

MARCO CONCEITUAL PARA DEPRESSÃO: UMA PROPOSTA SINDÊMICA

CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR DEPRESSION: A SYNDEMIC PROPOSAL

Fabício Vieira Cavalcante,
Universidade de Brasília (UnB)

Margarita Urdaneta,
Universidade de Brasília (UnB)

Muna Muhammad Odeh,
Universidade de Brasília (UnB)

Área temática: Saúde

Grupo de Estudos e Pesquisa: Ambiente e Saúde na Região dos Pirineus, Entorno do Distrito Federal:

Uma abordagem multidisciplinar das condições de vida e de saúde em pequenos territórios

Resumo: O objetivo é construir uma proposta de marco conceitual para a depressão. Utilizou-se a metodologia de Resolução de Problemas em Saúde Pública proposta por Guyer e adaptação da abordagem sindêmica desenvolvida pelo médico Merrill Singer em 1990. Foi possível ilustrar e providenciar um referencial interpretativo que subsidia a identificação de caminhos causais para a depressão, que podem ser modificados, quando se aplica uma intervenção que favoreça mudanças positivas em seus determinantes.

Palavras-Chave: *depressão; modelo sindêmico; determinantes sociais da saúde.*

Abstract: The objective is to build a proposal for a conceptual framework for depression. The methodology of Problem Solving in Public Health proposed by Guyer and adaptation of the syndemic approach developed by the physician Merrill Singer in 1990 was used. modified, when an intervention that favors positive changes in its determinants is applied.

Keywords: *depression; syndemic model; social determinants of health.*

INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença multifatorial com repercussões tanto na vida do indivíduo portador da condição como para seus familiares e cuidadores (ABELHA,2014). Ela é advinda de variados fatores, que inclui os genéticos, psicossociais, bioquímicos e socioeconômicos, assim como suas interações, onde o estudo desses fatores compreende diversas abordagens conceituais e metodológicas (GALLAGHER; ASHCRAFT,2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (SAXENA, FUNK e CHISHOLM, 2013), cerca de 350 milhões de pessoas vivem com depressão, sendo ela responsável por 4,3% da carga global das doenças e considerada como uma das maiores causas de incapacidade no mundo, principalmente para as mulheres. No panorama mundial ela é vista como uma das principais causas de incapacidade mental e como uma das principais contribuidora para os óbitos por suicídio que acomete cerca de 800

mil pessoas por ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2017). Já no contexto brasileiro, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) evidenciou, que a depressão detectada pelos profissionais da saúde atinge 7,8 milhões de brasileiros e brasileiras o que representa 4,1% da população (CUNHA, BASTOS e DUCA, 2012).

A depressão pode ser prolongada ou recidiva, causando prejuízos significativos na aptidão do indivíduo em desenvolver suas atividades diárias no trabalho, na escola ou lidar com os conflitos do cotidiano (STOPA et al., 2015). Além disso, o diagnóstico clínico para depressão é bastante complexo por ser identificado por meio da história clínica do paciente, acompanhamento dos sinais e sintomas e aplicação de escalas específicas para depressão (MATIAS et al., 2016).

Existem uma diversidade de escalas utilizadas para uma avaliação multidimensional da depressão (AROS; YOSHIDA, 2009), dentre elas pode-se destacar: Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) (HAMILTON, 1986), Inventário de Depressão de Beck- II (BECK, 1961) e Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) (STAAB, 2001).

A depressão é multicausal e um dos meios para entender essa relação dos determinantes sociais da saúde com o processo de saúde-doença é o marco conceitual uma vez que este possibilita a identificação dos determinantes sociais da saúde e os determinantes sociais da desigualdade na saúde, esses marcos conceituais mostram como os determinantes se relacionam entre si, esclarecem como os arranjos sociopolíticos e históricos determinantes geram iniquidades em saúde o que possibilita mapear níveis específicos de intervenção e entrada/ elaboração das políticas pública de saúde (SOLAR; IRWIN, 2010).

