

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

MILENA IDELÉCIA FERREIRA

PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA EM
USUÁRIAS DE ANTIDEPRESSIVOS

São José do Rio Preto – SP
2019

MILENA IDELÉCIA FERREIRA

PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA EM
USUÁRIAS DE ANTIDEPRESSIVOS

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto para
obtenção do Título de Mestre no Curso
de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde. Eixo temático: Medicina e
Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Lopes

São José do Rio Preto – SP

2019

Ficha Catalográfica

Ferreira, Milena Idelécia
Percepções de qualidade de vida em usuárias de antidepressivos / Milena
Idelécia Ferreira
São José do Rio Preto, 2019.
83 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto –
FAMERP
Eixo Temático: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Lopes

1. Depressão; 2. Saúde da mulher; 3. Qualidade de vida; 4. Gênero e saúde; 5.
Antidepressivos.

MILENA IDELÉCIA FERREIRA

Percepções de qualidade de vida em usuárias de antidepressivos

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e orientador: _____

2º Examinador: _____

3º Examinador: _____

Suplentes: _____

São José do Rio Preto, _____ de _____ de 201__.

SUMÁRIO

<i>Dedicatória</i>	<i>i</i>
<i>Agradecimentos</i>	<i>ii</i>
<i>Epígrafe</i>	<i>iv</i>
<i>Lista de figuras</i>	<i>v</i>
<i>Lista de tabelas e quadros</i>	<i>vi</i>
<i>Lista de símbolos e abreviaturas</i>	<i>viii</i>
<i>Resumo</i>	<i>ix</i>
<i>Abstract</i>	<i>xi</i>
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Histórico: da melancolia do passado à depressão atual.....	1
1.2 Depressão: conceitualização	4
1.2.1 Depressão: impactos, custos sociais e monetários	6
1.2.2 Depressão: além da mente.....	8
1.3 Qualidade de vida: medida subjetiva e multidimensional.....	12
1.4 Pequenos municípios.....	18
1.5 Gênero feminino e sua relação com depressão	19
1.6 Objetivos	21
1.6.1 Objetivo Geral.....	21
1.6.2 Objetivos Específicos.....	22
2 CASUÍSTICA E MÉTODOS	23
2.1 Tipo de estudo	23
2.2 Local de coleta de dados	24

2.3 Procedimento de coleta das informações	25
2.4 Amostra.....	27
2.4.1 Critérios de inclusão e exclusão	27
2.5 Considerações éticas	28
2.6 Análise dos dados.....	28
<i>4 RESULTADOS.....</i>	<i>29</i>
<i>5 DISCUSSÃO</i>	<i>51</i>
<i>6 CONCLUSÃO</i>	<i>61</i>
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>63</i>
<i>APÊNDICES.....</i>	<i>71</i>
<i>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE..</i>	<i>71</i>
<i>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO.....</i>	<i>75</i>
<i>ANEXOS.....</i>	<i>79</i>
<i>ANEXO A- VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36.....</i>	<i>79</i>
<i>ANEXO B - CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36.....</i>	<i>83</i>
<i>ANEXO C - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESSÃO CONFORME DSM - V.....</i>	<i>87</i>
<i>ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS.....</i>	<i>89</i>

Dedicatória

Dedico este trabalho às pessoas que sofrem dos males da alma, de tal modo, que todo o seu corpo é afetado.

Especialmente, as 50 mulheres que permitiram que eu entrasse em suas casas, suas vidas e seus corações; sem vocês essa pesquisa não existiria. Obrigada!

Minha gratidão a Deus e à Mãe Aparecida por terem sido meu apoio, consolo e fortaleza. Coursar um mestrado não é tarefa fácil, as incertezas, cobranças e dificuldades são muitas; porém minha fé em Deus e Nossa Senhora Aparecida me ajudou a concluir essa etapa. Etapa com a qual sonhei por tantos anos e agora posso afirmar que consegui.

Meus agradecimentos à minha família, que mesmo sem entenderem bem o que é um mestrado e não compreendendo minha pesquisa me apoiaram. À minha mãe Maria Conceição, minha gratidão e amor por todas às vezes que rezou para que eu conseguisse apresentar trabalhos, falar em congresso, na qualificação e defesa. Quem mais colocaria um relógio para despertar no horário de uma prova para rezar por sua filha, senão uma mãe?

Agradeço a meu pai Edson pelo apoio, a minha irmã Amanda pela ajuda com computadores e formatações.

A meu namorado André Felipe, agradeço pelo apoio que começou na prova de proficiência em inglês e se estendeu por todo esse período de estudos. Vamos brilhar juntos?

Aos amigos que fiz no mestrado por tornarem a jornada mais suave.

A meu orientador Cacau por ter me aceito, mesmo com meu texto do projeto inicial tão cheio de erros e incoerências. Não sei se fui a melhor orientanda, mas lutei muito para não decepcioná-lo. Obrigada pelas correções e ajudas.

Aos funcionários da secretaria de Pós Graduação em Ciências da Saúde, em especial ao Luis Henrique, sempre muito solícito a responder minhas dúvidas – e não foram poucas.

Ao grupo do Facebook “Bolsistas Capes”, por todas as piadas, informações e trocas.

Agradecimento sincero à Capes pelo apoio financeiro que foi fundamental. Desejo que outros estudantes-sonhadores, possam ter à honra dessa ajuda, para que a pesquisa em todas as áreas do conhecimento continue crescendo, descobrindo, aprimorando e trazendo novos saberes e perspectivas para o povo brasileiro.

*Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras.
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida nos traz, há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida.
Há tanta coisa que, sem existir,
Existe, existe demoradamente...
Fernando Pessoa*

Figura 1. Localização do município de Carneirinho no estado de Minas Gerais.	24
Figura 2. Fórmula para cálculo dos domínios do SF-36.....	28
Gráfico 1. Características populacionais no Brasil, Região Sudeste e estado de Minas Gerais	18
Gráfico 2. Forma de uso dos medicamentos antidepressivos	41

Lista de tabelas e quadros

Tabela 1. Características sócio-demográficas das pacientes	29
Tabela 2. Cor autorreferida	30
Tabela 3. Religião	30
Tabela 4. Estado civil e tipo de parceria	31
Tabela 5. Prática de atividade física	31
Tabela 6. Realização de tratamento complementar (não farmacológico) ao tratamento medicamentoso	32
Tabela 7. Colocação profissional.....	32
Tabela 8. Renda das entrevistadas	33
Tabela 9. Divisão do trabalho doméstico.....	34
Tabela 10. Condições de moradia.....	35
Tabela 11. Especificações da moradia.....	36
Tabela 12. Informações sobre filhos.....	36
Tabela 13. Divisão do cuidado com os filhos.....	37
Tabela 14. Comorbidades	37
Tabela 15. Uso de outras medicações.....	38
Tabela 16. Uso de medicação antidepressiva	39
Tabela 17. Especialidade médica que prescreveu pela primeira vez o antidepressivo ...	40
Tabela 18. Uso da medicação antidepressiva	40
Tabela 19. Informações sobre atendimento e acompanhamento médico	41
Tabela 20. Convênio particular de saúde.....	42
Tabela 21. Percepção de lazer.....	42

Tabela 22. Consumo de álcool.....	43
Tabela 23. Consumo de cigarro	43
Tabela 24. Experiência com aborto e violência doméstica.....	44
Tabela 25. Antidepressivo: usos e combinações farmacológicas	44
Tabela 26. Situações de polifarmácia	46
Tabela 27. Escores médios dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida SF-36	47
Tabela 28. Respostas obtidas com a pergunta:” O que você sentia quando começou a tomar antidepressivos?”	47
Quadro 1. Classificação de alguns instrumentos de medida de qualidade de vida.....	14
Quadro 2. Instrumentos de medida de qualidade de vida traduzidos e validados no Brasil.....	15
Quadro 3. Significado e interpretação dos domínios do SF-36	17

Lista de símbolos e abreviaturas

AVI/YLD Anos vividos com incapacidade

CAPS Centro de Apoio Psicossocial

CBAF Componente Básico Assistência Farmacêutica

CID-10 Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DALY Anos de vida ajustados por incapacidade

DCNT Doença Crônica Não Transmissíveis

DSM-III Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - volume 3

DSM-V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - volume 5

EUA Estados Unidos da América

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

ISRS Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

OMS Organização Mundial de Saúde

QV Qualidade de Vida

SUS Sistema Único de Saúde

Introdução: A depressão causa maiores e piores impactos na qualidade de vida do que outras doenças, havendo uma evidente relação entre depressão e piores escores de qualidade de vida. **Objetivos:** Conhecer a percepção de qualidade de vida em usuárias de antidepressivos, perfil sociodemográfico e de acesso a serviços de saúde, fonte de prescrições e a influência da depressão em relação aos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36, tendo o gênero feminino como ponto primordial. **Casuística e Método:** Pesquisa de campo descritiva e exploratória. Participaram 50 mulheres com idade superior a 18 anos, que obtinham seus antidepressivos em drogaria privada no município estudado. Foi aplicado um questionário, relacionando as respostas com o inventário SF-36. Foi realizada análise estatística no programa Prisma 6.0 e análise de conteúdo a partir de uma questão aberta no questionário. **Resultados:** Usuárias de antidepressivos com faixa etária entre 18 e 72 anos, parte considerável da amostra com ensino superior/técnico, casadas, moradoras da zona urbana, inativas fisicamente, sem opções de lazer e sem convênio de saúde. Trabalham fora, porém sem carteira de trabalho, em geral, realizando serviços domésticos. A maioria com filhos que não residiam com elas e sem renda individual. Tendo recebido a primeira prescrição de antidepressivos do clínico geral, relataram fazer uso atual e correto dos antidepressivos. As que não faziam uso correto alegaram insatisfação com os efeitos adversos. Algumas entrevistadas relataram serem acometidas por hipertensão, enxaqueca e fibromialgia. Os antidepressivos mais utilizados eram Fluoxetina 20 mg e Sertralina 50 mg. A análise de conteúdo apresentou ansiedade, tristeza, choro, eventos estressores durante a vida, problemas no sono, sintomas psicossomáticos, isolamento social e queixas dolorosas, como os principais resultados. Os domínios do SF-36 que apresentaram piores escores foram vitalidade, dor, estado geral de saúde e aspectos emocionais. **Conclusão:** Percebeu-se à existência de um vazio assistencial no município estudado, trazendo à tona a importância da atenção básica em pequenos municípios do território brasileiro. Notou-se à necessidade de olhar para os determinantes sociais da depressão, pois a depressão apresenta multiplicidade de facetas que a geram/provocam/explicam, sendo necessário

investir em redes de apoio e trazer visibilidade assistencial às mulheres portadoras de depressão.

Palavras-chave: 1. Depressão; 2. Saúde da mulher; 3. Qualidade de vida; 4. Gênero e saúde; 5. Antidepressivos.

Introduction: Depression generates greater and worse impacts on quality of life than other disorders. There is, therefore, an evident relationship between depression and worse scoring in quality of life. **Objectives:** To understand quality of life perception in female patients on antidepressants, their social-demographic profile and access to health services, source of prescription and the influence of depression by using the SF-36 quality of life assessment questionnaire, focusing mainly on the female gender. **Casistry and Method:** Descriptive and exploratory field research. The participants were 50 women aged over 18 years, who purchased their antidepressants in a private drugstore based in the town the study was carried out. A questionnaire was completed, and its answers were compared to the SF-36 inventory. The statistical analysis was carried out through the software Prisma 6.0 and the content analysis relied on an open-ended question in the questionnaire. **Findings:** The antidepressant users were between 18 and 72 years, most part of whom had completed higher/technical education, they were married, lived in the urban area, were physically inactive, did not engage in leisure activities and did not have health insurance. Although unreported, they worked outside the home, mainly as domestic workers. The majority had children, who did not live with them and did not have an individual income. Having gotten their first prescription from a general practitioner, some reported taking the antidepressants correctly; those who did not take them correctly reported dissatisfaction with adverse effects. Some of the patients also reported having hypertension, migraine and fibromyalgia. The most commonly used antidepressants were Fluoxetine 20 mg and Sertraline 50 mg. The content analysis had anxiety, sadness, weeping, stressful events in life, trouble sleeping, psychosomatic symptoms, social isolation and pain complaints as its main results. The items which presented the worst scores were energy/fatigue, pain, general health, and emotional well-being. **Conclusion:** The findings revealed a lack of assistance in the town where the study was conducted, which brings out the importance of basic attention in small Brazilian towns. It was also observed the need to consider the social determinants of depression, since depression has multiple facets which cause/lead to/explain it, as well as a need to invest in support networks and provide assistance visibility to women with depression.

Keywords: 1. Depression; 2. Women's health; 3. Quality of life; 4. Gender-specific health; 5. Antidepressants.

1.1 Histórico: da melancolia do passado à depressão atual

A primeira menção à melancolia ocorreu no Antigo Testamento, no livro de Samuel, quando Saul desobedece a uma ordem do rei Samuel e passa a ser atormentado por um mau espírito, que confere a ele características melancólicas. Há também menções na Ilíada de Homero, quando o guerreiro Ájax extermina os rebanhos de seus adversários, mas depois arrepende-se e suicida-se. ⁽¹⁾ Em uma visão pré-socrática, o adoecimento físico e mental faria parte de uma narrativa mítica e religiosa, onde uma entidade divina era responsável por todos os males, assim, as doenças mentais seriam castigos e/ou punições de Deus ou dos deuses. ⁽²⁾

Quando Hipócrates (4 a.C) propõe a teoria humoral, que dizia que o corpo humano era composto por quatro humores: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, que corresponderiam às quatro estações do ano e as quatro características da matéria, a doença passa a ser colocada sobre uma base física. Se no estado de normalidade existiria um equilíbrio entre os humores, no caso da melancolia haveria uma intoxicação do cérebro por bile negra, daí o nome *melancholia*, onde *melan* significa negro e *cholia* bile. ⁽³⁾

O termo melancolia continuou a ser usado por outros pensadores, como: Aulus Cornelius Celsus (25 a.C), Arateus (120 a.C), Galeno (129 a.C) e Alexandre de Tralles (século VI). Galeno admitiu que a vivência de determinadas experiências afetivas seriam capazes de alterar os humores. Foi também pioneiro em perceber a associação íntima entre hipotálamo e hipófise. Não identificou precisamente a causa da melancolia, mas afirmou que as alterações afetivas e cognitivas seriam expressões dos humores. ⁽⁴⁾

Aristóteles, em sua obra *Problema XXX*, questiona porque todos os grandes homens,

a quem ele chama de “homens de exceção”, eram melancólicos. Para ele, uma certa quantidade de bile negra seria necessária para a genialidade, associando a melancolia a um estado imaginativo, patológico, porém desejável.⁽⁵⁻⁶⁾ No período do Renascimento, através dos questionamentos das concepções sobre o pensamento religioso medieval, busca-se compreender a melancolia através de explicações filosóficas e psicológicas. Há o surgimento de algumas teorias de que o corpo poderia influenciar a mente. Representam esse período, o italiano Marsílio Ficino, o inglês Robert Burton, Teresa D’Ávila e Timothie Bright.⁽²⁻⁵⁾

No Iluminismo, há uma queda das teorias religiosas e ascensão das teorias racionalistas. Com o racionalismo em evidência, há uma valorização do conhecimento científico e técnico, objetivando gerar crescimento para humanidade. Já no Romantismo, a melancolia tem força de expressão artística nos planos filosóficos e literários.^(3,5) William Cullen (1710-1790), na 1ª edição de *Synopsis Nosologiae Methodicae*, propôs o uso do termo “neuroses”, que seriam afecções do sistema nervoso não acompanhadas de febre e que atingiriam a sensibilidade e o movimento, sendo classificadas em quatro classes: comas, adinamias, afecções espasmódicas sem febre e vesânicas, onde se enquadram a mania e melancolia.⁽⁷⁾

