	320	38,8
5-7	332	41,2	328	39,7
≥ 8	137	17,1	162	19,6
Situação atual sobre trabalho remunerado				
Formal	216	26,8	229	27,7
Formal e informal	136	16,9	105	12,7
Informal	239	29,7	278	33,6
Nenhum	214	26,6	214	25,9
Renda individual (R\$)**				
≥1001,00	138	17,2	143	17,5
501,00-1000,00	333	41,5	328	40,3
≤ 500,00	331	41,3	344	42,2
Frequência participação em igreja (templo)				
Semanal	382	47,4	432	52,3
Mensal	200	24,8	132	15,0
Raramente ou nunca	148	18,4	131	15,9
Sem religião	75	9,4	131	15,8

* 7 perdas em Tefé. **3 perdas em Coari e 11 em Tefé

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo variáveis relacionadas a apoio social, eventos de vida produtores de estresse e saúde, população cadastrada na ESF em Coari e Tefé (AM) - 2014

Variáveis	Coari (n=805)		Tefé (n=826)	
	n	%	n	%
RELACIONADAS A APOIO SOCIAL				
Frequência encontro com familiares				
Pelo menos 1x/mês	728	90,4	715	86,5
Raramente ou nunca	77	9,6	111	13,5
Frequência de encontro com amigos ou colegas				
Pelo menos 1x/mês	641	79,6	628	76,0
Raramente ou nunca	164	20,4	198	23,0
EVENTOS DE VIDA PRODUTORES DE ESTRESSE				
Número de Eventos no último ano				
0-1	435	54,1	443	53,6
2	192	23,8	202	24,5
3	104	12,9	112	13,5
≥ 4	74	9,2	69	8,4
RELACIONADAS À SAÚDE				
Uso atual de fumo				
Não	504	62,6	697	84,4
Sim	301	37,4	129	15,6
Consumo de álcool no último ano				
Sem consumo ou de baixo risco	634	78,8	650	78,7
Consumo de risco	171	21,2	176	21,3
Morbidade referida* *				
Nenhuma	275	34,3	270	34,0
1	218	27,2	231	29,1
2	177	22,0	165	20,8
≥ 3	132	16,5	127	16,1
Tratamento para TM**				
Nunca	685	85,1	729	88,2
Passado	90	11,2	65	7,9
Atual	30	3,7	32	3,9

*4 perdas em Coari e 37 em Tefé

* **Morbidades:** HAS, diabetes, AVC, câncer, doença de pulmão (asma, bronquite, enfisema), doença de coração (infarto, angina, insuficiência cardíaca), doença de fígado (hepatite, cirrose), doença digestiva crônica (úlcera, gastrite, problemas intestinais), doença de coluna e artrite/ artrose/reumatismo.

** Transtornos mentais.

6.2 Prevalência de episódio de depressão maior e associações

A prevalência geral de episódio de depressão maior (EDM) foi 19,1% (IC 95% 17,2-21,1), sendo 18,3% em Coari (IC 95% 15,7-21,0) e 19,9% em

Tefé (IC 95% 17,2-22,7). Na análise bivariada (Tabelas 3 e 4) as variáveis sexo, renda, apoio social (frequência de encontro com familiares e amigos ou colegas), EVPE, uso atual de fumo, consumo de álcool e morbidade referida foram estatisticamente significantes em relação à prevalência de EDM ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Prevalência de episódio de depressão maior, segundo características demográficas e socioeconômicas, população cadastrada na ESF em Coari e Tefé, Amazonas, 2014 (n=1.631)

Variáveis	n	EDM n(%)	p*
Sexo			
Masculino	793	127(16,0)	0,002
Feminino	838	186(22,2)	
Faixa etária			
20-39	956	187(19,5)	0,762
40-59	451	87(19,3)	
60-94	224	39(17,4)	
Raça ou cor da pele referida**			
Parda e Negra	1,410	265(18,8)	0,514
Branca e Amarela	150	32(21,3)	
Indígena	64	15(23,4)	
Situação conjugal			
Casado e união estável	1150	212(18,4)	0,548
Solteiro	328	66(20,1)	
Viúvo	70	15(21,4)	
Separado	83	20(24,1)	
Anos de frequência escolar			
≥ 12	356	55(15,4)	0,068
9-11	425	75(17,6)	
5-8	343	71(20,7)	
0-4	507	112(22,1)	
Renda individual mensal (R\$)***			
≥1001,00	281	35(12,4)	0,006
501,00-1000,00	661	138 (20,9)	
≤ 500,00	675	139(20,6)	

* Teste χ^2 de Pearson. **7 perdas em Tefé. ***3 perdas em Coari e 11 em Tefé.

Tabela 4 – Prevalência de episódio de depressão maior, segundo variáveis relacionadas a apoio social, eventos de vida produtores de estresse e saúde, população cadastrada na ESF em Coari e Tefé, Amazonas, 2014

Variáveis	N	EDM n(%)	p*
RELACIONADAS A APOIO SOCIAL			
Frequência de encontros com familiares			
Pelo menos 1x/mês	1.443	263(18,2)	0,006
Raramente ou nunca	188	50(26,6)	
Frequência de encontros com amigos ou colegas			
Pelo menos 1x/mês	1.269	203(16,0)	<0,001
Raramente ou nunca	362	110(30,4)	
EVENTOS DE VIDA PRODUTORES DE ESTRESSE			
Número de eventos no último ano			
0-1	878	93(10,6)	<0,001
2	394	79(20,0)	
3	216	66(30,7)	
≥ 4	143	75(52,4)	
RELACIONADAS À SAÚDE			
Uso atual de fumo			
Não	1.379	251(18,2)	0,018
Sim	252	62(24,6)	
Consumo de álcool no último ano			
Sem consumo ou de baixo risco	1.284	229(17,8)	0,007
Consumo de risco	347	84 (24,2)	
Morbidade referida**			
Nenhuma	545	72(13,2)	<0,001
1	449	68(15,1)	
2	342	72(21,0)	
≥ 3	259	89(34,7)	

* Teste X² de Pearson. **4 perdas em Coari e 37 em Tefé.

A Tabela 5 mostra as razões de prevalência (RP) bruta e ajustadas, com os respectivos IC 95% e p-valor da estimativa de associação entre EDM e as exposições avaliadas. Na análise bruta, as variáveis sexo, renda, apoio social, EVPE, uso de fumo, consumo de risco de álcool e morbidade referida apresentaram associação estatística signicante com EDM. Os modelos multivariados foram avaliados sequencialmente da seguinte forma:

- a) Modelo I: prevalência de EDM ajustada para variáveis demográficas e socioeconômicas (cidade, sexo, faixa etária, raça ou cor autorreferida da pele, situação conjugal, anos de escolaridade e renda);
- b) Modelo II: prevalência de EDM ajustada para variáveis demográficas e socioeconômicas, apoio social (frequência de encontro com familiares e frequência de encontros com amigos ou colegas) e EVPE;
- c) Modelo III: prevalência de EDM ajustada para variáveis demográficas e socioeconômicas, apoio social, EVPE e as relacionadas à saúde (uso atual de fumo, consumo de álcool no último ano, morbidade referida).

Em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas, somente sexo permaneceu significativa até o modelo final, sendo que na análise não ajustada teve $RP=1,40$ (IC 95% 1,14-1,73) e essa medida de associação se elevou no Modelo II ($RP= 1,50$; IC 95% 1,17-1,92) e no Modelo III ($RP=1,61$; IC 95% 1,23-2,07). Em relação ao apoio social, nenhum ou raro encontro com amigos/colegas também manteve-se associado à prevalência de EDM nos Modelos II ($RP=1,61$; IC 95% 1,26-2,08) e III ($RP=1,65$; IC 95% 1,28-2,12]. Os EVPE mostraram-se e fortemente associados com prevalência de EDM, elevando a RP à medida que aumenta o número de eventos estressores, tanto na análise não ajustada como nos Modelo II e III. Igualmente, morbidade referida foi associada com EDM, elevando a RP conforme aumenta o número de morbidades.

Tabela 5 – Razão de prevalência de episódio de depressão maior bruta e ajustada, intervalo de 95% de confiança (IC 95%) e p-valor (X² de Wald), população cadastrada na ESF em Coari e Tefé, Amazonas, 2014 (N=1.572)

Variáveis	Análise Bruta		Análise Ajustada					
			Modelo I		Modelo II		Modelo III	
	RP(IC 95%)	p	RP(IC 95%)	P	RP(IC 95%)	p	RP(IC 95%)	p
Cidade								
Coari	1	0,555	1	0,573	1	0,714	1	0,724
Tefé	1,06(0,86-1,30)		1,06(0,84-1,34)		1,04(0,82-1,31)		1,04(0,82-1,31)	
Sexo								
Masculino	1	0,001	1	0,005	1	<0,001	1	<0,001
Feminino	1,40(1,14-1,73)		1,40(1,10-1,78)		1,50(1,17-1,92)		1,61(1,23-2,07)	
Faixa etária								
20-39	1	0,747	1	0,129	1	0,564	1	0,114
40-59	1,01(0,80-1,27)		0,91(0,68-1,21)		0,98(0,73-1,29)		0,81(0,60-1,09)	
≥ 60	0,89(0,64-1,22)		0,63(0,40-0,99)		0,79(0,50-1,23)		0,62(0,39-0,99)	
Raça ou cor de pele referida								
Parda e Negra	1	0,418	1	0,499	1	0,753	1	0,636
Branca e Amarela	1,13(0,81-1,58)		1,14(0,78-1,66)		1,12(0,77-1,64)		1,20(0,82-1,75)	
Indígena	1,30(0,82-2,05)		1,32(0,78-2,24)		1,14(0,67-1,93)		1,06(0,62-1,81)	
Situação conjugal								
Casado e união estável	1	0,364	1	0,394	1	0,706	1	0,760
Solteiro	1,09(0,85-1,41)		1,17(0,87-1,58)		1,16(0,86-1,57)		1,13(0,84-1,53)	
Viúvo	1,13(0,69-1,83)		1,19(0,65-2,17)		1,10(0,60-2,01)		1,07(0,58-1,96)	
Separado	1,40(0,94-1,83)		1,41(0,89-2,24)		1,19(0,75-1,91)		1,20(0,75-1,92)	

