

Distúrbios psiquiátricos menores em mulheres do extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados

Minor psychiatric disorders in women from southern Brazil: prevalence and associated factors

Valéri Pereira Camargo¹, Renato Henrique Silva Nóbrega¹, Isabela Fonseca da Silva¹, Raúl Andrés Mendoza-Sassi¹

Recebido da Universidade Federal do Rio Grande (FURG); Faculdade de Medicina (FAMED), Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A prevalência de distúrbios psiquiátricos menores (DPM) pode variar ao longo do tempo, ser mais frequente entre mulheres e estar influenciada por diversos fatores, alguns deles modificáveis. Este estudo, portanto, objetivou identificar essa prevalência e os fatores associados em um grupo de mulheres residentes no sul do Brasil. **MÉTODOS:** Estudo transversal, realizado em município de porte médio do Extremo Sul do Brasil em 2011. Foram entrevistadas mulheres com 18 anos ou mais nos domicílios selecionados. O desfecho foi distúrbios psiquiátricos menores, avaliado com a aplicação do instrumento Self-Report Questionnaire (SRQ20) e utilizando um ponto de corte 7/8. Foram analisadas variáveis sócio-demográficas, comportamentais e de saúde. Na análise estatística calculou-se a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores e as razões de prevalência dos fatores associados, mediante uso da regressão de Poisson com variância robusta. **RESULTADOS:** A prevalência de distúrbios psiquiátricos menores entre as 1595 mulheres participantes foi 21,76%. Entre os fatores associados encontrados, destaca-se o aumento linear da prevalência de distúrbios psiquiátricos menores com a idade, e também se observa uma relação inversa com a escolaridade e a renda. Há forte associação entre o desfecho e falta de suporte social, auto percepção

de saúde ruim e doença crônica referida. **CONCLUSÕES:** A prevalência de distúrbios psiquiátricos menores foi elevada e afeta mais aos grupos com menores condições socioeconômicas, mostrando uma iniquidade que merece atenção. Outros fatores associados, também modificáveis foram o suporte social e a carga de morbidade referida, indicando a necessidade de ações de apoio nesses grupos de mulheres.

Descritores: Depressão; Transtornos de ansiedade; Transtornos somatoformes; Classe social; Saúde mental; Mulheres

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The prevalence of minor psychiatric disorders (MPD) changes along time, is more frequent in women and can be influenced by several factors, most of them modifiable. The aim of this study was to analyze the prevalence of minor psychiatric disorders and its associated factors in a sample of women living in southern Brazil. **METHODS:** Cross-sectional study carried on in a municipality from extreme southern Brazil in 2011. Women 18 years or older were interviewed in their homes. The outcome was minor psychiatric disorders which was identified by the Self-Report Questionnaire (SRQ-20) using a 7/8 cut-off point. Demographic, socioeconomic, behavioral, and health variables were also collected. Prevalence of minor psychiatric disorders with its 95% confidence interval was calculated. Prevalence Ratios of risk factors were obtained by the Poisson regression with robust variance. **RESULTS:** Prevalence of minor psychiatric disorders among the 1595 studied women was 21.76%. Amongst the associated factors we highlight the linear trend between the outcome and age. Also we remark the inverse relationship between minor psychiatric disorders with education and income. A strong association was also found with lack of social support, self perception of poor health and self referred chronic disease. **CONCLUSION:** The prevalence of minor psychiatric disorders among women was high and more related to those worst off, pointing a situation of inequity that has to be addressed. Other modifiable factors where lack of social support and poor perceived health status, suggesting the need of supportive actions to these groups of women.

Keywords: Depression; Anxiety disorders; Somatoform disorder; Social class; Mental health; Women

1. Universidade Federal do Rio Grande (FURG); Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

Data de submissão: 15/03/2016 – Data de aceite: 16/03/2016

Conflitos de interesse: não há.