No século XVIII, surge o interesse pela saúde mental, especialmente motivada pelos alienistas que eram profissionais encarregados de tratar as pessoas que “estavam fora de si, alienados de sua realidade”. O francês Philippe Pinel (1745-1826), autor do livro *La mania: trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, trabalhou com o objetivo de reformar e reorganizar as instituições hospitalares, pois para ele a melancolia estaria restrita a faculdades psíquicas isoladas. Ele conferiu aos doentes mentais o direito de serem ouvidos e tratados pela medicina de forma humana e respeitosa, também

reconheceu as causas hereditárias como responsáveis pela melancolia, porém não desconsiderou a importância dos acontecimentos externos e das emoções violentas. ⁽⁸⁾

O discípulo e sucessor de Pinel, Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) marcou sua atuação pela utilização da observação sistemática. Sugeriu que o termo melancolia era leigo e deveria ser deixado para uso de poetas. Conservou o pressuposto de causas físicas e morais para a melancolia, mas propôs uma nova sistematização para classificação das doenças: idiotia, demência, manias: lipemania (transtorno de humor) e monomania (transtorno do juízo). Foram os estudos de Esquirol que facilitaram a adoção do termo depressão, que já aparecia em dicionários médicos de 1860. ^(3,5,8)

Emil Kraepelin (1856-1926) inaugurou o método clínico na psiquiatria, descartando a abordagem baseada em especulações morais, dando forma à psiquiatria moderna e transformando-a em especialidade médica. Desenvolveu estudos longitudinais para definir curso e resultados das doenças, introduziu a pesquisa de antecedentes hereditários e iniciou experimentações farmacológicas. Na 6ª edição de *Lehrbuch der Psychiatrie*, classificou as psicoses endógenas em agudas de curso episódico e com remissão completa (doença maníaco-depressiva) e psicoses de curso crônico degenerativas (demência senil e demência precoce). O constructo das psicoses foi a bifurcação que originou a psiquiatria moderna. ⁽⁹⁾

Para Sigmund Freud (1856-1939), a melancolia pode ser comparada ao luto, porém, no luto haveria a perda de algo/alguém e na melancolia a perda do “eu”, da libido por viver. ⁽⁴⁾ Em seu famoso texto sobre a depressão intitulado “Luto e Melancolia”, Freud investiga a melancolia, um estado patológico, a partir do paradigma do luto, um estado normal:

“O luto afasta a pessoa de suas atitudes normais para com a vida, mas sabemos que este afastamento não é patológico, normalmente é superado após certo tempo e é inútil e prejudicial qualquer interferência em relação a ele. **Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em autorrecriação e auto envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição.** A perturbação da autoestima normalmente está ausente no luto, fora isto as características são as mesmas.” (Luto e melancolia, 1917, grifo nosso).

No final do século XVIII, a psiquiatria começa a se firmar como especialidade médica. Com os avanços nos campos classificatórios e descritivos das doenças mentais, como a criação dos instrumentos classificatórios CID e DSM, o termo depressão passa a diferenciar a nova ciência da teoria humoral. Assim o conceito de depressão só se tornou possível a partir da ruptura com o sistema hipocrático e a nova concepção de pessoa moderna, que foi possível graças a descobertas de características biológicas, ação de psicofármacos e descobertas sobre o funcionamento cerebral. O surgimento do termo depressão e sua utilização prática nos contextos psiquiátricos marcam o fim da melancolia.⁽³⁾

1.2 Depressão: conceitualização

Os transtornos mentais são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e consideradas problema de saúde global. Estima-se, que em 2020, atingirão o 2º lugar de patologias que condicionam a morbidade ao nível mundial.⁽¹⁰⁻¹²⁾ A depressão tem forte tendência a recorrência e a cronicidade, fatores que limitam a capacidade do indivíduo em cuidar de si e de suas responsabilidades diárias, além de possuir evolução progressiva, tornando-se um transtorno mental com complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos e ambientais.^{(11,12)(13)}

Apresenta-se como um transtorno heterogêneo que o permite ser dividido em

subtipos de acordo com a intensidade, tempo, número e especificidades dos sintomas, sendo uma doença multifacetada e abrangente.⁽¹³⁾ O DSM-V estipula nove critérios para depressão, dos quais cinco devem estar obrigatoriamente presentes e perdurar por pelo menos duas semanas, sendo que um dos sintomas deve ser, obrigatoriamente, humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.⁽¹⁴⁾

Vale lembrar que o sintoma inicial varia de acordo com o gênero. No gênero masculino é comum apresentar dificuldades no trabalho e agitação psicomotora, sendo que os homens tendem a concretizar mais o suicídio. No gênero feminino são comuns como sintomas iniciais a insônia e mudanças no apetite.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

1.2.1 Depressão: impactos, custos sociais e monetários

O adoecimento mental é a 3ª causa de concessão de benefício auxílio-doença por incapacidade laborativa, segundo estudo realizado em unidade do INSS na cidade de São Paulo⁽¹⁷⁾, sendo os quadros mentais mais frequentemente encontrados episódio depressivo (CID-10 F32), em 40,4%, dos casos e transtorno depressivo recorrente (CID-10 F33) em 6,1% dos casos, lembrando que raramente a depressão apresenta-se sem sintomas de ansiedade associados. Transtornos depressivos (CID-10 F32 e F33) foram responsáveis, respectivamente, por 43 328 e 20 748 benefícios auxílios-doença previdenciários concedidos entre janeiro a dezembro de 2017.⁽¹⁸⁾

A depressão é um forte preditor para o suicídio, sendo esse seu desfecho mais crítico. Levantamento epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio feito pelo Ministério da Saúde⁽²³⁾ aponta como desencadeadores do suicídio: doenças graves e degenerativas, dependência física e depressão severa. As mulheres corresponderam a 69% das tentativas de suicídio ocorridas entre 2011 a 2015, e a média de suicídio concretizado foi da ordem de 5/100 mil habitantes. As mulheres têm maior índice de tentativa de autoextermínio através da ingestão de medicamentos/veneno, enforcamento, fumaça/fogo, precipitação de altura e arma de fogo^(24,25) já os homens têm maior índice de suicídio que são movidos pela impulsividade, devido ao maior acesso a armas de fogo e são mais sensíveis a situações externas como desemprego e empobrecimento ^(16,25).

Relatório da OMS⁽¹⁹⁾ indica que afecções mentais e neurológicas correspondem a 30,8% de todos os anos vividos com incapacidade (AVI/YLD), e a proporção de incapacidade por depressão é de 12%. A prevalência de perturbações psiquiátricas em cuidados primários de saúde no Rio de Janeiro é de 15,8% para depressão, 22,6% para

ansiedade e respondem a 7,4% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALY).⁽²⁰⁾ Estudo realizado com amostra significativa em população mista, utilizando critérios da DSM-III, indica prevalência ao longo da vida para episódio depressivo maior de 1,5% em Taiwan, 9,2% na Alemanha Ocidental, 9,6% no Canadá e 19,0% em Beirute. A OMS, em um estudo para avaliar a prevalência ao longo da vida de transtorno depressivo maior apontou 1,0% na República Tcheca, 9,0% no Chile e 16,9% nos EUA.⁽²¹⁾

O estado de Minas Gerais gastou, entre os anos de 2011 a 2013, R\$ 3,8 milhões com psicotrópicos, o que equivale a 3% do total gasto com medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Os psicotrópicos ocupam o 5º lugar em solicitações, totalizando 8,4% da demanda. Considerando a classe terapêutica, os antidepressivos (fluoxetina, amitriptilina, imipramina, nortriptilina e clomipramina) têm a maior demanda anual: 4 329 423,87 média de unidades/ano. Esses antidepressivos foram responsáveis por 2,9% da demanda de medicamentos básicos. A fluoxetina, único antidepressivo da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), fica em 4º em demanda, com 1 milhão de solicitações, correspondendo ao maior gasto (31%). O segundo antidepressivo mais solicitado é a amitriptilina. Juntos, fluoxetina e amitriptilina, correspondem a 71% da demanda de antidepressivos do CBAF⁽²²⁾.

Existe um valor intrínseco à saúde mental que se relaciona de forma íntima com benefícios sociais, pessoais e econômicos. Assim quando há um prejuízo na saúde mental, o seu portador perde potencial de desenvolvimento pessoal e de contribuição social pela perda de capital mental¹. Soma-se a isso a alta prevalência, excesso de mortalidade, externalidades provocadas em vários setores da sociedade e perda de produtividade, já

¹ Capital mental diz respeito a perspectiva econômica atrelada à saúde mental.

que a depressão é a 3ª causa de absenteísmo e presenteísmo no trabalho e uma das principais causas da Carga Global de Doenças.⁽²³⁾

1.2.2 Depressão: além da mente

Há no sexo feminino uma predisposição sociobiológica para transtornos psiquiátricos. Assim, na perspectiva biológica, o desequilíbrio de hormônios específicos do corpo feminino causaria uma interação deficitária no eixo hipotálamo-(adeno) hipófise-gonadal, causando alterações no ritmo neuroendócrino relacionado a reprodução, tornando as mulheres mais sensíveis a variações hormonais que geram alterações na modulação do humor feminino. O ponto de virada da diferença de manifestação da depressão entre meninos e meninas seria a menarca. Se consideramos o período menarca-climatério-menopausa, constatamos que as ondulações hormonais estão presentes na maior parte da vida das mulheres.^(24,25)

Sobre a disfunção no eixo hipotálamo-hipófise-tireóide, hipóteses sugerem que a queda nos níveis de serotonina e noradrenalina no sistema nervoso central poderia ser causada por distúrbios hormonais como o hipotireoidismo, o que pode ser em parte confirmado pela maior prevalência de hipotireoidismo em pacientes com depressão, sendo também o gênero feminino fator de risco para o funcionamento inadequado da tireoide. Como o hipotireoidismo primário pode estar associado, ou, devido aos seus sintomas, ser confundido com depressão, é interessante investigar os níveis de hormônios tireoidianos, em especial, nos casos de depressão que apresentam resistência aos tratamentos.⁽²⁶⁻²⁸⁾

Porém, não basta buscar explicações biologizantes, é preciso buscar a

compreensão também do ponto de vista sociocultural, que se relaciona com os papéis sociais atribuídos as mulheres que geram desvalorização social, sobrecarga de trabalho, piores condições sociais, econômicas e violências que podem ser proferidas por familiares, parceiros ou na sociedade, estando dessa forma as relações de poder entre masculino e feminino gerando a vida e escolhas das mulheres, o que em uma sociedade patriarcal levam inúmeras mulheres ao colapso. Cultural e socialmente, mulheres e homens têm respostas diferentes frente às situações estressantes, o que também ajuda a compreender os fenômenos e causas do adoecimento mental.⁽²⁹⁾

Outro ponto a ser considerado na busca pelo melhor entendimento da depressão é o modelo estresse-vulnerabilidade (*stress diathesis model*), que diz que o surgimento de um transtorno mental está ligado à presença de predisposição genética ou adquirida no decorrer da vida (vulnerabilidade) e exposição a situações estressantes. Assim, um indivíduo pode ter uma vulnerabilidade específica (diátese) que, quando influenciado por fatores ambientais perturbadores, induziria o desenvolvimento da doença mental.⁽³⁰⁾

O modelo estresse-vulnerabilidade presume que todas as pessoas têm algum nível de predisposição para qualquer transtorno psiquiátrico. O que diferencia os indivíduos entre si é o grau de estresse necessário para o surgimento do transtorno. Quanto maior a predisposição, menor o nível de estresse necessário para que o transtorno apareça. A medicação psiquiátrica é um dos fatores de proteção do estresse, mas sozinha não possibilita o desenvolvimento de habilidades necessárias para lidar com o estresse.^(31,32)

Desvantagens sociais estão associadas ao adoecimento mental,⁽¹⁴⁾ dentre os quais pode-se citar ocupação, renda familiar e escolaridade. Estudo realizado na cidade de São Paulo indica que o contexto social desfavorável ajuda a explicar a etiologia e o prognóstico dos transtornos mentais, evidenciando a maior prevalência de transtornos

mentais comuns em mulheres e portadores de condições socioeconômicas desfavoráveis, como pobreza e desemprego, que são situações que dificultam a mobilidade social e ampliam as restrições econômicas.⁽¹⁷⁻¹⁶⁾

Um estudo transcultural qualitativo realizado no Brasil, Chile e Estados Unidos, concluiu que as atitudes de estigma frente ao doente mental são influenciadas por raça, cultura e crenças religiosas, que podem fazer com que o portador de depressão não procure tratamento, o que constitui problema para o doente e para sua família. Esses estigmas são qualitativamente diferentes, dependendo do país. No Chile, há o estigma relacionado à exigência em ser bom pai/mãe e trabalhador; nos EUA, o estigma se relaciona com as exigências financeiras e de trabalho e no Brasil, o estigma estaria ligado a fatores de sexualidade e culpa. A depressão encontra-se espalhada por todo o globo terrestre, em maior ou menor prevalência, todas as sociedades apresentam índices dessa doença.⁽³³⁾

O aumento da expectativa de vida explica o crescente interesse em estudar a depressão em idoso. A depressão na 3ª idade se apoia em aspectos biológicos (vulnerabilidade na saúde), psicológicos (viuvez, aposentadoria) e sociais (solidão, modificação no suporte social e abandono familiar), e pode estar encoberta por queixas somáticas e associada a quadros de ansiedade⁽³⁴⁾. A incapacitação física que vem com a velhice e o declínio da saúde podem preceder o surgimento da depressão e merecem atenção de familiares e cuidadores a fim de evitar e/ou amenizar que a depressão se instale.⁽³⁵⁾

O idoso deve lidar com o envelhecimento como um acontecimento natural e esperado do ser humano, lidando de forma positiva com as mudanças psicológicas que ocorrem nesse processo, adaptando-se a novos papéis, planejando o futuro - pois a

expectativa de vida do brasileiro permite que, mesmo após a aposentadoria, ainda haja futuro a ser vivido, mantendo-se motivado e enfrentando perdas orgânicas, afetivas e sociais.⁽³⁶⁾

A depressão impacta negativamente o meio social em diversos níveis, tanto nos indivíduos, grupos e organizações, pois gera sofrimento e incapacidade individual, disfunção familiar, baixa produtividade no trabalho, absenteísmo, afastamentos e aposentadorias precoces.⁽³⁷⁾ A família do portador de depressão é diretamente afetada, tanto na rotina familiar que sofre alterações de várias naturezas: rotina de sono, prejuízos à situação financeira quando um dos familiares tem que deixar seu emprego para ser cuidador, somando ao fato do doente não conseguir trabalhar, sobrecarga física e psicológica.⁽³⁸⁾ A família é vista como um centro de cuidados, porém é necessário que a família queira ajudar o portador de sofrimento depressivo e seja capaz de equilibrar aspectos internos e externos de si própria para depois proporcionar ao familiar um cuidado verdadeiro.⁽³⁹⁾

O atendimento à depressão é um desafio no campo da atenção básica, muito em função das comorbidades, dificuldades do médico em realizar diagnóstico e sistemática do atendimento.⁽⁴⁰⁾ Muitos pacientes podem estar sem tratamento adequado devido ao subdiagnóstico.⁽⁴¹⁾ A demanda por atendimento a depressão na atenção básica corresponde a 23,9% dos usuários.⁽⁴²⁾

Em 2013, 22,9% dos portugueses tiveram alguma perturbação mental ao longo do ano e essas perturbações ocuparam 7,9% da prevalência anual. Dentro delas, a depressão liderou com 6,8%.⁽¹³⁾ Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, em 2009, 15.629 pessoas se suicidaram, sendo que 90% dessas pessoas apresentavam algum transtorno mental e a depressão estava presente em 35,8% delas.⁽⁴³⁾

1.3 Qualidade de vida: medida subjetiva e multidimensional

A qualidade de vida (QV) vem tornando-se foco de interesse e estudos em diversas áreas do conhecimento. Carrega consigo uma multiplicidade de dimensões, o que a torna generalizante e de múltiplos e/ou ambíguos significados.⁽⁴⁴⁾

