

Sintomatología depresiva en usuarios atendidos por una Unidad Matricial de Salud

Sintomatologia depressiva em usuários atendidos por uma Unidade Matricial de Saúde

Depressive symptoms in users attended in a Matrix Health Unit

Recibido: 26/05/2018

Aprobado: 27/07/2018

Publicado: 27/09/2018

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

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.

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

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. Foi utilizado instrumento de caracterização sociodemográfica e Inventário de Depressão de Beck para rastreo de sintomatologia depressiva. A maioria dos participantes eram do sexo masculino, com faixa etária entre 18 a 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 ($p=0,028$). Situação conjugal 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, MG, 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 scree 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.

1. Enfermera. Magister en Enfermería Psiquiátrica. Docente de la carrera de Graduación en Enfermería de la Universidad de Uberaba (UNIUBE), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-8722-1372 E-mail: luiza.casaburi@hotmail.com

2. Enfermera. Pues-Doctora. Libre Docente del Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0001-7974-9214 E-mail: sugalera@eerp.usp.br

3. Enfermero. Magister en Atención a la Salud. Doctorando en Atención a la Salud por la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0984-2688 E-mail: luangarciaatpc@yahoo.com.br

4. Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora Asociada de la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6469-5444 E-mail: lap2ferreira@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) posee un acentuado impacto en la vida de los afectados y sus familiares, con significativo comprometimiento en los aspectos sociales, ocupacionales, físicos, mentales e, inclusive, en la carga económica sustancial^{1,2}.

Inicialmente el individuo podrá verbalizar tristeza, melancolía, sensaciones de “congoja en el corazón”, angustia, inquietud, mostrarse ansioso, pesimista y preocupado³, siendo que el individuo en la fase de niño o adolescencia posee un humor más irritable, cuando es comparado a los adultos.

A medida que la sintomatología evoluciona, alteraciones graduales pueden ser observadas en el individuo, como: modificación del apetito y peso, insomnio, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad, capacidad reducida de concentrarse y tomar decisiones, ideación suicida recurrente e intentos de suicidio con plan específico. De esta forma, el TDM posee un cuadro semiológico complejo, el cual necesita, al menos, dos semanas para ser diagnosticado, pudiendo incluir señales y síntomas que, debido a su naturaleza, pueden comprometer severamente el bienestar en un corto periodo⁴.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en 2010, cerca de 350 millones de personas en el mundo sufrieron trastornos mentales y de estos, 40,5% sufrieron de trastornos depresivos⁵. La OMS adiciona que se estima que, aproximadamente, 80% de los pacientes que poseen trastornos mentales no poseen señales y síntomas que justifiquen la derivación para la atención especializada, pudiendo ser tratados en la Atención Primaria a la Salud (APS)⁶. Esto corrobora para la validación de los propios datos de la organización que afirman que la tercera razón más común para la consulta en la APS es el TDM⁷.

Un estudio de proyección mundial apunta que la depresión es la cuarta causa de incapacidad y que será la principal morbilidad en 2020¹. El contexto epidemiológico de la salud mental refiere que existe la probabilidad de la incidencia y

prevalencia estar siendo infravaloradas debido al aumento de demanda. En Brasil, en la atención primaria, cotidianamente, 56% de los equipos de estrategia de salud de la familia se deparan con la situación de realizar alguna intervención en lo que concierne a la salud mental, siendo la prevalencia de TDM⁸.

Ya según el Ministerio de la Previdencia y Social, en el año 2011, los trastornos mentales y comportamentales fueron la tercera causa de concesión de auxilio-enfermedad por incapacidad laboral, lo que también consta en el Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10)⁹.

Un estudio¹⁰ realizado en 18 países relata que la depresión es la segunda incapacidad laboral en el grupo etario de 15 a 44 años en el mundo. La prevalencia de depresión total encontrada en Brasil es mayor, con 18,4%, cuando es comparada a los países de ingresos medianos¹⁰.

Se percibe, entonces, que aunque con variables distintas de análisis acerca de lo que la TDM afecta o puede acarrear, esta es un problema de salud pública y existe creciente demanda en la atención primaria, debido que esa es la puerta abierta de la actual red de salud brasilera.