Endereço para correspondência:

Valéri Pereira Camargo
FURG Campus Saúde
Rua Gen. Osório, s/n – Centro Área Acadêmica do Hospital Universitário
CEP: 96201-900 – Rio Grande, RS, Brasil
Tel.: (53) 8124-5856 – E-mail: valericamargo@gmail.com

Fontes de auxílio à pesquisa: EDITAL MCT/CNPq 14/2010 – Universal-PROCESSO 470362/2010-3

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (processo 129/2010).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Todos os pacientes que participaram do estudo leram e assinaram o TCLE.

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais por si só e pelo uso de substâncias aditivas, como álcool e fumo, são responsáveis por uma importante carga de doença. Em 2010 responderam diretamente por 7,4% do total da carga mundial e desse total os transtornos depressivos corresponderam a 40,5%.⁽¹⁾ Além disso existem evidências de que indivíduos com esse grupo de doenças tem uma redução significativa da esperança de vida ao nascer.⁽²⁾ Por tanto a identificação, diagnóstico e tratamento desses indivíduos é um assunto prioritário em termos de saúde pública e na organização da atenção nos serviços de saúde. Diversos fatores de risco tem sido associados com os transtornos mentais, entre os quais se encontram os demográficos, como idade, sexo e etnia, os socioeconômicos, como a escolaridade, a renda e o baixo suporte social, e fatores ambientais como moradia, violência e desastres naturais.⁽³⁾

Dentro de essa categoria de doença se situam os distúrbios psiquiátricos menores, definidos como um quadro clínico com queixas difusas, expressas por sintomatologias somáticas, depressivas, estados de ansiedade, irritabilidade, insônia, fadiga, dificuldade de concentração e de memória e sensação de inutilidade.⁽⁴⁾

Apesar dos transtornos psiquiátricos menores atingirem ambos os sexos, as mulheres são mais acometidas e desenvolvem um número maior de comorbidades. A maior frequência deste tipo de transtorno nas mulheres se explica pela maior exposição a fatores estressores como violências, abusos sexuais.^(5,6) Além disso passam a maior parte da vida por alterações hormonais, que iniciam na menarca e continuam após a menopausa e que podem produzir estados depressivos, como o a depressão perinatal e a psicose puerperal entre outros^{7,8}.

A identificação de fatores de risco removíveis e o rastreamento de indivíduos suscetíveis, são medidas que podem contribuir para a redução e controle dos transtornos psiquiátricos menores não psicóticos, colaborando com a redução da carga de morbidade.

Assim sendo, e considerando a importância de conhecer como as enfermidades mentais afetam o população feminina e os fatores associados, este estudo tem como objetivo verificar a prevalência dos transtornos psiquiátricos menores e sua relação com fatores sociais, econômicos e comportamentais.

MÉTODOS

Local do estudo e tipo de delineamento

Realizou-se um estudo de tipo transversal e de base populacional, na cidade de Rio Grande – RS, no extremo sul do Brasil entre abril e novembro de 2011. De acordo com o IBGE⁽⁹⁾ o município tem 197.228 habitantes, sendo 96.000 residentes em região urbana. O PIB per capita em 2011 era de R\$ 41.376,0 e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,744 em 2010. A economia da cidade se baseia na atividade do porto marítimo (segundo maior porto do Brasil), a indústria de fertilizantes e o polo naval.

Esse trabalho é parte de um projeto maior denominado “Educação, conhecimento sobre fatores de risco e utilização de serviços de saúde em mulheres residentes em uma cidade do Sul do Brasil: estudo de base populacional”. A população de estudo foi

formada por mulheres com idade igual ou superior a 18 anos residentes na cidade de Rio Grande.

