

PERFIL SOCIOECONÔMICO E CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE PANAMBI/RS

Ana Luiza Ferreira Meinen de Castro¹
Christiane de Fátima Colel²

RESUMO

Contexto: Dentre os transtornos mentais que merecem atenção no âmbito da saúde pública, destaca-se a depressão. **Objetivos:** Verificar o perfil socioeconômico e características da depressão em usuários com este diagnóstico atendidos no CAPS de Panambi/RS. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal no CAPS do município de Panambi/RS. Fizeram parte da amostra usuários com diagnóstico de transtorno depressivo, segundo os critérios da CID 10. Os dados foram obtidos mediante acesso aos prontuários dos pacientes e coletados nos meses de julho e agosto de 2010. **Resultados:** A amostra foi de 113 usuários, com predomínio de mulheres (70,8%), casadas (59,3%), de baixa renda (37,17%), dos 51-60 anos, sem vínculo empregatício (57,52%) e com baixo nível de escolaridade. Os traumas sofridos mais verificados foram: a dificuldade de aceitar a morte de ente querido (19,66%), problemas relacionados com drogas ou álcool (15,25%) e problemas conjugais (14,24%). Entre os sintomas que mais foram verificados foram: humor deprimido, choro e angústia, com 22,97%. **Conclusões:** O perfil socioeconômico encontrado nestes pacientes condiz com a literatura.

Palavras-chave: CAPS, depressão, antidepressivos, perfil socioeconômico.

SOCIOECONOMIC PROFILE AND CHARACTERISTICS OF THE DEPRESSION TO PATIENTS TREATED IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTER (PCC) IN PANAMBI/RS

ABSTRACT

Background: Among the disturbances that worthy attention in the ambit of public health, it is emphasized the depression. **Objectives:** Checking the socioeconomic and pharmacological profile of the patients with depression diagnosis seen at Psychosocial Care Centers (PCC)/ Panambi. **Methods:** A transversal study has been done at PCC/Panambi. The PCC' patients with depressive disturbances took part of the research, according the CID10's criterion, the data were gotten through of an access in the files of the patients which were collected during the period from July to August, in 2010. **Results:** The research was done based on 113 patients, mostly women (70.8%), married (59.3%), with a low level of education (62.4% unfinished elementary school), from 51 to 60 years of age, without a regular job (57.52%), and 37,17% earn a minimum salary. The trauma suffered most were checked: difficulty of accepting the death (19.66%), problems with drugs or alcohol (15.25%) and marital problems (14.24%). Among the more symptoms that were evaluated were: depressed mood, tearfulness and distress, with 22.97%. **Discussion:** The socioeconomic profile found in these patients match with the theoretical data.

Keywords: PCC, depression, socioeconomic profile.

¹ Farmacêutica, Graduada em Farmácia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. aluiza_pbi@yahoo.com.br

² Mestre, Professora do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. chriscolet@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades públicas, que funcionam como dispositivos articuladores na rede de serviços de saúde, necessitando permanentemente de outras redes sociais, para atender às demandas de inclusão de usuários com transtornos mentais (BRASIL, 2010). A Reforma Psiquiátrica representou um grande avanço na área da Saúde Mental no Brasil, sendo que a criação dos CAPS, por meio da Portaria nº 224 de 1992, contribuiu consideravelmente para sua efetivação. O acesso gratuito aos psicofármacos também foi facilitado aos usuários com a implantação destes centros (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

Os CAPS contam com uma equipe multidisciplinar de saúde, em decorrência da complexidade dos serviços prestados por estas instituições. Atendendo pacientes que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo a inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2010).

Dentre os transtornos mentais que merecem atenção no âmbito da saúde pública, está a depressão (PUSSETI, 2009). Ela se tornou uma das doenças mais prevalentes no mundo atual, sendo que 13 a 20% da população apresenta algum sintoma depressivo (WANNMACHER, 2004).

