

Sintomatologia depressiva em usuários atendidos por uma Unidade Matricial de Saúde

Depressive symptoms in users attended in a Matrix Health Unit

Sintomatología depresiva en usuarios atendidos por una Unidad Matricial de Salud

Recebido: 26/05/2018

Aprovado: 27/07/2018

Publicado: 27/09/2018

Luiza Elena Casaburi¹
Sueli Aparecida Frari Galera²
Luan Augusto Alves Garcia³
Lúcia Aparecida Ferreira⁴

O presente estudo teve como objetivo realizar um levantamento da sintomatologia depressiva em usuários do serviço Matricial de saúde. Tratou-se de estudo exploratório descritivo, desenvolvido em uma Unidade de Matricial em Saúde em um município do interior do Triângulo Mineiro, durante o período de Julho a Novembro de 2013. A amostra foi composta por 282 usuários do serviço de saúde. Foram utilizados um instrumento de caracterização sociodemográfica e o Inventário de Depressão de Beck para rastreamento de sintomatologia depressiva. A maioria dos participantes eram do sexo masculino, com faixa etária entre 18 e 59 anos, casados e com escolaridade até 8 anos. Apresentaram disforia 11,0% dos participantes e cerca de 31,0% apresentaram pontuação indicativa de depressão, sendo mais prevalentes tais sintomas em idosos ($p=0,028$). A situação conjugal de solteiros, divorciados e viúvos também apresentou relação estatística significativa com pontuações indicativas de depressão ($p=0,042$). A saúde mental ainda é problema negligenciado pela Atenção Primária, cabendo a tais profissionais aprimorar suas práticas de trabalho, valorizando as diversas formas de investigação da sintomatologia depressiva, depressão e seus fatores associados.

Descritores: Depressão; Estratégia Saúde da Família; Atenção primária à saúde; Saúde mental.

This study aimed at conducting a survey about the depressive symptoms of users in the Matrix health service. This was an descriptive and exploratory study, developed in a Matrix Health Unit in a municipality in the countryside of the Triângulo Mineiro region, G, Brazil, from July to November, 2013. The sample was made up of 282 users of the health service. A sociodemographic characterization instrument was used, together with Beck's Depression Inventory to screen for depressive symptoms. Most participants were male, from 18 to 59 years of age, married and with up to 8 years of study. 11.0% of participants presented with dysphoria and approximately 31.0% presented a score that indicated depression. These symptoms were most common among elders ($p=0.028$). Single, divorced and widow persons also presented statistically relevant correlations to scores that indicate depression ($p=0.042$). Mental health is still a neglected by the Primary Health, and the professionals who work in the field must improve their work practices, valuing the many ways to investigate the depressive symptoms and their associated factors.

Descriptors: Depression; Family Health Strategy; Primary health care; Mental health.

El presente estudio tuvo como objetivo realizar un levantamiento de la sintomatología depresiva en usuarios del servicio Matricial de salud. Se trató de un estudio exploratorio descriptivo, desarrollado en una Unidad de Matricial en Salud en un municipio del interior del Triângulo Mineiro, MG, Brasil, durante el periodo de julio a noviembre de 2013. La muestra estuvo compuesta por 282 usuarios del servicio de salud. Fue utilizado instrumento de caracterización sociodemográfica e Inventario de Depresión de Beck para rastreo de sintomatología depresiva. La mayoría de los participantes eran del sexo masculino, con grupo etario entre 18 y 59 años, casados y con escolaridad hasta 8 años. Presentaban disforia 11,0% de los participantes y cerca de 31,0% presentaron puntuación indicativa de depresión, siendo más prevalentes tales síntomas en ancianos ($p=0,028$). Situación conyugal solteros, divorciados y viudos también presentó relación estadística significativa con puntuaciones indicativas de depresión ($p=0,042$). La salud mental aún es un problema descuidado por la Atención Primaria, cabiendo a tales profesionales mejorar sus prácticas de trabajo, valorizando las diversas formas de investigación de la sintomatología depresiva, depresión y sus factores asociados.

Descriptores: Depresión; Estrategia de Salud Familiar; Atención primaria de salud; Salud mental.

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Uberaba (UNIUBE), Uberaba, MG, Brasil. 0000-0001-8722-1372 E-mail: luiza.casaburi@hotmail.com

2. Enfermeira. Pós-Doutora. Livre Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0001-7974-9214 E-mail: sugalera@eerp.usp.br

3. Enfermeiro. Mestre em Atenção à Saúde. Doutorando em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0984-2688 E-mail: luangarciaatpc@yahoo.com.br

4. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6469-5444 E-mail: lap2ferreira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) possui acentuado impacto na vida dos acometidos e de seus familiares, com significativo comprometimento nos aspectos sociais, ocupacionais, físicos, mentais, e, inclusive, na carga econômica substancial^{1,2}.

