

FATORES SOCIAIS ASSOCIADOS À DEPRESSÃO E RISCO DE SUÍCIDO NA CIDADE DE RIO GRANDE (RS)

MARINA XAVIER CARPENA¹; PATRICE DE SOUZA TAVARES¹; FRANCINE SILVA DOS SANTOS¹; SAMUEL C. DUMITH²; LUCAS NEIVA-SILVA³

¹*Universidade Federal de Pelotas – marinacarpena_@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Rio Grande – samuel dumth@gmail.com*

³*Universidade Federal de Rio Grande – lucasneivasilva@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A depressão é considerada a principal causa de incapacidade em todo o mundo (WHO, 2015). Esta é uma condição de saúde mental que envolve alterações somáticas, no afeto e na cognição, que influem na capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2013). Cerca de 5 a cada 100 pessoas apresentam depressão no mundo (FERRARI et al., 2013). Apesar de diferentes estudos, com diferentes métodos, pontuarem prevalências diversas no Brasil, uma meta-análise estimou a prevalência de depressão de 14,0% no País (SILVA et al., 2014). Como parte da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil (PNS), Munhoz e colaboradores (2016) encontraram que 4,1% dos brasileiros apresentam Episódio Depressivo Maior (EDM), sendo a maior ocorrência encontrada na região Sul (4,8%) e a menor na região Norte (2,9%). Dentre os fatores associados à depressão consistentemente encontrados na literatura, se destacam fatores sociais, tais como baixa renda e baixa escolaridade, além de ser mulher e não ser casado (WHO, 2015). Embora o suicídio esteja associado a doenças mentais em geral e, em particular, a depressão, muitos indivíduos deprimidos não apresentam risco ou ideação suicida (CAMPOS et al., 2016). A morte por suicídio é a segunda causa de morte entre as pessoas entre 15 e 29 anos (WHO, 2017) e a prevalência de ideação suicida nesta faixa etária ao longo da vida varia de 12,1% nos Estados Unidos até 62% no Chile, e no Brasil a ocorrência varia entre estudos de 32% a 36% (MOREIRA; BASTOS, 2015). Segundo os dados mundiais da Organização Mundial da Saúde, a distribuição do suicídio apresenta-se de maneira desigual, sendo mais frequente entre homens, jovens e nos países de baixa/média renda - em 2015, 78% de todos os casos de suicídio ocorreram nos países de renda baixa/média (WHO, 2017). Nesse sentido, existe a importância de identificar grupos de risco e observar diferenças entre casos de depressão com e sem risco de suicídio, sobretudo em países de baixa/média renda. A identificação de fatores sociais, sendo estes passíveis de modificação, pode ser importante em medida que auxiliem no embasamento de políticas públicas. Portanto, o objetivo do presente estudo é investigar quais fatores sociais estariam associados à distribuição dos desfechos depressão sem risco e depressão com risco de suicídio.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de base-populacional, conduzido na cidade de Rio Grande, como parte de um consórcio de pesquisa dos programas de Pós-graduação em Saúde Pública e Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rio Grande (FURG). A população do estudo foi composta por indivíduos de 18 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na zona urbana. Os critérios de exclusão foram: estar institucionalizado, ter incapacidade física e/ou cognitiva para responder o questionário. Foi conduzida amostragem probabilística em dois estágios, na qual foram selecionados sistematicamente 72