A definição de QV não apresenta um consenso, mas de forma ampla pode ser entendida como percepção subjetiva individual de sua posição na vida, no contexto social e de valores onde se insere. Relaciona-se com autoestima e bem-estar pessoal, abrangendo aspectos funcionais, socioeconômicos, emocionais, de interação social, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores éticos e religiosos.^(45,46) É a preservação da manutenção da saúde física, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e a relação com características ambientais.⁽⁴⁷⁾

O conceito de QV é modificado pelo tempo histórico, pois em cada época há um parâmetro que varia de acordo com o desenvolvimento econômico, social e tecnológico, assim como as questões culturais, valores e necessidades que diferem entre os povos e as estratificações das camadas sociais. A passagem de uma camada social para outro também modifica o conceito de QV de forma individual. Por conta disso, existe a constante necessidade de relacioná-los no tempo e espaço.⁽⁴⁴⁻⁴⁸⁾

O paciente com sintomas depressivos tem todas as dimensões da QV afetadas, sendo que o impacto da depressão pode ser maior do que o de outras doenças crônicas. A avaliação da QV é um desfecho relevante em pesquisas, pois sua multidimensionalidade permite detectar a magnitude e abrangência do comprometimento imposto pela depressão,⁽⁴⁹⁾ sendo uma importante medida de impacto em saúde.⁽⁵⁰⁾

As medidas de QV, mesmo não sendo capazes de medir toda a gama de sofrimento que o indivíduo passa, são instrumentos que ajudam a compreender esse sofrimento.⁽¹⁹⁾ Elas permitem rastrear e identificar as necessidades, priorizar determinados setores, alocar recursos e comparar estados de saúde de diferentes tipos de tratamentos realizados, sendo utilizadas nas tomadas de decisão em relação à intervenção, concepção e gestão de recursos.^(19,46,50)

Os instrumentos de medida de QV são formas de captar e transformar informações subjetivas das diferenças individuais ou de grupos em formas numéricas. Porém, como a QV é um construto, ele não pode ser diretamente medida. Assim, as medidas numéricas devem ser consideradas índices imperfeitos de um construto subjacente.⁽⁵¹⁾

Em relação ao campo de aplicação, os questionários para avaliação da QV podem ser:^(48,51)

- Genéricos: com base populacional sem especificar patologias, utilizados para avaliar o impacto de uma doença sobre a vida do paciente, sendo aplicáveis a várias populações, saudáveis ou doentes. Podem ser usados em estudos epidemiológicos, planejamentos e avaliação do sistema de saúde, porém não identificam dimensões específicas do estado de saúde.
- Específicos: focados em determinada doença, em geral doenças crônicas ou as sequelas desses agravos (insuficiência cardíaca, renal, diabetes e câncer), grupos específicos (idosos), determinadas funções (sono e repouso) ou problemas como dor, mas não podem ter seus dados generalizados para outras doenças, pois apresentam dificuldade de comparação. Também avaliam medidas curativas e reabilitadoras de doenças agudas, com foco em uma intervenção específica e servem de acompanhamento de mudanças ocorridas durante o tratamento. Incluem indicadores para aspectos subjetivos da

convivência com a doença, como vergonha e culpa.

O quadro a seguir mostra alguns instrumentos de QV de acordo com a classificação genérico ou específico.

Quadro 1. Classificação de alguns instrumentos de medida de qualidade de vida

Instrumento	Classificação
WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref ¹	Genérico
Índice de QV de Ferrans e Powers ¹	Genérico
Nottingham Health Profile (NHP)	Genérico
Sickness Impact Profile (SIP)	Genérico
Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)	Genérico
Instrumento de QV de Ferrans e Powers (versões diálise, cardíaca e câncer)	Específico
Instrumento de avaliação da QV de Bulpit e Fletcher	Específico para hipertensos
Kidney disease and quality-of-life Short Form (KDQOL-SFTM)	Específico para doença renal crônica terminal
Acromegaly Quality of Life Questionnaire (ACROQoL)	Específico para pacientes com acromegalia
Diabetes Care Profile (DCP); Diabetes Quality of Life Measure (DQOL); Diabetes-Specific Quality-of-life Scale (DSQOLS); Diabetes Health Profile (versões DHP-1 e DHP-18); Diabetes Impact Measurement Scales (DIMS); Appraisal of Diabetes Scale (ADS)	Específicos para pacientes com diabetes

Fonte: adaptado de Aguiar *et al.* (2008) e Silqueira, SMF (2005). Organização: Ferreira,

MI 1- São exemplos de instrumentos genéricos não relacionados à saúde ou instrumentos globais de avaliação.

O quadro abaixo apresenta instrumentos de QV utilizados no Brasil, porém falaremos do inventário SF-36 de forma mais detalhada no decorrer deste capítulo.

Quadro 2. Instrumentos de medida de qualidade de vida traduzidos e validados no Brasil

Nome do instrumento	Medida de mensuração/avaliação
WHOQOL	Usa seis domínios: psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade/religião/crenças pessoais
Índice Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQV)	Usa quatro domínios: saúde/funcionamento; socioeconômico; psicológico/espiritual e família
Escala de Qualidade de Vida de Flanagan	Usa cinco dimensões: bem-estar físico e material, relacionamentos, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e realização pessoal e recreação
Hexágono de Kertesz	Usa seis domínios que utilizam para avaliação: alimentação, atividade física, tempo de repouso e relaxamento, espaço para lazer e diversão, relação com o trabalho e relação com os amigos
Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)	Avalia a QV relacionada à saúde, usando oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e questão comparativa de saúde
EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D)	Avalia a QV relacionada à saúde, através de cinco domínios: mobilidade, cuidados próprios, atividade habitual, dor/desconforto e ansiedade/depressão
Quality of Well-Being Scale (QWBS)	Usa três dimensões: mobilidade, atividade física e atividade social
Perfil de Saúde de Nottingham (PSN)	Avalia a QV relacionada à saúde, através do bem-estar em seis dimensões: nível de energia, dor, reações emocionais, sono, interação social e habilidades físicas

Fonte: Alves, EF (2011)

O SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*) foi criado originalmente em inglês, por isso teve que ser traduzido e validado para o Brasil, seguindo normas preestabelecidas na literatura para sua tradução, para depois ter suas propriedades

de medida demonstradas num contexto cultural específico.⁽⁵²⁾ Inicialmente, foi validado no Brasil para pacientes com artrite reumatóide, mostrando-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira.⁽⁵³⁾

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da QV e tem demonstrado suas propriedades de medidas (reprodutibilidade e validade).⁽⁵⁴⁾ Possui 11 questões com 36 itens agrupados em oito dimensões. Para cada uma das dimensões, obtém-se um escore, sendo que o escore final vai de 0 a 100, onde 0 representa o pior estado de saúde e 100 o melhor estado, os valores dos escores derivam de cálculos correlacionais entre as respostas dos domínios.⁽⁵⁵⁾

Quadro 3. Significado e interpretação dos domínios do SF-36

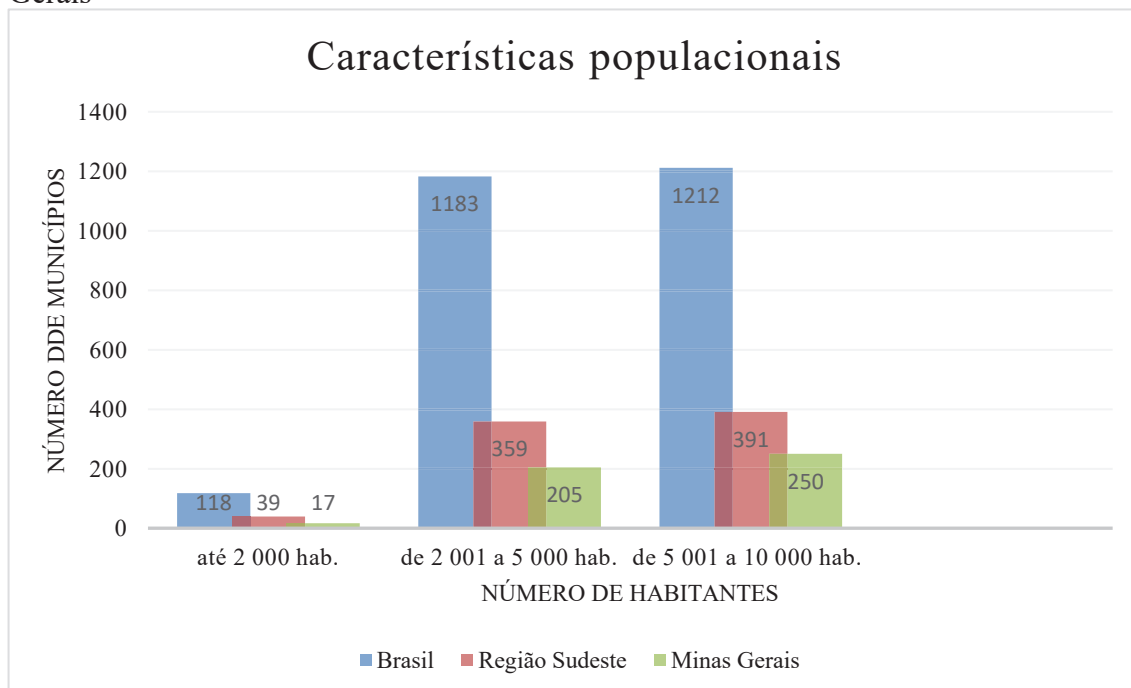
Domínio	Interpretação	Significado de valores baixos	Significado de valores altos	Número de questões
Capacidade funcional	Presença e extensão de limitação para realizar atividades comuns devido à saúde em atividades simples (banho), intermediárias (carregar sacolas) e exigentes (andar determinada distância)	Pessoa encontra-se muito limitada na realização de suas atividades	Pessoa realiza as atividades sem limitações	10
Aspectos físicos	Dificuldade de realização/limitação do trabalho e atividades diárias devido a problemas físicos, tipo e quantidade de trabalho realizado	Problemas com trabalho/atividade diária em consequência de saúde física	Não há problemas na realização do trabalho/atividade diária	4
Dor	Presença, intensidade e interferência nas atividades diárias	Dor muito intensa e limitativa	Não há dor ou limitação devido à dor	2
Estado geral de saúde	Referente a percepção do próprio paciente sobre sua saúde, não só a atual, mas também a resistência à doença e aparência saudável	Autoavaliação ruim e acredita que sua saúde irá piorar	Avalia a própria saúde como excelente	5
Vitalidade	Avalia diferenças de bem-estar, incluindo níveis de energia e fadiga	Pessoa sente-se cansada/exausta a maior parte do tempo	Pessoa sente-se animada a maior parte do tempo	4
Aspectos sociais	Avalia o impacto dos problemas físicos e emocionais na integração do indivíduo em atividades sociais	Problemas emocionais/físicos interferem de forma extrema/frequente nas atividades sociais	Problemas emocionais/físicos não interferem na participação em atividades sociais	2
Aspectos emocionais	Avalia limitação causada por aspectos psicológicos na realização de atividades diárias	Pessoa apresenta dificuldades no trabalho/atividades diárias devido a problemas emocionais	Pessoa não apresenta dificuldades no trabalho/atividades diárias devido a problemas emocionais	3
Saúde mental	Relativo a ansiedade, depressão, descontrole emocional e bem-estar psicológico	Pessoa encontra-se nervosa/deprimida a maior parte do tempo	Pessoa sente-se feliz e em calma a maior parte do tempo	5
Questão de avaliação comparativa	Avalia a evolução da doença, comparando a condição de saúde atual com a de um ano atrás. Não possui escore e deve ser avaliada a parte.	Análise à parte	Análise à parte	1

Fonte: adaptado de Silqueira, SMF (2005) e Repositório da Universidade de Lisboa.

1.4 Pequenos municípios

Municípios de pequeno porte são aqueles que tem entre 20.000 e 25.000 habitantes. Geralmente há um núcleo urbano, que seria o município-sede e um núcleo agrário.⁽⁵⁶⁾ Porém, existem municípios que estão aquém dessa classificação devido a seu tamanho populacional inferior a 20.000.⁽⁵⁷⁾ Com isso, e diante do disposto na Portaria GM 366 de 2002, a maioria dos municípios não atende a exigência que possibilita a abertura de CAPS, uma vez que é necessidade ter mais de 20 000 habitantes.⁽⁵⁸⁾

Gráfico 1. Características populacionais no Brasil, Região Sudeste e estado de Minas Gerais



Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo 2010. Organização: Ferreira, MI

As diretrizes para uma Política de Saúde Mental preconizam a sua inserção na

Atenção Primária, devendo a equipe conhecer suas necessidades, as condições sociais e familiares de seu território de atuação.⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾

Se os pequenos municípios têm na zona rural um aspecto que seria a origem dos problemas de desenvolvimento local,^(61,62) atualmente, com o fenômeno da “interiorização das aglomerações urbanas”, tem o aumento dos homicídios, roubos e furtos nessas localidades. Para as mulheres, a questão das subnotificações da violência doméstica e de estupros nesses territórios, é extremamente penosa e debilitante do ponto de vista físico e psicológico.⁽⁶³⁾

1.5 Gênero feminino e sua relação com depressão

Sendo gênero uma dimensão organizadora das relações sociais, podemos tomá-lo como o resultado de uma construção social.⁽⁶⁴⁾ Assim, o gênero em saúde enfoca as relações que estabelecem contrastes entre masculino e feminino no âmbito social e, como isso gera repercussões para o estado, acesso e utilização dos serviços de saúde, falar em gênero é falar do poder e de como esse poder é materializado nas ações e falas sociais.⁽⁶⁵⁾

O sofrimento mental não deve ser entendido somente por variáveis biomédicas e/ou psicológicas. É importante considerar também, questões de desigualdades, opressão, violência e exclusão de sujeitos.⁽⁵⁹⁾ Zanello⁽⁶⁶⁾ considera insuficiente o entendimento sobre o campo da saúde mental apenas pela ótica das relações de gênero. Para a pesquisadora, em uma sociedade binária, homens e mulheres podem apresentar sintomatologias diferentes, o que condiciona a multidimensionalidade e heterogeneidade dos sofrimentos mentais.

O gênero é um fator frequentemente associado ao diagnóstico da depressão. Tende-se a diagnosticar mais mulheres com depressão e a prescrever mais psicofármacos

para elas. Uma hipótese para tal fato, é a de que mulheres buscam mais por serviços de saúde e demonstram mais emoções, enquanto que homens, por questões culturais, omitem demonstrações que julgam ser de fragilidade, a fim de não comprometer sua imagem de virilidade e masculinidade. Assim, o gênero seria um viés nesse tipo de tratamento, pois mulheres apresentam tendência ao hiperdiagnóstico, ao passo que os homens sofrem com a invisibilidade e subdiagnóstico dos transtornos depressivos.^(11,67)

É consensual na literatura ^(11,12,68,69) que as mulheres sofrem até duas vezes mais de depressão do que os homens. A associação entre depressão e gênero feminino não é clara, mas há indícios que fatores psicossociais⁽⁷⁰⁾ (múltiplos papéis sociais: profissional, doméstico, materno e feminino), situação de dependência monetária, fatores hormonais, predisposição a reagir de maneira negativa frente a eventos desagradáveis e normas culturais são apontados como determinantes que aumentam a suscetibilidade para ocorrência da depressão no sexo feminino. Estudo realizado em Porto Alegre⁽⁷¹⁾ indica que mulheres consomem mais psicofármacos, apontando a maior preocupação delas com condições de saúde e sua maior procura pelos serviços de saúde como possível fator responsável.