Tamanho e tipo da amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa Epi Info 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention* - CDC). Para essa finalidade, se estimou uma prevalência esperada entre não expostos de ao menos 10%, um risco relativo de 2, um nível de confiança de 95% e um poder de 80%, com uma relação de não expostos para expostos de até 8:1. Ao tamanho da amostra inicialmente calculado se acrescentou 10% para perdas, 20% para fatores de confusão e 20% para possível efeito de delineamento, chegando a um tamanho de amostra de 1.582 mulheres. Considerando que existiam 1,13 mulheres maiores de 18 anos por domicílio, estimou-se que deveriam ser visitados 1400 domicílios para obter o tamanho da amostra desejada.

A amostragem foi por múltiplos estágios. Primeiro, utilizou-se uma amostragem por conglomerados, sorteando-se 50 setores censitários entre os 246 existentes na zona urbana do município do Rio Grande.⁽⁹⁾ Posteriormente, em cada um dos setores sorteados, e mediante amostragem aleatória simples, se sorteou uma quadra e dessa quadra uma esquina. A seguir, e mediante amostragem sistemática, foi visitada a partir da esquina sorteada, uma de cada duas residências, até completar 28 em cada setor. Participavam do estudo todas as mulheres com idade igual ou superior a 18 anos que residissem nos domicílios sorteados e que tivessem condições mentais para responder.

Definição do desfecho e variáveis independentes

O desfecho, distúrbios psiquiátricos menores (DPM) foi avaliado com a aplicação do instrumento *Self-Report Questionnaire* (SRQ20) Esse questionário, elaborado por Harding et al.,⁽¹⁰⁾ foi desenvolvido para essa finalidade e validado por uma série de estudos internacionais conduzidos pela OMS. No Brasil foi validado por Mari e Williams⁽¹¹⁾ e tem sido aplicado em diversos estudos de base populacional. Neste estudo foi utilizando o ponto de corte 7/8, adequado para mulheres⁽¹¹⁾.

As variáveis independentes estudadas incluíram a idade (categorizada em grupos de 10 anos), a cor da pele (classificada em branca e pretas e outras), a escolaridade (categorizada em segundo grau incompleto ou segundo grau completo), a renda per capita familiar, transformada em quartis, (sendo o 1º quartil o mais baixo), presença de companheiro, situação de emprego (empregado ou desempregado), suporte social (avaliado mediante escala de Likert e depois dicotomizado), religião (referência a ter uma religião, classificado como sim/não); o uso abusivo de álcool (medido pelo AUDIT utilizando ponto de corte 5/6⁽¹²⁾), doença crônica auto referida e diagnosticada pelo médico e auto percepção do estado de saúde (avaliada por uma escala tipo Likert e depois categorizada em dois grupos).

Coleta, digitação e análise dos dados

A coleta de dados ocorreu mediante um questionário pré-codificado e testado. Foi realizado um estudo piloto para avaliar

o instrumento e a logística do estudo em um dos setores censitários que não foi sorteado. Seis entrevistadoras, treinadas para essa tarefa aplicaram o questionário nos domicílios selecionados. Todas as mulheres residentes no domicílio sorteado respondiam o questionário. Se a pessoa não se encontrava no domicílio no momento da entrevista, se retornava posteriormente. No caso de pessoas que recusavam realizar a entrevista, eram realizadas duas novas tentativas, utilizando diferentes estratégias. Havendo uma terceira recusa se contabilizava como perda. Da mesma forma, após uma terceira tentativa sem sucesso para localizar a pessoa, a mesma era considerada como perda. As perdas não tiveram reposição. Como forma de avaliar a qualidade da informação obtida e a confiabilidade do instrumento, se reaplicaram algumas das questões do questionário no decorrer do mês da entrevista em 10% das entrevistadas. Antes de realizar a entrevista, as pessoas liam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e se concordavam assinavam autorizando sua participação no estudo.