Os sintomas da depressão são divididos em: a) vida vegetativa (alteração no apetite, peso corporal, aumento ou diminuição, alteração no sono, diminuição no desejo sexual); b) cognitivos (déficit de atenção, alteração na memória, dificuldade de aprendizado, pensamentos pessimistas); c) comportamentais (anedonia ou perda de satisfação em atividades prazerosas, demora excessiva nas decisões, idéias de suicídio, uso de drogas para driblar os sintomas da depressão, baixa auto-estima); d) somáticos (sintomas físicos, como dores, fadiga, dificuldade de digestão dos alimentos e tensão muscular) (RECHE, 2004).

Os fatores correlacionados com a depressão não estão bem esclarecidos, entre alguns dos estudados, cita-se: os genéticos, ambientais e biológicos. Estudos têm demonstrado que há uma relação en-

tre a depressão e os fatores genéticos, no entanto, não de maneira conclusiva. Os fatores ambientais são extremamente relevantes, podendo influenciar na melhora ou na piora da depressão. Quanto aos fatores biológicos é importante ressaltar a ação dos neurotransmissores, pois a depressão envolve alteração nestes agentes (RECHE, 2004).

Os neurotransmissores que parecem estar envolvidos no mecanismo da depressão são: a noradrenalina (NA), a serotonina (5HT) e a dopamina (DA) (CORDEIRO, 2002). A deficiência destas aminas biogênicas (especialmente a NA e 5HT), que fornecem as sensações de conforto, prazer e bem estar, parecem apresentar correlação com a fisiopatologia dos transtornos de humor (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2003).

É importante destacar que a depressão também pode se apresentar de diferentes formas. Neste contexto a depressão classifica-se quanto à intensidade e ao predomínio dos sintomas. Quanto à intensidade, a depressão pode ser subdividida em: leve, moderada e grave, tendo por finalidade quantificar a gravidade da doença e o nível de comprometimento do indivíduo acometido. E quanto ao predomínio de sintomas a depressão pode se classificar em: depressão maior, atípica, ansiosa, psicótica, distimia e transtorno bipolar do humor (RECHE, 2004).

O objetivo do presente estudo é verificar o perfil socioeconômico de usuários com diagnóstico de depressão atendidos no CAPS de Panambi/RS e as características deste distúrbio.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado no CAPS do município de Panambi. Este local atende a 208 pacientes, com diversos diagnósticos de transtornos mentais graves e persistentes, dentre estes a depressão. Os pacientes chegam ao CAPS, encaminhados pelos médicos que atendem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que devido a complexidade da situação clínica apresentada por estes pacientes, os encaminha para um atendimento especializado. O atendimento é realizado de forma:

intensiva (para aqueles que necessitam de acompanhamento diário); semi-intensiva (destinado para aqueles que necessitam de um acompanhamento freqüente, mas não diário) e não intensiva (com freqüência menor de atendimento).

O município de Panambi possui 38.794 habitantes, segundo dados do IBGE (IBGE, 2010), sendo o CAPS incluso na categoria I, para municípios cuja população está entre 20.000 a 70.000 habitantes.

Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes atendidos nesta unidade de saúde, no período de julho a agosto de 2010. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário estruturado que abordava aspectos específicos sobre as variáveis socioeconômicas.

A amostra deste estudo foi composta de todos os pacientes com diagnóstico de depressão atendidos no CAPS. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: serem usuários do CAPS e ter o diagnóstico de depressão, feito pelo clínico e/ou psiquiatra, conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID 10. Foram excluídos os que tinham seus prontuários preenchidos inadequadamente, com falta de informações relevantes para o presente estudo.

A análise estatística foi do tipo descritiva, com média, freqüência e desvio padrão.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), sob parecer substanciado 174/2010.

RESULTADOS

O número de pacientes com diagnóstico de depressão atendidos no CAPS Panambi/RS era de 129 pacientes, sendo que destes foram excluídos 16, pela ausência de informações relevantes para este estudo. Assim, a amostra foi de 113 usuários.