Com isso, se tem como objetivo a construção de um marco conceitual para depressão que permita o entendimento das condições de saúde que se manifestam na população de forma simultânea (várias comorbidade) e que atuam de forma sinérgica sendo potencializadas pelo meio social, político, econômico e ambiental dentro de uma sociedade.

MÉTODO

O estudo está ancorado na metodologia de resolução de problemas em saúde pública estabelecido por Guyer (GUYER, 1998). Essa metodologia é composta por seis etapas que interagem entre si que são: na primeira etapa o mais importante é a definição do problema, pois ela atinge todos os outros passos da metodologia, principalmente a sua resolução. Constitui, portanto, o ponto inicial e crucial para todas as seguintes etapas da metodologia de resolução do problema. Nesta etapa de definição do problema é essencial descobrir “quem” o conceitua, “como” o conceitua e destinado a “quem”. Os pontos chave dessa etapa são: População afetada; Definição clara e mais específica possível; Aspectos de Contextos Geográficos; Marco temporal; Breve discussão da importância do problema para a saúde pública com uma justificativa para a escolha.

A magnitude do problema, definido como a segunda etapa do processo é onde ocorre a descrição do problema, contexto atual e projeção do problema caso não se tenha intervenções para sua minimização e mudança na realidade. Como é feita a mensuração da magnitude? Por intermédio de indicadores gerados pelos sistemas de informação de saúde e pesquisas epidemiológicas que permitam evidenciar a sua magnitude (frequência); distribuição segundo características de pessoa, lugar e tempo; gravidade; custos socioeconômicos e efetividade de medidas que estão relacionadas diretamente com a prevenção e controle.

Já a terceira etapa do método conhecida como marco conceitual está construída por meio da identificação dos mecanismos determinantes, condicionantes e/ou causais que tenham influência direta ou indireta com o problema. Constituem, por tanto, todos os possíveis fatores causais (modificáveis e não modificáveis) que contribuem na geração do problema de saúde. Nessa etapa é fundamental a análise dos determinantes e de suas interações, que podem ser de diversas dimensões, âmbitos e níveis: de origem biológica, econômica, social, ambiental, cultural, demográficos e de acesso e qualidade dos serviços de saúde e/ou em âmbito individual, familiar, de vizinhança e/ou proximais (nível micro) e distais (nível macro). A identificação das interações entre os fatores condicionantes é de fundamental importância no processo para facilitar a compreensão da “rede” de fatores causais do problema, verificação das possibilidades de modificação e para subsidiar a elaboração de medidas de resolução. Uma rede de determinantes está relacionada diretamente com o problema quando mudanças nela se refletem em mudanças na magnitude do problema.

Na quarta etapa, chamada de Identificação de Estratégias de Intervenção, são identificadas e debatidas as intervenções que estão em desenvolvimento ou já construídas para enfrentamento do problema. A pergunta a ser feita nessa etapa são: O problema já foi identificado? Quais as estratégias em desenvolvimento para o enfrentamento do problema? Possuem resultados essas estratégias? Utilizando-se as evidências e avaliando a eficácia, efetividade, factibilidade, custos, vontade política, vontade social e sustentabilidade.

A definição de prioridades é a etapa onde se nota com mais clareza todas as etapas anteriores, o que é modificável e pode ser executado com a disponibilidade de recurso. Baseia-se em cinco fatores: Magnitude, onde verifica-se a incidência, prevalência, mortalidade e morbidade; a Severidade, consiste na percepção da comunidade, infectividade, taxa de hospitalização, taxa de absenteísmo, Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e anos de vida com incapacidade; a Prevenção, se é primária, secundária ou terciária, tendo em vista os agravos e seus desdobramentos na atenção à saúde; a Esfera de atuação, onde as ações serão necessárias se é no desenvolvimento de competências, se falta financiamento, se é problema na gestão ou se falta vontade política; e, por último os Custos, onde se avalia a magnitude “gastos” que o indivíduo doente terá ou provocará, compreendendo se são diretos

(tratamentos, insumos, profissionais da saúde, infraestrutura), Indiretos (Indivíduo doente comprometendo a produtividade no trabalho, baixo rendimento escolar) ou Inatingível, (dor, autoestima, apoio familiar, preconceito).