En estudio con 18.560 individuos con edad superior o igual a 50 años no institucionalizados, se evidenció la relación entre síntomas depresivos y la utilización de servicios de salud. Se estimó la existencia de estos síntomas en 28,2% de los participantes y se constató elevado índice de utilización de servicios de salud como: consultas, medicación, hospitalizaciones, cirugías y visita domiciliaria, lo que acarrea elevados costos sociales con la salud¹¹.

Un análisis retrospectivo, que analizó 5.801 pacientes, organizado por el Instituto de Psiquiatría de New York evidenció costos elevados al sistema con pacientes resistentes o no al tratamiento de la TDM. El costo *per capita* para los resistentes con TDM cuesta aproximadamente 35.276 reales y los no resistentes con TDM 29.303 reales, para la realización del primer año de tratamiento con antidepresivos prescriptos¹².

A pesar de altamente prevalentes, los trastornos de humor depresivo son infra diagnosticados en la atención primaria a la salud (APS), no siendo entonces blanco de cualquier intervención.

La OMS y el Ministerio de Salud estiman que, aproximadamente, 80% de los pacientes con algún trastorno mental, por no manifestar señales y síntomas claros de las patologías, cuando recibidos por la atención básica, son referenciados para especialistas, lo que no debería suceder⁸. Esto porque esos servicios deberían atenderlo y ser resolutivos, así como indica el Sistema Único de Salud.

Una investigación realizada en Estados Unidos ejemplifica esto, pues demostró que 50% de los pacientes deprimidos que buscan atención primaria permanecen sin ser diagnosticados y sin recibir tratamiento¹³.

En Brasil, un estudio semejante demostró este cuadro, en que 29,5% de los pacientes deprimidos que buscan la APS no reciben cualquier tipo de intervención¹⁴. Ya en España, que posee red de APS mejor estructurada, sólo 9,6% de los pacientes estuvieron sin recibir intervención¹¹.

Otro estudio realizado con 148 pacientes con diagnóstico de depresión y ansiedad, mostró que los clínicos generales fallan en la detección del trastorno en más de 50% de los casos, y proveen tratamiento para sólo un tercio de ellos¹³.

La gestión y el tratamiento de las perturbaciones mentales, en el contexto de los servicios de atención primaria constituyen paso esencial para permitir que mayor número de personas tenga acceso al manejo de este sufrimiento mental. En los pacientes en que el trastorno no es diagnosticado o es subtratado, se observa una peor evolución^{15,16}.

Según la OMS, la sintomatología depresiva alcanza actualmente cerca de 151 millones de personas en el mundo. La detección precoz de casos de trastorno mental en la comunidad y la promoción de la salud mental surgen como metas importantes en el contexto de la APS, de modo a implementar las políticas de salud mental¹¹. Así, este estudio tuvo como objetivo realizar un levantamiento

de la sintomatología depresiva en usuarios del servicio Matricial de salud.

MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, desarrollado en una Unidad Matricial de Salud en el municipio de Uberaba, Minas Gerais, durante el periodo de julio a noviembre de 2013.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron: tener edad igual o superior a 18 años (individuos de 18 a 59 años siendo considerados adultos y los con 60 años o más siendo considerados ancianos), haber buscado el servicio de salud para consulta o algún procedimiento de enfermería en el periodo de la mañana (durante el periodo del estudio) y no obtener diagnóstico médico previo de depresión o cualquier otro diagnóstico psiquiátrico. Para mayor confiabilidad, fue revisado en la historia clínica de los individuos participantes la confirmación que los mismos no poseían diagnóstico previo de depresión.

Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta el promedio de 2400 atendimientos por mes de adultos y ancianos de acuerdo con el Sistema de Informaciones de la Atención Básica (SIAB) de la unidad. Asumiéndose un error de muestreo de 5,5% y con 95% de confianza, se calculó una muestra de 280 individuos. El número de pacientes abordados para el estudio fue de 316. De estos, 14 fueron excluidos por no concordar en participar en el estudio (principal motivo referido fue falta de tiempo y necesidad de ir a trabajar después de la consulta), 3 por ser menores de edad y 17 fueron excluidos por presentar diagnóstico clínico establecido de depresión. La muestra consecutiva totalizó 282 sujetos y todos los participantes firmaron un término de consentimiento libre y aclarado.