As variáveis socioeconômicas dos pacientes atendidos no CAPS de Panambi estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características socioeconômicas da amostra. Panambi/RS, 2010. (n=113)

VARIÁVEIS	Frequência	%
Sexo		
Masculino	33	29,2
Feminino	80	70,8
Idade		
11 – 20 anos	2	1,77%
21 – 30 anos	14	12,39%
31 – 40 anos	18	15,93%
41 – 50 anos	28	24,78%
51 – 60 anos	33	29,20%
61 – 70 anos	10	8,85%
71 – 80 anos	8	7,08%
Estado Civil		
Casados	67	59,3
Solteiros	11	9,73
Divorciados	20	17,7
Viúvos	5	8,85
U. Estável	10	4,42
Grau de Instrução		
Analfabetos	3	2,65
Fundamental Completo	5	4,42
Fundamental Incompleto	71	62,84
Médio Completo	22	19,47
Médio Incompleto	8	7,08
Superior Incompleto	4	3,54
Empregado		
Sim	48	42,48
Não	65	57,52
Renda		
< 1 salário	14	12,39
1 salário	42	37,17
2 salários	24	21,24
3 salários	9	7,96
4 salário	11	9,73
> 4 salários	3	2,66
Não declarada	10	8,85

Dos usuários estudados houve um predomínio de mulheres, com 70,80%. Quanto ao estado civil, 59,30% dos usuários eram casados. Quanto à escolaridade, a maioria, 62,40%, apresentava ensino fundamental incompleto. A faixa etária dos 51 anos aos 60 anos foi a mais prevalente neste estudo, com idade média da amostra de 48,04 anos ($\pm 13,81$). A grande maioria (57,52%) não apresenta vínculo empregatício, e 37,17% ganha um salário mínimo por mês (Tabela 1).

Dentre os tipos de depressão que foram diagnosticados, o episódio depressivo não especificado (F. 32.9 conforme o CID –10) apresentou a maior porcentagem (22,12%) do total dos pacientes com transtorno depressivo, seguido pelos casos de episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, que acometeu 19 pacientes da amostra, e da depressão leve (10,62%). Os dados encontram-se expressos na Tabela 2.

Tabela 2. Classificação do tipo de depressão conforme o CID 10. Panambi/RS, 2010. (n=113)

CID	Descrição do Tipo de Depressão	Frequência	%
F. 32.9	Ep.dep. não especificado	25	22,12
F. 32.2	Ep.dep. grave sem sint. psic.	19	16,81
F. 32.0	Ep.dep. leve	12	10,62
F. 41.2	Tr. misto de ansiedade e depressão	9	7,97
F. 33.9	Tr. Dep. recorrente, não especificado	9	7,97
F. 31.2	T.a.b., ep. atual maníaco com sint. psic.	6	5,30
F. 31.5	T.a.b., ep. atual dep.grave com sint. psic.	6	5,30
F. 32.3	Ep. dep.grave com sint. Psic.	6	5,30
F. 31.7	T.a.b., em remissão	4	3,54
F. 31.9	T.a.b	4	3,54
F. 32.1	Ep. dep. Moderado	4	3,54
OUTROS		9	7,99

Legenda: Ep=episódio; dep=depressivo; Tr=transtorno; Sint=sintomas; psic=psicóticos; T.a.b= transtorno afetivo bipolar.

Foram investigados os traumas sofridos pela amostra que pudessem estar relacionadas ao quadro clínico da depressão. Os traumas mais verificados foram: a dificuldade de aceitar a morte de ente querido (19,66%), problemas relacionados com drogas ou álcool (15,25%) e problemas conjugais (14,24%). Verifica-se que cinco pacientes sofreram abuso sexual na infância (Tabela 3). A média de traumas encontrados foi de 2,61 ($\pm 1,29$) sintomas por paciente.