(Continua)

Tabela 5 – Razão de prevalência de episódio de depressão maior bruta e ajustada, intervalo de 95% de confiança (IC 95%) e p valor (X² de Wald), população cadastrada na ESF em Coari e Tefé, Amazonas, 2014 (N=1.572)

Continuação

Variáveis	Análise Bruta		Análise Ajustada					
			Modelo I		Modelo II		Modelo III	
	RP(IC 95%)	p	RP(IC 95%)	p	RP(IC 95%)	p	RP(IC 95%)	p
Anos de frequência escolar								
≥ 12	1	0,068	1	0,057	1	0,143	1	0,443
9-11	1,17(0,84-1,62)		1,13(0,78-1,63)		1,14(0,78-1,65)		1,13(0,77-1,64)	
5-8	1,31(0,94-1,83)		1,37(0,93-2,02)		1,20(0,81-1,77)		1,11(0,75-1,65)	
0-4	1,46(1,08-1,98)		1,64(1,11-2,42)		1,53(1,04-2,26)		1,35(0,91-2,00)	
Renda individual mensal (R\$)								
≥1001,00	1	0,006	1	0,093	1	0,199	1	0,320
500,00 - 1000,00	1,75(1,22-2,51)		1,53(1,02-2,29)		1,20(0,80-1,82)		1,16(0,77-1,74)	
≤ 500,00	1,73(1,21-2,48)		1,34(0,88-2,03)		0,96(0,62-1,47)		0,95(0,62-1,46)	
Frequência de encontros com familiares								
Pelo menos 1x/mês	1	0,007			1	0,063	1	0,082
Raramente ou nunca	1,44(1,10-1,88)				1,36(0,99-1,87)		1,34(0,97-1,84)	
Frequência de encontros com amigos ou colegas								
Pelo menos 1x/mês	1	<0,001			1	<0,001	1	<0,001
Raramente ou nunca	1,84(1,50-2,27)				1,61(1,26-2,08)		1,65(1,28-2,12)	
Eventos de vida produtores de estresse								
0-1	1	<0,001			1	<0,001	1	<0,001
2	1,89(1,43-2,50)				1,92(1,41-2,62)		1,78(1,30-2,43)	
3	2,80(2,11-3,74)				2,86(2,05-3,98)		2,58(1,84-3,60)	
≥ 4	4,90(3,81-6,31)				5,03(3,64-6,93)		4,08(2,90-5,63)	

Continua

Tabela 5 – Razão de prevalência de episódio de depressão maior bruta e ajustada, intervalo de 95% de confiança (IC 95%) e p valor (X² de Wald), população cadastrada na ESF em Coari e Tefé, Amazonas, 2014 (N=1.572)

Continuação

Variáveis	Análise Bruta		Análise Ajustada					
			Modelo I		Modelo II		Modelo III	
	RP(IC 95%)	p	RP(IC 95%)	p	RP(IC 95%)	p	RP(IC 95%)	p
Uso atual de fumo								
Não	1	0,015					1	0,468
Sim	1,35(1,05-1,72)						1,12(0,82-1,52)	
Consumo de álcool no último ano								
Sem consumo e de baixo risco	1	0,025					1	0,085
Consumo de risco	1,29(1,03-1,63)						1,30(0,99-1,77)	
Morbidade referida								
Nenhuma	1	<0,001					1	<0,001
1	1,16(0,85-1,58)						1,16(0,83-1,63)	
2	1,61(1,19-2,18)						1,39(0,98-1,96)	
≥ 3	2,63(1,99-3,46)						2,30(1,61-3,29)	

Modelo I: ajustado para cidade, sexo, faixa etária, raça ou cor de pele, situação conjugal, anos de escolaridade e renda.

Modelo II: ajustado para frequência de encontros com familiares, frequência de encontros com amigos, eventos de vida produtores de estresse e todas as variáveis do modelo I.

Modelo III: justado para uso de fumo, consumo de álcool, morbidade referida e todas as variáveis dos modelos I e II

6.3 Episódio de depressão maior e utilização de serviços de saúde

A proporção geral de utilização dos serviços de saúde avaliados nos três meses anteriores à entrevista foi de 55,9% (IC 95% 53,5-58,3), sendo 59,0% em Coari (IC 95% 55,6-62,4) e 52,9% em Tefé (IC 95% 49,4-56,3). Na Tabela 6 são apresentados os resultados por tipo de serviço e por município. No geral, a proporção foi 43,6% (IC 95% 41,2-46,0) para atenção primária à saúde, 23,5% (IC 95% 21,4-25,6) para urgência/emergência e 23,6% (IC 95% 21,6-25,7) para atenção médica especializada. Em Coari a utilização de serviço de saúde foi discretamente maior do que em Tefé.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes segundo utilização de serviços de saúde nos três meses anteriores à entrevista, população cadastrada na ESF em Coari e Tefé (AM) - 2014

Tipo de Serviço	Coari (n=805)		Tefé (n=826)		Total (1.631)	
	n	%	n	%	n	%
Atenção Primária à Saúde						
Não	441	54,8	478	57,9	919	56,4
Sim	364	45,2	348	42,1	712	43,6
Urgência ou emergência						
Não	600	74,5	647	78,3	1.247	76,5
Sim	205	25,5	179	21,7	384	23,5
Atenção Médica Especializada						
Não	596	74,0	649	78,5	1.245	76,3
Sim	209	26,0	177	21,4	386	23,7

Na Tabela 7 são apresentados os resultados das análises bivariadas de utilização de cada tipo de serviço segundo características demográficas e socioeconômicas, incluindo local de moradia (cidade). Sexo feminino, ter 40 anos ou mais, ser viúvo e ter menor escolaridade e renda aumentaram a frequência de uso de serviço de APS. Local de moradia (Coari) e faixa etária (40 anos ou mais) aumentaram a frequência de uso de atenção médica

especializada (AME). Nenhum dos fatores investigados foi associado com uso de serviço de urgência ou emergência (U/E).

Na Tabela 8 são apresentados os resultados das análises bivariadas de utilização de cada tipo de serviço segundo variáveis relacionadas a apoio social, EVPE e condições de saúde (uso de fumo e álcool, morbidades referidas e EDM). Apoio social foi associado com uso de serviço somente de APS. De um lado, aqueles com mais apoio de familiares e, de outro, aqueles com falta ou escasso apoio de amigos/colegas aumentaram a frequência de uso desse serviço (APS). À medida que aumentou o número de exposição a EVPE aumentou também a frequência de utilização de serviços de APS e de U/E. No que diz respeito às variáveis relacionadas à saúde, consumo de álcool (baixo risco) apresentou associação com uso somente de APS; enquanto morbidade referida (duas ou mais) e ter EDM aumentaram a frequência utilização dos três tipos de serviço de saúde. Cabe destacar que aproximadamente 60,0% dos participantes com EDM utilizaram serviço de APS e cerca de um terço deles utilizou serviços de U/E (33,9%) e AME (32,6%).

Tabela 7 – Frequência de utilização de serviço de saúde, segundo cidade e características demográficas e socioeconômicas, população cadastrada na ESF em Coari e Tefé (n=1.631), Amazonas, 2014

Variáveis	N	APS		Urgência/Emergência		Atenção Médica Especializada	
		n(%)	p*	n(%)	p*	n(%)	p*
Cidade							
Coari	805	364(45,2)	0,209	205(25,5)	0,071	209(26,0)	0,031
Tefé	826	348(42,1)		179(21,7)		177(21,4)	
Sexo							
Masculino	793	267(33,6)	<0,001	181(22,8)	0,505	174(22,0)	0,111
Feminino	838	445(53,1)		203(24,2)		212 (25,3)	
Faixa etária							
20-39	956	381(39,9)	0,001	217(22,7)	0,161	182(19,0)	<0,001
40-59	451	216(48,0)		103(22,8)		137(30,3)	
60-94	224	115(52,3)		64(28,6)		67(29,9)	
Raça ou cor da pele referida**							
Parda e Negra	1.410	607(43,0)	0,214	331(23,5)	0,214	332(23,5)	0,863
Branca e Amarela	150	70 (46,6)		32(21,3)		38(25,3)	
Indígena	64	34(53,1)		20(31,2)		16(25,0)	
Situação conjugal							
Casado e união estável	1150	519(45,1)	0,005	274(23,8)	0,676	291(25,3)	0,097
Solteiro	328	117(35,7)		71(21,6)		62(19,0)	
Viúvo	70	38(54,3)		16(22,8)		16(22,8)	
Separado	83	38(45,8)		23(27,7)		17(20,5)	
Anos de frequência escolar							
≥ 12	356	136(38,2)	0,049	84(23,6)	0,170	80(22,4)	0,514
9-11	425	180(42,3)		85(20,0)		96(22,6)	
5-8	343	156(45,5)		82(23,9)		78(22,7)	
0-4	507	240(47,3)		133(26,2)		132(26,0)	
Renda individual mensal (R\$)***							
≥1001,00	281	89(31,7)	<0,001	57(20,2)	0,180	70(25,0)	0,884
501,00-1000,00	661	303(45,8)		170(25,7)		158(24,0)	
≤ 500,00	675	316(46,8)		156(23,1)		158(23,4)	

* Teste X² de Pearson. ** 7 perdas em Tefé. ***3 perdas em Coari e 11 em Tefé.