Na sexta etapa, conhecida como recomendações de estratégias ocorre o debate das intervenções e explicação das recomendações, estabelecendo a partir dos condicionantes/determinantes do problema, objetivos, metas, maneiras de intervenção, atividades, indicadores, cronograma e como será feito o monitoramento e avaliação. Deixando claro a viabilidade da intervenção e as limitações das estratégias.

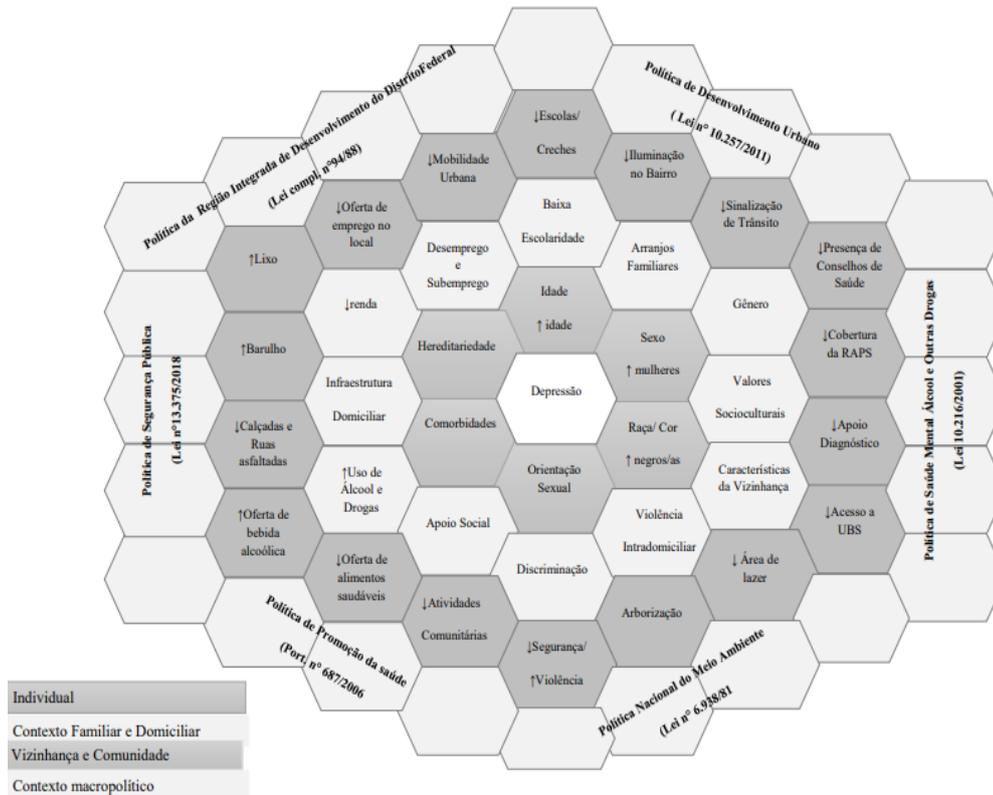
Além disso, para a sistematização das evidências relacionadas com a depressão e os determinantes sociais da saúde (terceira etapa da metodologia), utilizou-se o modelo conceitual sindêmico proposto por Merrill Singer (SINGER,2017). Esse modelo permite elaborar e providenciar um referencial interpretativo que possibilita o reconhecimento de caminhos causais modificáveis por meio de intervenções que gere mudanças positivas no ambiente social, econômico, além do nível estritamente biológico (SINGER,2017).