É importante compreender as diferenças entre os gêneros e seu papel na depressão para melhorar o diagnóstico, criar ações assistenciais e buscar tratamentos mais eficazes.^(67,72)

Uma importante questão da depressão em mulheres é a depressão pós-parto, que se inicia nas primeiras quatro semanas após o parto, podendo ser de intensidade leve e transitória, e que se manifesta através de sentimentos de inadequação frente à maternidade, preocupação excessiva com o bebê, transtornos no sono e sentimentos de incapacidade do seu papel maternal.⁽⁷³⁾ Quando não diagnosticada, pode perdurar por

meses ou anos e aumentar a chance de episódios depressivos futuros, além de interferir na relação mãe-filho e na construção de vínculo afetivo materno, pois a convivência de crianças com mães depressivas é considerada condição de adversidade, comprometendo o desenvolvimento infantil e aumentando os riscos de abuso e negligência com o bebê.^(74,75)

Estudo sobre sintomas depressivos e de ansiedade em São Luís – MA apontam que 27,25% das mulheres apresentaram sintomas depressivos na gestação e 19,63% sintomas de depressão pós-parto⁽⁷⁶⁾. O fato de não existir protocolos de avaliação e intervenções reconhecidos pelo Sistema Único de Saúde dificulta o diagnóstico precoce da depressão pós-parto, subestimando-a como problema de saúde pública.^(77,78)

É fundamental ir além do “feminismo ocidental, branco e burguês” e fazer com que as mulheres sejam vistas em sua totalidade, considerando, além do gênero outros aspectos como raça, classe, nacionalidade, sexualidade, idade,⁽⁶⁶⁾ correlacionando-a o território em que vivem e convivem com suas dificuldades.

Diante do exposto, o objetivo do trabalho foi conhecer a percepção sobre qualidade de vida em usuárias de antidepressivos em um município de pequeno porte mineiro, apoiando-se especificamente em: conhecer o perfil sócio-demográfico, perfil de acesso a serviços de saúde e fonte de prescrições e a influência da depressão em relação aos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção sobre qualidade de vida em usuárias de antidepressivos em um município de pequeno porte mineiro, tendo o gênero feminino como ponto primordial de análise.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil sócio-demográfico, perfil de acesso a serviços de saúde e fonte de prescrições de medicamentos antidepressivos;
- Conhecer a influência da depressão em relação aos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36.

2.1 Tipo de estudo

O presente trabalho percorreu o caminho da pesquisa de campo exploratória, descritiva e de prevalência. A pesquisa de campo é utilizada com objetivo de conseguir informações ou conhecimentos sobre um problema do qual se busca uma resposta ou comprovação de hipótese.⁽⁸¹⁾ O trabalho foi definido como exploratório, já que permitiu uma aproximação com o tema qualidade de vida em mulheres de um “pequenino” município mineiro. Não houve seguimento da amostra e todos os dados foram coletados de uma única vez.

Em estudos exploratórios e descritivos é fundamental que haja uma hipótese de trabalho.⁽⁸¹⁾ Nossa hipótese partiu da contextualização e problemática social existente em municípios “minúsculos” - considerando aqui a definição de Boarini,⁽⁵⁷⁾ - como forma de conhecer a depressão feminina além dos fatores biologizantes frequentemente associados a esta. De forma alguma estamos tornando tais fatores menos importantes, porém a medicalização dos transtornos mentais, há tempos, se mostra insuficiente, sendo importante buscar caminhos de enfrentamento fora do modelo médico centrado.

Ao pensarmos em uma cidade pequena e interiorana em Minas Gerais, a imagem que nos vem a cabeça é da vida pacata, ausência de trânsito, animais transitando nas ruas e cadeiras nas calçadas. Ora, tal imagem não é totalmente inadequada, porém não condiz com a realidade. Homicídios e roubos vêm tornando-se realidade,⁽⁶³⁾ e tais cidades oferecem menores oportunidades de estudo, renda e lazer, além de trazerem como crença o patriarcado,⁽⁶⁶⁾ que pode sufocar, reprimir e reduzir as mulheres a papéis coadjuvantes.

Por conta disso, surgiu o meu interesse em dar atenção às pacientes de município de pequeno porte ,onde emerge uma realidade não retratada frequentemente nas pesquisas.

2.2 Local de coleta de dados

O município objeto desse estudo é Carneirinho – MG, que possui uma população de 9 471 habitantes, segundo Censo 2010. Localiza-se na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alta Paranaíba e microrregião de Frutal – MG, é o único município de Minas Gerais que faz divisa com o Mato Grosso do Sul. Nele, nasce o rio Paraná, fusão do rio Paranaíba e do rio Grande. Possui três distritos: São Sebastião do Pontal, Estrela da Barra, e Fátima do Pontal. Sua economia baseia-se na agropecuária (cana de açúcar e criação de bovinos).⁽⁴⁰⁾

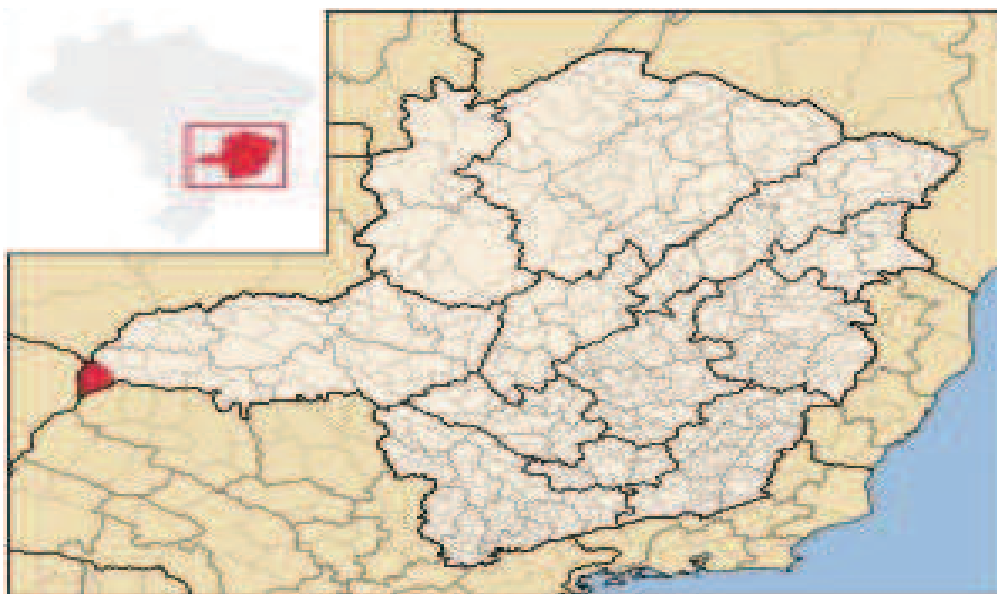


Figura 1. Localização do município de Carneirinho no estado de Minas Gerais.

Fonte: Wikipédia.

A sede do município possui um ambulatório de pronto-atendimento, uma unidade do programa Farmácia de Todo,s para dispensação centralizada gratuita de

medicamentos, e uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF). Como hospital de referência para média complexidade I a população conta com o Pronto Socorro Municipal de Iturama, e para média complexidade II e III e alta complexidade, o Hospital Universitário Mário Palmério, em Uberaba. A referência em saúde mental é feita pelo CAPS-Iturama - MG e CAPS-Frutal - MG.

2.3 Procedimento de coleta das informações

A seleção das participantes realizada nos meses de janeiro a agosto de 2017, por meio da análise de prescrições que ficam retidas na drogaria. Os dados foram anotados em fichas de papel. Nesse momento foram anotados: nome, endereço, medicamento, dose e posologia, nesse estágio todas as pacientes foram anotadas na ficha, não importando quanto vezes apareciam dentro dos meses.

Posteriormente, foram revisados os nomes e cada paciente teve seus dados anotados uma única vez no programa Microsoft Office Excel® para excluírem-se os registros duplicados. Não foi considerado o número de antidepressivos ou associações medicamentosas de psicotrópicos que a paciente fazia uso. Foi realizado dupla digitação dos valores do SF-36, a fim de garantir maior confiabilidade dos resultados.

Realizou-se um estudo-piloto com dez mulheres, tendo como finalidade verificar erros e/ou falhas no questionário desenvolvido e também na forma de aplicação deste e do inventário de análise de qualidade de vida.

O contato para participação foi feito pela pesquisadora através de aplicativo de troca de mensagens, telefonema ou pessoalmente, explicando o motivo da pesquisa, pedindo a colaboração das mesmas e coletando assinatura no Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas na residência ou local de trabalho das entrevistadas. As perguntas eram feitas pela pesquisadora e sempre foi sugerida a privacidade no momento das respostas

Abordamos no questionário os seguintes temas:

- dados pessoais: idade, religião, escolaridade, entre outros,
- inserção no mercado de trabalho,
- renda,
- divisão do trabalho doméstico e cuidado com os filhos,
- moradia (tipo de moradia, números de moradores e cômodos),
- opções de lazer;
- doenças de base
- hábitos de vida (cigarro, álcool, atividade física),
- tipo de especialidade que realizou primeira prescrição de antidepressivo e tipo de atendimento (particular, convênio ou público),
- uso correto do medicamento,
- realização de tratamento complementar,
- presença de outras doenças e uso de medicações extras,
- pergunta aberta que aborda motivo que levou a iniciar/procurar tratamento para seus sinais e sintomas possivelmente depressivos,
- entre outras variáveis.

As perguntas fechadas passaram por análises estatísticas e a pergunta aberta foi quantificada e categorizada pelo método de Análise de Conteúdo que segundo Bardin, trata de um conjunto de técnicas que tem o intuito de analisar as comunicações, obtendo

por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens.⁽⁸²⁾ Não foi realizada a categorização das respostas, pois o questionário possuía apenas uma pergunta aberta e essa pequena quantidade de questionamentos dificulta a formação de categorias analíticas.

2.4 Amostra

A amostra da pesquisa constituiu-se de 50 mulheres moradoras do município-sede ou seus distritos e que adquiriam seus antidepressivos na drogaria, localizada no município-sede onde a pesquisadora trabalhava mediante autorização da proprietária.

Uma vez que a pesquisadora atuava durante o período de coleta de dados no referido estabelecimento, optou-se por abordar o público consumidor da drogaria para constituir a amostra de mulheres usuárias de antidepressivos. Esse fato, apesar de ser limitante ou mostrar uma nova face do consumo de antidepressivos, ele pode permitir uma aproximação com a questão de consumo e acesso a antidepressivos no município alvo do estudo.

2.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

- Inclusão:
 - Ser do gênero feminino;
 - Idade a partir de 18 anos;
 - Residir no município-sede ou distritos;
 - Comprar na drogaria onde a pesquisadora atuava;

- Utilizar ao menos um antidepressivo;
- Pacientes que concordaram em participar do estudo.
- Exclusão:
 - Apresentar incapacidade auditiva, intelectual ou mental para compreender o questionário;
 - Apresentar incapacidade auditiva, intelectual ou mental para comunicar-se com a pesquisadora.

2.5 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, sendo aprovado sob número de CAAE: 68753017.1.0000.5415.

Foram utilizados nessa pesquisa os seguintes instrumentos abaixo descritos:

1. TCLE (Apêndice 1);
2. Ficha de avaliação do perfil sociodemográfico (Apêndice2);
3. Inventário de qualidade de vida SF-36 (Anexo 1).

2.6 Análise dos dados

Por tratar-se de um trabalho descritivo, foi possível analisar estatisticamente os valores apenas do Inventário SF-36, chegando a valores de média e desvio padrão.

$$\text{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Figura 2. Fórmula para cálculo dos domínios do SF-36

Tabela 1. Características sócio-demográficas das pacientes

Faixa etária	Número de participantes	Porcentagem
18-28 anos	5	10%
29-39 anos	15	30%
40-50 anos	7	14%
51-61 anos	15	30%
62-72 anos	8	16%
Escolaridade		
Sem escolaridade	2	4%
1º grau incompleto	13	26%
1º grau completo	4	8%
2º grau completo	12	24%
Técnico/superior completo	18	35%
Especialização	1	2%
Ocupação		
Serviços domésticos ¹	25	48%
Saúde ² (sem nível superior)	3	6%
Nível superior ³	3	6%
Professora	9	18%
Autônomas ⁴	5	10%
Estudante	1	2%
Aposentada	2	4%
Outros ⁵	3	6%

Nota: 1 – serviços domésticos: dona de casa, copeira, diarista, serviços gerais; 2 – saúde sem nível superior: cuidadora de idosos, técnica em radiologia, técnica em enfermagem; 3 – nível superior: assistente social, farmacêutica, psicóloga. 4 – Autônomas: comerciante, empresária, manicure, 5 – outros: secretaria, entregadora, cantora.

A média de idade da amostra foi de 46,92 anos, com desvio padrão $\pm 14,485$ anos, 35% da amostra cursou ensino superior, porém a ocupação mais frequente é a de serviços gerais (48%).

Tabela 2. Cor autorreferida

Cor autorreferida	Número de participantes	Porcentagem
Branca	22	44%
Amarela	4	8%
Parda	17	34%
Negra	7	14%

A maioria da amostra autorreferiu-se como de cor branca (44%).

Tabela 3. Religião

Religião	Número de participantes	Porcentagem
Católica	35	70%
Evangélicas	13	26%
Espírita	1	2%
Sem religião	1	2%

Religião predominante é a católica (70%).

Tabela 4. Estado civil e tipo de parceria

Estado civil	Número de participantes	Porcentagem
Casada	26	52%
Divorciada/separada	5	10%
Viúva	7	14%
Solteira	7	14%
União estável	5	10%
Tipo de parceria		
Heterossexual	49	98%
Homossexual	1	2%

A maioria das participantes é casada (52%) e o tipo de parceria predominante é a heterossexual (98%).

Tabela 5. Prática de atividade física

Prática de atividade física	Número de participantes	Porcentagem
Sim	12	24%
Não	38	76%
Tipo de atividade física		
Caminhada	4	33%
Musculação	1	8%
Muay thai	2	17%
Hidroginástica	2	17%

A realização de atividade física não é prática comum para a grande maioria da amostra (76%). Dentre as que praticam atividade física, a caminhada é a escolha de 33% delas, sendo a regularidade de duas vezes por semana a que predomina (50%).

Tabela 6. Realização de tratamento complementar (não farmacológico) ao tratamento medicamentoso

Realização de tratamento complementar	Número de participantes	Porcentagem
Sim ¹	11	22%
Não	39	78%

Nota 1. tratamentos complementares citados: terapia psicológica, acupuntura e microfisioterapia.

A maioria (78%) não faz nenhum tipo de tratamento complementar ao medicamentoso.

Tabela 7. Colocação profissional

Carteira assinada	Número de participantes	Porcentagem
Sim	9	18%
Não	41	82%
Trabalha fora de casa		
Sim	22	44%
Não	28	56%

Na amostra, 41 entrevistadas afirmou não possuir carteira assinada (82%), porém, 22 participantes (44%) afirmaram trabalhar fora.

Tabela 8. Tabela 8. Renda das entrevistadas

Salário individual	Número de participantes	Porcentagem
Até 1 salário mínimo	6	14%
1 a 2 SM	13	29%
3 a 4 SM	3	7%
Acima de 5 SM	1	2%
Não tem renda individual	21	48%
Renda individual		
Benefício social (Bolsa Família)	1	2%
Aposentadoria	8	18%
Pensão por viuvez	6	14%
Ajuda de terceiros	1	2%
Sem renda individual	27	60%
Renda indireta (aluguel)	1	2%
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	1	2%
1-2 SM	26	52%
3-4 SM	16	30%
Acima de 5 SM	8	16%

SM: salário mínimo. Salário mínimo em 2017 R\$ 937,00, conforme Decreto N° 8.948, de 29 de dezembro de 2016.

Para as entrevistadas que apresentam salário, 29% recebem entre um e dois salários mínimos¹ e 48% não possuem renda individual.