Os dados dos questionários foram digitados duplamente e de forma independente, utilizando o programa EpiData 3.1 (*EpiData Association*). Após verificação de erros de amplitude e consistência, os dados foram transferidos para o programa de estatística Stata, versão 11 (*Stata Corp., College Station*). Foi realizada uma análise descritiva, com cálculo de médias e desvios padrões, para variáveis numéricas, e com cálculo de proporções para o caso de variáveis categóricas. A seguir foi realizada uma análise bivariada para estudar a associação entre o desfecho com as variáveis de interesse, sendo calculadas as Razões brutas de Prevalências (RPb) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95). Na etapa multivariada foi aplicada a técnica da regressão de Poisson com variância robusta, de tipo para trás e considerando a opção para amostra por conglomerados do Stata (opção "cluster"). As RP ajustadas e seus IC95 foram calculados seguindo um modelo hierárquico de análise⁽¹³⁾ que compreendeu 2 níveis de determinação, sendo o mais distal formado pelas variáveis sociodemográficas e o segundo mais proximal pelo tabagismo, uso de álcool e convênio de saúde. As variáveis de cada nível que tivessem um p menor a 0,05 eram mantidos no modelo para ajuste como o nível seguinte. Nos testes de significância foi considerado um valor de p menor a 0,05 de um teste bicaudal. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (processo 129/2010).

RESULTADOS

No total, 1595 mulheres responderam ao questionário, tendo ocorrido 1,91% de perdas. Na tabela 1 se apresenta a descrição da amostra. As entrevistadas tinham média de idade de 44,58 anos (DP17, min/max 18-96), 71% eram brancas, 54% não tinham companheiro, e mais de 63% não estavam trabalhando no momento. Mais de 57% tinha o 1º grau completo e a relação da renda familiar per capita entre o 4º e o 1º quartil foi maior a 10.

A prevalência de Distúrbios Psiquiátricos Menores (DPM) foi 21,76% (IC95 19,73-23,78) (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição da amostra estudada. 2011. N=1596

Variável	N	%
Idade (anos) média (DP)	44,58	17,76
Idade (categorizada)		
Até 39	676	42,36
40-59	575	36,03
60 ou mais	345	21,62
Cor da pele		
Branca	1131	70,86
Preta e outras	465	29,14
Com companheiro		
Não	869	54,45
Sim	727	45,55
Escolaridade (anos)		
1-3	206	12,91
4-7	477	29,89
8-10	290	39,04
11 ou mais	623	18,17
Renda per capita familiar		
1º quartil	213,48	71,48
2º quartil	440,76	67,83
3º quartil	745,33	134,90
4º quartil	2421,43	1506,94
Idade (anos)		
Trabalha atualmente		
Não	1016	63,70
Sim	579	36,30
Fuma?		
Não	1.160	72,68
Sim	436	27,32
Recebe ajuda quando precisa		
Não	316	19,80
Sim	1.280	80,20
Participa eventos sociais		
Não	658	41,23
Sim	938	58,77
Audit		
<5 pontos	1.238	77,57
≥6	358	22,43
Tem religião		
Não	338	21,18
Sim	1258	78,82
Doença crônica diagnosticada por médico		
Não	927	58,08
Sim	669	41,92
DPM (Sr _{q20} >7)		
Não	1.248	78,24
Sim	347	21,76

Na tabela 2 podem ser vistas as RP brutas e ajustadas. No modelo ajustado observou-se que os distúrbios psiquiátricos menores aumentaram de forma linear com a idade (atingindo 39% no grupo de maior idade) e entre as mulheres de cor de pele branca (46% a mais). Diminuíram de forma linear na me-

da em que aumentou a escolaridade (42% de redução entre as mulheres com 2ª grau completo) e a renda das entrevistadas (43% de redução no quartil superior). O menor suporte social foi uma situação que aumentou a prevalência do desfecho (60% entre aquelas que não recebiam ou recebiam pouca aju-

Tabela 2. Prevalências e Razões de Prevalência para depressão e fatores associados. 2011. N=1595