Tabela 3. Traumas sofridos pelos usuários com diagnóstico de depressão do CAPS de Panambi/RS, 2010. (n=113)

Traumas	Frequência	%
Dificuldade em aceitar a morte	58	19,66
Problemas com drogas/álcool	45	15,25
Problemas conjugais	42	14,24
Problemas familiares	38	12,88
Doença em familiar	35	11,84
Crise Financeira	14	4,74
Agressão física	13	4,41
Cirurgia	5	1,7
Abuso Sexual	5	1,7
Frustração em relacionamento passado	4	1,36
Mudança brusca de vida	3	1,02
Parto	3	1,02
Infância difícil	3	1,02
Abortos	3	1,02
Outros	24	8,14
TOTAL	295	100

Foram encontrados diferentes sintomas associados ao transtorno depressivo, relatados pelos usuários antes de iniciar o tratamento. Entre os sintomas mais descritos estão: humor deprimido, choro e angústia com 22,97%; irritação, agressividade e agitação, com 11,43%; e dificuldades com o sono (insônia e pesadelos), com 6,16% (Tabela 4). Pode-se observar que 31 (27,43%) dos pacientes têm pensamentos suicidas, enquanto que 17,70% da amostra já tentaram suicidar-se.

Das comorbidades associadas à depressão a hipertensão arterial foi a mais evidenciada com 32,93%, das 82 doenças descritas nos prontuários dos pacientes atendidos no CAPS.

Tabela 4. Sintomas da depressão descritos pelos pacientes e evolução após iniciado o tratamento no CAPS de Panambi/RS, 2010. (n=113)

SINTOMAS	
Antes do Tratamento	%
Humor deprimido/Choro/Angústia/	22,97
Irritação/Agressividade/Agitação	11,43
Dificuldades com o sono (insônia, pesadelos)	6,16
Ansiedade, nervosismo	5,07
Alucinações auditivas/Visuais	3,18
Esquecimento	3,08
Isolamento	2,88
Dores generalizadas	2,68
Cansaço e fraqueza	2,68
Medo	2,58

Cefaléia	2,19
Desinteresse/Desmotivação	1,99
Sensação de morte, pensamentos negativos	1,89
Varição de humor	1,49
Tontura e desmaios	1,49
Baixa-estima	1,49
Perda do apetite	1,49
Outros	25,26
Depois do tratamento	
Melhora	59,30
Pouca melhora	30,08
Sem melhora	7,96
Piora	-
Não consta	2,66

Quanto à evolução do estado do paciente após o início do seu acompanhamento no CAPS, conforme avaliação dos relatos e observações contidas nos prontuários, mostrada na Tabela 4, percebeu-se que 59,30% dos usuários apresentaram melhora do quadro clínico, enquanto 30,08% tiveram poucas melhoras, 7,96% não apresentaram melhoras, e nenhum apresentou piora no seu estado.

DISCUSSÃO

Observando as variáveis sociodemográficas dos usuários com depressão do CAPS de Panambi, podemos identificar que a maioria são mulheres de meia idade, casadas, com baixo nível educacional, renda de um salário mínimo, sem vínculo empregatício. Martin et al (2007) em seu estudo também comprovaram que as mulheres, residentes da periferia de São Paulo, apresentavam maior risco de depressão. Para Andrade et al (1999) as mulheres têm duas vezes mais chance que os homens de apresentar algum transtorno ansioso ou depressivo ao longo da vida.

Gazalle et al (2004) esclarece que esta alta prevalência de depressão nas mulheres deve-se ao fato de que estas procuram assiduamente os serviços de saúde. Os homens muitas vezes escondem seus sintomas, não buscando o tratamento e se automedicando, desta forma mascarando a real prevalência entre homens e mulheres quanto ao predomínio da depressão (HEGADOREN, 2009).

Silva & Sá (2006) ainda sugerem que os esteróides sexuais influenciam no humor e na cognição, e afirmam que existem evidências de que haja diferenças marcantes dessas ações entre homens e mulheres. Essas diferenças podem ser causadas pelas alterações hormonais, que tornam as mulheres mais vulneráveis (especialmente no parto e menopausa) ao acometimento da depressão (JUSTO; CALIL, 2006). Yukizaki et al (2007) fortalecem tal teoria, quando avaliaram mulheres acometidas por endometriose, que ao fazer tratamento com supressor hormonal, apresentavam sintomas depressivos.