Tabela 8 – Frequência de utilização de serviço de saúde, segundo variáveis relacionadas a apoio social, eventos de vida produtores de estresse e condições de saúde, população cadastrada na ESF em Coari e Tefé (n=1.631), Amazonas, 2014

Variáveis	N	APS		Urgência/Emergência		Atenção Médica Especializada	
		n(%)	p*	n(%)	p*	n(%)	p*
RELACIONADAS A APOIO SOCIAL							
Frequência de encontros com familiares							
Pelo menos 1x/mês	1.443	648(44,9)	0,005	346(24,0)	0,252	350(24,2)	0,121
Raramente ou nunca	188	64(34,0)		38(20,2)		36(19,1)	
Frequência de encontros com amigos ou colegas							
Pelo menos 1x/mês	1.269	532(41,9)	0,008	294(23,2)	0,503	298(23,5)	0,744
Raramente ou nunca	362	180(49,7)		90(23,8)		88(24,3)	
EVENTOS DE VIDA PRODUTORES DE ESTRESSE							
Número de eventos no último ano							
0-1	878	357(40,6)	0,035	163(18,5)	<0,001	187(21,3)	0,051
2	394	179(45,4)		107(27,1)		97(24,6)	
3	216	102(47,2)		60(27,8)		59(27,3)	
≥ 4	143	74(51,7)		54(37,8)		43(30,1)	
RELACIONADAS À SAÚDE							
Uso atual de fumo							
Não	1,379	613(44,4)	0,128	324(23,5)	0,914	326(23,6)	0,954
Sim	252	99(39,29)		60(23,8)		60(23,8)	
Consumo de álcool no último ano							
Sem consumo ou de baixo risco	1,284	586(45,6)	0,002	302(23,5)	0,966	298(23,2)	0,403
Consumo de risco	347	126(36,3)		82(23,6)		88(25,3)	
Morbidade referida**							
Nenhuma	545	188(34,5)	<0,001	106(19,4)	<0,001	90(16,5)	<0,001
1	449	167(37,2)		92(20,5)		106(23,6)	
2	342	182(53,2)		91(26,6)		94(27,5)	
≥ 3	259	157(60,6)		83(32,0)		84(32,4)	
Depressão maior							
Não	1.318	526(39,9)	<0,001	278(21,0)	<0,001	284(21,5)	<0,001
Sim	313	186(59,4)		106(33,9)		102(32,6)	

*Teste X² de Pearson. **4 perdas em Coari e 37 em Tefé

Pelo menos um quarto dos participantes que utilizaram os serviços de saúde nos três meses anteriores à entrevista tinham EDM (APS=26,1%; U/E=27,6%; AME=26,4%). As diferenças entre as proporções de quem tinha EDM e utilizou cada um dos serviços de saúde e quem também tinha EDM e não os utilizou foram estatisticamente significantes ($p<0,001$), conforme demonstrado na Tabela 9.

Tabela 9 – Frequência de casos de episódio de depressão maior segundo utilização de serviços de atenção à saúde, população cadastrada na ESF em Coari e Tefé (n=1.631), Amazonas, 2014

Tipo de serviço	n	EDM n(%)	p*
Atenção Primária à Saúde			
Não	919	127(13,8)	<0,001
Sim	712	186(26,1)	
Serviço de Urgência ou Emergência			
Não	1.247	207(16,6)	<0,001
Sim	384	106(27,6)	
Atenção Médica Especializada			
Não	1.245	211(16,9)	<0,001
Sim	386	102(26,4)	

* Teste X^2 de Pearson

Apresentar EDM mostrou significativa associação com a utilização dos três tipos de serviços de saúde (APS, U/E e AME) na população do estudo, mesmo após ajuste para as variáveis cidade, sexo, faixa etária, raça ou cor de pele, situação conjugal, anos de escolaridade e renda, frequência de encontros com familiares, frequência de encontros com amigos, eventos de vida produtores de estresse, uso de fumo, consumo de álcool e morbidade referida. Comparado à frequência de utilização de cada tipo de serviço pela população sem EDM, a presença EDM aumentou em 27% o uso de serviço de atenção primária à saúde, em 31% o uso de urgência/emergência e em 32% o uso de atendimento médico especializado (Tabela 10).

Tabela 10 – Razão de prevalência bruta e ajustada, intervalo de confiança de 95% e p-valor (X^2 de Wald) entre episódio de depressão maior e utilização de cada tipo de serviço de saúde, população cadastrada na ESF em Coari e Tefé – Amazonas, 2014 (N=1.572)

Tipo de serviço	Análise Bruta		Análise Ajustada*	
	RP(IC 95%)	p	RP(IC 95%)	p
Atenção Primária à Saúde				
Não	1	<0,001	1	0,011
Sim	1,85(1,50-2,28)		1,27(1,05-1,54)	
Urgência ou Emergência				
Não	1	<0,001	1	0,037
Sim	1,63(1,32-2,01)		1,31(1,01-1,69)	
Atenção Méd. Especializada				
Não	1	<0,001	1	0,036
Sim	1,49(1,20-1,84)		1,32(1,02-1,71)	

*Análise ajustada para cidade, sexo, faixa etária, raça ou cor de pele, situação conjugal, anos de escolaridade e renda, frequência de encontros com familiares, frequência de encontros com amigos, eventos de vida produtores de estresse, uso de fumo, consumo de álcool e morbidade referida.

7 DISCUSSÃO

7.1 Interpretação dos resultados

O presente estudo estimou a prevalência de episódio de depressão maior (EDM) e sua relação com fatores associados e com a utilização de serviços de saúde (atenção primária de saúde, urgência ou emergência e atenção médica especializada) na população residente da zona urbana de duas cidades do Amazonas (Coari e Tefé) cadastrada na estratégia saúde da família. A prevalência de EDM foi 19,1% (18,3% em Coari e 19,9% em Tefé). As condições de ser do sexo feminino, encontrar-se raramente ou nunca com amigos ou colegas, exposição a eventos de vida estressantes e presença de doenças crônicas referidas foram associadas ao EDM. A frequência geral de utilização dos serviços de saúde foi 55,9% (59,0% em Coari e 52,9% em Tefé). Apresentar EDM foi significativamente associado com a utilização dos três tipos de serviços de saúde.

Identificamos elevada prevalência de EDM na amostra estudada (19,1%), sendo superior às prevalências identificadas em estudos populacionais realizados no Brasil com estimativas de um mês em Bambuí (8,2%) (Vorcaro et al., 2001) e de 12 meses em São Paulo (9,4%) (Andrade, 2012), porém aproximada a um estudo realizado com amostra de todo o Brasil (15,3%) (Coelho, 2013) e outro realizado no sul do País, em Pelotas (20,4%) (Munhoz et al., 2013). Uma possível explicação para estes distintos resultados pode ser a utilização de diferentes cortes temporais e instrumentos para diagnóstico de EDM. Por exemplo, no estudo de Vorcaro et al. (2001) foi utilizado a CIDI valendo-se dos critérios do DSM-III-R e CID-10 (Vorcaro et al., 2001) para um período recordatório de um mês, enquanto Andrade et al. (2012) utilizaram o mesmo instrumento tendo como critério o DSM-IV para um período de 12 meses. Nossos achados se aproximam aos

resultados encontrados por Munhoz et al. (2013) que utilizou o mesmo instrumento, PHQ-9, embora com ponto de corte ≥ 9 .

A atual pesquisa evidenciou que ser do sexo feminino foi associado ao aumento da prevalência de depressão, e este resultado é consistente com registros na literatura em diversos países, inclusive no Brasil (Andrade et al., 2003; Poongothai et al., 2009; Bromet et al., 2011; Coelho et al., 2013) e entre populações atendidas na atenção básica de saúde (Berardi et al., 2002; Aragonès et al., 2004; Fleck et al., 2002, Fortes et al., 2008; Molina et al., 2012). Observamos também que as razões de prevalência se elevaram quando foram incluídas as variáveis relativas ao apoio social, EVPE (modelo II) e morbidades autorreferidas (modelo III). Uma possível explicação é que tanto fatores relacionados a apoio social como aos eventos estressores podem ser mais comuns entre as mulheres e que existe uma forte correlação entre estressores e depressão em mulheres de diversas faixas etárias (Bebbington et al., 1988; Silberg et al., 1999; Grav, 2011). Notadamente, morbidades autorreferidas têm sido mais prevalentes entre as mulheres (Barros et al., 2011; Bhojani et al., 2013) e a prevalência transtornos depressivos em geral tendem a ser mais elevada entre as pessoas que reportaram doenças crônicas (Patten et al., 2005; Moussavi et al., 2007; Boing et al., 2012; Meltzer et al., 2012).

Falta ou escasso apoio social de amigos ou colegas aumentou o risco de EDM neste estudo. Resultados semelhantes também foram observados em um estudo conduzido com população de uma pequena comunidade no nordeste do Brasil (Costa et al., 2005). O apoio social é um importante fator protetor para os transtornos mentais em geral. A presença e a qualidade das relações com pessoas próximas, somadas à percepção de que pode contar com o apoio conferem essa proteção (Brugha, 1995). Um estudo conduzido com população geral na Europa mostrou essa relação de proteção para EDM (Kleinberg et al., 2013).

Os eventos de vida produtores de estresse (EVPE) foram fortemente associados com EDM na população do presente estudo. Embora a associação entre EVPE e a ocorrência de transtornos depressivos seja

reconhecida, faltam evidências se a associação decorre da exposição aos eventos estressantes ou de sua interação com outros determinantes de transtornos depressivos (Muscatell et al., 2009; Kendler et al., 2010). Contudo, há evidências de associação de EDM e exposição a EVPE, como foi observado na Virgínia (EUA) (Kendler et al., 2010) e em Pelotas (RS) (Jansen et al., 2014).