Tabela 9. Divisão do trabalho doméstico

Divisão do trabalho doméstico	Número de participantes	Porcentagem
Sim	23	46%
Não	27	54%
Com quem divide o trabalho doméstico		
Marido	6	12%
Secretária	8	22%
Familiares	7	14%
Não faz	1	2%
Faz sozinha	25	50%

A divisão do trabalho dentro do lar não ocorre na metade dos lares das entrevistadas.

Tabela 10. Condições de moradia

Local de moradia	Número de participantes	Porcentagem
Zona urbana	45	90%
Zona rural	5	10%
Tipo de casa		
Própria	43	86%
Alugada	5	10%
Cedida	2	4%
Com quem reside		
Marido	32	43%
Sozinha	7	9%
Familiares	35	47%
Outros	1	1%

A maioria (90%) mora na zona urbana do município, tem casa própria (86%) e residência permanente no município (98%).

Tabela 11. Especificações da moradia

Quantidade cômodos na casa	Número de participantes	Porcentagem
3 cômodos	1	2%
4 cômodos	7	15%
5 cômodos	8	18%
6 cômodos	12	26%
7 cômodos	8	17%
8 cômodos	5	11%
9 cômodos	2	4%
10 cômodos	3	7%
Quantidade moradores (somando a entrevistada)		
Sozinha	10	20%
2 moradores	13	27%
3 moradores	15	31%
4 moradores	8	14%
5 moradores	4	8%

A maioria das casas possuem seis cômodos (26%), das entrevistas dez moravam sozinhas (20%) e 15 entrevistadas (31%) residiam em casas com até três moradores, sendo o mais comum nesses casos residir com marido (43%) e familiares (47%).

Tabela 12. Informações sobre filhos

Filhos	Número de participantes	Porcentagem
Sim	44	88%
Não	6	12%

A maioria das entrevistadas tem filhos (88%), tendo em geral, entre dois filhos (45%) a três filhos (26%).

Tabela 13. Divisão do cuidado com os filhos

Divide o cuidado dos filhos	Número de participantes	Porcentagem
Sim	15	31%
Não	9	19%
Não moram comigo	24	50%
Com quem divide o cuidado dos filhos		
Marido	9	60%
Babá	2	13%
Avós	3	20%
Creche	1	7%

O cuidado dos filhos é dividido com o marido, que nesse caso representa 60% da amostra. Porém, metade de nossa amostra possuem filhos que não necessitam mais de cuidado e/ou não moram na residência da entrevistada.

Tabela 14. Comorbidades

Doença já existente	Número de participantes	Porcentagem
Colesterol	2	3%
Triglicerídeos	3	4%
Fibromialgia	7	10%
Anemia	1	1%
Tireóide/hipotireoidismo	4	6%
Hipertensão	9	13%
Enxaqueca/dor de cabeça	8	12%
Disfunção hormonal	1	1%
Problema cardíaco/disritmia cardíaca	5	7%
Problemas renais	3	4%
Pré-eclampsia	1	1%
Diabetes/hipoglicemia	3	4%
Mal de Parkinson	1	1%
Labirintite	2	3%
Problemas osteomusculares/reumatológicos	11	15%
Astigmatismo	1	1%
Ansiedade	1	1%
Nenhuma	5	7%
Tromboflebite	1	1%

Entre as comorbidades, destacam-se hipertensão (13%), fibromialgia (10%), enxaqueca (12%), problemas músculo-esqueléticos (15%) e dislipidemias (7%).

Tabela 15. Uso de outras medicações

Uso de outras medicações	Número de participantes	Porcentagem
Vitaminas	2	10%
Puran t4	3	15%
Anti-enxaquecoso	3	15%
Anti-parkisoniano	1	5%
Labirin 24 mg	1	5%
Omeprazol	1	5%
Propranolol	2	10%
Circulação	1	10%
Nenhuma	2	10%
Diurético	2	10%
Prebictal (FM)	1	5%
Medicação de uso contínuo		
Anti-hipertensivo	17	25%
Hipoglicemiante	2	3%
Analgésico	6	9%
Anti-inflamatório	1	2%
Relaxante muscular	3	5%
Hipnótico	14	21%
Anticoncepcional	9	13%
Nenhuma medicação	15	22%

Anti-hipertensivos são usados por 25% das entrevistadas, hipnóticos por 21% e anticoncepcionais por 13% da amostra.

Tabela 16. Uso de medicação antidepressiva

Faz uso atualmente	Número de participantes	Porcentagem
Sim	30	60%
Não	20	40%
Tempo que fez uso (não usa mais)		
1 semana	2	10%
1 mês	4	20%
2 meses	1	5%
3 meses	2	10%
5 meses	1	5%
1 ano e meio	1	5%
2 anos	4	20%
3 anos	2	10%
4 anos	2	10%
15 anos	1	5%
Tempo de uso (faz uso atualmente)		
3 meses	1	3%
5 meses	1	3%
6 meses	4	13%
8 meses	1	3%
1 ano	4	13%
1 ano e 3 meses	1	3%
2 anos	1	3%
3 anos	2	7%
4 anos	2	7%
5 anos	4	13%
7 anos	1	3%
8 anos	2	7%
10 anos	2	7%
30 anos	1	3%
32 anos	1	3%

O uso atual do medicamento antidepressivo é feito por 60% das entrevistadas, havendo períodos de uso que vão de três meses a 32 anos. Na amostra, 40% não fazem mais uso dos medicamentos, tendo feito uso em períodos que vão de uma semana a 15 anos.

Tabela 17. Especialidade médica que prescreveu pela primeira vez o antidepressivo

Prescritores	Número de participantes	Porcentagem
Psiquiatra	10	20%
Neurologista	9	18%
Ginecologista	3	6%
Clínico geral	13	26%
Médico do ESF	4	8%
Cardiologista	4	8%

A maioria das entrevistadas (26%) foi diagnosticada com depressão por clínicos gerais e 20% da amostra por psiquiatras, sendo que 42% buscaram médicos que atendiam de forma particular e 34% pelo SUS. Sobre o uso dos antidepressivos, 60% afirmaram fazer uso de forma correta. Entre as que dizem não fazer uso correto, 20% citam os efeitos adversos como motivo para a não adesão ao tratamento.

Tabela 18. Uso da medicação antidepressiva

Uso correto	Número de participantes	Porcentagem
Sim	30	60%
Não	20	40%
Motivo do uso incorreto		
Valor	4	8%
Efeito adverso (sente-se mal)	10	20%
Esquecimento	2	4%
Deixa de tomar por conta própria	2	4%
Considera que está curada	1	2%
Medo de ficar dependente	1	2%

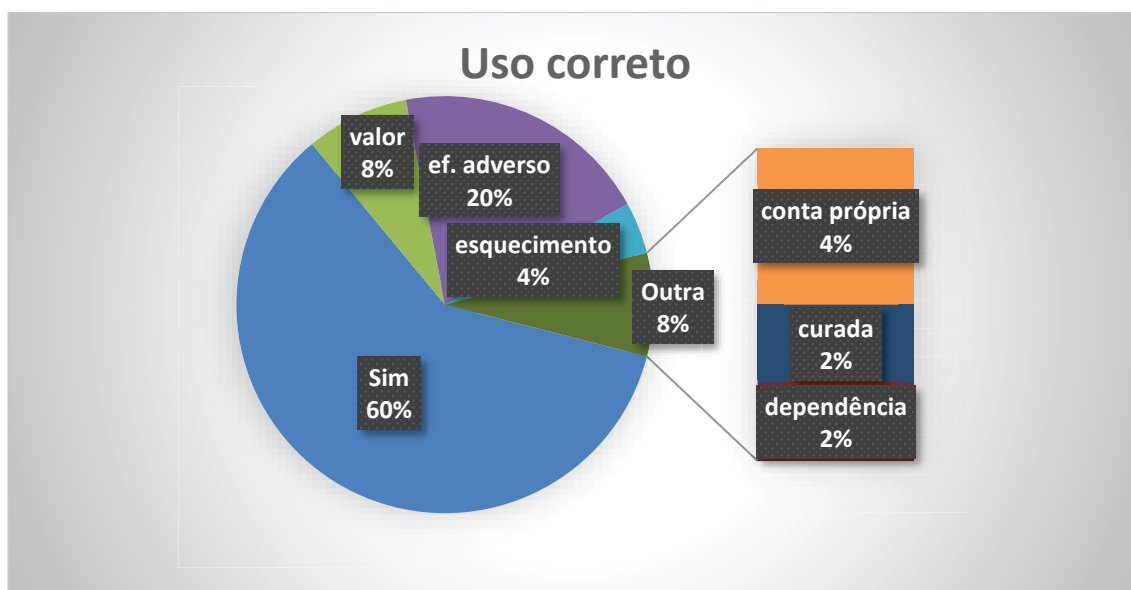


Gráfico 2. Forma de uso dos medicamentos antidepressivos

Tabela 19. Informações sobre atendimento e acompanhamento médico

Tipo de atendimento	Número de participantes	Porcentagem
Particular	21	42%
SUS	17	34%
Convênio	12	24%
Acompanhamento regular		
Sim	30	60%
Não	20	40%
Especialidade que faz acompanhamento		
Psiquiatra	10	20%
Ginecologista	1	2%
Clínico geral	7	14%
Médico da ESF	2	4%
Cardiologista	3	6%
Neurologista	6	12%
Outro	1	2%

O atendimento em médicos particulares é a primeira opção para boa parte (42%), seguido do SUS (34%). O acompanhamento da condição depressiva não é feito por 40% das mulheres e, para as que fazem, 20% tratam-se com psiquiatras, 14% com clínicos gerais e 12% com neurologista.

Tabela 20. Convênio particular de saúde

Possui convênio	Número de participantes	Porcentagem
Sim	24	48%
Não	26	52%

Tabela 21. Percepção de lazer

Considera que possui lazer	Número de participantes	Porcentagem
Sim	12	24%
Não	26	52%

Fontes de lazer citadas: pescar; ir para fazenda e /ou rancho; brincar com netos; pilates; diz que há lazer na cidade, porém não frequenta; ir a clube e/ou piscina; fazer hidroginástica; ir à igreja; participar do grupo da 3ª idade e participar de atividades físicas em grupo.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, 48% das participantes possui convênio de saúde privado. A maior parte (52%) das entrevistadas não considera que haja lazer no município em estudo.

Tabela 22. Consumo de álcool

Consumo de álcool	Número de participantes	Porcentagem
Sim	11	22%
Não	39	78%
Regularidade do consumo de álcool		
1 x mês	1	11%
1x semana	8	78%
1x dia	1	11%

Tabela 23. Consumo de cigarro

Consumo de cigarro	Número de participantes	Porcentagem
Sim	6	12%
Não	44	88%
Regularidade do fumo		
1 a 2/dia	1	20%
3/dia	1	20%
5/dia	1	20%
10/dia	1	20%
20/dia	1	20%

A maioria (88%) afirmou não fumar e 78% afirmou não fazer uso de bebida alcoólica.

Tabela 24. Experiência com aborto e violência doméstica

Aborto	Número de participantes	Porcentagem
Sim	13	26%
Não	37	74%
Vítima de violência doméstica		
Sim	10	20%
Não	40	80%
Tipos de violência		
Física	7	58%
Verbal	2	17%
Apanhar de pais e/ou cuidadores	2	17%
Sexual	1	8%

Na amostra, 74% nunca tiveram/realizaram aborto. A experiência da violência doméstica foi citada por 20% da amostra.

Tabela 25. Antidepressivo: usos e combinações farmacológicas

Princípio ativo e concentração (mg)	Foi usado	Em uso
Amitriptilina 10 mg	---	---
Amitriptilina 25 mg	4	2
Bupropiona 150 mg	1	1
Citalopram 20 mg	3	---
Duloxetina 30 mg	2	2
Duloxetina 60 mg	1	---
Escitalopram 10 mg	4	3
Escitalopram 20 mg	4	1
Escitalopram 20 mg/mL	---	2
Fluoxetina 20 mg	9	5
Fluoxetina suspensão	---	1
Imipramina 25 mg	3	3
Mirtazapina 45 mg	1	---
Nortriptilina 25 mg	1	1
Nortriptilina 50 mg	1	1
Paroxetina 10 mg	1	---
Paroxetina 15 mg	1	1
Paroxetina 20 mg	1	1
Sertralina 50 mg	8	5
Venlafaxina 37,5 mg	5	3

Combinações de antidepressivos:

- Duloxetina 30 mg/imipramina 25 mg
- Duloxetina 60 mg/bupropiona 150 mg
- Escitalopram 10 mg/paroxetina 10 mg
- Fluoxetina suspensão/escitalopram 20mg/mL
- Sertralina 50 mg/paroxetina 15mg
- Venlafaxina 37,5/fluoxetina 20mg

A fluoxetina 20 mg aparece como antidepressivo mais usado, tanto na amostra que não faz mais uso de antidepressivo, quanto na amostra em uso de medicação, seguido da sertralina 50 mg e amitriptilina 25mg.

Tabela 26. Situações de polifarmácia

Associações medicamentosas	Em uso	Usado
AD	7	7
AD/analgésico (FM)	1	---
AD/analgésico/anti-enxaquecoso	1	---
AD/anticoncepcional	2	2
AD/anticoncepcional/vit D	1	
AD/anti-hipert/analgésico	---	1
AD/anti-hipert/analgésico/hipnótico/anti-enxaquecoso	1	---
AD/anti-hipert/analgésico/hipnótico/anti-parkinsoniano	1	---
AD/anti-hipert/anticoncepcional	2	---
AD/anti-hipert/anti-enxaquecoso	---	1
AD/anti-hipert/hipnótico	4	---
AD/anti-hipert/hipnótico/diurético	---	1
AD/anti-hipert/hipoglicemiante	1	---
AD/anti-hipert/preparações para tireóide/estabilizador de humor	1	---
AD/anti-hipert/relax. Musc/hipnótico/preparações para tireóide	---	1
AD/anti-hipertensivo	---	3
AD/anti-inflamatório	---	1
AD/anti-vertiginoso	1	---
AD/diurético/pregabalina	---	1
AD/hipnótico	1	---
AD/hipnótico/anticoncepcional	1	---
AD/hipnótico/preparações para tireoide	---	1
AD/hipnótico/relax. Musc/inibidor bomba de prótons	1	---
AD/hipoglicemiante/anti-hipert/hipnótico	1	---
AD/propranolol/medicamento para circulação sanguínea	---	1
AD/relaxante muscular (FM)	1	---
AD/vitaminas	1	---

AD: antidepressivo. FM: fibromialgia. Anti-enxaquecoso: cloridrato de naratriptana. Preparações para tireóide: levotiroxina. Anti-hipert.: anti-hipertensivo. Relax. musc.: relaxante muscular. Vit. D: vitamina D.

A polifarmácia não foi um achado expressivo. Nos casos em que há polimedicação, o mais comum é a presença da associação entre antidepressivo + anti-hipertensivo + hipnótico.

Agora, iremos visualizar os escores obtidos com o Questionário de Qualidade de Vida SF-36.

Tabela 27. Escores médios dos domínios do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

	CF	AF	DOR	EGS	VIT	AS	AE	SM
Valor	73,9	59	55,08	55,26	50,1	68,84	54,64	56,96
DP	19,802	40,958	22,045	21,091	22,143	29,396	39,196	17,039
Média	75	75	56,5	56	55	75	67	56

DP: desvio-padrão. CF: capacidade funcional. AF: aspectos físicos. EGS: estado geral de saúde. VIT.: DP: desvio-padrão. CF: capacidade funcional. AF: aspectos físicos. EGS: estado geral de saúde. VIT.: vitalidade. AS: aspectos sociais. AE: aspectos emocionais. SM: saúde mental. SF: saúde física.

Tabela 28. Respostas obtidas com a pergunta:” O que você sentia quando começou a tomar antidepressivos?” Essa pergunta objetivava que as entrevistadas falassem de sintomas e sensações.