MARCO CONCEITUAL PARA DEPRESSÃO

Para compreensão do arranjo causal da depressão realizou-se a construção de um marco conceitual de hexágonos com estrutura sindêmica (termo original em inglês Syndemics) (SHARMA,2017), com o objetivo de ilustrar e providenciar um referencial interpretativo que subsidia a identificação de caminhos causais (pathways) teoricamente modificáveis por meio de intervenções que envolvem mudanças favoráveis no ambiente social, econômico, além, do nível estritamente biomédico (Figura 1).

Figura 1 – Proposta de Marco Conceitual para Depressão³⁹

³⁹ Fonte: CAVALCANTE, 2018.



Dentre os fatores sociais e econômicos ilustrados no marco conceitual para depressão e que influenciam na saúde mental, salienta-se os seguintes determinantes:

Idade: se tem constatado na literatura (DJERNES,2006; CARREIRA et al., 2011), uma maior prevalência de depressão em idosos >85 anos (OR=2,7), seguido pela faixa etária entre 75 e 84 anos (OR= 1,9), com um percentual de idosos com transtorno mental dividido em ≥ 75 anos 50%, entre 65 e 75 anos 34,3% e entre 60 e 64 anos 17,6% (MADEIRA et al.,2013).

Sexo: vários estudos sustentam a informação de que a depressão é mais prevalente no sexo feminino como na Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil (PNS) (IBGE, 2013), que verificou que as mulheres possuem maior prevalência de diagnóstico de depressão 10,9% (IC95% 10,3-11,6), como um estudo com bombeiros (DE CASTRO AMATO et al.,2010) que encontrou um maior percentual 26,9% de depressão entre mulheres e outro estudo realizado no Brasil com estudantes universitários que constatou que o sexo feminino possui 2,6 vezes mais chances de desenvolverem depressão (BASTOS et al., 2014).

Raça/Cor: se tem percebido um aumento da prevalência de depressão na população negra, como constatado em um estudo transversal sobre os transtornos mentais no Brasil que encontrou uma maior frequência de depressão 52% em negros (BASTOS et al., 2014), afro-brasileiros 46,5% (BLAY et al., 2007) e em outro estudo transversal realizado no Brasil (GUIMARÃES et al., 2009) que reportou maiores sintomas depressivos 52,8% em mulheres negras quando comparado com as não negras 42,3%.

Renda: associações positivas entre renda e depressão encontra-se estabelecidas (NIEDZWIEDZ et al., 2016) e verificado que homens desempregados têm mais chances OR=1,7 (IC95% 1,55-1,89) de desenvolverem depressão que mulheres desempregadas OR=1,3 (IC95% 1,15-1,54) e que classes mais baixas têm mais chances OR= 2,7 de desenvolverem depressão (ALMEIDA-FILHO et al., 2004).

Escolaridade: se tem constatado (GAVIN et al., 2010) que homens brancos com escolaridade <12 anos em comparação com homens brancos com escolaridade ≥16 anos possuem maiores chances de desenvolverem depressão OR=2,4 (IC95% 1,0-4,0) e que níveis mais baixos de escolaridades têm mais chances OR=2,0 (IC95% 1,2-3,1) de desenvolverem doença mental (PELUSO; BLAY, 2008).

Existem diversos outros determinantes sociais da saúde a nível familiar e domiciliar e a nível do contexto da vizinhança que influenciam no processo de saúde e doença da depressão, onde se pode destacar:

Infraestrutura domiciliar e os arranjos familiares: a depressão está relacionada com as condições desfavoráveis de moradia, com o estado conjugal e com o gênero (ROBERTS et al., 1997). Como constatado por uma revisão da literatura (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009) que pessoas com problemas na vizinhança apresentam OR=2,8 (IC95% 1,7-4,5) de desenvolverem depressão do que quem não tem problema, assim como, pessoas que moram sozinhos(a) e/ou solteiros(a) apresentam mais chances de desenvolverem depressão ou algum transtorno mental do que quem é casado (GEERLINGS, et al., 2000).