O aumento da prevalência de EDM à medida que aumenta o número de doenças crônicas, observada na presente investigação, é corroborada com os resultados de outras investigações (Noel et al., 2004; Patten et al., 2005; Meader et al., 2011; Boing et al., 2012). No Brasil, há registros consistentes sobre a alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (IBGE, 2014b) e de sua preponderância sobre a carga total de doenças no País, segundo dados de 1998 (Schramm et al., 2004). Dada a associação entre EDM e essas doenças e a crescente proporção de idosos, um dos principais determinantes de DCNT, supõe-se que a ocorrência de EDM, como comorbidade das doenças crônicas, seja um problema no Brasil como um todo. Estudos anteriores mostraram que, na presença de doenças crônicas, a depressão maior pode piorar os resultados das recomendações dos profissionais de saúde, pela falta ou escassa adesão às medidas de autocuidado, como não adesão à medicação, dieta e exercício físico (Lin et al., 2004).

Sobre os fatores associados, cabe destacar que apesar de certos fatores genéticos colocarem indivíduos em maior risco de desenvolver depressão na vida adulta (Caspi, et al., 2003) esse risco pode ser parcialmente reduzido através de intervenções pautadas em políticas públicas de redução fatores de risco para os transtornos depressivos, como pobreza, exposição a eventos produtores de estresse (como: acidente de trânsito, violência física, falta de emprego) e medidas de fortalecimento de redes de apoio social (alternativas de lazer, esporte, atividade física).

A proporção geral de utilização de serviços de atenção primária à saúde (APS), de urgência ou emergência (U/E) e atenção médica especializada (AME) nos três meses anteriores à entrevista (55,9%)

observada na população do presente estudo precisa ser entendida na sua singularidade, visto que não há informação correlata na literatura. Entretanto nosso resultado está de acordo um estudo que avaliou consultas médicas em Pelotas na população de 20 anos ou mais (RS) utilizando o mesmo período recordatório (Capilheira; Santos, 2006). Em estudos que estimaram a utilização de qualquer serviço de saúde no período de quinze dias anteriores à entrevista foi encontrada uma proporção de 10,0% na população brasileira de 18 anos ou mais (Barros et al., 2011) e, em população de todas as idades residente em áreas com cobertura de ESF, as proporções observadas foram de 26,6% em Porto Alegre (Fernandes et al., 2009) e de 13,3% em dois distritos sanitários de saúde do município de São Paulo (Goldbaum et al., 2005). Embora esses resultados não sejam comparáveis aos obtidos no presente estudo, eles fornecem informações sobre o padrão de utilização de serviço de saúde na população geral.

No nosso estudo ter EDM foi independentemente associado com utilização de serviços de APS, de U/E e de AME. O aumento de utilização para a parcela da população com EDM foi de aproximadamente 30% para cada um dos serviços. Em Florianópolis (Boing et al., 2012), comparado a não ter depressão em algum momento na vida, o aumento de utilização de consulta médica nos quinze dias anteriores à entrevista foi cerca de 70,0%. Entre idosos em São Paulo com diagnóstico de EDM (Hsiang et al., 2014) o aumento relativo ao uso de serviços ambulatoriais em geral nos três meses anteriores foi de 36,0%. Outras estudos sobre transtornos mentais em geral fornecem evidências sobre a preponderância das proporções de utilização de qualquer serviço de saúde na presença desses transtornos (Wang et al., 2005; Andrade et al., 2008).

7.2 Pontos fortes e limitações do estudo

Quanto à relevância do nosso estudo, destacamos os seguintes aspectos: (a) foi realizado na Região Norte do País, sobre a qual pouco se sabe a respeito da prevalência de episódio de depressão maior na

população geral, sobre características individuais associadas a esse transtorno, bem como acerca de sua influência sobre a utilização de serviços de saúde; (b) embora a amostra fosse obtida na população cadastrada na ESF, os sujeitos elegíveis corresponderam a mais de 70,0% dos adultos residentes na zona urbana das cidades de Coari e Tefé; assim, os resultados apresentados podem ser generalizados para as duas cidades envolvidas e, possivelmente, para outras cidades da região com características semelhantes a esses dois municípios; (c) o desfecho foi avaliado com o PHQ-9, instrumento utilizado mundialmente, o que permite comparação com resultados de investigações conduzidas em diferentes regiões; (d) envolveu população com cobertura da ESF, modelo prioritário de APS no Brasil e de abrangência nacional; assim, os resultados do nosso estudo poderão colaborar para justificar a necessidade de estratégias efetivas de identificação e cuidados de episódio de depressão maior na região norte do país e, assim, reduzir o impacto desses transtornos sobre os indivíduos e comunidades.

As principais limitações deste estudo dizem respeito aos seguintes pontos: (a) o PHQ-9 não foi validado para a população do Estado do Amazonas, mas não há razões para supor que a população do nosso estudo se comportaria de forma diferente das amostras brasileiras onde o instrumento foi validado; (b) a taxa de participação não foi ideal; porém, uma das principais causas para a não participação foi mudança de endereço, indicando que os registros da ESF não eram atualizados.

Perdas em estudos epidemiológicos de base populacional podem levar a erros sistemáticos. No entanto, nesta investigação as “perdas” foram substituídas por sujeitos do mesmo sexo, faixa etária e residentes na mesma área de abrangência da ESF. Possivelmente, esses procedimentos de reposição, a duração da coleta de dados – que abrangeu os períodos de cheia e de vazante dos rios em ambos os municípios, visto ser este um fator climático relevante relacionado à mobilidade humana na região – somados às características socioeconômicas bastante homogêneas da população

estudada, diminuíram a probabilidade desse erro (sistemático) relativo a estas perdas e às suas subsequentes reposições.

7.3 Implicações dos resultados para a pesquisa científica e cuidados de saúde

A alta prevalência de episódio de depressão maior na população geral encontrada em duas cidades com ampla cobertura da estratégia saúde da família reforça a importância de incluir cuidados específicos para depressão (epísódio de depressão maior e outras depressões) entre as prioridades de APS nessa região.

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de saúde da família constituem um recurso estratégico para o enfrentamento da alta prevalência de depressão. É possível que o treinamento específico de cuidados de saúde mental para depressão, direcionado aos profissionais da ESF, melhore o impacto desse transtorno na vida das pessoas, famílias e comunidades.

Baixas taxas de tratamento para depressão em países de renda média e baixa têm sido atribuídas à escassez de recursos e hesitação dos sistemas de saúde para reforçar intervenções para a depressão (Patel et al., 2007). Uma estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados para este e outros TMC na APS, com consistente nível de evidência científica do método e da eficácia, tem sido o modelo *Collaborative Care* (cuidado colaborativo) (Thota et al., 2012). Nesse modelo, um profissional da equipe de saúde desempenha a função gestor do cuidado e tem a importante tarefa de manter os registros atualizados dos indivíduos com depressão (Huang et al., 2013). Esse gestor do cuidado também realiza intervenções breves, como por exemplo terapia de solução problema (Arean et al., 2010) e discussão de casos com a equipe de saúde local. Outro componente desse modelo de grande relevância para regiões com escassez de psiquiatra, é o trabalho deste especialista à distância, para discutir casos e fornecer recomendações

de cuidados aos profissionais da APS. Esse modelo poderia ser testado no Brasil; particularmente na Região Norte, onde a escassez de especialistas e as peculiaridades geográficas dificultam o acesso da população aos cuidados específicos de saúde mental.

A realização de estudos futuros de prevalência de depressão na Região Norte do País deverá incluir, entre outros aspectos, populações ribeirinhas, mensurar comprometimento funcional e barreiras de acesso aos cuidados de saúde mental, a fim de ampliar e aprofundar o conhecimento sobre depressão maior nessa região.

No campo da formação de novos profissionais de saúde é necessário enfatizar que os transtornos depressivos constituem um problema a ser enfrentado conjuntamente por todos os profissionais da rede de atenção à saúde, incluindo todas as especialidades médicas. Ou seja, não se trata de um problema somente dos especialistas de saúde mental; aliás, estes estão fora de alcance para enorme parcela da população.

8. CONCLUSÕES

Nossos resultados mostraram que aproximadamente um em cinco adultos cadastrados na estratégia saúde da família das cidades de Coari e Tefé apresentou episódio de depressão maior. Sexo feminino, falta ou escasso apoio social de amigos/colegas, maior número de eventos de vida produtores de estresse e de morbididades físicas foram independentemente associados com depressão maior. Além desses fatores, menores níveis de escolaridade e renda, uso de tabaco e consumo de risco de álcool foram associados com depressão maior em análises não ajustadas.

A investigação de associação entre episódio de depressão maior e utilização de serviços de saúde mostrou que, nos últimos três meses, mais da metade dos participantes com episódio de depressão maior havia sido atendido em Unidades Básica de Saúde e cerca de um terço em cada um dos outros níveis de complexidade de atenção à saúde (urgência e emergência e atenção médica especializada). Este fato evidencia que a amostra estudada buscou e recebeu cuidados de saúde no período anterior à inclusão no estudo. No entanto, contrariando a lógica da busca de cuidado e do tratamento a ser oferecido, esses indivíduos permaneciam com sintomas depressivos graves.

Embora cerca 85% da população residente nas sedes dos municípios de Coari e Tefé fosse cadastrada na ESF, os resultados apresentados evidenciaram que os cuidados de saúde mental para indivíduos com episódio de depressão maior ainda são incipientes. Menos de 4,0% da amostra, em ambas as cidades, fazia uso de antidepressivo.