Sensações, sentimentos, sintomas	Número de vezes que foi citado
Ansiedade Engloba as seguintes respostas: ansiosa, angústia, ansiedade	20
Humor deprimido Engloba as seguintes respostas: Tristeza profunda, tristeza, muita tristeza, tristeza de repente, sofrimento, tristeza na alma	20
Choro Engloba as seguintes respostas: choro, muito choro, choro do nada, choro excessivo, choro o tempo todo, choro 24 horas	19

Eventos estressores

Engloba as seguintes respostas: não foi criada pela mãe, filha mudou-se para longe, após casamento, início da faculdade, mudança para fazenda, após morte do pai, mudança ritmo de vida, após morte do esposo, após perda da filha, ser “mandada” embora do serviço, quando se afastou da igreja, após filho engravidar uma garota, perda do emprego de 20 anos, após morte da mãe e irmãos 15

Alterações de sono (insônia)

Engloba as seguintes respostas: insônia, falta de sono, não dormia bem, perda de sono, não dormia, dificuldade para dormir 10

Nervosismo

Engloba as seguintes respostas: agitação nervosa, estresse, nervoso, irritada, nervosa, estresse grande, “nervo”

Sintomas psicossomáticos relacionados ao sistema cardíaco

Engloba as seguintes respostas: sensação de aperto no peito, peito parecia que ia estourar, queimor no peito, aumento do batimento cardíaco e pressão arterial, sensação de infarto, dor no peito, arritmia cardíaca, taquicardia, crise hipertensiva 9

Isolamento social

Engloba as seguintes respostas: vontade de ficar isolada em silêncio, vontade de sumir, muito fechada, isolada, não queria ver ninguém, não queria conversar 9

Síndrome do pânico, medo, muito medo, crises de pânico 8

“tudo de ruim”, “nada tava bom”, “uma coisa ruim”, “vazio dentro da gente”, “muito ruim” 7

Dor de cabeça que nem dormindo passava, muita dor de cabeça, dor de cabeça que piora na TPM, enxaqueca 7

Depressão pós-parto, após nascimento da primeira filha, problemas no parto 6

Sintomas psicossomáticos relacionados ao sistema músculo-esquelético 5

Engloba as seguintes respostas: fibromialgia, dores no corpo, mal-estar, corpo ruim, dor

Desânimo, muita moleza, não fazia nada, sem ânimo 5

Cansaço mental, fadiga, cansaço, canseira 4

Pensamentos suicidas, vontade de morrer	4
Reposição hormonal, menopausa precoce, ondas de calor, “calorão”	3
Pensamentos negativos, imagina a morte dos filhos, imagina acidentes, pensa em “coisas estranhas”	3
Alterações de sono (sonolência)	
Engloba as seguintes respostas: sono excessivo, muito sono, dormir em excesso	3
Ficar sempre no sofá, vontade de ficar deitada	3
Dormência facial, adormecimento do lado direito do corpo	2
Sensação de morte, medo de morrer	2
Emagrecer, emagrecimento	2
Falta de ar	2
“Zonzura”, tonteira	2
Vômito	2
Falta de apetite, não comia	2
Compulsão alimentar, vontade de comer doces	2
Febre (37,5-38,1°)	2
Sentimento de perda	1
Delírios	1
Vontade de deixar os filhos	1
Suor frio	1
Pesadelos	1
Pânico para dormir	1
Fobia de lugares fechados	1
Diarreia	1
Humor ruim	1
“Nem banho tomava”	1
Imunidade baixa	1

Pés e mãos gelados	1
Vontade de desabafar	1
Queda de cabelo	1
Perda de peso	1
Vida não está valendo nada	1
Dor no bexiga, incontinência urinária, cistite emocional	1

Em nosso estudo, as faixas etárias com maior número de mulheres foram de 29 a 39 anos e de 51 a 72 anos. Estudo com população mista⁽⁸⁷⁾ demonstrou a faixa etária de 29 a 39 anos como recorrente para apresentação de depressão. Já, estudos com idosos, em comunidades rurais quilombolas,⁽⁸⁸⁾ e pesquisa realizada para traçar o autorretrato da depressão no Brasil,⁽⁸⁹⁾ indicam a faixa etária entre 60 e 74 anos a mais propensa a apresentar transtornos depressivos, ou seja, a depressão está presente em diversos ciclos da vida da mulher. O avanço da idade seria um preditor para a busca por tratamento médico, assim como a renda e gravidade da doença.⁽⁹⁰⁾ A depressão atingiu 4,4% da população, sendo 5,1% mulheres e 3,6% homens com idade entre 55 e 74 anos.⁽⁹¹⁾

O nível superior/técnico de escolaridade foi citado por 35% da amostra, esse dado difere de outros estudos,^(65,79,92) que apresentam a baixa escolaridade como fator de risco para desenvolvimento de depressão devido a sua associação com condições socioeconômicas desfavoráveis. O fato de estudarem mais associa-se com a necessidade de qualificação que o mercado de trabalho exige,⁽⁹³⁾ porém, o município estudado não consegue absorver a mão de obra dessas mulheres, o que é notado com o alto grau de mulheres que desempenham serviços domésticos. A divergência entre o dado obtido em nosso resultado e os comumente encontrados na literatura podem estar associados ao fato de nossa amostra tratar-se de uma amostra por conveniência. Baixa escolaridade relaciona-se com situações de vida desfavoráveis, que acompanham condições sociais impróprias, levando a um estado de desesperança,⁽⁹⁴⁾ o que gera um círculo vicioso de pouca escolaridade, pior ocupação e pior renda.

Em nossa amostra, 82% das entrevistadas afirmaram não possuir carteira assinada, mas 44% dessas disseram trabalhar fora de casa, porém, elas não têm o reconhecimento que a carteira de trabalho oferece. A maioria de nossa amostra não possui renda individual própria, o que gera dependência monetária de terceiros, o que é citado na literatura como fator para maior aparecimento de depressão em mulheres, pois o trabalho é fonte de satisfação pessoal e financeira.^(16,95) A renda domiciliar média *per capita* ⁽⁹⁶⁾ (renda por morador) para o município de Carneirinho em 2010, foi de R\$751,66, e para o estado de Minas Gerais, em 2017, foi de R\$ 1 224,00, o que coloca o município estudado abaixo do valor de renda apresentado pelo estado, o que gera menor taxa de empregabilidade, queda na chance de mobilidade social e mais situações de privações e restrições econômicas.⁽⁷⁹⁾

Pouco mais da metade da amostra (52%) se definiu como casada o que confirmado encontrado em estudo⁽¹⁶⁾ que aponta que o casamento é um fator de risco para depressão no gênero feminino, assim como em pesquisa realizada com mulheres assentadas do nordeste brasileiro,⁽⁶⁵⁾ que constata que o casamento (ou união estável) é a maior fonte de angústia para essas mulheres. Esse fato pode se relacionar com normas culturais impostas, aumento das responsabilidades (cuidados da casa, surgimento dos filhos, entre outros) aliado ao trabalho fora de casa, remunerado ou não.

Esse dado difere do encontrado em pesquisa realizada em Pelotas, ⁽⁹⁵⁾ que cita a população solteira ou separada como mais propensa a apresentar transtornos mentais comuns. O presente estudo foi realizado em um município de pequeno porte com forte característica rural. Casar é para muitas mulheres uma forma de sobrevivência, devido às poucas oportunidades de estudo e trabalho. Assim, elas podem manter-se em um relacionamento e/ou convivência ruim com seus parceiros por motivos culturais de

dependência psicológica de uma figura masculina⁽⁹⁷⁾ ou por desejarem manter padrões sociais, o que pode contribuir para continuarem em situações de violência e de desvantagem social.

O acúmulo de atividades pode ser constatado em nosso trabalho, pois 54% das participantes afirmaram não dividir o trabalho doméstico. Apesar de a diferença ser pequena em relação com as que dividem os afazeres do lar, é importante analisar esse dado, pois as entrevistadas tendem a dividir os afazeres do lar com secretárias domésticas e não com seus companheiros. Estudo comprova que pessoas envolvidas em múltiplos papéis sociais, têm contato mais frequente com estressores, o que pode gerar prejuízos ao bem-estar psicológico.⁽⁹²⁾

Relações matrimoniais, onde todos compartilham com suas responsabilidades, têm impacto positivo: a mulher não fica sobrecarregada e o homem cria maior interação com os filhos. Porém, temos que levar em consideração o fator cultural da não divisão das atividades do lar, principalmente, em regiões rurais,⁽⁹⁸⁾ como a que foi estudo nessa pesquisa.

As mães que possuem filhos dividem o cuidado desses com seus companheiros. Esse fato é positivo, pois o nascimento dos filhos passa a exigir mais tempo e dedicação da mulher que, mesmo tendo conquistado espaço no mercado de trabalho, são cobradas quanto a maternidade e afazeres domésticos, o que pode ser aliviado com a formação de redes de apoio solidário (familiares ou do serviço público).⁽⁹⁹⁾ Foi notado nesse trabalho que parcela significativa das mulheres não residem com seus filhos. Seria interessante reinterar frente aos familiares a importância da família como parte do sistema de cuidado e auxílio no tratamento dos pacientes depressivos.⁽¹⁰⁰⁾

O advento dos antidepressivos tornou a depressão uma doença passível de

tratamento, sendo de suma importância que o tratamento medicamentoso seja seguido para evitar recaídas e diminuir riscos da cronicidade da doença. Porém, a maioria dos pacientes interrompe o tratamento ou o faz de maneira inconsistente. A não adesão do paciente é uma importante barreira ao tratamento que deve ser considerada, estimulando o conhecimento sobre a doença com informações que devem ir além do esquema terapêutico.

É preciso informar ao paciente sobre o período de latência para começo da ação positiva dos antidepressivos e presença inicial de efeitos colaterais,⁽¹⁰¹⁾ que tem duração média de 3-4 semanas. Alguns pacientes podem precisar de até oito semanas para que uma resposta adequada seja perceptível, sendo que em alguns casos é necessária a mudança para um antidepressivo de mecanismo de ação diferente ou adição de novos fármacos, se a resposta inicial ao tratamento for parcial.⁽¹⁰²⁾

Estudo com população mista mostrou que 29,6% dos pacientes não aderiram ao tratamento medicamentoso para depressão, sendo as principais queixas o desconhecimento em relação aos medicamentos: dose e frequência de uso, a longa duração do tratamento, abstenção do consumo de álcool e o desencorajamento, que vem muitas vezes de familiares, de seguir o tratamento por medo de possível dependência química.⁽¹⁰³⁾

É sabido que a adesão ao tratamento medicamentoso, isto é, o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do profissional de saúde é fundamental para o sucesso terapêutico. Características individuais, a doença em si, medicamentos utilizados, interação entre paciente e serviço de saúde, são fatores que colaboram para que essa adesão não ocorra de forma satisfatória.

Dados da PNAUM (Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção Racional de Medicamentos), que avaliou fatores associados a baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas no país, avaliou a percepção em relação ao tratamento da depressão. Foi identificado que um 1/3 da população possui baixa adesão e isso relaciona-se com a baixa escolaridade, custos do medicamento, características do regime terapêutico (quantidade de medicamentos, esquema terapêutico, efeitos adversos), presença de três ou mais doenças e uso de mais de cinco medicamentos.⁽¹⁰⁰⁾ Estudo realizado em Ribeirão Preto⁽⁷⁰⁾ indicou que 27,1% das mulheres estavam em uso de psicofármacos e, dessas, 30,3% tinham prescrição de dois ou mais psicofármacos.

Os prejuízos da não adesão incluem quedas em vários níveis da vida do paciente, como baixa na qualidade de vida, baixa na atividade laboral, queda da produtividade e desperdícios de medicamentos distribuídos pelos serviços públicos. Pesquisa realizada na cidade de São Paulo⁽¹⁰⁾ apontou como causas para não adesão ao tratamento antidepressivo: dificuldades em lidar com efeitos colaterais, medo da dependência ao medicamento e perda do domínio próprio. Vale ressaltar que é possível evitar e/ou lidar de forma satisfatória com esses fatores e proporcionar sucesso ao tratamento e bem-estar ao paciente.

Os dados sobre profissional prescritor encontrados no estudo são compatíveis com a literatura,⁽¹⁰⁴⁾ onde 17,8% das mulheres afirmaram fazer tratamento com psiquiatra. Vale ressaltar que, no estudo citado, foi utilizada uma amostragem superior a conseguida em nosso trabalho. Atualmente, várias especialidades prescrevem antidepressivos como ginecologistas, reumatologistas, entre outros, porém, psiquiatras detectam melhor a depressão que os outros especialistas, mas isso não é o indicado, todos os médicos deveriam diagnosticar corretamente um quadro depressivo, sendo assim necessário,

investir em capacitação técnica. Médicos com especialização em medicina de família e comunidade, enfermeiros com especialização em saúde mental também podem ser um diferencial na qualidade das ações em saúde mental na atenção básica.⁽¹⁰⁵⁾

Não ter diagnóstico e tratamento precoce gera piora patológica do quadro depressivo. Neurologistas foram bastante procurados. Podemos supor que o preconceito e receio de ser taxada como “doente mental” pela sociedade incentivem a procura por essa especialidade.⁽⁷⁰⁾

Parcela significativa das entrevistadas respondeu que sua primeira prescrição de antidepressivas foi feita pelo médico clínico geral que, no município estudado, atende no Ambulatório Municipal, este fato pode ser explicado em função das referências em saúde mental para o município (CAPS) ficarem distantes, o que também justifica o maior uso do sistema particular para tratamento, pois os encaminhamentos têm demora média de 30 dias no CAPS Frutal - MG (195km do município do estudo) e de 30 a 60 dias no CAPS Iturama – MG (55 km do município estudado).

O fato de não ter população suficiente,⁽¹⁰⁰⁾ já que é exigência para instalação de CAPS que o município tenha mais de 20 000 habitantes,⁽⁵⁹⁾ o que torna os serviços em saúde mental menos acessíveis à população que reside nestas localidades.⁽¹⁰⁶⁾ É sabido que residir em cidades com apoio extra-hospitalar, como CAPS, é benéfico ao cuidado da pessoa com transtorno mental, pois a atenção básica não consegue dar conta de todas as necessidades de reinserção social do paciente.⁽³⁸⁾ Nos municípios com menos de 20 000 habitantes, as equipes de saúde mental podem ficar nos ambulatórios e os CAPS de cidades vizinhas devem propiciar apoio matricial.

Após a reforma psiquiátrica ocorrida no Brasil, os serviços de atenção primária à saúde são considerados o primeiro nível de cuidado da saúde mental.⁽⁷¹⁾ O município do

estudo conta com uma unidade do programa Estratégia Saúde da Família (ESF). Dessa forma, a ESF poderia favorecer o diagnóstico da depressão e seu encaminhamento para tratamento, devido as suas características de acessibilidade e cobertura,⁽¹⁰⁴⁾ pois a portaria 158/2008 recomenda que devido a magnitude dos transtornos mentais que o NASF possua ao menos um profissional de saúde mental em sua equipe.⁽¹⁰⁷⁾ É necessária a capacitação de seus profissionais, pois a triagem precoce da depressão pode ser estratégia para minimizar os impactos dos transtornos depressivos na vida de seus portadores.⁽⁸⁸⁾

Estudos sobre adesão ao tratamento antidepressivo,⁽¹⁰⁸⁾ consumo de medicamentos por idosos em Goiânia ⁽¹⁰⁹⁾ e uso de psicofármacos em Porto Alegre, ⁽⁷¹⁾ mostram que a fluoxetina é o antidepressivo mais usado, dado que corrobora o atual estudo, seguido da amitriptilina que deve-se ressaltar, possui outras indicações de uso (dor crônica). A literatura indica que a fluoxetina só seria eficaz nos dois primeiros meses de tratamento. Alguns autores atribuem isso, o fato da não adesão, que ocorre após os pacientes se sentirem melhores, porém, é necessário buscar outras explicações, considerando questões sociodemográficas, econômicas e ampliar o foco da atenção para além do olhar meramente biológico. Há evidências que pessoas com sintomas não severos de depressão não obteriam benefícios com uso de medicamentos, sendo importante considerar alternativas não farmacológicas para o tratamento e/ou associação com tratamento medicamentoso.⁽¹⁰⁾

O tratamento psicoterápico pode ser tanto individual – o que possibilita atenção personalizada as queixas do paciente, - quanto em grupo, reforçando o fortalecimento e construção de redes sociais como preditores de saúde. Ambas as abordagens são igualmente eficazes no atendimento psicológico à depressão e devem estar inseridas no conjunto de políticas em saúde mental na atenção básica.⁽⁴²⁾ Distância do local de

atendimento, baixo nível socioeconômico, idade precoce e estado civil solteiro são motivos citados na literatura para abandono da psicoterapia.⁽¹¹⁰⁾

A polimedicação ou polifarmácia, caracterizada pelo uso de mais de cinco medicamentos, não foi um dado relevante do estudo. Apenas três pacientes utilizavam mais de cinco medicações no ato da entrevista, porém, várias foram as comorbidades citadas pelas entrevistadas. Medicações de uso contínuo começam a “fazer parte da vida” do paciente e podem não ter sido citados pelas mesmas.