Inicialmente fue aplicado cuestionario sociodemográfico que incluía preguntas como edad, sexo, escolaridad y estado civil.

Para evaluar la sintomatología depresiva fue utilizado el Inventario de Depresión de Beck – BDI. El inventario es un instrumento de rastreo de la presencia de síntomas depresivos y de auxilio en el diagnóstico médico de trastornos afectivos¹⁷.

El BDI es uno de los instrumentos más utilizados en la investigación clínica. Está compuesto por 21 ítems que evalúan actitudes y síntomas depresivos que reflejan el estado actual del paciente. Son evaluados sentimientos de: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de auto satisfacción, culpa, punición, auto depreciación, auto-acusación, ideación suicida, crisis de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, distorsión de la imagen corporal e inhibición para el trabajo¹⁷.

La elección del punto de corte depende de la naturaleza de la muestra y de los objetivos del estudio. Para muestras de pacientes con diagnóstico médico de algún trastorno afectivo el "Center for Cognitive Therapy" recomienda utilizar el Inventario de Depresión de Beck con una cotización caracterizada de la siguiente forma: 1) no deprimido: 0-9 puntos; 2) estados depresivos leves: 10-20 puntos; 3) depresión moderada: 21-30 puntos; e 4) depresión grave: puntuación global superior a 30 puntos¹⁷.

Sin embargo, para muestras sin diagnóstico médico de algún trastorno de humor (caso de los sujetos del estudio) la connotación de la categoría se da de manera diferente. Puntajes superiores a 15 indican disforia (cambio en el estado afectivo repentino y transitorio, generando sentimientos de tristeza, pena o angustia, por

ejemplo) y los síntomas indicativos de depresión que son definidos con puntajes superiores a 20¹⁸.

Después de la colecta de los datos fue creado un banco de datos en el programa Microsoft Excel®, posteriormente importados en el programa SPSS 16.0, siendo realizados análisis estadístico descriptivo y test de Chi-Cuadrado para comparación de proporciones. La regla de decisión consistió en rechazar la hipótesis nula para p-value (p) inferior al nivel de significancia de 5%.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), respetando la Resolución n° 466/12 (protocolo n° 2467).

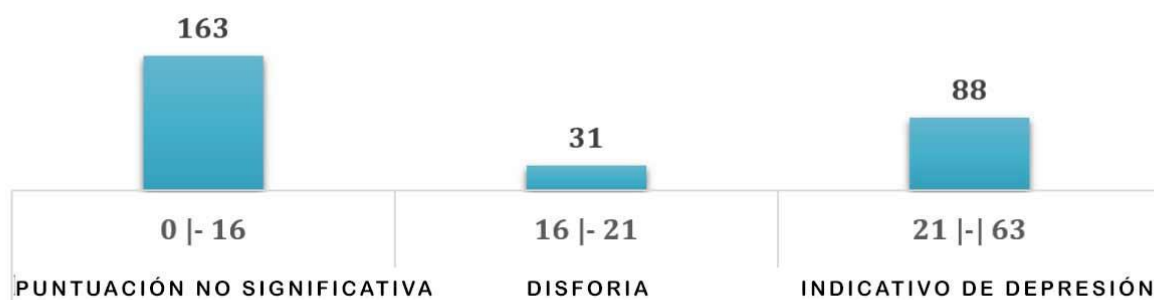
RESULTADOS

Participaron en el estudio 282 usuarios, de estos 61 (21,6%) eran del sexo masculino y 221 (78,4%) del sexo femenino. La gran mayoría de los participantes tenían un grupo etario de 18 a 59 años (74,8%), casados (42,9%) y con escolaridad hasta 8 años (enseñanza primaria incompleta -34,0%). Con relación a la proporción entre adultos y ancianos, fueron evaluados 71 ancianos (25,2%) y 211 adultos (74,8%), según la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de usuarios de una Unidad Matricial de Salud. Uberaba, 2013.