Nossos achados indicam que o fato de viver na Amazônia, em cidades como Coari e Tefé, não reduz o risco de ter episódio de depressão maior, em relação a viver em grandes centros urbanos e em outras regiões do País e do mundo. A alta prevalência de episódio de depressão maior encontrada no estudo não surpreende. Nas cidades envolvidas no estudo há altos índices de desemprego, pobreza e baixa escolaridade, fatores de risco conhecidos para

depressão. As características individuais associadas com episódio de depressão maior nestes municípios foram similares aos fatores de risco para depressão no Brasil e em outras partes do mundo.

Finalizando, nossa investigação mostrou que há uma grande lacuna de tratamento para depressão maior. Programas de tratamento que incluam identificação e tratamento desse transtorno no âmbito da atenção primária devem ser desenvolvidos.

9 ANEXOS

ANEXO A – Questionário Sobre saúde do Paciente-9 – *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos seguintes problemas?	Nenhum a vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto de outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma Dificuldade	Alguma Dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade
☐	☐	☐	☐

ANEXO B – Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE) – versão adaptada de Lopes e Faerstein (2001)

1. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) teve algum problema de saúde que o(a) impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?
0. Não 1. Sim
2. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) sofreu algum acidente de trânsito, como motorista, passageiro ou pedestre?
0. Não 1. Sim
3. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, faleceu algum parente próximo do(a) Sr(a), como pai, mãe, cônjuge, companheiro(a), filho ou irmão?
0. Não 1. Sim
4. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) enfrentou dificuldades financeiras mais severas do que as habituais?
0. Não 1. Sim
5. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) foi forçado(a) a mudar de casa contra sua vontade (por exemplo, por aumento de aluguel)?
0. Não 1. Sim
6. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?
0. Não 1. Sim
7. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) foi assaltado(a) ou roubado(a), isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?
0. Não 1. Sim
8. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) foi vítima de alguma agressão física?
0. Não 1. Sim
9. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) foi ferido(a) com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc.) ou arma branca (faca, navalha, etc.)?
0. Não 1. Sim
10. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) presenciou alguém ser ferido com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc.) ou arma branca (faca, navalha, etc.)?
0. Não 1. Sim

**ANEXO C – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool –
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**

Vou perguntar ao sr(a) sobre consumo de álcool no ÚLTIMO ANO:					
1. Com que frequência o(a) sr(a) toma bebidas de álcool?					
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Duas a quatro vezes por mês	(3) Duas a três vezes por semana	(4) Quatro ou mais vezes por semana	
2. Nas ocasiões em que bebe quantos copos ou garrafas o (a) sr(a) costuma tomar?					
(0) 1 ou 2 doses	(1) 3 ou 4 "doses"	(2) 5 ou 6 "doses"	(3) 7 a 9 "doses"	(4) 10 ou mais "doses"	
3. Com que frequência o(a) sr(a) toma "seis doses ou mais" em uma ocasião? *					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	
4. Com que frequência, durante o último ano, o(a) sr(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	
5. Com que frequência, durante o último ano, o(a) sr(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	
6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o(a) sr(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	
7. Com que frequência, durante o último ano, o(a) sr(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	
8. Com que frequência, durante o último ano, o(a) sr(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	
9. Alguma vez na vida o(a) sr(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o sr(a) ter bebido?					
(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano			(4) Sim, durante o último ano	
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) sr(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?					
(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano			(4) Sim, durante o último ano	

*Substituir "6 ou mais doses" pela quantidade equivalente da bebida no recipiente em que é consumida, por exemplo, "três garrafas de cervejas ou mais".

Quadro de dados para conversão em "dose" das quantidades ingeridas, conforme tipo de recipiente informado (copo, lata, garrafa etc), para preencher as questões 2 e 3.

CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata = 1 "dose"; 1 garrafa = 2 "doses"
 VINHO: 1 copo comum grande (250ml) = 2 "doses"; 1 garrafa = 8 "doses"
 CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE OU CONHAQUE: 1 "martelinho" (60ml) = 2 "doses"; 1 "martelo" (100ml) = 3 "doses"; 1 garrafa = mais de 20 "doses"
 UÍSQUE, RUM, LICOR etc: 1 "dose de dosador" (45 – 50ml) = 1 "dose".

Versão em português adaptada e validada por Mendéz (1999).

ANEXO D – Projeto para coleta de dados com Smartphone

Projeto para Coleta de Dados Com Smartphone

EQUIPE 61

PS12222 – 2010

“A construção de bases de dados é determinante na execução de uma série de pesquisas, sejam elas científicas, de mercado e até mesmo de opinião pública. Até poucos anos atrás, tais processos eram desenvolvidos quase que inteiramente sem o uso de ferramentas computacionais, contando com longos questionários físicos, cuja abordagem prática era muitas vezes limitada pelas dimensões dos formulários, e pela logística de execução das pesquisas”

ORIENTADOR

Prof. Dr. Antonio Carlos Seabra

COLABORADOR

Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

EQUIPE

Diogo Bandeira

João Victor Henna Sallaberry

Sheila Genesine Dada

Thales Alan dos Santos

A necessidade de otimização do processo de pesquisa e coleta de dados é a principal motivação para o desenvolvimento desta plataforma, baseada na junção entre um dispositivo móvel de alta difusão no mercado, como um celular ou Smartphone, e um software dedicado que realize com maior eficiência as tarefas voltadas à construção de um banco de dados.

Questionários

➔

Pesquisa

➔

Base de Dados

Após o desenvolvimento dos questionários e a determinação da abordagem da pesquisa, os formulários são digitalizados em planilhas do Excel™ ou similar, de maneira intuitiva e acessível.

Um software converte os questionários para o Smartphone.

A pesquisa é então realizada com o público-alvo. O plataforma utilizada é ODK Collect, projeto Open Source, de contribuição mútua.

Os arquivos contendo as respostas aos questionários gravados no Smartphone, são então agrupados e formam um arquivo único de dados, contendo o resultado das pesquisas. Tudo realizado automaticamente através de uma interface gráfica.

Baseado inteiramente em Softwares cujo licenciamento é livre, o sistema pode ser integralmente alterado para diversas aplicações, permitindo então sua adoção por diversas equipes, com diferentes necessidades. Sua implementação é simples e prática.

Maiores informações através do E-mail :
psi2222_softwaredepesquisa_contato@googlegroups.com

Agradecimentos

Medicina Preventiva
FMUSP

OpenDataKit
magnifying human resources through technology

ANEXO E – Questionário de avaliação das características demográficas, socioeconômicas, apoio social e saúde

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA

1. Data entrevista
2. Nome do entrevistador
3. Cidade: () Coari () Tefé
4. Nome da UBS
5. Número da equipe no SIAB
6. A entrevista foi realizada com: () apenas o participante () participante e informante

II- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

1. Nome do participante
2. Iniciais da participante
3. Data de nascimento -----Idade
4. Sexo () Masculino () Feminino
5. Endereço / contato (Rua / Nº Bairro)

III- DADOS DEMOGRAFICOS E SOCIOECONÔMICOS

1. Como o(a) Sr(a) define a sua cor ou raça?
 1. Preta 2. Parda 3. Branca 4. Amarela 5. Indígena 9. NS/NR
 2. Qual a situação conjugal do(a) Sr(a)?
 1. Casado(a) 2. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 4. Separado(a) 5. Mora junto
 3. O(a) Sr(a) frequentou escola?
 0. Não 1. Sim
 4. Quantos anos o(a) Sr(a) estudou?
 5. Qual o nível mais alto de escolaridade que o(a) Sr(a) conseguiu?
 1. Ensino fundamental incompleto 2. Ensino fundamental completo 3. Ensino médio 4. Curso técnico 5. Universitário/graduação 6. Pós graduação.
 6. O(a) Sr(a) têm filhos? (Considerar os filhos falecidos)
 0. Não 1. Sim
 7. Quantos filhos vivos o(a) Sr(a) tem?
 8. Atualmente o(a) Sr(a) está empregado?
 0. Não 1. Sim
 9. Atualmente o(a) Sr(a) faz algum "bico" (trabalho informal)?
 0. Não 1. Sim
 10. Quantas pessoas moram na sua casa (na casa em que o(a)sr(a) mora)?
 11. Qual a renda individual do Sr(a) por mês (considerando o valor recebido no último mês)?
 1. Sem renda própria 2. Até 500,00 2.De 501,00 a R\$1000,00 3. De 1001,00 a 1500,00 4. De 1501,00 a 2000,00 5. De 2001,00 a 3000,00 6. De 3001,00 a 4000,00 7. Mais de 4000,00 9. NS/NR
 12. O Sr(a) frequenta ou participa de alguma religião ou culto?
 0. Não 1. Sim
 13. Com que frequência o(a) sr(a) vai à igreja, templo ou outro encontro religioso?
 1. Mais que uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. Duas a três vezes por mês 4. Algumas vezes por ano
 5. Uma vez por ano ou menos 6. Nunca
- ### IV. SUPORTE SOCIAL
1. Atualmente com que frequência o(a) sr(a) se encontra algum de seus parentes para conversar?
 1. Nunca 2. Diariamente 3. 2-3 vezes por semana 4. Pelo menos semanalmente 5. Pelo menos mensalmente
 6. Com menos frequência
-

2. O(a) sr(a) tem amigos ou colegas?

0. Não 1. Sim

3. Com que frequência você encontra ou faz alguma coisa com seu(s) amigo(s) ou colegas(as)?

1. Nunca 2. Diariamente 3. 2-3 vezes por semana 4. Pelo menos semanalmente 5. Pelo menos mensalmente 6. Com menos frequência