É importante considerar a questão da polimedicação, pois a mesma dificulta o cotidiano dos pacientes, pois tem potencial para gerar ou agravar interações medicamentosas.⁽¹⁰³⁾ O uso de mais de cinco medicamentos gera uma adesão terapêutica até 2,4 vezes mais baixa que o uso de apenas um medicamento.⁽¹¹¹⁾ O fato de doenças graves e incapacitantes, como problemas cardíacos e reumatológicos terem correlação com depressão, pode contribuir para o aumento do número de medicamentos prescritos ao paciente.⁽¹⁰⁴⁾

Resultado da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD 2008) aponta 26,2% dos pacientes, que relatam depressão auto referida, não sofrem de outra doença crônica não transmissível (DCNT) e 73,8% das pessoas com depressão são portadoras de uma ou mais DCNT.

Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013)⁽¹¹²⁾ mostraram que indivíduos depressivos são mais inativos fisicamente e mantêm poucas relações externas.⁽⁷⁹⁾ A OMS considera comportamentos de riscos para depressão a inatividade física e sedentarismo. A atividade física, como exercício ou lazer, é um fonte de promoção de saúde mental e bem-estar.

O domínio vitalidade consegue captar diferenças de bem estar e o domínio dor refere-se a dores limitativas, juntos esses escores indicam o quanto bem-estar físico e a capacidade de realização de atividades usuais são afetados pela depressão. Estudo realizado no Peru,⁽¹¹³⁾ utilizando o SF-36, indicou queda de qualidade de vida de 55% em adultos, apontando como fator psicológico mais evidente baixo nível de autoestima. O estudo⁽¹¹⁴⁾ indicou a existência de relação entre ansiedade, depressão e dor com piores escores de qualidade de vida, o que leva a crer que influências psicológicas são importantes na queixas dolorosas, podendo desencadear quadros depressivos e ansiosos, que podem ser agravados por diagnósticos de dor crônica.

O domínio estado geral de saúde mostra o conceito de auto-avaliação de sua saúde e o domínio aspectos emocionais avalia a interferência de problemas emocionais nas atividades sociais. Pacientes depressivos indicam seu estado de saúde de forma pior, apresentam queda da capacidade laboral e recorrência na busca por serviços de saúde. Revisão de literatura⁽⁴⁹⁾ indicou que a depressão aumenta os prejuízos em todos os domínios do SF-20, o que corrobora tanto os resultados do SF-36, quanto da análise de conteúdo realizados nessa pesquisa.

Estudo conduzido em Juiz de Fora⁽⁹⁴⁾ apontou que 80% das entrevistadas apresentavam transtorno do sono e 20,8% faziam uso de hipnóticos. Estudo sobre transtornos do sono em pacientes com depressão⁽¹¹⁵⁾ apontou que grande parte dos pacientes que referiu insônia e sonolência, associou antes sintomas com episódio depressivo prévio. Problemas com sono tendem a se tornar sintoma residual da depressão. Nessa pesquisa, 38% dos pacientes utilizavam antidepressivos e/ou hipnóticos indutores de sono, sendo seu uso mais comum em mulheres, adultos e de meia idade.

Oliveira⁽¹⁶⁾ em seu estudo, apontou uma maior prevalência de sintomas somáticos, alterações de peso, queixas gastrintestinais, perturbações ansiosas, fadiga e perda de energia em mulheres depressivas. O diagnóstico de depressão pode explicar muitas coisas ao paciente, por exemplo, que seu desânimo e apatia são sintomas de uma doença e não apenas uma incapacidade ou falta de vontade de reagir frente a vida.⁽³⁷⁾

A prevalência de sintomas ansiosos gira em torno de 4,5 a 12% ao longo da vida e é uma comorbidade frequentemente encontrada em pacientes depressivos.⁽¹¹⁶⁾ Pesquisa realizada em Pelotas,⁽¹¹⁷⁾ com 972 entrevistados, identificou que 57,6% das mulheres apresentavam ansiedade, 29,4% tristeza e 54,3% retraimento social. Outro estudo, conduzido no sul do Brasil, apontou que 22,97% dos usuários de um CAPS apresentavam choro e angústia como sintomas.⁽¹¹⁸⁾

São limitações desse trabalho: a não confirmação do diagnóstico de depressão, já que antidepressivos tem várias indicações; poucos estudos em municípios pequenos e que utilizam o questionário SF-36, o que dificultou a comparabilidade dos resultados.

Pôde-se constatar que a amostra apresentou idade entre 18 a 72 anos, sendo a faixa etária mais prevalente entre 29 a 39 anos e entre 51 a 61 anos, com certo grau de escolaridade, casadas, moradoras da zona urbana, inativas fisicamente, sem lazer, sem carteira de trabalho, porém trabalhando fora, em geral, realizando serviços domésticos, a maioria com filhos que não residem com as mesmas e sem renda individual. Nota-se um perfil sócio-demográfico comum ao encontrado na literatura, exceto pela questão da escolaridade mais elevada em nossa amostra.

As comorbidades mais frequentes foram hipertensão, enxaqueca e fibromialgia. Fazem uso atual e correto de antidepressivos. As que não fazem uso correto dos medicamentos alegam insatisfação com os efeitos adversos, tendo recebido a primeira prescrição do clínico geral, sem convênio de saúde. Os antidepressivos mais utilizados são Fluoxetina 20 mg e Sertralina 50 mg.

Os sintomas captados através da análise de conteúdo são condizentes e corroborados com os presentes na literatura relacionada: ansiedade, tristeza, choro, eventos estressores durante a vida, problemas no sono, sintomas psicômáticos, isolamento social e queixas dolorosas. Há uma associação clara entre depressão e piores escores de qualidade de vida. Os domínios do inventário SF-36 que apresentaram piores resultados foram vitalidade, dor, estado geral de saúde e aspectos emocionais.

Percebeu-se à existência de um vazio assistencial no município estudado, trazendo à tona a importância da atenção básica em áreas remotas do território brasileiro. Notou-se à necessidade de olhar para os determinantes sociais da depressão, pois, foi possível perceber que a medicalização não resolve por completo essa patologia, que apresenta

multiplicidade de fatores que a geram/provocam/explicam, sendo necessário investir em redes de apoio e trazer visibilidade assistencial às mulheres portadoras de depressão. Sugere-se à implantação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município, como forma de apoio às ações e ampliação das intervenções de saúde mental.

Claramente, o assunto dessa dissertação não se encerrou, apenas contextualizou o tema depressão nesse município. Há muito a ser discutido e reavaliado, afinal, quanto mais compreendermos os determinantes da depressão mais pautaremos as ações públicas nas necessidades da população local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Puc-Rio. Melancolia e depressão na história. Available at: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/8580/8580_3.PDF
2. Souza, TR, Lacerda, ALT Lacerda. Depressão ao longo da história. In: Quevedo J, Silva AG. Depressão: teoria e clínica. 1ªed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.17-28.
3. Santa Clara CJ S. Melancolia: da antiguidade à modernidade, uma breve análise histórica. Ment 2004;7: 1-11.
4. Silva PJC. Um sonho frio e seco: considerações sobre a melancolia. Rev Latinoam Psicopatol Fundam 2008;11:286-97
5. Mendes ED, Viana TC, Bara O. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. Psicol Teor e Pesqui 2014;30:423-31.
6. Gonçalves CAV, Machado AL. Depressão, o mal do século: de que século? Rev Enferm 2007;15:298-304.
7. Pereira MEC. Cullen e a introdução do termo "neurose" na medicina. Rev Latinoam Psicopatol Fundam 2010;13:128-34.
8. Pacheco, MVPC. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. Rev Latinoam Psicop Fund 2003;4:152-57.
9. Câmara FP. Observando a psiquiatria a catástrofe de Kraepelin. Rev Latinoam Psicopat Fund 2007;10:307-18.
10. Sharovsky LL, Gonçalves SCS, Vieira PR, Camargo N, Soares R, Romano BW. A Percepção do paciente sobre adesão à medicação antidepressiva. Estud Interdiscip em Psicol 2013;4:2-14.
11. Basílio N, Figueira S, Nunes JM. Percepção e diagnóstico de depressão e ansiedade pelo médico da família conforme o gênero do paciente. Rev Port Med Geral e Fam 2015;31:384-90.
12. Reis LN, Paiva B, Mercedes BPC, Míasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. Rev Eletr Enf 2013;15:862-9.
13. Marques MF, Lopes MJ. O cuidador familiar no olhar da pessoa com depressão. Rev Port Enferm Saúde Ment 2015;2:51-6.
14. Agostinho MR, Katz N. Telecondutas: depressão. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
15. Molina MRAL, Jansen K, Pinheiro RT, Silva RA, Passos MB, Souza LDM. Depressive symptoms and relationship between genders: differences in young adults in a randomized clinical trial. Paid 2017; 27:3-9.

16. Oliveira MRM. Depressão e gênero: semelhanças e diferenças. [dissertation]. Porto: Faculdade de Medicina Universidade do Porto; 2010.
17. Silva-Junior JS, Fischer FM. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. *Rev Bras Epidemiol* 2015;18:735-44.
18. Ministério da Fazenda - Secretária de Previdência. Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença previdenciários concedidos segundo os códigos da CID-10 - Janeiro a Dezembro de 2017. Brasília, DF; 2018.
19. Ministério da Saúde: Direção-Geral da Saúde. Relatório mundial da saúde saúde mental: nova percepção, nova esperança. Lisboa, Portugal: Climepsi editores; 2001.
20. Barros MBA, Lima MG, Azevedo RCS, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, Malta DC. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Rev Saúde Pública* 2017;51 Supl:1-8.
21. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health* 2013;34:119-38
22. Figueiredo ACD. Consumo e gastos com psicotrópicos no sistema único de saúde no estado de Minas Gerais: análise de 2011 a 2013. [dissertation]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2015.
23. Razzouk D. Why should brazil give priority to depression treatment in health resource allocation? *Epidemiol e Serviços Saúde* 2016; 25:845–8.
24. Leite JF, Dimenstein M, Dantas CB, Macedo JPS, Sousa AP. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária no Nordeste Brasileiro. *Av en Psicol Latinoam* 2017;35:301–16.
25. Santos, AG. Suspeição de transtornos mentais não psicóticos em mulheres e sua relação com violência por parceiro íntimo [Thesis]. Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí; 2018.
26. Almeida MMR, Kuwae AS, Quirino CMJ, Gondim LV, Silva DOF. A depressão e sua relação com o hipotireoidismo. *Rev Med Saúde Brasília* 2013;2:164–8.
27. Vilela, LHM. Relação da depressão com os eixos hipotálamo -hipófise-adrenal, hipotálamo-hipófise-tireóide e o estresse precoce [Thesis]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2014.
28. Bahls SC, Carvalho GA. A relação entre a função tireoidiana e a depressão: uma revisão The relation between thyroid function and depression: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26:41–50.
29. Borja A, Guerra G, Calil HM. O transtorno bipolar na mulher. *Rev Psiquiatr Clin.* 2005;32:110–6.
30. Rodrigues MGA, Silva LK. Sobrecarga familiar no transtorno mental grave: uma introdução. *Saúde em Debate.* 2011;35:303–14.
31. Bandeira M, Cardoso, CS, Fernandes, ML, . Resende, RA, Santos, SCAS. Competência social

- de psicóticos: validação social de habilidades específicas. *J Bras Psiquiatr* 1998;47:217–26.
32. Dwivedi Yogesh editor. *The neurobiological basis of suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press; 2012.
 33. Moreira V, Telles TCB. Experiências do estigma na depressão: um estudo transcultural. *Psico-USF* 2008;13:233–41.
 34. Ferreira KV, Melo NI. Depressão em idosos: o papel do profissional farmacêutico. *Rev Psicol Saúde em Debate*. 2018;4:44–60.
 35. Máximo, GC. Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil. [Thesis] . Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
 36. Rufine MC, Silva AA, Formiga NS, Melo GF. Perfil psicológico de gênero, qualidade de vida e depressão: proposta de um modelo causal em mulheres idosas. *Psicol Argum* 2014;32 supl:31-41
 37. Neto C, Alves F. A experiência subjetiva com a doença mental: o caso da depressão. *Sociol Probl e Práticas* 2012;70:111–29.
 38. Bessa JB, Waidman MAP. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto e Contexto Enferm* 2013;22:61–70.
 39. Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Labronici LM, Maftum MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45:442–9.
 40. Lima AFBS, Fleck MPA. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33:245–51.
 41. Barroso SM, Melo AP, Guimarães MDC. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. *Rev Bras Epidemiol* 2015;18:503-14
 42. Motta CCL, Moré CLOO, Nunes CHSS. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na atenção básica. *Cien Saude Colet* 2017;22:911-20.
 43. Assumpção GLS, Oliveira LA, Souza MFS. Depressão e suicídio: uma correlação. *Pretextos Rev Grad em Psicol da PUC Minas* 2018;3:312-33.
 44. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fís e Esporte* 2012; 26:241–50.
 45. Dawalibi, NW, Anacleto GMC, Witter C, Goulart, RMM, Aquino RC. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estud Psicol* 2013;30:393–403.
 46. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LÁ. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública* 2013;29:1774–82.
 47. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Cien Saude Colet*. 2015;20:2221–37.
 48. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de Vida e Saúde: um Debate Necessário. *Cien*

- Saúde Colet 2000;5:7–18.
49. Lima AFBS, Fleck MPA. Qualidade de Vida e Depressão: uma Revisão da Literatura. *Rev Psiquiatr* 2009;31:2-13.
 50. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciê Saúde Colet*. 2013;18:873–82.
 51. Alves EF. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. *Rev Bras Qual Vida* 2011;3:16–23.
 52. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39:143-150.
 53. Pimenta FAP, Simil FF, Torres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO, Rezende NA. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do SF-36. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54:55–60.
 54. Siqueira SMF. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos [Thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
 55. Miranda, JS; Ferreira, MLS; Corrente JE. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. *Rev Bras Enferm* 2014;67:803–9.
 56. Alencar NA, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas EHM. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2010;13:103–9.
 57. Boarini ML. A (desconhecida) Reforma psiquiátrica em municípios Aquém de Pequeno Porte. *Psicol em Ver* 2009;15:28–50.
 58. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as características das modalidades de CAPS (CAPS I, II, III, ad II e i II). Brasília (DF): Diário Oficial da União. 366 Ministério da Saúde; 2002.
 59. Costa Neto MC, Dimenstein M. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. *Temas em Psicol* 2017;25:1653–64.
 60. Luzio CA, L’Abbate S. A Atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio Portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Cien Saude Colet* 2009;14:105–16.
 61. Tavares MM. Políticas públicas e pequenos municípios: uma avaliação no estado do Paraná [dissertation]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006.
 62. Alves LA, Silva ARP. Desafios e potencialidades das pequenas cidades para o desenvolvimento no contexto de uma sociedade urbana: alguns apontamentos com base na realidade de Frutal-MG e São Gotardo-MG. *R.Ra’e Ga* 2015;35:7–37.
 63. Endlich AM, Fernandes PHC. Aumento da violência em pequenas cidades, sentimento de insegurança e controle social. *Scr Nova Rev Electrónica Geogr y Ciencias Soc* 2014;493;1-20.