Verificamos que a população mais acometida está na faixa dos 51 aos 60 anos. Este resultado está de acordo com o estudo realizado por Chellappa e Araújo (CHELLAPPA; ARAUJO, 2006a). Estes autores observaram na amostra de 70 pacientes com o diagnóstico de depressão, atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Onofre Lopes, em Natal, o predomínio de mulheres (44 pacientes) de meia-idade.

Em nosso estudo verificou-se que um predomínio da amostra não apresentava vínculo empregatício. Segundo Gazalle et al (2004) tanto a ausência de trabalho quanto o excesso podem levar à depressão, o autor demonstrou em seu estudo que a prevalência dos sintomas depressivos em idosos residentes no Sul do Brasil, foi exacerbada naqueles que não apresentavam trabalho remunerado.

Dos pacientes depressivos avaliados neste estudo percebeu-se que 59,30% eram casados, o que não coincide com os estudos de Gazalle et al (2004) e Ramos (2007), que relatavam que os indivíduos sem companheiro ou que não moravam com cônjuge eram os mais acometidos pelos sintomas depressivos.

Com relação ao grau de instrução nosso estudo coincide como o de Oliveira e Freitas (2008), em análise do perfil socioeconômico de 40 pacientes atendidos no CAPS de Queixeramobim/Ceará, que observaram que 55% dos pacientes apresentavam apenas o ensino fundamental, enquanto a nossa pesquisa que avaliou apenas os pacientes depressivos, verificou que 62,84%, tinham este mesmo nível de escolaridade. Além disso, Chellappa e Araújo (2006a)

também identificaram um nível de escolaridade baixo (ensino fundamental) entre os pacientes com sintomas depressivos que constituíram a sua amostra.

Muitas doenças e transtornos (como a alteração na tireóide, disfunção adrenal, mononucleose em adolescentes, pneumonia viral em idosos, doença de Parkinson e Alzheimer), podem produzir os sintomas depressivos. Logo, a falta de obtenção de um bom histórico da vida do paciente pode levar a erros de diagnóstico (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2003).

No presente estudo observou-se que 25 pacientes (22,12%), foram diagnosticados com o CID F32.9 (segundo a classificação CID-10), episódio depressivo não especificado, possivelmente pela dificuldade existente no diagnóstico do tipo de transtorno depressivo que está sendo manifestado pelo paciente. Em segundo lugar, estão os classificados como depressivos graves sem sintomas psicóticos, seguido pela depressão leve.

A hipertensão parece ser uma das comorbidades mais associadas a depressão (AMARAL et al, 2007), apresentando uma prevalência de 32,93% em nosso estudo. Amaral et al (2007) encontraram alta prevalência de transtorno depressivo, em pacientes hipertensos, além de dados consistentes quanto a maior nível de pressão arterial diastólica, colesterolemia e menor realização de atividade física, neste grupo de indivíduos. Chellappa e Araújo (2006a) verificaram que 30% dos pacientes depressivos apresentavam hipertensão.

Dentre os traumas que mais foram evidenciados neste estudo está o falecimento de ente querido, segundo Mendlowicz (n.a) em sua análise sobre traumas e depressão, afirma que uma perda traumática pode provocar dificuldades psíquicas muito variadas, como a depressão. Sendo necessário um trabalho de luto que muitas vezes não é bem sucedido, podendo resultar na psicose alucinatória.

E ainda, encontrou-se, na presente pesquisa, cinco mulheres que sofreram abuso sexual quando crianças. Conforme Weiss et al (1999), o abuso sexual na infância, se constitui em um fator estressor que pode predispor ao aparecimento de depressão em adultos.