V - DOENÇAS REFERIDAS

1. Agora vou perguntar ao Sr(a) sobre algumas doenças e gostaria de saber quais das doenças que eu vou dizer o(a) Sr(a) tem atualmente:

1. Pressão Alta
0. Não 1. Sim
2. Diabetes
0. Não 1. Sim
3. Acidente vascular cerebral (derrame)
0. Não 1. Sim
8. Doença do coração (infarto/ angina/ insuficiência cardíaca)
0. Não 1. Sim
9. Doença digestiva crônica (úlcera/gastrite/ problemas intestinais)
0. Não 1. Sim
10. Doença crônica do pulmão (asma, bronquite, enfisema):
0. Não 1. Sim
6. Doença no fígado
0. Não 1. Sim
4. Doença de coluna ou nas costas
0. Não 1. Sim
5. Artrite/reumatismo/artrose
0. Não 1. Sim
7. Câncer
0. Não 1. Sim

VI – USO DE TABACO

1. O(a) Sr(a) já fumou, ao menos um cigarro por dia, todos os dias durante ao menos um mês?

0. Não 1. Sim

2. O(a) Sr(a) fuma atualmente?

0. Não 1. Sim

VII – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E TRATAMENTO PARA TM

1. Nos últimos 03 meses o(a) Sr(a) precisou usar em função de sua saúde algum dos seguintes serviços de saúde?

1. Médico da UBS (ESF)
0. Não 1. Sim
2. Médico do Pronto Socorro, da Emergência
0. Não 1. Sim
3. Médico Especialista no ambulatório ou policlínica
0. Não 1. Sim
4. Médico do CAPS
0. Não 1. Sim
6. Enfermeiro da UBS
0. Não 1. Sim
7. Enfermeiro do CAPS
0. Não 1. Sim
8. Psicólogo – UBS/CAPS
0. Não 1. Sim

2. Atualmente o (a) Sr(a) faz tratamento (uso de algum remédio ou terapia) para problemas mentais (problemas de cabeça, muito nervoso)?

0. Não 1. Sim

3. Já fez uso de medicamento controlado antes ou outro tipo de tratamento para esses problemas (uso de calmantes)?

0. Não 1. Sim

ANEXO F – Ficha A – Ficha de cadastro de família no SIAB

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					UF [] []	
ENDEREÇO				NÚMERO		BAIRRO		CEP
[] [] [] [] [] []				[] [] [] []		[] [] [] [] [] []		-
MUNICÍPIO		SEGMENTO		ÁREA		MICROÁREA		FAMÍLIA
[] [] [] [] [] []		[] []		[] [] []		[] [] []		[] [] [] [] [] []

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZAD		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				o	o		
				sim	nao		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	nao		

<i>Síglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i>		
ALC - Alcoolismo	EPI - Epilepsia	HAN - Hanseníase
CHA - Chagas	GES - Gestação	MAL - Malária
DEF - Deficiência	HA - Hipertensão Arterial	
DIA - Diabetes	TB - Tuberculose	

ANEXO G – Protocolo de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FM-USP

APROVAÇÃO

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em **28.02.2012**, após atendimento a diligência encaminhada **APROVOU *ad-referendum*** o Protocolo de Pesquisa nº **011/12**, intitulado: "**Depressão e esgotamento profissional nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Amazonas**", apresentado pelo Departamento de **Medicina Preventiva**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa .

Pesquisador (a) Responsável: Paulo Rossi Menezes

Pesquisador (a) Executante: Edinilza Ribeiro dos Santos

CEP-FMUSP, 28 de fevereiro de 2012.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire 1º andar CEP 01246903 – Fone : 3061-8004
mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

ANEXO H - Termo de anuência dos Secretários de Saúde dos Municípios de Coari e Tefé para execução da pesquisa nas respectivas cidades

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da pesquisa intitulada *saúde mental nas áreas de abrangência da estratégia saúde da família (ESF) em dois municípios do Amazonas*, conforme requerimento apresentado pela Prof. Edinilza Ribeiro dos Santos da Universidade do Estado do Amazonas e aluna do programa de Doutorado em Medicina Preventiva na FMSP.

Atenciosamente,

Coari, 29 de abril de 2011

Secretário Municipal de Saúde de Coari

Cópio Vicente de Silva
Secretário Municipal de
Saúde em Exercício

Prefeitura municipal de Tefé
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização de pesquisa intitulada SAÚDE MENTAL NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), NO MUNICÍPIO DE TEFÉ, NO ESTADO DO AMAZONAS, conforme requerimento apresentado pela prof. Edinilza Ribeiro dos Santos da Universidade do Estado do Amazonas e aluna do programa de Doutorado em Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ATENCIOSAMENTE,

TEFÉ-AM, 06 DE JUNHO DE 2011

Nalton Celani Pinheiro
Secretaria Municipal de Saúde
TEFÉ-AM, 06 DE JUNHO DE 2011

ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa prevalência de episódio de depressão maior nas áreas de abrangência da estratégia saúde da família de duas cidades do Estado do Amazonas

NOME:.....	SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASC...../...../.....	RUA:....., nº.....
BAIRRO:.....	CIDADE.....

Justificativa e objetivo do estudo: a depressão é um problema que acontece bastante no nosso meio e pode causar prejuízos na vida das pessoas. Se não for tratada adequadamente as pessoas podem perder a capacidade fazer coisas da vida diária que faziam antes de ter a doença. Com essa pesquisa pretendemos estimar (saber mais ou menos) a frequência (quantas vezes) esse problema de saúde (depressão) acontece entre as pessoas que moram aqui, em Coari ou Tefé, e que estão registradas no posto de saúde (esse registro está em uma ficha que seu Agente Comunitário de Saúde preencheu e atualiza quando passa na sua casa).

Procedimentos: O Sr(a) é convidado(a) a participar desse estudo concedendo uma entrevista, de cerca de 45 minutos de duração, sobre informações de sua saúde, estilo de vida, condições socioeconômicas.

Como os procedimentos serão realizados: a participação do Sr(a) no presente estudo envolverá somente uma entrevista. Não haverá coleta de material biológico para qualquer tipo de exame e nem de outra natureza.

Riscos ou desconfortos: () sim (X) não () talvez.

Benefícios para o participante: se o sr(a) apresentar sinais do problema que estamos pesquisando, será orientado a informar aos profissionais da equipe de saúde do posto de saúde que o sr(a) utiliza para que possa ser acompanhado (a) e, se necessário, encaminhado(a) à consulta médica; também acreditamos que nosso trabalho (essa pesquisa) vai contribuir com informações sobre esse problema, fazendo com que os profissionais das equipes de saúde da família cuidem mais desse problema de saúde (depressão).

Garantia de sigilo das informações: todas as informações do sr(a) serão guardadas em sigilo e utilizadas somente para fins desse estudo – nome, endereço, dados pessoais e de saúde não serão divulgados individualmente.

Garantia de liberdade da retirada do consentimento: a qualquer momento da entrevista o sr(a) poderá se recusar a participar da pesquisa, retirando o seu consentimento, sem prejuízos a sua pessoa, familiares ou a pessoas próximas.

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o sr(a) em qualquer fase do estudo, também não há gratificação (dinheiro ou de outra espécie) pelas informações fornecidas, isto é, a participação do sr(a) nesta pesquisa é voluntária.

Garantia de acesso a informações: se o sr(a) precisar de mais informações sobre essa pesquisa pode entrar em contato com os responsáveis, nos telefones e endereços que estão no verso dessa ficha.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, intitulada *Prevalência de depressão nas áreas de abrangência da estratégia saúde da família de duas cidades do Amazonas*, de maneira clara e detalhada e esclareci as minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento posso solicitar novas informações e mudar minha decisão, se assim eu desejar. Os pesquisadores responsáveis asseguraram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais (sigilosos). Também sei que em caso de dúvidas posso entrar em contato com os pesquisadores responsáveis:

Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes,
Cargo/Função: Professor Titular
Unidade da FMUSP: Departamento de Medicina Preventiva.
Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, (11)3061-7093

Profa. Edinilza Ribeiro dos Santos
Cargo/Função: Professora
Instituição/Unidade: Universidade do Estado do Amazonas / Escola Superior de Saúde
Endereço: Av. Carvalho Leal, 1.777; 4º andar, (92)3878-4355.

Declaro que aceito participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local: _____ Data: / /

Assinatura do participante

Para participantes analfabetos ou com deficiência visual.

Assinatura de uma testemunha de que o participante autorizou a entrevista

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento desse Participante.

Assinatura do Entrevistador

10 REFERÊNCIAS

Adewuya AO, Ola BO, Afolabi OO. Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. *J Affective Disord*. 2006;96(1-2):89-93.

Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2006;23(11):1165-73.

Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171:524-9.

Amazonas. Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM). *Plano Estadual de Saúde, 2012-2015*. Manaus: SUSAM; 2012 [citado 05 jan. 2015]. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2012-2015.pdf.

Amazonas. Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM). *Relatório de Gestão – 2013*. Manaus: SUSAM; 2013 [citado 05 jan. 2015]. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2013.pdf.

Amazonas. Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM). Saúde Mental. 2015 [citado 20 ago 2015]. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=mental>.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

Anderson P, Gual A, Colon J, Monteiro MG. *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas* [la edición en español fue editada y adaptada por Maristela Monteiro]. Washington, DC: OPS; 2008 [citado 04 marzo 2015]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf.

Andrade AO. Migração para Manaus e seus reflexos socioambientais. *Somanlu*. 2012;12(2):85-102.

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

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(7):316-25.