Inicialmente o indivíduo poderá verbalizar tristeza, melancolia, sensações de "aperto no coração", angústia, inquietação, mostrar -se ansioso, pessimista e preocupado³, sendo que o indivíduo na fase de infância ou adolescência possui um humor mais irritável, quando comparado a adultos.

A medida que a sintomatologia evolui, alterações gradativas podem ser observadas no indivíduo, como: modificação do apetite e peso, insônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de desvalia, capacidade reduzida de se concentrar e tomar decisões, ideação suicida recorrente e tentativas de suicídio com plano específico. Dessa forma, o TDM possui um quadro semiológico complexo, o qual necessita de, ao menos, duas semanas para ser diagnosticado, podendo incluir sinais e sintomas que, devido à sua natureza, podem comprometer severamente o bem-estar em um curto período⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, cerca de 350 milhões de pessoas no mundo sofreram de transtornos mentais, e desses, 40,5% sofreram de transtornos depressivos⁵. A OMS acrescenta que se estima que, aproximadamente, 80% dos pacientes que possuem transtornos mentais não possuem sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento para a atenção especializada, podendo ser tratados na Atenção Primária à Saúde (APS)⁶. Isto corrobora os próprios dados da organização que afirmam que a terceira razão mais comum para a consulta na APS é o TDM⁷.

Um estudo de projeção mundial aponta que a depressão é a quarta causa de incapacidade e que será a principal morbidade em 2020¹. O contexto epidemiológico da saúde mental refere que há a probabilidade da incidência e prevalência estarem sendo subavaliadas devido ao aumento de demanda. No Brasil, na atenção primária, cotidianamente, 56% das equipes

de estratégia de saúde da família se deparam com a situação de realizar alguma intervenção no que concerne à saúde mental, sendo a prevalência de TDM⁸.

Já segundo o Ministério da Previdência Social, no ano de 2011, os transtornos mentais e comportamentais foram a terceira causa de concessão de auxílio-doença por incapacidade laboral, o que também consta no Capítulo V da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁹.

Um estudo¹⁰ realizado em 18 países relata que a depressão é a segunda causa de incapacidade laboral na faixa etária de 15 a 44 anos no mundo. A prevalência de depressão total encontrada no Brasil é maior, com 18,4%, quando comparada aos países de renda média¹⁰.

Percebe-se então que, mesmo com variáveis distintas de análise acerca do que a TDM afeta ou pode acarretar, ela é um problema de saúde pública e há crescente demanda na atenção primária, visto que essa é a porta aberta da atual rede de saúde brasileira.

Em estudo com 18.560 indivíduos com idade superior ou igual a 50 anos não institucionalizados, evidenciou-se a relação entre sintomas depressivos e a utilização de serviços de saúde. Estimou-se a existência destes sintomas em 28,2% dos participantes e constatou-se elevado índice de utilização de serviços de saúde como: consultas, medicação, hospitalizações, cirurgias e visita domiciliar, o que acarreta elevados custos sociais com a saúde¹¹.

Uma análise retrospectiva, que analisou 5.801 pacientes, organizada pelo Instituto de Psiquiatria de Nova Iorque, evidenciou custos elevados ao sistema com pacientes resistentes ou não ao tratamento da TDM. O custo *per capita* para os resistentes com TDM está em torno de 35.276 reais e para os não resistentes com TDM está em 29.303 reais, para a realização do primeiro ano de tratamento com antidepressivos prescritos¹².

Apesar de altamente prevalentes, os transtornos de humor depressivo são subdiagnosticados na atenção primária à saúde (APS), não sendo então alvo de qualquer intervenção.

A OMS e o Ministério da Saúde estimam, que, aproximadamente, 80% dos pacientes com algum transtorno mental, por não manifestarem sinais e sintomas claros das patologias, quando acolhidos pela atenção básica, são referenciados para especialistas, o que não deveria acontecer⁸. Isso pois, estes serviços deveriam atendê-los e serem resolutivos, assim como preza o Sistema Único de Saúde.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos exemplifica isso, pois demonstrou que 50% dos pacientes deprimidos que buscam atenção primária permanecem sem ser diagnosticados e sem receber tratamento¹³.