Orientação sexual: percebe-se uma maior prevalência de depressão na população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT) (SKEGG et al., 2003; RYAN et al., 2009), tendo os gays, as lésbicas e os bissexuais mais chances OR=4,0 (IC95% 1,8-9,3) de desenvolverem a depressão que outras populações (FERGUSSON; HORWOOD; BEAUTRAIS, 1999). Uma hipótese para isso são as diversas formas de violência (física, verbal, sexual e psicológica) sofrida por essa população, que desencadeia pensamentos de auto-depreciação, falta de ânimo para manter a qualidade de vida e desenvolvimento de pensamentos suicida (NATARELLI et al., 2015).

Violência e uso de álcool e drogas: vários estudos têm reportado a ocorrência de depressão em mulheres que sofreram algum tipo de violência seja ela física, sexual ou pós-parto (MULLEN et al., 1998; ADEODATO et al., 2005) e evidenciado uma associação entre o consumo de álcool e a depressão (BOSCHLOO et al., 2013) e uma razão de chances duas vezes maior para a ocorrência de depressão por pessoas que fazem esse consumo OR= 2,8 (IC95% 1,5-5,0 p<0,001) (GAVIN et al., 2005).

Apoio social na vizinhança e discriminação: a prevalência de depressão é maior em locais onde se têm um baixo apoio social (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006), em locais mais carentes e desfavorecidos economicamente (MAIA; DURANTE; RAMOS, 2004), no entanto, essa relação é inversamente proporcional sendo constatado que quanto maior o apoio social na região menor é a prevalência de depressão (KOENIG, 2012).

Comorbidades: estudos revelam que pessoas que já têm uma doença de base possuem mais chances de desenvolverem um transtorno mental (MALZBERG, 1937; ANDERSON et al., 2001) e que pessoas com quadro de depressão associado com alguma comorbidade pode aumentar a mortalidade em até três vezes (FRASURE-SMITH; LESPÉRANCE; TALAJIC, 1993).

CONCLUSÃO

Neste sentido, entende-se que o Marco Conceitual proposto representa um esforço de síntese e de representação conceitual do conjunto de determinantes e condicionantes sociais e econômicos que afetam a saúde mental e que os fatores se encontram relacionados entre si.

REFERÊNCIAS

- ABELHA, Lúcia. Depressão, uma questão de saúde pública. 2014.
- ADEODATO, Vanessa Gurgel et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de saúde Pública**, v. 39, p. 108-113, 2005.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social science & medicine**, v. 59, n. 7, p. 1339-1353, 2004.
- ANDERSON, Ryan J. et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. **Diabetes care**, v. 24, n. 6, p. 1069-1078, 2001.
- AROS, Marcelo Salomão; YOSHIDA, Elisa Medici Pizão. Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. **Boletim de psicologia**, v. 59, n. 130, p. 61-76, 2009.
- BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; TORRES, Erika Cristina Rodrigues. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Psic: revista da Vetor Editora**, v. 7, n. 1, p. 39-48, 2006.
- BASTOS, João Luiz et al. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. **Cadernos de saude publica**, v. 30, p. 175-186, 2014.
- BECK, A. et al. An inventory for measuring depression Arch Gen Psychiatry 4: 561–571. **Find this article online**, 1961.
- BLAY, Sergio Luís et al. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, n. 9, p. 790-799, 2007.
- BOSCHLOO, L. et al. The role of negative emotionality and impulsivity in depressive/anxiety disorders and alcohol dependence. **Psychological Medicine**, v. 43, n. 6, p. 1241-1253, 2013.
- CARREIRA, Lígia et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Rev. enferm. UERJ**, p. 268-273, 2011.
- CAVALCANTE, FV. **Construção de um marco conceitual para depressão como subsídio para o planejamento de intervenções em nível local**. 2018.48. Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2018.

CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 346-354, 2012.

DE CASTRO AMATO, Tatiana et al. Trabalho, gênero e saúde mental: uma pesquisa quantitativa e qualitativa entre bombeiros. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 13, n. 1, p. 103-118, 2010.