Variável	Prevalência (N)	RP bruta	IC 95	P	RP ajustada	IC 95	p
Idade categorizada ^b							
Até 39 anos	17,01 (115)	1		0,001 ^a	1		0,001 ^a
40-59	24,56 (141)	1,44	1,16-1,80		1,36	1,09-1,70	
60 ou mais	26,38 (91)	1,55	1,22-1,98		1,39	1,06-1,82	
Cor							
Preta e outras	16,63 (82)	1			1		0,001
Branca	23,45 (265)	1,33	1,06-1,66	0,01	1,46	1,16-1,83	
Com companheiro ^b							
Não	21,66 (188)	1			1		0,6
Sim	21,87 (159)	1,01	0,84-1,22	0,9	0,95	0,79-1,15	
Trabalho ^b							
Não	24,80 (252)	1			1		0,5
Sim	16,26 (94)	0,66	0,53-0,81	0,001	0,80	0,64-1,00	
Escolaridade							
Até 3 anos	30,58 (63)	1			1		0,001 ^a
4-7 anos	27,25 (130)	0,89	0,69-1,14	0,001 ^a	0,89	0,69-1,14	
8-10 anos	23,79 (69)	0,78	0,58-1,04		0,85	0,63-1,15	
11 anos ou mais	13,67 (85)	0,45	0,33-0,59		0,58	0,43-0,79	
Quartil de renda ^b							
1º quartil	31 (124)	1		0,001 ^a	1		0,001 ^a
2º quartil	21,74 (85)	0,70	0,55-0,89		0,73	0,57-0,94	
3º quartil	18,25 (77)	0,59	0,46-0,75		0,66	0,50-0,87	
4º quartil	15,57 (57)	0,50	0,38-0,66		0,57	0,42-0,78	
Recebe ajuda ^c							
Quase sempre/sempr	17,34 (222)	1			1		
Quase nunca/nunca	39,68 (125)	2,29	1,91-2,74		1,62	1,35-1,95	0,001
Participa eventos sociais ^c							
Quase sempre/sempr	11,42 (107)	1		0,001	1		0,001
Quase nunca/nunca	36,47 (240)	3,19	2,60-3,92		2,35	1,87-2,96	
Tem religião							
Não	18,34 (62)	1			1		0,03
Sim	22,67 (285)	1,01	1,003-1,05	0,001	1,30	1,02-1,66	
Audit ^d							
Até 5 pontos	21,42 (328)	1			1		0,007
6 pontos ou mais	29,69 (19)	1,15	0,81-1,62	0,4	1,61	1,14-2,27	
Autopercepção saúde último mês ^e							
Boa/excelente	12,76 (151)	1		0,001	1		0,001
Ruim/regular	47,57 (196)	3,73	3,11-4,46		2,64	2,14-3,26	
Doença crônica ^e							
Não	14,00 (128)	1			1		0,03
Sim	32,16 (129)	2,29	1,89-2,79	0,001	1,28	1,02-1,61	

^a: teste de tendência linear; ^b: 1º nível; ^c: 2º nível; ^d: 3º nível; ^e: 4º nível.

da e 130% entre as que não participavam de eventos sociais). Quem expressou ter uma religião teve aumentada em 30% a probabilidade do desfecho. O uso abusivo de álcool incrementou a probabilidade de distúrbios em 60%. Entre aquelas com auto-percepção de saúde ruim a probabilidade de ter distúrbios psiquiátricos menores aumentou em mais de duas vezes e meia, enquanto que nas mulheres com doença crônica a probabilidade do desfecho passou a ser 28% maior.

DISCUSSÃO

A prevalência encontrada de DPM de 21,76% é menor do que a encontrada em município vizinho no ano de 2002 (34%). Infere-se que a diferença se explica porque o ponto de corte adotado para mulheres nessa outra pesquisa foi de 6/7, ou seja, menor do que o ponto de corte 7/8 estabelecido no presente estudo⁽¹⁴⁾. Ao eleger um ponto de corte menor certamente se aumenta a prevalência do desfecho.