No Brasil, um estudo semelhante demonstrou esse quadro, em que 29,5% dos pacientes deprimidos que buscam a APS não recebem qualquer tipo de intervenção¹⁴. Já na Espanha, que possui rede de APS melhor estruturada, apenas 9,6% dos pacientes ficaram sem receber intervenção¹¹.

Outro estudo realizado com 148 pacientes com diagnóstico de depressão e ansiedade mostrou que os clínicos gerais falham na detecção do transtorno em mais de 50% dos casos, e provêm tratamento para apenas um terço deles¹³.

A gestão e o tratamento das perturbações mentais, no contexto dos serviços de atenção primária, constituem passo essencial para permitir que maior número de pessoas tenha acesso ao manejo desse sofrimento mental. Nos pacientes em que o transtorno não é diagnosticado ou é subtratado, observa-se uma pior evolução^{15,16}.

Segundo a OMS, a sintomatologia depressiva atinge atualmente cerca de 151 milhões de pessoas no mundo. A detecção precoce de casos de transtorno mental na comunidade e a promoção da saúde mental surgem como metas importantes no contexto da APS, de modo a implementar as políticas de saúde mental¹¹. Assim, este estudo teve como objetivo realizar um levantamento da sintomatologia depressiva em usuários do serviço Matricial de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, desenvolvido em uma Unidade Matricial de Saúde no município de Uberaba, Minas Gerais, durante o período de Julho a Novembro de 2013.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade igual ou superior a 18 anos (indivíduos com 18 a 59 anos sendo considerado com adultos e os com 60 anos ou mais sendo considerados idosos), ter procurado o serviço de saúde para consulta ou algum procedimento de enfermagem no período da manhã (durante o período do estudo) e não obter diagnóstico médico prévio de depressão ou qualquer outro diagnóstico psiquiátrico. Para maior confiabilidade, foi conferido no prontuário dos indivíduos participantes a confirmação que os mesmos não possuíam diagnóstico prévio de depressão.

Para o cálculo amostral, foi levada em consideração a média de 2400 atendimentos por mês de adultos e idosos de acordo com o Sistemas de Informações da Atenção Básica (SIAB) da unidade. Assumindo-se um erro amostral de 5,5% e com 95% de confiança, calculou-se uma amostra de 280 indivíduos. O número de pacientes abordados para o estudo foi de 316. Destes, 14 foram excluídos por não concordarem em participar do estudo (principal motivo referido foi falta de tempo e necessidade de ir trabalhar após a consulta), 3 por serem menores de idade e 17 foram excluídos por apresentarem diagnóstico clínico estabelecido de depressão. A amostra consecutiva totalizou 282 sujeitos e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Inicialmente foi aplicado questionário sociodemográfico que incluía questões como idade, sexo, escolaridade e estado civil.

Para avaliar a sintomatologia depressiva foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck - BDI. O inventário é um instrumento de rastreamento da presença de sintomas depressivos e de auxílio no diagnóstico médico de transtornos afetivos¹⁷.

O BDI é um dos instrumentos mais utilizados na pesquisa clínica. Ele é composto por 21 itens que avaliam atitudes e sintomas

depressivos que refletem o estado atual do paciente. São avaliados sentimentos de: tristeza, pessimismo, fracasso, perda de autossatisfação, culpa, punição, autodepreciação, autoacusação, ideação suicida, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, distorção da imagem corporal e inibição para o trabalho¹⁷.

A escolha do ponto de corte depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras de pacientes com diagnóstico médico de algum transtorno afetivo o "Center for Cognitive Therapy" recomenda utilizar o Inventário de Depressão de Beck com uma cotação categorizada da seguinte forma: 1) não deprimido: 0-9 pontos; 2) estados depressivos leves: 10-20 pontos; 3) depressão moderada: 21-30 pontos; e 4) depressão grave: pontuação global superior a 30 pontos¹⁷.

No entanto, para amostras sem diagnóstico médico de algum transtorno do humor (caso dos sujeitos do estudo) a conotação da categoria se dá de maneira diferente. Escores superiores a 15 indicam disforia (mudança no estado afetivo repentina e transitória, gerando sentimentos de tristeza, pena ou angústia, por exemplo.) e os sintomas

indicativos de depressão que são definidos com escores superiores a 20¹⁸.