Variable	n	%
<i>Sexo</i>		
Femenino	61	21,6
Masculino	221	78,4
<i>Edad</i>		
18 - 59 años	211	74,8
60 años o más	71	25,2
<i>Estado civil</i>		
Soltero	77	27,3
Casado	121	42,9
Unión estable	25	8,9
Divorciado	22	7,8
Viudo	37	13,1
<i>Escolaridad</i>		
Enseñanza primaria incompleta	96	34,0
Enseñanza primaria completa	31	11,0
Enseñanza Media incompleta	68	24,1
Enseñanza Media completa	22	7,8
Enseñanza técnica	13	4,6
Enseñanza superior incompleta	15	5,3
Enseñanza superior completa	18	6,4
Pues-Graduación	6	2,1
Analfabeto	13	4,6

En cuanto a la evaluación de la sintomatología depresiva por el inventario de Beck, 163 (57,8%) pacientes presentaron puntuación no significativa (abajo de 15), 31 (11,0%) presentaron disforia (puntuación entre 16 a 20) y 88 (31,2%) presentaron puntuación indicativa de depresión (21 o más), datos presentados en el gráfico 1.

Gráfico 1. Puntuación del inventario de Beck de usuarios de una Unidad Matricial de Salud. Uberaba, 2013.

La presencia de disforia e indicativo de depresión fue más prevalente en la población anciana, según muestra el gráfico 2. La edad presentó significancia estadística ($p=0,028$), mostrando correlación en el sentido de que la población anciana presentó mayor indicativo de depresión.

Gráfico 2. Puntuación del inventario de Beck, según grupo etario de usuarios de una unidad Matricial de Salud. Uberaba, 2013.

Pacientes solteros, divorciados y viudos presentaron mayor relación con puntuaciones indicativas de depresión ($p= 0,042$). Sexo masculino presentó mayores índices de depresión que el femenino, no obstante, sin significancia estadística ($p> 0,05$).

DISCUSIÓN

En el presente estudio, es expresivo el número de participantes con indicativo de depresión (31,2%). Tal proporción es mayor que la encontrada en otros estudios para prevalencia de trastornos depresivos, que encontraron tasas de alrededor de 16%^{19,20}.

El inventario de depresión de Beck, cuando es utilizado como instrumento de rastreo, puede sobrestimar el número de casos. Tal ocurrencia es común en instrumentos de rastreo, que son desarrollados con el fin de tener alta sensibilidad (con el fin de mostrar pocos falsos negativos) pero con consecuencia negativa de baja sensibilidad (resultando en muchos falsos positivos).

Considerando que el presente estudio excluyó pacientes con diagnóstico previo de trastornos depresivos, sería esperado un sesgo de selección, teniendo en cuenta que los pacientes deprimidos fueron excluidos del estudio, se esperaba que el restante de la población presentase bajos índices de depresión.

Sin embargo, ocurrió lo inverso, ocurrieron altos índices de disforia e indicativo de depresión. Tal situación lleva a creer que los trastornos depresivos sean sub-diagnosticados en la población estudiada. Este

hallazgo corrobora con la literatura internacional, que apunta que médicos generalistas y de atención primaria frecuentemente no realizan el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales⁴.

Para algunos estudiosos, que los profesionales no dispongan de tiempo para una consulta más detallada, necesaria para un diagnóstico psiquiátrico, o de conocimiento científico acerca del asunto, contribuye a que haya inseguridad de la conducta²¹.

No obstante, es necesario que, al comparar la detección clínica de un trastorno mental con aquella obtención por medio de instrumentos de rastreos pueden no hacer justicia a la actuación del profesional clínico. Lo que usualmente ocurre es que a los profesionales en la atención primaria al lidiar con pacientes que manifiestan alteraciones psíquicas, pueden no saber relacionar las mismas con los trastornos mentales.

Estos comportamientos “desviantes” son atribuidos comúnmente a “poli-quejas” e “histerias”. Las razones por las cuales esto ocurre huyen del alcance de esta investigación. No obstante, otros trabajos muestran como principales justificativas para la no detección de los trastornos mentales, la falta de tiempo y de conocimiento técnico por parte del equipo^{20,22}.