Em outro estudo⁽¹⁵⁾ realizado em 2000, com o mesmo instrumento e ponto de corte, com amostra similar e também no mesmo município, revelou uma prevalência de DPM de 22%. Esse valor é bem próximo ao encontrado no ano de 2011, assim, os achados sugerem que entre esses dois períodos a prevalência de DPM manteve-se estável, ao contrário do que poderia se supor.

Observamos também que essa afecção foi mais frequente entre mulheres com 40 anos ou mais. Esse achado tem consistência com outros estudos realizados e que analisaram esse tópico.

A idade foi um fator que se associou ao desfecho na análise ajustada, e esse achado foi também demonstrado por outro trabalho⁽¹⁶⁾. Uma parte desse efeito deve ser explicado pela maior probabilidade de doença crônica e condições de saúde ao longo da vida. De fato, ao ajustar a idade com a carga de morbidade o efeito desapareceu.

Entre os fatores socioeconômicos diversos estudos tem mostrado a associação entre esse tipos de fatores e a presença de depressão^(17,18). Nosso estudo também encontrou essa relação, tanto no que se refere à cor, escolaridade e renda, e os resultados apontam para uma importante iniquidade entre as mulheres com menores condições socioeconômicas.

O uso abusivo de álcool foi um fator associado à DPM em nosso estudo. Essa relação entre álcool e depressão já foi demonstrada por outros estudos⁽¹⁹⁾. O interessante de nosso achado é que confirmou a relação entre as mulheres. As situações que facilitam a interação social e/ou o suporte social estiveram associadas à DPM neste estudo. Tanto a religião quanto a falta de suporte social e de rede social foram fatores que geraram uma prevalência maior de DPM entre as mulheres. Com respeito a religião, observou-se que aquelas mulheres que manifestaram ter uma religião tiveram uma maior probabilidade do desfecho. Esse achado é contrário ao que pode ser encontrado na literatura⁽²⁰⁾. Uma explicação para isso seria que neste estudo não diferenciamos qual religião manifestada, podendo ocorrer um erro de classificação. Outra explicação seria, uma vez que o estudo é transversal, a existência de causalidade reversa e dessa forma, as mulheres com DPM estariam procurando mais a religião. Sobre

o suporte social nossos achados são consistentes com a literatura⁽²¹⁾, e mostra a importância que tem para a saúde mental a presença de esse tipo de ajuda.

A carga de morbidade sempre foi um fator associado à depressão. Diversos estudos tem mostrado isso⁽²²⁻²⁴⁾. Nosso estudo não foi uma exceção, tanto uma auto percepção da saúde baixa, como a presença de doença crônica associaram-se a o desfecho. Esta relação pode ocorrer nos dois sentidos, tanto a carga de morbidade por produzir incapacidade funcional, dor e sofrimento levando à depressão, quanto a depressão mediante alterações fisiológicas e hormonais pode aumentar a probabilidade de desenvolvimento de doença crônica.⁽²²⁾

Como limitação do nosso estudo devemos assinalar o tipo de delineamento transversal, que como mencionado antes pode ser causa de uma causalidade reversa. Esse fenômeno pode ter acontecido na associação com a religião e carga de morbidade, conforme citado antes. O tamanho da amostra foi adequada para encontrar a maior parte das associações, contudo não podemos descartar a possibilidade de uma falta de poder estatístico em algumas associações que não foram significativas. Finalmente, devemos recordar que o instrumento utilizado não faz diagnóstico de depressão e sim é um instrumento de rastreamento dessa afecção. Como aspectos positivos devemos indicar a baixa proporção de perdas. Também o fato do estudo ter sido de base populacional, de forma seus resultados são extrapoláveis a esse grupo estudado.

CONCLUSÕES

Nosso estudo deixou em evidência que a prevalência de DPM entre mulheres é elevada e apresenta diversos fatores modificáveis. A relação inversa entre o desfecho e situação sócio econômica aponta para uma importante situação de iniquidade que deveria ser considerada no planejamento de ações para melhorar a situação.