Após a coleta dos dados foi criado um banco de dados no programa Microsoft Excel®, posteriormente importado no programa SPSS 16.0, sendo realizados análise estatística descritiva e teste do Qui-Quadrado para comparação de proporções. A regra de decisão consistiu em rejeitar a hipótese nula para p-value (p) inferior ao nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), respeitando a Resolução nº 466/12 (protocolo nº 2467).

RESULTADOS

Participaram do estudo 282 usuários, dos quais 61 (21,6%) eram do sexo masculino e 221 (78,4%) do sexo feminino. A grande maioria dos participantes tinha faixa etária de 18 a 59 anos (74,8%), casados (42,9%) e com escolaridade até 8 anos (ensino fundamental incompleto - 34,0%). Com relação à proporção entre adultos e idosos, foram avaliados 71 idosos (25,2%) e 211 adultos (74,8%), conforme Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de usuários de uma Unidade Matricial de Saúde. Uberaba, 2013.

| Variável | n | % |
|-------------------------------|-----|------|
| <i>Sexo</i> | | |
| Feminino | 61 | 21,6 |
| Masculino | 221 | 78,4 |
| <i>Idade</i> | | |
| 18 - 59 anos | 211 | 74,8 |
| 60 anos ou mais | 71 | 25,2 |
| <i>Estado civil</i> | | |
| Solteiro | 77 | 27,3 |
| Casado | 121 | 42,9 |
| União estável | 25 | 8,9 |
| Divorciado | 22 | 7,8 |
| Viúvo | 37 | 13,1 |
| <i>Escolaridade</i> | | |
| Ensino fundamental incompleto | 96 | 34,0 |
| Ensino fundamental completo | 31 | 11,0 |
| Ensino Médio incompleto | 68 | 24,1 |
| Ensino Médio completo | 22 | 7,8 |
| Ensino técnico | 13 | 4,6 |
| Ensino superior incompleto | 15 | 5,3 |
| Ensino superior completo | 18 | 6,4 |
| Pós Graduação | 6 | 2,1 |
| Analfabeto | 13 | 4,6 |

Quanto à avaliação da sintomatologia depressiva pelo inventário de Beck, 163 (57,8%) pacientes apresentaram pontuação não significativa (abaixo de 15), 31 (11,0%)

apresentaram disforia (pontuação entre 16 a 20) e 88 (31,2%) apresentaram pontuação indicativa de depressão (21 ou mais), dados apresentados no gráfico 1.

Gráfico 1. Pontuação do inventário de Beck de usuários de uma Unidade Matricial de Saúde. Uberaba, 2013.



A presença de disforia e indicativo de depressão foi mais prevalente na população idosa, conforme mostra o gráfico 2. A idade

apresentou significância estatística ($p=0,028$), mostrando correlação no sentido de que a população idosa apresentou maior indicativo de depressão.

Gráfico 2. Pontuação do inventário de Beck, conforme faixa etária em de usuários de uma Unidade Matricial de Saúde. Uberaba, 2013.



Pacientes solteiros, divorciados e viúvos apresentaram maior relação com pontuações indicativas de depressão ($p=0,042$). O sexo masculino apresentou maiores índices de depressão do que o feminino, porém sem significância estatística ($p>0,05$).

DISCUSSÃO

No presente estudo, é expressivo o número de participantes com indicativo de depressão (31,2%). Tal proporção é maior do que a encontrada em outros estudos para

prevalência de transtornos depressivos, que encontram taxas em torno de 16%^{19,20}.

O inventário de depressão de Beck, quando utilizado como instrumento de rastreio, pode superestimar o número de casos. Tal ocorrência é comum em instrumentos de rastreio que são desenvolvidos com intuito de ter alta sensibilidade (visando mostrar poucos falsos negativos) mas com consequência negativa de baixa sensibilidade (resultando em muitos falsos positivos).

Considerando que o presente estudo excluiu pacientes com diagnóstico prévio de transtornos depressivos, seria esperado um viés de seleção, tendo em vista que os pacientes deprimidos foram excluídos do estudo, esperava-se que o restante da população apresentasse baixos índices de depressão.

No entanto, ocorreu o inverso, ocorreram altos índices de disforia e indicativo de depressão. Tal situação leva a crer que os transtornos depressivos sejam subdiagnosticados na população estudada. Este achado corrobora a literatura internacional, que aponta que médicos generalistas e de atenção primária frequentemente não realizam o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais⁴.

Para alguns estudiosos, profissionais não dispõem tempo para uma consulta mais detalhada, necessária para um diagnóstico psiquiátrico, ou de conhecimento científicos acerca do assunto, contribui para que haja uma insegurança da conduta²¹.