setores censitários e 711 domicílios, respectivamente. A coleta ocorreu no domicílio do entrevistado, através da aplicação de um questionário estruturado e pré-codificado por entrevistadoras previamente treinadas. Como controle de qualidade, foi re-entrevistada 10,5% da amostra com perguntas-chave e calculado o índice Kappa médio (0,80). A depressão foi avaliada através do screening de EDM pelo algoritmo escala Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) validada para população brasileira (SANTOS et al., 2013). A correção algorítmica define o teste como positivo na presença de cinco ou mais sintomas dos nove listados no DSM-V, desde que pelo menos um seja humor deprimido ou anedonia e que cada sintoma corresponda à resposta 2 ou 3 (“uma semana ou mais” e “quase todos os dias”, respectivamente), com exceção do sintoma 9 (ideação suicida), para o qual é aceitável qualquer valor de 1 a 3 (“menos de uma semana”, “uma semana ou mais” e “quase todos os dias”, respectivamente), bem como os critérios do DSM-V (APA, 2013). Foi utilizado a questão 9 do PHQ-9 para investigar o risco de suicídio, a qual a frequência em que a pessoa pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a) na últimas semanas (opções de resposta 0 – nenhum dia até 3 – quase todos os dias) e considerado screening positivo para o *status* risco de suicídio para todos aqueles que deram uma resposta diferente de zero para essa questão. Foram coletados sexo, idade, índice de bens, renda familiar e escolaridade como fatores sociais. Análises descritiva de ocorrência e distribuição, bem como bivariada foram conduzidas para identificar em quais categorias de exposição os desfechos foram mais frequentes. Todas análises foram conduzidas no STATA 14.0 e considerando nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 1.429 indivíduos elegíveis no processo amostral. A taxa de resposta foi de 90,6%, sendo 99 recusas e 36 perdas. Dos 1.295 respondentes, 56,6% eram mulheres e a idade média dos respondentes foi 45,97 anos (DP=17,26). A mediana do índice de bens dos participantes foi 0,38 (IIQ=0,87;1,45), enquanto a mediana de renda familiar foi de 2800 (IIQ=1760; 4960). A prevalência de EDM na amostra foi de 11,2%, sendo que destes 58,6% relataram pensar em se ferir ou que seria melhor estar morto. Os resultados da distribuição da amostra no desfecho de acordo com as variáveis sociais são apresentados na Tabela 1, enquanto na Tabela 2 são apresentadas as medidas de associação (razão odds oriundas da análises brutas da regressão multinomial).

A prevalência de EDM encontrada na amostra é alta quando comparada a outros estudos (FERRARI et al., 2013; MUNHOZ et al., 2016). Além disso, mais da metade dos sujeitos com EDM apresentavam risco de suicídio, o que indica o quão frequente é esse desfecho e corrobora com achados de outros estudos (MOREIRA; BASTOS, 2015; WHO, 2017). A diferença na ocorrência de depressão com e sem risco entre sexos é considerada consistente e também foi observada por outros estudos (FERRARI et al., 2013; MUNHOZ et al., 2016). Artigos de revisão apontam que estas diferenças podem estar associadas a fatores biopsicossociais, tais como diferenças nas taxas hormonais entre homens e mulheres, ambiente familiar, experiências estressoras na infância e aspectos socioculturais (KESSLER, 2003; PICCINELI; WILKINSON, 2000). As mulheres estão mais suscetíveis a mudanças nas taxas de hormônios sexuais ao longo da vida (através da menarca, gravidez, menopausa e uso de contraceptivos), o que influiu diretamente no humor destas (KESSLER, 2003; PICCINELI; WILKINSON, 2000).

Tabela 1. Caracterização da amostra e descrição da distribuição dos desfechos de acordo com as categorias dos fatores sociais. Rio Grande, 2017. (N=1.295)

	N (%)	N (%)	Depressão		p*
			Não	Sim e sem RS [#]	
Sexo					0,018
Masculino	562 (43,4)	515 (91,6)	19 (3,4)	28 (5,0)	
Feminino	733 (56,6)	635 (86,6)	41 (5,6)	57 (7,8)	
Idade (anos)					0,688
18-39	508 (39,2)	457 (90,0)	24 (4,7)	27 (5,3)	
40-59	477 (36,8)	419 (87,8)	22 (4,6)	36 (7,5)	
60 ou mais	310 (23,9)	274 (88,4)	36 (7,5)	22 (7,1)	
Escolaridade (anos)					0,001
0-8	541 (41,8)	459 (84,8)	34 (6,3)	48 (8,9)	
9-11	397 (30,7)	356 (89,7)	19 (4,8)	22 (5,5)	
12 ou mais	355 (27,5)	333 (93,8)	7 (2,0)	15 (4,2)	
Índice de bens (tercís)					<0,001
1 (mais baixo)	444 (34,3)	371 (83,6)	27 (6,1)	46 (10,4)	
2	417 (32,2)	369 (88,5)	21 (5,0)	27 (6,5)	
3 (mais alto)	433 (33,5)	409 (94,5)	12 (2,8)	12 (2,8)	
Total	1295 (100)	1150(88,8)	60 (4,6)	85 (6,6)	

[#]RS = Risco de Suicídio; * valor de *p* do teste exato de Fisher.