Adeodato et al (2005) observou, em seu estudo sobre depressão em mulheres vítimas da violência doméstica, que prestaram queixa na Delegacia da Mulher do Ceará, que 70% dos parceiros, antes das agressões, ingeriam álcool e 11% consumiam drogas ilícitas. Cerca de 72% das mulheres vítimas de seus parceiros, apresentaram algum grau de depressão, havendo uma correlação direta entre pensamento de suicídio nestas mulheres, com ter sofrido agressão verbal, física e sexual. Também em nosso estudo foi observado uma correlação entre problemas com drogas/álcool (15,25%) e problemas conjugais (14,24%), como mostrados na Tabela 3. Observou-se que os problemas com drogas, lícitas ou ilícitas, pode gerar as dificuldades conjugais, que podem contribuir para o elevado número de pacientes que tem pensamentos suicidas (27,43%).

Bernardes et al (2010) em seu estudo retrospectivo descritivo sobre tentativas de suicídio nos anos de 1997 a 2007, registrados no Centro de Controle de Intoxicações (CCI) da Cidade de Londrina, Paraná, encontraram alta prevalência de mulheres, na faixa etária dos 20-25 anos, empregadas, que utilizaram principalmente ansiolíticos (25,50%) e antidepressivos (17%), nas tentativas de suicídio.

Chellappa e Araújo (2006b) em estudo realizado no ambulatório de Psiquiatria do Hospital Onofre Lopes, no período de abril a julho de 2005, perceberam a presença de pesadelos (que se caracteriza em um sintoma da depressão), em 60% dos pacientes com depressão. Concluíram que a sensação de fracasso e a idealização suicida foram maiores nos pacientes com depressão que sofriam de pesadelos, sugerindo deste modo, que há um maior risco de suicídio em pacientes que tem pesadelos. No nosso trabalho, as dificuldades com o sono (pesadelos e insônia) representaram 6,16%, valor pouco representativo, mas de interesse, uma vez que Chellappa e Araújo (2006b) correlacionam os pesadelos com a ideação suicida, sendo que este último, nesta pesquisa, foi constatado em 31 usuários (27,43%).

Deve-se considerar, entretanto, que alguns dos medicamentos utilizados para tratar a depressão podem causar alterações no sono, como insônia e sonolência, entre estes estão os ADTs, os ISRS e os IRSN (SILVA, 2002). Assim, não se pode afir-

mar que as todas as alterações no sono relatadas pelos pacientes são sintomas reais da depressão, uma vez que os medicamentos utilizados para este fim também podem ter como efeito colateral as alterações citadas acima.

Os sintomas mais evidenciados nos usuários depressivos deste estudo foram: humor deprimido, choro, angústia, irritação, agressividade, agitação e dificuldades com o sono (insônia e pesadelos). O tratamento no CAPS tem conduzido estes pacientes a um estado em que os sintomas comuns da depressão, são diminuídos, pois se percebeu através dos relatos que estes fizeram aos médicos e psiquiatras, que estes alcançaram melhoras quanto aos sintomas que vinham apresentando.

Cordeiro (2002) declara que o humor deprimido é a perturbação característica da depressão. De acordo com o CID-10 (OMS, 1993), tanto nos episódios leves, moderados e nos graves, o indivíduo acometido pela depressão sofre de humor deprimido, perda de interesse, prazer e energia reduzida, levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída, sendo estes os sintomas típicos. Outros sintomas comuns são: concentração e atenção reduzidas, diminuição da auto-estima e autoconfiança, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou tentativas de suicídio e atos autolesivos, sono perturbado e apetite diminuído.

CONCLUSÕES

Neste contexto se faz necessário uma maior atenção das autoridades a este transtorno, visto que a mesma se tornou um problema de saúde pública.