Porém, é preciso, ao comparar a detecção clínica de um transtorno mental com aquela obtida por meio de instrumentos de rastreio, fazer justiça à atuação do profissional clínico. O que usualmente ocorre é que os profissionais na atenção primária, ao lidarem com pacientes que manifestam alterações psíquicas, podem não saber relacionar as mesmas com os transtornos mentais.

Esses comportamentos “desviantes” são atribuídos comumente como “poliqueixas”, “pitis” e “histerias”. As razões pelas quais isto ocorre fogem do escopo desta pesquisa. Entretanto, outros trabalhos mostram como principais justificativas para a não detecção dos transtornos mentais a falta de tempo e de conhecimento técnico por parte da equipe^{20,22}.

Estado civil e faixa etária apresentaram relação com indicativo de depressão. O resultado obtido no estudo com relação à situação conjugal aponta maior indicativo de depressão para solteiros, viúvos e divorciados, o que vai de encontro a outros estudos, revelando que viver com companheiro e ter apoio social funciona como efeito protetor contra a depressão^{21,22}.

Pesquisas apontam que a prevalência de sintomas depressivos é considerável na população idosa, o que vai de encontro aos achados do presente estudo^{23,24}.

Surpreende não ter havido correlação referente ao sexo dos indivíduos, já que a prevalência de depressão é frequentemente maior em mulheres¹⁹⁻²⁴. Foi inclusive encontrada uma relação inversa (apesar de sem significância estatística), em que a população masculina apresentou maiores índices de depressão.

Apesar da vasta quantidade de instrumentos para rastreio de sintomatologia depressiva, esta condição ainda é subdiagnosticada, sendo que, no país, a inclusão destes instrumentos nos serviços de Atenção Primária é estratégia pouco utilizada²¹. A lacuna frente a utilização destes instrumentos pode estar relacionada à não capacitação profissional ou à grande quantidade de atividades no escopo do trabalho destes profissionais²⁵.

A tendência medicalizante é outra importante questão. Estudo²⁶ realizado em cinco unidades de Saúde da Família no município de Florianópolis (SC) mostrou forte tendência medicalizante no manejo dos sintomas depressivos.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram prevalência de depressão de 31,2% na população estudada, com resultados expressivos para a população idosa. Além da faixa etária, os estados civis solteiro, viúvo e divorciado estiveram relacionados à presença da sintomatologia depressiva.

Neste sentido, os resultados apontam que a questão da saúde mental ainda é problema negligenciado pela APS, o que impacta na necessidade de fortalecimento da rede de atenção à saúde, no que se refere à efetivação da integralidade do cuidado.

Cabe aos profissionais de saúde, em especial aos da APS, aprimorar suas práticas de trabalho, valorizando as diversas formas de investigação da depressão e sintomas depressivos, bem como, seus fatores associados.

Algumas limitações deste estudo podem estar relacionadas à escolha do instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva. A utilização do inventário de Beck para depressão ao invés da não realização do diagnóstico clínico formalmente são estimativas da proporção de sintomatologia depressiva, e não um valor exato de quantos pacientes preenchem critérios para o diagnóstico propriamente dito.

Apesar disto, e da população estudada ser de apenas uma unidade de saúde que contempla três equipes de ESF, os resultados podem contribuir no entendimento de como a depressão pode ser subdiagnosticada na APS, suscitando novos questionamentos para outros estudos e contribuindo para o estado da arte da temática, tendo em vista que as pesquisas já realizadas apontam para diversos graus de despreparo das equipes de APS no escopo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and Project EDTO 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
2. Guo T, Xiang YT, Xiao L, Hu CQ, Chiu HF, Ungvari GS, et al. Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial with blind raters. *Am J Psychiatr*. [Internet]. 2015 Oct [citado em 19 jun 2018];172(10):1004-13. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2015.14050652>
3. Fleck MP, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (complete version). *Rev Bras Psiquiatr*. 2003; 25(2):114-22.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5. 5th ed. Washington: APA; 2013.
5. Barros MBA, Lima MG, Azevedo RCS, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 19 jun 2018]; 51(Supl1):8s. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000084>
6. Garcia MIH, Oliveira AMN, Sedrez JP, Santos MEL, Silva PA. Realidade dos profissionais da estratégia de saúde da família em relação à detecção dos transtornos mentais comuns. *Vitalle* [Internet]. 2014 [citado em 19 jun 2018]; 26:37-44. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vitalle/article/view/6058>
7. Campos Junior A, Amarante PDC. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado em 19 jun 2018]; 23(4):425-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040226>
8. Ministério da Saúde (Br). Coordenação Geral da Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
9. Carlotto MS. Transtornos mentais comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: prevalência e fatores associados. *Psicol Argum*. [Internet]. 2016 [citado em 19 jun 2018]; 34(85):133-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.34.085.A004>
10. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. [Internet]. 2011 [citado em 19 jun 2018]; 9:90. DOI: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
11. Peytremann-Bridevaux I, Voellinger R. Le mille pertuis dans le traitement de la depression majeure: revue Cochrane pour le praticien. *Rev Med Suisse* [Internet]. 2009 [citado em 19 jun 2018]; 5(196):692. Disponível em: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_97D9CEAA4408.P001/REF
12. Olfson M, Amos TB, Benson C, McRae J, Marcus SC. Prospective service use and health care costs of medicaid beneficiaries with treatment-resistant depression. *J Manag Care*