DJERNES, Jens Kronborg. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 113, n. 5, p. 372-387, 2006.

FERGUSON, David M.; HORWOOD, L. John; BEAUTRAIS, Annette L. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. **Archives of general psychiatry**, v. 56, n. 10, p. 876-880, 1999.

FRASURE-SMITH, Nancy; LESPÉRANCE, Francois; TALAJIC, Mario. Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. **Jama**, v. 270, n. 15, p. 1819-1825, 1993.

GALLAGHER, Eugene V.; ASHCRAFT, W. Michael. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. 2006.

GAVIN, Amelia R. et al. The associations between socio-economic status and major depressive disorder among Blacks, Latinos, Asians and non-Hispanic Whites: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Studies. **Psychological medicine**, v. 40, n. 1, p. 51-61, 2010.

GAVIN, Rejane Salomão et al. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português)**, v. 11, n. 1, p. 2-9, 2015.

GEERLINGS, Sandra W. et al. Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. **Psychological medicine**, v. 30, n. 2, p. 369-380, 2000.

GUIMARÃES, Joanna Miguez Nery et al. Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women. **Journal of affective disorders**, v. 117, n. 1-2, p. 120-123, 2009.

GUYER B. Problem-Solving in public health. In **American H., Shapiro S., Epidemiology and Health Services Research, New York: Oxford University Press** (pp. 15-26). 1998.

HAMILTON, Max. The Hamilton rating scale for depression. In: **Assessment of depression**. Springer, Berlin, Heidelberg, 1986. p. 143-152.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>. Acesso em: jun. 2019.

KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. **International Scholarly Research Notices**, v. 2012, 2012.

MADEIRA, Thais Christina Sousa et al. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde. **Revista de APS**, v. 16, n. 4, 2013.

MAIA, Luciana Colares; DURANTE, Ariane MG; RAMOS, Luiz Roberto. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 650-656, 2004.

- MALZBERG, Benjamin. Mortality among patients with involution melancholia. **American Journal of Psychiatry**, v. 93, n. 5, p. 1231-1238, 1937.
- MATIAS, Amanda Gilvani Cordeiro et al. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, p. 6-11, 2016.
- MULLEN, Paul E et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. **The Lancet**, v. 331, n. 8590, p. 841-845, 1988.
- NATARELLI, Taison Regis Penariol et al. O impacto da homofobia na saúde do adolescente. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 664-670, 2015.
- NIEDZWIEDZ, Claire L. et al. Social protection spending and inequalities in depressive symptoms across Europe. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 51, n. 7, p. 1005-1014, 2016.
- PELUSO, Érica de Toledo Piza; BLAY, Sérgio Luís. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 41-48, 2008.
- PINHO, Miriam Ximenes; CUSTÓDIO, Osvaldir; MAKDISSE, Marcia. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, p. 123-140, 2009.
- ROBERTS, Robert E. et al. Does growing old increase the risk for depression. 1997.
- RYAN, Caitlin et al. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. **Pediatrics**, v. 123, n. 1, p. 346-352, 2009.
- SAXENA, Shekhar; FUNK, Michelle; CHISHOLM, Dan. World health assembly adopts comprehensive mental health action plan 2013–2020. **The Lancet**, v. 381, n. 9882, p. 1970-1971, 2013.
- SHARMA, A. Syndemics: health in context. **Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 881, 2017.
- SINGER, Merrill et al. Syndemics and the biosocial conception of health. **The Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 941-950, 2017.
- SKEGG, Keren et al. Sexual orientation and self-harm in men and women. **American journal of Psychiatry**, v. 160, n. 3, p. 541-546, 2003.
- SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. WHO Document Production Services, 2010.
- STAAB, Jeffrey P. et al. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. **Medical Clinics of North America**, v. 85, n. 3, p. 579-596, 2001.
- STOPA, Sheila Rizzato et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 170-180, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. World Health Organization, 2017.