- Andrade LH, Viana MC, Farah Tofoli LF, Wang Y-P. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(1):45-53.
- Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from São Paulo Megacity Mental health Survey, Brazil (12-month DSM-IV disorders in São Paulo). *PLoS One*. 2012;7(2):290-9.
- Aragones E, Pinol JL, Labad A, Masdeu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34(1):21-35.
- Aseltine RH, Kessler RC. Marital disruption and depression in a community sample. *J Health Soc Behav*. 1993;34(3):237-51.
- Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CDA, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):14-21.
- Baader TM, Molina JLF, Venezian SB, Rojas CC, Farías RS, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-psiquiat*. 2012;50(1):10-22.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG, Monteiro MG. *AUDIT: Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol*: pautas para su utilización en Atención Primaria [citado 15 marzo 2013]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf.
- Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K. Association of Depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosom Med*. 2008;70(8):890-7.
- Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21.
- Barros MBA, Stolses Bergamo Francisco PM, Zanchetta LM, Galvao Cesar CL. Trends in social and demographic inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil. PNAD: 2003-2008. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(9):3755-68.

Barroso SM, Melo APS, Guimarães MDC. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(4):256-63.

Bebbington P, Brugha T, MacCarthy B, et al. The Camberwell collaborative depression study. I: depressed probands, adversity and the form of depression. *Br J Psychiatr*. 1988;152:754-65.

Bellos S, Skapinakis P, Rai D, Zitko P, Araya R, Lewis G, et al. Cross-cultural patterns of the association between varying levels of alcohol consumption and the common mental disorders of depression and anxiety: Secondary analysis of the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Drug Alcohol Depend*. 2013;133(3):825-31.

Bhojani U, Beerenahalli TS, Devadasan R, Munegowda CM, Devadasan N, Criel B, et al. No longer diseases of the wealthy: prevalence and health-seeking for self-reported chronic conditions among urban poor in Southern India. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:10.

Boden JM, Fergusson DM, Norwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatr*. 2010;196(6):440-6.

Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2012;46(4):617-23.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto-Lei nº 288, de 28 de fevereiro de 1967*. Altera as disposições da Lei número 3.173 de 6 de junho de 1957 e regula a Zona Franca de Manaus. Brasília; 1967 [citado 05 jul. 2014]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0288.htm

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 92.560 de 16 de abril de 1986*. Prorroga nos termos do Decreto-lei nº 288, de 28 de fevereiro de 1967, o prazo de vigência das isenções tributárias nele previstas, e dá outras providências. Brasília; 1986 [citado 05 jul. 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D92560.htm#art1.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Emenda Constitucional nº 42, de 19 de dezembro de 2003*. Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências. Brasília; 2003 [citado 05 jul. 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/quadro_emc.htm.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Acrescenta o art. 92-A ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias*. Brasília; 2014 [citado 05 jan. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/quadro_emc.htm.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.40p. Internet]. 2014 [citado mar. 2014] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90.

Brugha TS. Social Support and Psychiatric Disorder: Overview of Evidence. Social Support and Psychiatric Disorder: Research Findings and Guidelines for Clinical Practice. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.

Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *Br J Gen Pract*. 2008;58(546):32-6.

Campion J, Bhugra D, Bailey S, Marmot M. Inequality and mental disorders: opportunities for action. *Lancet*. 2013;382(9888):183-4.

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):386-9.

Capilheira MF, da Silva dos Santos I. Individual factors associated with medical consultation by adults. *Rev Saude Pública*. 2006;40(3):436-43.

CEBRID (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País: 2005 São Paulo; 2006 [citado 10 abr 2015]. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/index.php>.

Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saude Publica*. 2001;17:887-96.

Coari. *Instituto de Medicina Tropical de Coari: histórico*. Coari; 2014. [material impresso].

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

Coelho CLS, Crippa JAS, Santos JLF, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, et al. Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35(2):142-9.

Costa AG, Ludermit AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):73-9.

Costa JSD da, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(2):164-73.

Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB, et al. Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):284-91.

Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):992-8.

Cunha RV da, Bastos GAN, Duca GFD. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):346-54.

Cutrona CE, Russell DW, Brown PA, Clark LA, Hessling RM, Gardner KA. Neighborhood context, personality, and stressful life events as predictors of depression among African American women. *J Abnorm Psychol*. 2005;114(1):3-15.

DATASUS. Ministério da Saúde. CNES. Rede Assistencial: Recursos humanos. Amazonas. 2015a [citado 25 jan. 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/profidam.def>.

DATASUS. Ministério da Saúde. CNES. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. *Histórico de cobertura da ESF*. Brasília; 2015b [citado 05 maio. 2015] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>.

DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Informações de saúde: epidemiológicas e de morbidades* Brasília; 2013a [citado 05 jan. 2015]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>.

DATASUS. Ministério da Saúde. CNES. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. *Histórico de cobertura da ESF*. Brasília; 2013b [citado 05 jan. 2015] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>.

- DATASUS. Ministério da Saúde. CNES. Rede Assistencial: *Estabelecimentos por tipo – Amazonas* Brasília; 2014a [citado 13 abr. 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?cnes/cnv/estabam.def>.
- DATASUS. Ministério da Saúde. CNES. *Informações em Saúde Suplementar. Consulta sobre beneficiários*. Brasília; 2014b [citado 17 abr. 2015]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Am Med Assoc*. 2004;291(21):2581-90.
- Dew MA, Bromet EJ, Schulberg HC. A comparative-analysis of 2 community stressors long-term mental-health effects. *Am J Commun Psychol*. 1987;15(2):167-84.
- Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Health service use in a population covered by the Estrategia de Saude da Familia (Family Health Strategy). *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):595-603.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Plos Med*. 2013;10(11):e1001547.
- Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):431-8.
- Flynn HA, Sexton M, Ratliff S, Porter K, Zivin K. Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant and postpartum women seeking psychiatric services. *Psychiatry Res*. 2011;187:130-4.
- Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):32-7.
- Fraguas R Jr, Henriques SG Jr, De Lucia MS, Losifescu DV, Schwatz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affective Disord*. 2006;91(1):11-7.
- Garfield LD, Scherrer JF, Hauptman PJ, Freedland KE, Chrusciel T, Balasubramanian S, et al. Association of anxiety disorders and depression with incident heart failure. *Psychosom Med*. 2014;76(2):128-36.

Gea A, Beunza JJ, Estruch R, Sanchez-Villegas A, Salas-Salvado J, Buil-Cosiales P, et al. Alcohol intake, wine consumption and the development of depression: the PREDIMED study. *BMC Med*. 2013;11:192.

Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2007;22:1596-602.

Ginty AT, Carroll D, Roseboom TJ, Phillips AC, de Rooij SR. Depression and anxiety are associated with a diagnosis of hypertension 5 years later in a cohort of late middle-aged men and women. *J Hum Hypertens*. 2013;27(3):187-90.

Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cesar CLG. Health services utilization in areas covered by the family health program (Qualis) in Sao Paulo City, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):90-9.

Grav S, Romild U, Hellzen O, Stordal E. Association of personality, neighbourhood, and civic participation with the level of perceived social support: The HUNT study, a cross-sectional survey. *Scand J Public Health*. 2013;41(6):579-86.

Hammen C. Stress and depression. *Ann Rev Clin Psychol*. 2005;1:293-319.

Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):297-305.

Horwitz AV, Wakefield JC. *A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda*. [tradução Janaína Marcoantônio]. São Paulo: Summus; 2010. p.287.

Huang H, Menezes PR, da Silva SA, Tabb K, Barkil-Oteo A, Scazufca M. The association between depressive disorders and health care utilization: results from the Sao Paulo Ageing and Health Study (SPAH). *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(2):199-202.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios – resultados do universo. Brasília; 2010a [citado 02 jan. 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=am&tema=resultuniverso_censo2010.

IBGE. Cidades. Amazonas. Coari. Brasília; 2010b [citado 05 jan. 2015]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=130120&search=amazonas|coari>.

IBGE. Cidades. Amazonas. Tefé. Brasília; 2010c [citado 05 jan. 2015]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=130420&search=amazonas|tefe>.

IBGE. Contas regionais do Brasil - 2012. Projeto de contas regionais é uma parceria com os órgãos estaduais de estatística, secretarias estaduais de governo e a Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA Brasília; 2012 [citado 03 jan. 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000019515011102014502214193696.pdf>.

IBGE. Ministério do Planejamento. Orçamento e gestão. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Contas Nacionais Contas Nacionais. Produto Interno Bruto dos Municípios em 2011. Rio de Janeiro; 2013 [citado 29 jan. 2015]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Pib_Municipios/2011/pibmunic2011.pdf.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro; 2014a [citado 30 mar. 2015]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.

IBGE. Série estudos e pesquisas: síntese de indicadores sociais 2014 - uma análise das condições de vida da população brasileira (indicadores selecionados). Brasília; 2014b [citado 03 jan. 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=am&tema=sis_2014

Jansen K, Cardoso TdA, Mondin TC, De Matos MB, de Mattos Souza LD, Pinheiro RT, et al. Stressful life events and mood disorders: a community sample. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(9):3941-6.

Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*. 2004;27(9):2154-60.

Kendler KS, Gardner CO. Dependent stressful life events and prior depressive episodes in the prediction of major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(11):1120-7.

Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Stressful life events and major depression: Risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186:661-9.

Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Stressful life events and major depression: Risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(11):661-9.

Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the who world mental health survey initiative. *Depress Anxiety*. 2010;27(4):351-64.

Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affective Disord.* 2003;74(1):5-13.

Kessler RC. The global burden of anxiety and mood disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *J Clin Psychiatry.* 2007;68:10-9.

Kleinberg A, Aluoja A, Vasar V. Social support in depression: structural and functional factors, perceived control and help-seeking. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2013;22(4):345-53.

Klungsoyr O, Nygard JF, Sorensen T, Sandanger I. Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: an 11-year, population-based follow-up study. *Am J Epidemiol.* 2006;163(5):421-32.

Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-66.

Kroenke K, Bair M, Damush T, Hoke S, Nicholas G, Kempf C, et al. Stepped Care for Affective Disorders and Musculoskeletal Pain (SCAMP) study design and practical implications of an intervention for comorbid pain and depression. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(6):506-17.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32:345-59.

Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108(3):163-74.

Lamers F, Jonkers CCM, Bosma H, Penninx BWJH, Kottner JA, van Eijk JThM. Summed score of the Patient Health Questionnaire-9 was a reliable and valid method for depression screening in chronically ill elderly patients. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(7):679-87.

Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;1(9):1-7.

Lima AFBdS, Fleck MPdA. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(3):245-51.

Lima CA. *Coronel de barranco*. 2a ed. Manaus: Valer; 2002.

- Lin EHB, Heckbert SR, Rutter CM, Katon WJ, Ciechanowski P, Ludman EJ, et al. Depression and increased mortality in diabetes: unexpected causes of death. *Ann Fam Med*. 2009;7(5):414-21.
- Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Atie S, Lima MJB. Assessment of social support and its association to depression, self-perceived health and chronic diseases in elderly individuals residing in an area of poverty and social vulnerability in Rio de Janeiro city, Brazil. *Plos One*. 2013;8(8):e71712.
- Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6):1713-20.
- Lopes CS, Faerstein E. Reliability of reported stressful life events reported in a self-administered questionnaire: Pro-Saude study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(3):126-33.
- Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003;157(2):98-112.
- Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2010;71(3):517-28.
- Malbergier A, de Oliveira JHP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Arch Clin Psychiatry*. 2005;32(5):276-82.
- Manea L, Gilbody S, Mcmillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Can Med Assoc J*. 2012;184(3):191-6.
- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639-48.
- Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*. 2013;52(12):2136-48.
- Mazure CM. Life stressors as risk factors in depression. *Clin Psychol Sci Pract*. 1998;5(3):291-313.
- McManus D, Pipkin SS, Whooley MA. Screening for depression in patients with coronary heart disease (Data from the heart and soul study). *Am J Cardiol*. 2005;96(8):1076-81.
- Meador N, Mitchell AJ, Chew-Graham C, Goldberg D, Rizzo M, Bird V, et al. Case identification of depression in patients with chronic physical health

problems: a diagnostic accuracy meta-analysis of 113 studies. *Br J Gen Pract.* 2011;61(593):e808-20.

Méndez EB. *Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)* [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 1999 [citado 03 ago. 2014]. Disponível em: <http://www.epidemio-ufpel.org.br/uploads/teses/Brod%20Mendez%201999%20Dissert.pdf>.

Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, McManus S, Rai D, Dennis MS, et al. Physical ill health, disability, dependence and depression: Results from the 2007 national survey of psychiatric morbidity among adults in England. *Disabil Health J.* 2012;5(2):102-10.

Mendoza-Sassi R, Beria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica.* 2003;37(3):372-8.

Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(4):819-32.

Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction.* 2003;98(6):799-804.

Monroe SM, Simons AD. Diathesis stress theories in the context of life stress research - implications for the depressive-disorders. *Psychol Bull.* 1991;110(3):406-25.

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007;370(9590):851-8.

Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Major depressive episode among Brazilian adults: A cross-sectional population-based study. *J Affect Disord.* 2013;150(2):401-7.

Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2197-223.

Muscatell KA, Slavich GM, Monroe SM, Gotlib IH. Stressful Life Events, Chronic Difficulties, and the Symptoms of Clinical Depression. *J Nerv Ment Dis.* 2009;197(3):154-60.

Nascimento MG. Migrações nordestinas para a Amazônia. *Rev Educ Cultura Meio Ambiente.* 1998;12(2):1-13.

Noel PH, Williams JW, Unutzer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: Impact on multiple domains of health status and well-being. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):555-62.

Oliveira JA. *Manaus de 1920-1967: a cidade doce e dura em excesso*. Manaus: Valer; 2003.

Opaleye ES, Sanchez ZM, de Moura YG, Fernandes Galduroz JC, Locatelli DP, Noto AR. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(1):43-51.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Osório FL, Mendes AV, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(3):216-27.

Park M, Cuijpers P, van Straten A, Reynolds CF, III. The effects of psychotherapy for adult depression on social support: a meta-analysis. *Cogn. Ther Res*. 2014;38(6):600-11.

Patel V, Lund C, Hatheril S, Plagerson S, Corrigall J, Funk M, et al. *Mental disorders: equity and social determinants*. In: Blas E, Kurup AS, editors. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization; 2010. p.115-34.

Patten SB, Beck CA, Kassam A, Williams JV, Barbui C, Metz LM. Long-term medical conditions and major depression: Strength of association for specific conditions in the general population. *Can J Psychiatry*. 2005;50(4):195-202.

Paykel ES. Contribution of life events to causation of psychiatric-illness. *Psychol Med*. 1978;8(2):245-53.

Paykel ES. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108:61-6.

Petrobras. *Biodiversidade na província petrolífera de Urucu*. Rio de Janeiro: Petrobras – CENPES; 2008.

Pfizer. Questionário sobre a saúde do/a paciente (PHQ-9). Copyright © 2005 Pfizer Inc. New York, NY; 2005 [cited 2015 March 20]. Available from: http://www.phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ-9/PHQ9_Portuguese%20for%20Brazil.pdf.

Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *Br J Psychiatry*. 2000;177:486-92.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Atlas do desenvolvimento humano dos municípios. Brasília; 2013 [citado 10 jun. 2014]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios.

Poongothai S, Pradeepa R, Ganesan A, Mohan V. Prevalence of depression in a large urban South Indian population - The Chennai Urban Rural Epidemiology Study (Cures-70). *Plos One*. 2009;4(9):e7185.

Quintana MI, Andreoli SB, Moreira FG, Ribeiro WS, Feijo MM, Bressan RA, et al. Epidemiology of psychotropic drug use in Rio de Janeiro, Brazil: gaps in mental illness treatments. *Plos One*. 2013;8(5):e62270.

Ribeiro MCSdA, Barata RB, Almeida MFd, Silva ZPd. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Cienc Saude Colet*. 2006;11(4):1011-22.

Ross JL, organizador. *Geografia do Brasil*. 5a ed. São Paulo: EDUSP; 2005.

Santana VS, Almeida-Filho N, Roberts R, Cooper S. Skin color, perception of racism and depression among adolescents in urban Brazil. *Child Adolesc Mental Health*. 2007;12(3):125-31.

Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD et al. Sensibilidade e especificidade do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(8):1533-43.

Schramm JMdA, de Oliveira AF, Leite IdC, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2004;9(4):897-908.

Schulberg HC, McClelland M, Burns BJ. Depression and physical illness - the prevalence, causation, and diagnosis of co-morbidity. *Clin Psychol Rev*. 1987;7(2):145-67.

Scott KM, de Jonge P, Alonso J, Viana MC, Liu Z, O'Neill S, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and subsequent heart disease onset: Beyond depression. *Int J Cardiol*. 2013;168(6):5293-9.

Shim RS, Ye J, Baltrus P, Fry-Johnson Y, Daniels E, Rust G. Racial/Ethnic disparities, social support, and depression: examining a social determinant of mental health. *Ethnicity Dis*. 2012;22(1):15-20.

Silberg J, Rutter M, Hewett J, et al. The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:225-32.

- Silva MT, Galvao TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(3):262-70.
- Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM, Grp L. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004;161(9):1626-34.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. *JAMA*. 1999; 282(18):1737-44.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME- MD 1000study. *JAMA*. 1994; 272:1749-56.
- Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Tobacco smoking predicts depression and poorer quality of life in heart disease. *BMC Cardiovas Disord*. 2013;13:35.
- SUFRAMA (Superintendência da Zona Franca de Manaus). *Modelo Zona Franca de Manaus: Indústria*. Manaus; 2015 [citado 05 jan. 2015]. Disponível em: http://www.suframa.gov.br/zfm_industria.cfm.
- Teng CT, Humes EdC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Arch Clin Psychiatry*. 2005;32(3):149-59.
- Victora CG, Barreto ML, Leal MdC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042-53.
- Vorcaro CMR, Lima-Costa MFF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(4):257-63.
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163-96.
- Walker J, Hansen CH, Martin P, Sawhney A, Thekkumpurath P, Beale C, et al. Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol*. 2013;24(4):895-900.
- Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of Mental Health Services in the United States - Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):629-40.
- Weinstein B. *A borracha na Amazônia: expansão e decadência*. São Paulo: EDUSP; 1993.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996;276(4):293-9.

Williams LS, Brizendine EJ, Plue L, Bakas T, Tu W, Hendrie H, et al. Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. *Stroke. Am Heart Assoc*. 2005;36(3):635-8.

Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol*. 2002;17:S1-S11.

Wittkamp KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, Weert HCvan. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:388-95.

World Health Organization (WHO). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. WHO Library Cataloguing. Geneve; 2008 [cited 2014 June 10]. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/Mental%20health%20+%20primary%20care-%20final%20low-res%20140908.pdf

WHO. Media centre. Depression. Geneve; 2012 [cited 2015 Feb. 26]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

WHO. Calouste Gulbenkian Foundation. *Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems*. Geneve; 2014a [cited 2015 Feb. 26]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112830/1/9789241506793_eng.pdf

WHO. Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health*. Geneve; 2014b [cited 2015 Apr. 17]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1

Yan XY, Huang SM, Huang CQ, Wu WH, Qin Y. Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *J Int Med Res*. 2011;39(4):1142-54.

Zanetti MV, Lafer B. Transtornos depressivos. In: Alvarenga PG, Andrade AG. *Fundamentos em psiquiatria*. São Paulo: Manole; 2008. p.141-68.