- Spec Pharm [Internet]. 2018 [citado em 19 jun 2018]; 24(3):226-36. DOI: <https://doi.org/10.18553/jmcp.2018.24.3.226>
13. Ronalds C, Creed F, Stone K, Webb S, Tomenson B. Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *Br J Psychiatry*. 1997; 171:427-33.
14. Lafer B, Nierenberg AA, Rosenbaum JF, Fava M. Outpatients with DSM-III-R versus DSM-IV melancholic depression. *Compr Psychiatry* [Internet]. 1996 [citado em 19 jun 2018]; 37(1):37-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90048-6](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90048-6)
15. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Non detection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry*. [Internet]. 1995 [citado em 19 jun 2018]; 17(1):3-12. DOI: [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)00056-J](https://doi.org/10.1016/0163-8343(94)00056-J)
16. Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschutz RC, Lubeck DP, Buesching DP. The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord*. [Internet]. 1997 [citado em 19 jun 2018]; 43(2):105-19. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(96\)01416-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(96)01416-4)
17. Gandini RC, Martins MCF, Ribeiro MP, Santos DTG. Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico USF*. [Internet]. 2007 [citado em 22 jun 2018]; 12(1):23-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712007000100004>
18. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingram RE. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognit Ther Res*. 1987; 11(3):289-99.
19. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiquiatr Clin*. [Internet]. 2012 [citado em 26 jun 2018]; 39(6):194-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>
20. Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr*. [Internet]. 2012 [citado em 26 jun 2018]; 34(3):249-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.001>
21. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. [Internet]. 2018 [citado em 25 jun 2018]; 67(2):101-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000192>
22. 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*. [Internet]. 2011 [citado em 25 jun 2018]; 39(4):1142-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/147323001103900402>
23. González ACT, Ignácio ZM, Jornada LK, Réus GZ, Abelaira HM, Santos MA, et al. Depressive disorders and comorbidities among the elderly: a population-based study. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2016 [citado em 25 jun 2018]; 19(1):95-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14210>
24. Cohen R, Paskulin LMG, Prieb RGG. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2015 [citado em 25 jun 2018]; 18(2):307-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14052>
25. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo Neto A. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em 25 jun 2018]; 48(3):368-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>
26. Daré PK, Caponi SN. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. *ECOS* [Internet]. 2017 [citado em 25 jun 2018]; 7(1):12-24. Disponível em:

<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1858/1419>

CONTRIBUIÇÕES

Luiza Elena Casaburi participou da concepção do estudo, coleta e análise dos dados e redação. **Lúcia Aparecida Ferreira** atuou na concepção do estudo e revisão. **Sueli Aparecida Frari Galera** e **Luan Augusto Alves Garcia** contribuíram na redação e revisão crítica.

Como citar este artigo (Vancouver)

Casaburi LE, Galera SAF, Garcia LAA, Ferreira LA. Sintomatologia depressiva em usuários atendidos por uma Unidade Matricial de Saúde. REFACS [Internet]. 2018 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 6(Supl. 2):628-636. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

CASABURI, L. E., et al. Sintomatologia depressiva em usuários atendidos por uma Unidade Matricial de Saúde. REFACS, Uberaba, MG, v. 6, supl. 2, p. 628-636, 2018. Disponível em: <*inserir link de acesso*>. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Casaburi, L.E., Galera, S.A.F., Garcia, L.A.A. & Ferreira, L.A. (2018) Sintomatologia depressiva em usuários atendidos por uma Unidade Matricial de Saúde. REFACS, 6(Supl. 2), 628-636. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.