64. Rodrigues ÉG. Visibilidade trans na produção científica brasileira: contextos, temas, desafios e tendências [Dissertation]. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; 2018.
65. Costa MGSG, Dimenstein MDB, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estud Psicol* 2014;19:145–54.
66. Stevens C, Oliveira SR, Zanello V, organizadores. Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas. Florianópolis: Editora Mulheres; 2014.
67. Windmöller N, Zanello V. Depressão e masculinidades: uma revisão sistemática da literatura em periódicos brasileiros. *Psicol em Estud* 2016;21:437–49.
68. Dantas GCS. Depressão e gênero: análise da produção bibliográfica brasileira e das vivências de mulheres do Distrito Federal. [Dissertation]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2016.
69. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz, FA. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. *Rev Esc Enferm USP* 2017; 51:1-8.
70. Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano Brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 2015;38:195–201.
71. Rocha BS, Werlang MC. Psicofármacos na estratégia saúde da família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciênc e Saúde Colet* 2013;18:3291–300.
72. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad Saúde Publica* 2014; 30:1875–83.
73. Daandels N, Arboit ÉL, Van Der Sand ICP. Produção de enfermagem sobre depressão pós-parto nursing production on post-partum depression producción de enfermería acerca de la depresión posparto. *Cogitare Enferm* 2013;18:782–8.
74. Airoso S, Silva I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stress e suporte social na maternidade. *Psicol Saúde e Doenças* 2013;14:64–77.
75. Loosli L, Pizeta FA, Loureiro SR. Escolares que convivem com a depressão materna recorrente: diferenças entre os sexos. *Psicol Teor e Pesqui.* 2016;32:1–10.
76. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, Silva AAM, Ribeiro MRC. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad Saúde Publica* 2017;33:1-16.
77. Renner AM. Eficácia do treinamento de reconhecimento de emoções na qualidade da interação mãe-Bebê em mulheres com depressão pós-parto. [Dissertation]. Porto Alegre: Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2018.
78. Miguel MF, Ramos CO, Siqueira SMC, Bispo CF. Assistência do enfermeiro a mulheres com indícios de depressão pós-parto. *Rev Saúde.com.* 2017;13:1088–94.

79. Dantas GCS, Loyola VMZ. Depressão, mulheres e gênero: análise da produção brasileira. In: 13º Seminário Internacional Fazendo Gênero: transformações, conexões e deslocamentos. Florianópolis (SC): UFSC;2017:1-9.
80. Barata RB. Relações de gênero e saúde desigualdade ou discriminação?. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. Temas em Saúde.
81. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 7º ed. São Paulo: Atlas; 2016.
82. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
83. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23ªed. São Paulo: Cortez; 2007.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 5881/73 Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União - Seção 1 - 19/12/1973, Página 13049 (Publicação Original), Lei 5991 Ministério da Saúde; 1973. Available at: http://www.cff.org.br/Legislação/Leis/lei_5991_73.html
85. Oliveira NVBV, Szabo I, Bastos LL, Paiva SP. Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil: perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho em farmácias e drogarias privadas. Saúde e Soc 2017;26:1105–21.
86. Farina SS, Romano-Lieber NS. Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: Existe um processo de mudança?. Saude e Soc 2009;18:7–18.
87. Justo LP, Calil HM. Depressão - O mesmo acometimento para homens e mulheres? Rev Psiq Clín 2006;33:74–9.
88. Barroso SM, Melo APS, Guimarães MDC. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. Rev Panam Salud Publica. 2014;35:256–63.
89. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2015;18 supl 2:170-180.
90. Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani IS, Andrade LH. São Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. Rev Bras Psiquiatr 2009;31:375–86.
91. Organização Mundial de Saúde. Depression and other common mental disorders global health estimates. Geneva: Switzerland; 2017.
92. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR da, Monteiro JC dos S, Gomes-Sponholz FA, et al. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. Rev da Esc Enferm da USP 2017;51:1-8.
93. Lopes MN, Dellazzana-Zanon LL, Boeckel MG. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. Temas em Psicol. 2014;22:917-928.

94. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela estratégia de saúde da família. *J Bras Psiquiatr* 2018;67:101–9.
95. Munhoz TN. Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional. [Dissertation]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2012.
96. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Renda média domiciliar per capita no ano de 2010, microrregião de Frutal, município de Carneirinho – MG. Brasil. Carneirinho (MG): IBGE;2010.
97. Yuasa CS. A depressão feminina no discurso de mulheres. [Dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
98. Possatti IC, Dias MR. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Psicol Reflexão e Crítica* 2002;15:293–301.
99. Albrecht MS, Lisboa TK. Decifrando a divisão do trabalho doméstico nas unidades familiares do balneário ingleses: cotidiano e relações de gênero. *Rev Grif* 2011;30/31:103-26.
100. Duarte LGMF; Ferreira Neto JL. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. *Pesqui e práticas psicossociais* 2016;11:473-88.
101. Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. *Cien Saude Colet* 2007;12 supl:1831–40.
102. Brunton LL; Chabner BA, Knollomamn BC. As bases farmacológicas da terapêutica. 12º ed. Rio de Janeiro; 2012. 2112 p.
103. Ibanez G, Mercedes BPC, Vedana KGG, Miasso AI. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Rev Bras Enferm* 2014;67(4):556–62.
104. Vidal CEL, Yañez BFP, Chaves CVS, Yañez CFP, Michalaros IA, Almeida LAS. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. *Cad Saúde Coletiva* 2013;21:457–64.
105. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface Commun Heal Educ.* 2015;19:21-32.
106. Costa TS. Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela estratégia saúde da família em um município de pequeno porte no Nordeste Brasileiro. [Thesis]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015.
107. Neponuceno LHS. Assistência à saúde mental na atenção básica em municípios de pequeno porte 1: um “terreno” a cultivar [Dissertation]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2012.
108. Mercedes BPC. Adesão ao tratamento medicamentoso em pessoas com depressão unipolar. [Dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013.

109. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47:94–103.
110. Benetti SPC, Cunha TRS. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arq Bras Psicol* 2008;60:48–59.
111. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Orig Rev Saúde Pública*. 2016;50 supl:1-11.
112. Barros MBA, Lima MG, Azevedo RCS, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, et al. Depression and health behaviors in Brazilian adults – PNS 2013. *Rev Saude Publica* 2017;51suppl 1:1-8.
113. Condori JVV. Factores psicologicos y sociales relacionados a la calidad de vida del adulto mayor, centro de salud cono sur I-4. [Thesis]. Puno (Perú): Universidad Nacional Del Altiplano; 2018.
114. Siebra MMR, Vasconcelos TB. Quality of life and mood state of chronic pain patients. *Rev Dor* 2017;18:43–6.
115. Chellappa SL, Araújo JF. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33:233–8.
116. Zuardi AW. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. *Supl Tem: Psiq I*. 2017;50:51–5.
117. Rombaldi AJ, Silva MC, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:620–9.
118. Castro ALFM, Colet CF. Perfil socioeconômico e características da depressão de usuários do centro de atenção psicossocial (Caps) de Panambi/RS. *Rev Context e Saúde*. 2011;10:401–8.

*APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título do estudo: Percepções de qualidade de vida em usuárias de antidepressivos.**

Você está sendo convidada a participar do estudo científico: “Percepções de qualidade de vida em usuárias de antidepressivos”, porque você é mulher, tem 18 anos ou mais, faz uso de antidepressivos e mora em Carneirinho/MG ou em um de seus distritos, sua participação poderá aumentar o conhecimento a respeito da qualidade de vida e uso de antidepressivos em mulheres que moram em nosso município. Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

É um estudo para conhecer a percepção de qualidade de vida em mulheres que fazem uso de antidepressivos e moram em cidade de pequeno porte.

O objetivo desse estudo é conhecer perfil sócio-demográfico, de acesso aos serviços de saúde, fonte de prescrições e percepção de qualidade de vida utilizando dois questionários para essa avaliação (questionário sociodemográfico e de perfil de paciente e instrumento SF-36).

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado por meio de telefonema, mensagem de texto ou pessoalmente.

O estudo será realizado da seguinte maneira: você irá responder a dois questionários semiestruturados: um para coletar dados sociodemográficos e outro para conhecer a percepção de qualidade de vida sob o seu ponto de vista.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: você poderá ficar envergonhada de responder a algumas questões ou poderá sentir-se cansada ao responder, pois os questionários contêm muitas questões. É possível que você não receba o benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para fazer uma aproximação e aumentar o conhecimento sobre o uso de antidepressivos em mulheres em nosso município.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo. Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeadas por mim, que sou responsável por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar a pesquisadora responsável farmacêutica: Milena Idelécia Ferreira pelo e-mail milenaiferreira85@hotmail.com ou pelo telefone: (34) 99964 8705.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br, no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Milena Idelécia Ferreira

(Pesquisadora)

Prof. Dr. José Paulo Cipullo

(Orientador)

Participante da pesquisa ou responsável

RG: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto Questionário nº _____
Questionário para conhecimento sócio-demográfico, perfil da paciente e fonte de prescrições de usuárias de antidepressivos no município de Carneirinho – MG.

I. Questionário para conhecimento sócio-demográfico das usuárias de antidepressivos no município de Carneirinho - MG

1. Data do nascimento: ___/___/____ (____ anos)

2. Qual sua escolaridade?

analfabeta 1º grau incompleto 1º grau completo

2º grau 2º grau completo curso superior/técnico/tecnólogo incompleto

curso superior completo/técnico/tecnólogo completo especialização

3. Qual sua ocupação/profissão?

3.1. Tem carteira assinada? sim não

3.2. Trabalha fora? sim não

3.3. Qual seu salário?

até 1 salário mínimo entre 1 e 2 salários mínimos entre 3 e 4 salários

acima de 5 salários trabalho fora, mas não possuo salário

3.4. Possui alguma fonte de renda individual? (No caso de não ter salário)

Recebe benefício social (por exemplo, Bolsa Família) Aposentadoria

Pensão Não possui nenhuma fonte de renda

Recebe ajuda de alguém. Quem?

3.5. Divide o trabalho/cuidado da casa com alguém? sim não

3.6. Com quem divide o trabalho/cuidado da casa?

4. Qual seu estado civil?

casada divorciada/separada viúva solteira união estável

4.4. Relaciona-se com: homem mulher

5. Você possui religião? Se evangélica, especificar qual.

6. Onde você mora? Pertencente a qual área do município (sede ou distritos)?

zona urbana zona rural

7. Qual a renda da sua família?

até 1 salário mínimo entre 1 e 2 salários entre 3 e 4 salários acima de 5 salários

8. Qual a cor da sua pele? branca amarela parda negra não sei

9. Qual o número de moradores na sua casa? (somando-se a participante)

9.1. Com quem reside?

9.2. Possui filhos? sim não

9.3. Quantidade de filhos? _____

9.4. Divide o cuidado dos filhos com alguém? sim não não moram comigo

9.5. Com quem divide o cuidado dos filhos?

9.6. Sua casa é: própria alugada casa de fundo

9.7. Quantos cômodos a casa possui?

10. Qual sua naturalidade (onde você nasceu: cidade e estado)?

10.1. Há quanto tempo reside em Carneirinho - MG? (meses ou anos)

10.2. Sua residência no município é: permanente somente na safra sucroalcooleira
 II. *Questionário para conhecimento das fontes de prescrições das usuárias de antidepressivos no município de Carneirinho – MG.*

1. Por qual motivo começou a usar antidepressivos? O que você sentia: sintomas, sentimentos?

2. Qual profissional te receitou antidepressivo pela primeira vez?

psiquiatra ginecologista clínico geral (médico do “postinho”)

médico do PSF cardiologista neurologista

endocrinologista outro. Qual?

3. Você considera que faz o uso correto de seu(s) antidepressivo(s)?

Sim, eu tomo corretamente meu(s) antidepressivo(s) Não, o valor do remédio é muito alto (caro)

Não, pois me sinto mal quando tomo o remédio Não, pois acho que não resolve meu problema

Não, eu esqueço de tomar Não, eu não sei como usar

4. O médico que fez seu diagnóstico e receitou antidepressivo pela primeira vez, era:

particular do SUS convênio

5. Há quanto tempo usa antidepressivo?

6. Você faz acompanhamento regular com médico para avaliar seu tratamento (pelo menos a cada três meses passa por consulta para avaliar seu tratamento)?

Não

Sim. Qual a especialidade?

psiquiatra ginecologista clínico geral

médico do PSF cardiologista neurologista

7. Faz algum tratamento complementar ao medicamentoso? sim não

8. Qual tipo de tratamento complementar? Ex.: terapia, dança.

9. Faz uso de alguma outra medicação de forma contínua: (poderá responder mais de uma alternativa)

nenhum anti-hipertensivo (para pressão)

hipoglicemiante (para diabetes) analgésico (para dor)

anti-inflamatório (para inflamação) relaxante muscular

hipnótico (para dormir) anticoncepcional

()outro. Qual?

10. Qual meio de transporte você utiliza para realizar seu tratamento psiquiátrico?

() a pé () carro próprio

() ônibus escolar (carona) () veículos do departamento de saúde

() ônibus particular

III. Questionário para conhecimento do perfil de saúde das usuárias de antidepressivos no município de Carneirinho – MG.

1. Possui convênio de saúde particular? () sim () não

2. Pratica atividade física? () sim () não

2.1. Qual atividade física e com qual regularidade? (número de vezes na semana)

(___ vezes por semana)

3. Você considera que possui lazer (divertimento)? () sim () não

3.1. Qual seu lazer?

4. Fuma? () sim () não

4.1. Consome quantos cigarros por dia?

5. Consome bebida alcoólica? ()sim ()não

5.1. Qual regularidade do consumo de álcool? (número de vezes na semana)

6. Faz uso de droga ilícita? () sim () não

7. Já sofreu aborto? () sim () não

8. Já foi vítima de violência? () sim () não

8.1. Qual tipo de violência?

9. Possui alguma doença de base? (exemplo: hipertensão, diabetes, câncer, reumatismo)

ANEXO A- VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

Inventário de Qualidade de Vida SF-36
Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão	1	2	3	4	5	6

deprimido que nada pode anima-lo?						
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B - CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE

VIDA SF-36

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	

09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor.
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de **8 domínios** que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de **raw scale** porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

1. Capacidade funcional
2. Limitação por aspectos físicos
3. Dor
4. Estado geral de saúde
5. Vitalidade
6. Aspectos sociais
7. Aspectos emocionais
8. Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20

Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO C - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESSÃO CONFORME DSM-5

Presença de pelo menos cinco entre os nove critérios. Sintomas devem persistir por pelo menos duas semanas e um deles deve ser obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse/prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex. sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso) (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).
2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo, mudança de mais de 5% do peso corporal em menos de um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: em crianças, considerar o insucesso em obter o peso esperado).
4. Insônia ou hipersonia quase diária.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria (2014).

*ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
COM SERES HUMANOS*



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

Parecer nº 2.084.133

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa **CMAE 68753017.1.0000.5415** sob a responsabilidade de **Milena Idelecia Ferrelra** com o título "Percepção sobre Qualidade de Vida em Mulheres Usuárias de Antidepressivos em um Município de Pequeno Porte" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 26 de maio de 2017.


Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho
Coordenador do CEP/FAMERP


30/06/17

Fone: (13) 3201-5710
e-mail: cep@famerp.br
Av. Brigadeiro Faria Lima 610 | Vila das Flores
13066-000 | São José do Rio Preto-SP
www.famerp.br/cep