Por outro, o estudo mostrou a importância das redes sociais nesse tipo de doença, indicando a necessidade de promover esses suportes entre as mulheres que apresentam esses distúrbios. Obviamente que os fatores de morbidade estiveram associados, uma vez que a relação entre doença e depressão é um achado já consolidado.

A utilização desse tipo de rastreamento na atenção básica pode ser útil para reduzir esses distúrbios, mediante a identificação de mulheres com fatores de risco modificáveis e a implementação de medidas assistências que minimizem a carga dos DPM e suas consequências,

REFERÊNCIAS

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86. Comment in: *Lancet*. 2013;382(9904):1540-2. *Evid Based Ment Health*. 2014;17(4):105.
2. Chang CK, Hayes RD, Perera G, Broadbent MT, Fernandes AC, Lee WE, et al. Life expectancy at birth for people with serious

- mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS One*. 2011;6(5):e19590.
3. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock/Routledge; 1992.
 4. Patel V, Lund C, Heatherill S. Social determinants of mental disorders. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, editors. *Priority public health conditions: from learning to action on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2009.
 5. Steiner M. Saúde mental da mulher: o que não sabemos? *Rev Bras Psiq*. 2005;27(supl II):S41-2.
 6. Toffol E, Koponen P, Partonen T. Miscarriage and mental health: Results of two population-based studies. *Psychiatry Res*. 2012; 205(1-2):151-8.
 7. Rennó Jr J, Soares CN. Transtornos mentais associados ao ciclo reprodutor feminino. In: Louza Neto MR, Elkis E. *Psiquiatria Básica*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.418-28.
 8. Justo LP, Calil HM. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev Psiq Clín*. 2006;33(2):74-9
 9. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio Grande do Sul. Brasília (DF): IBGE. [citado 2013 Ago 20]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/V7O>
 10. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980; 10(2):231-41.
 11. Mari J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
 12. Saunders J, Aaslang OG, Babor T, de La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
 13. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.
 14. Costa JS, Menezes AM, Olinto MT, Gigante DP, Macedo S, Britto MA, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2002[citado 2016 Mar 14];5(2):164-173. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2002000200004>.
 15. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):341-6.
 16. Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, Barata RB, organizadores. *Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. 235 p. (Série Epidemiológica, nº 3) [citado 2015 Jan 21]. DOI: <http://dx.doi.org/10.7476/9788575412626>
 17. Ali FA, Zuberi RW. Association of sociodemographic factors with depression in women of reproductive age. *Asia Pac J Public Health*. 2012;24(1):161-72.
 18. Bromberger JT, Harlow S, Avis N, Kravitz HM, Cordal A. Racial/ethnic differences in the prevalence of depressive symptoms among middle-aged women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Am J Public Health*. 2004;94(8):1378-85.
 19. Coelho CS, Laranjeira RR, Santos JL, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, et al. Depressive symptoms and alcohol correlates among Brazilians aged 14 years and older: a cross-sectional study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2014 9:29.
 20. Jacobs-Lawson JM, Schumacher MM, Hughes T, Arnold S. Gender differences in psychosocial responses to lung cancer. *Gend Med*. 2010;7(2):137-48.
 21. Lino VT, Portela MC, Camacho LA, Atie S, Lima MJ. Assessment of social support and its association to depression, self-perceived health and chronic diseases in elderly individuals residing in an area of poverty and social vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. *PLoS One*. 2013;8(8):e71712. doi:10.1371/journal.pone.0071712
 22. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. [Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study]. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(4):617-23. Portuguese.
 23. Bremner MA, Hoogendijk WJ, Deeg DJ, Schoevers RA, Schalk BW, Beekman AT. Depression in older age is a risk factor for first ischemic cardiac events. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(6):523-30.
 24. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8. Comment in: *Evid Based Ment Health*. 2008;11(2):57. *Lancet*. 2007;370(9590):808-9.