Estado civil y grupo etario presentaron relación con indicativo de depresión. El resultado obtenido en el estudio con relación a la situación conyugal apunta mayor indicativo de depresión para solteros, viudos y divorciados hecho que se relaciona con otros estudios, revelando que vivir con compañero y

tener apoyo social funciona como efecto protector contra la depresión^{21,22}. Investigaciones apuntan que la prevalencia de síntomas depresivos es considerable en la población anciana, coincidiendo con los hallazgos del presente estudio^{23,24}.

Sorprende no haber existido correlación referente al sexo de los individuos ya que la prevalencia de depresión es frecuentemente mayor en mujeres¹⁹⁻²⁴. Fue inclusive encontrada una relación inversa (a pesar de sin significancia estadística), en que la población masculina presentó mayores índices de depresión.

A pesar de la vasta cantidad de instrumentos para rastreo de sintomatología depresiva, esta condición aún es infra diagnosticada, siendo que en el país, la inclusión de estos instrumentos en los servicios de Atención Primaria es estrategia poco utilizada²¹. La laguna frente a la utilización de estos instrumentos puede estar relacionada a la no capacitación profesional o la gran cantidad de actividades en el alcance del trabajo de estos profesionales²⁵.

La tendencia medicalizada es otra importante cuestión. Un estudio²⁶ realizado en cinco unidades de Salud de la Familia en el municipio de Florianópolis (SC) mostró fuerte tendencia de medicalización en el manejo de los síntomas depresivos.

CONCLUSIÓN

Los resultados del presente estudio revelaron prevalencia de depresión de 31,2% en la población estudiada, con resultados expresivos para la población anciana. Además del grupo etario, estado civil soltero, viudo y divorciado estuvieron relacionados a la presencia de sintomatología depresiva.

En este sentido, los resultados apuntan que la cuestión de la salud mental aún es problema descuidado por la APS, lo que impacta en la necesidad de fortalecimiento de la red de atención a la salud, en lo que se refiere en la efectivización de la integralidad del cuidado.

Cabe a los profesionales de salud, en especial a los de la APS, mejorar sus prácticas de trabajo, valorizando las diversas formas de

investigación de la depresión y síntomas depresivos así como sus factores asociados.

Algunas limitaciones de este estudio pueden estar relacionadas a la elección del instrumento de evaluación de la sintomatología depresiva. La utilización del inventario de Beck para depresión en vez de la no realización del diagnóstico clínico formalmente son estimativas de la proporción de sintomatología depresiva, y no un valor exacto de cuántos pacientes cumplían con los criterios para el diagnóstico propiamente dicho.

A pesar de esto, y de la población estudiada ser sólo una unidad de salud que contempla tres equipos de ESF, los resultados pueden contribuir en el entendimiento de cómo depresión puede ser infra diagnosticada en la APS, suscitando nuevos cuestionamientos para otros estudios y contribuir para el estado de arte de la temática, teniendo en cuenta que las investigaciones ya realizadas apuntan a diversos grados de falta de preparación de los equipos de APS en el alcance de la salud mental.

REFERENCIAS

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 en 19 jun 2018];172 (10):1004-13. Disponible en: <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 Psychiatr.* 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 Psychiatr.* [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 en 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 en 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 en 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 en 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 en 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 en 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 en 25 jun 2018]; 7(1):12-24. Disponible en: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1858/1419>

CONTRIBUCIONES

Luiza Elena Casaburi participó en la concepción del estudio, colecta y análisis de los datos y redacción. **Lúcia Aparecida Ferreira** actuó en la concepción del estudio y revisión. **Sueli Aparecida Frari Galera** y **Luan Augusto Alves Garcia** contribuyeron en la redacción y revisión crítica.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Casaburi LE, Galera SAF, Garcia LAA, Ferreira LA. Sintomatología depresiva en usuarios atendidos por una Unidad Matricial de Salud. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 6(Supl. 2):628-636. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

CASABURI, L. E., et al. Sintomatología depresiva en usuarios atendidos por una Unidad Matricial de Salud. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 6, supl. 2, p. 628-636, 2018. Disponible en: *<agregar link de acceso>*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Casaburi, L.E., Galera, S.A.F., Garcia, L.A.A. & Ferreira, L.A. (2018) Sintomatología depresiva en usuarios atendidos por una Unidad Matricial de Salud. *REFACS*, 6(Supl. 2), 628-636. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.