Estudos que tracem o perfil socioeconômico e as características de saúde dos pacientes com transtornos depressivos são de grande relevância, para a construção de políticas públicas mais eficazes para estes usuários. Para que os profissionais de saúde tenham mais conhecimento sobre quais os fatores que de fato levam os indivíduos a um quadro depressivo e quais são as características mais relevantes destes pacientes. Uma vez que conhecer os

pacientes é uma das prerrogativas básicas necessárias para uma assistência integral e adequada. Neste contexto destaca-se o papel do farmacêutico, atuante, como um dos agentes da equipe multiprofissional, responsável pela promoção da saúde da população.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, V.G.; CARVALHO, R.R.; SIQUEIRA, V.R; SOUZA, F.G.M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**. v.39 n. 1, p. 108-113, 2005.

AMARAL, G.F.; et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 29 n. 2, p. 161-168, 2007.

ANDRADE, L.H.S.G.; LÓLIO C.A.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 26 n. 5, p. 257-261, 1999.

BERNARDES, S.S.; TURINI, C.A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidos por um Centro de Controle de intoxicações do Paraná. **Caderno de Saúde Pública**. v. 26 n. 7, p. 1366-1372, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf > Acesso em: 31 de maior de 2010.

CHELLAPPA, S.L.; ARAÚJO, J.F. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 35 n.5, p. 233-238, 2006a.

CHELLAPPA, S.L.; ARAÚJO, J.F. Relevância clínica de pesadelos em pacientes com transtorno depressivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 33 n. 4, p. 183-187, 2006b.

- CORDEIRO, J.C.D. **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2002.
- GAZALLE, F.K.; LIMA, M.S., TAVARES, B.F., HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 38 n.3, p.365-371, 2004.
- GUZ, I. **Depressão: O que é, como se diagnostica e trata**. São Paulo: Roca, 135 p. 1990.
- HEGADOREN, K.; et all. As muitas faces da depressão na atenção primária. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v. 18 n.1, p. 155-164, 2009.
- IBGE. **Resultados do Censo 2010**. Tabulação Especial. Rio Grande do Sul: 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados.php?ue=43>> Acesso em: 18 de outubro de 2010.
- JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.33 n. 2, p. 74-79, 2006.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. v.41 n.4 São Paulo, p.591-597, 2007.
- MENDLOWICZ, E. Trauma e Depressão. In: *Traumas* – organizadora Rudge AM – Ed. Escuta. n.a. Disponível em: <<http://www.spid.com.br/pdfs/Publica%20A7%20B5es%20-%20Artigos-Trauma%20e%20Depress%20-%20Eliane%20Mendlowicz.pdf>> Acesso em: 25/06/2011.
- OLIVEIRA, C.P.A.; FREITAS, R.M. Aspectos da atenção farmacêutica no Centro de Atenção Psicossocial do município de Queixeramobim. **Infarma**. v.20 n.11/12, p. 24-26, 2008.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Genebra: WHO; 1993.
- PUSSETTI, C. Biopolíticas da depressão nos imigrantes africanos. **Saúde Social**, v.18, n.4, São Paulo, p. 590-608, 2009.
- RECHE, C. **Essa tal de depressão: doença ou resposta?** 2ª Edição. São Paulo: Editora Átomo, 135 p. 2004.
- RODRIGUES, M.A.P; FACCHINI, L. A.; LIMA, M.S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 40 n.1. p. 107-114, 2006.
- YUKIZAKI, L.M.G.; et all. Depressão maior e supressão hormonal: resposta com a nortriptilina. **Revista de Psiquiatria Clínica**. V.34 n.5, p. 243-245, 2007.
- RAMOS, M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. *Revista do Departamento de Psicologia– UFF*. v. 19 n. 2, p. 397-410, 2007.
- SILVA, A.C.J.S.R.; SÁ, M.F.S. Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 33 n. 2, p. 60-67, 2006.
- SILVA, P. **Farmacologia**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2002.
- WANNMACHER, L. Fármacos usados nos distúrbios afetivos. In: FUCHS, F.D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapia Racional**. 3ª Edição. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan S.A. 2004.
- WEISS, E.L.; LONGHURST, J.G.; MAZURE, C.M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. **The American Journal of Psychiatry**. v.156, p. 816-828, 1999.