Tabela 2. Análise multinomial para a associação entre exposições e desfechos. Rio Grande, 2017. (N=1.295)

	Depressão*		
	Sim e sem RS [#]		Sim e com RS [#]
	RO (IC95%)	RO (IC95%)	RO (IC95%)
Sexo			
Masculino	1		1
Feminino	1,75 (1,00; 3,05)		1,65 (1,03; 2,63)
Idade (anos)			
18-39	1		1
40-59	1,00 (0,55; 1,81)		1,45 (0,87; 2,44)
60 ou mais	0,97 (0,49; 1,91)		1,36 (0,76; 2,43)
Escolaridade (anos)			
0-8	1		1
9-11	0,72 (0,40; 1,28)		0,59 (0,35; 0,99)
12 ou mais	0,28 (0,12; 0,65)		0,43 (0,24; 0,78)
Índice de bens (tercís)			
1 (mais baixo)	1		1
2	0,78 (0,43; 1,41)		0,59 (0,36; 0,97)
3 (mais alto)	0,40 (0,20; 0,81)		0,24 (0,12; 0,45)

* Categoria de comparação: sem depressão e sem risco.

Aspectos socioculturais, como tensões associadas aos papéis tradicionais femininos também podem influir na elevada prevalência de depressão entre as mulheres, bem como mulheres serem mais propensas a reportar sintomas (PICCINELI; WILKINSON, 2000). Além disso, determinantes sociais, como indicadores socioeconômicos e escolaridade são fatores comumente associados

à depressão em diversos estudos (BROMET et al. 2011; MUNHOZ et al., 2016), bem como neste estudo. Baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade são condições sociais desfavoráveis que estão associados a menor saúde mental e física, tanto por co-existerem com outros aspectos, como desemprego e situações de vulnerabilidade, que podem propiciar maiores eventos estressores/adversos, bem como dificultar o acesso aos serviços de saúde que impossibilita a detecção e tratamento precoce de condições relacionadas à saúde.

A maioria dos estudos sobre suicídio investigam o tema em populações clínicas e não foi encontrado nenhum estudo sobre o tema conduzido em Rio Grande. Estudar fatores sociais também é relevante em medida que são fatores passíveis de modificação através de políticas públicas, tais como programas de transferência direta de renda e incentivo a educação. Nesse sentido, dentre os pontos fortes do presente estudo estão estas características, bem como a informação que pode fornecer em termos de subsídio de políticas públicas. Dentre as limitações, podemos pontuar o uso de instrumento de rastreio para EDM e não ter usado um instrumento específico para avaliar risco ou ideação suicida.

4. CONCLUSÕES

Tanto depressão sem risco de suicídio quanto depressão com risco de suicídio são mais prevalentes entre mulheres e entre indivíduos com desvantagens sociais, tais como baixa escolaridade e nível econômico. Nesse sentido, é importante atentar para estas populações em termos de intervenções preventivas e curativas, bem como pensar em políticas públicas que possam reduzir estas desigualdades sociais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5.** American Psychiatric Association, Washington, 2013.
- BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC medicine**, v. 9, n. 1, p. 90, 2011
- CAMPOS, R.C. et al. Self-report depressive symptoms do not directly predict suicidality in nonclinical individuals: Contributions toward a more psychosocial approach to suicide risk. **Death studies**, v. 40, n. 6, p. 335-349, 2016.
- FERRARI, A. J. et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. **Psychological medicine**, v. 43, n. 3, p. 471-481, 2013.
- KESSLER, R. C. Epidemiology of women and depression. **Journal of affective disorders**, v. 74, n. 1, p. 5-13, 2003.
- MOREIRA, L. C.; BASTOS, P.R. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015.
- MUNHOZ, T. et al. Major depressive episode among Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. **Journal of Affective Disorders**. v. 150, n. 2, p. 401-407, 2013.
- PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Gender differences in depression. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, n. 6, p. 486-492, 2000.
- SANTOS, I.S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 29, n. 8, p. 1533-1543, 2013.
- WHO. **Suicide, fact sheet nº 368**, august 2017. Acessado em 10 out 2017. Online. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>