

Érica de Toledo Piza Peluso^I

Sérgio Luís Blay^{II}

Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo

Public perception of depression in the city of São Paulo

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar como a população identifica os sintomas de depressão e suas causas.

MÉTODOS: Foi realizado inquérito domiciliar em 2002 com amostra probabilística de 500 indivíduos residentes em São Paulo, com idade entre 18 e 65 anos. Foi aplicado questionário estruturado que incluía dados sociodemográficos e apresentação de vinheta que descrevia uma pessoa com depressão, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* e a Classificação Internacional de Doenças-10. A seguir, eram respondidas duas questões sobre a identificação dos sintomas da vinheta. A atribuição de causas foi avaliada mediante apresentação de 18 possíveis causas. Os resultados foram analisados por meio de regressão logística e análise de variância.

RESULTADOS: Os sintomas apresentados foram identificados como “depressão” por menos da metade da amostra. Cerca de 20% dos entrevistados acreditaram tratar-se de doença mental. Baixa escolaridade foi a única variável associada à identificação como doença mental (OR=2,001, IC 95%: 1,275;3,141, p=0,003). As causas consideradas mais relevantes foram “desemprego” e “isolamento”. Causas biológicas, espirituais e morais foram tidas como menos relevantes. Os determinantes associados às respostas sobre causas foram escolaridade, sexo, experiência pessoal com problemas mentais e identificação como doença mental.

CONCLUSÕES: A população de São Paulo em geral e as pessoas com maior escolaridade em particular apresentam um modelo psicossocial de depressão que se afasta do modelo biomédico.

DESCRITORES: Saúde mental. Depressão. Percepção. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Inquéritos de morbidade. Questionários, utilização.

^I Programa de Pós-Graduação. Departamento de Psiquiatria. Escola Paulista de Medicina (EPM). Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Psiquiatria. EPM. Unifesp. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Érica de T. P. Peluso
Departamento de Psiquiatria
Universidade Federal de São Paulo
R. Botucatu, 740
04023-900 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: pelusoe@terra.com.br

Recebido: 23/2/2007

Revisado: 26/7/2007

Aprovado: 10/9/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess how the population identifies symptoms of depression as well as its causes.

METHODS: A household survey with a probabilistic sample of 500 individuals, residing in the city of São Paulo and aged between 18 and 65 years, was conducted in 2002. A structured questionnaire including sociodemographic data and a vignette presentation describing a person with depression, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV and the International Classification of Diseases-10 was used during the in-person interviews carried out by trained, qualified interviewers. Two questions about the vignette's symptom identification were subsequently asked. The results were analyzed by means of logistic regression and variance analysis.

RESULTS: Symptoms presented were identified as "depression" by less than half of the sample. About 20% of respondents believed it was a mental illness. Low level of education was the only variable associated with identification as mental illness (OR=2.001, 95% CI: 1.275; 3.141, p=0.003). The most relevant causes were "unemployment" and "isolation". Biological, spiritual and moral causes were considered to be less relevant. Factors that most influenced the responses about causes were level of education, gender, personal experience with mental problems and identification as mental illness.

CONCLUSIONS: The population of the city of São Paulo in general, especially those with a higher level of education, views depression in terms of a psychosocial model that somewhat differs from the biomedical model.

KEY WORDS: Mental health. Depression. Perception. Health knowledge, attitudes, practice. Morbidity surveys. Questionnaires, utilization.

INTRODUÇÃO

A depressão é considerada uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social.¹³ Entretanto, pequena parte das pessoas atingidas recebe tratamento apropriado, e sobre elas, o estigma pesa de forma significativa. A forma como a população identifica os sintomas de depressão e as crenças sobre sua etiologia podem influenciar o processo de procura de ajuda, a adesão aos tratamentos, bem como a atitude e o comportamento da comunidade em relação aos portadores desse transtorno.⁸

Estudos recentes avaliaram como a população geral identifica descrições sintomatológicas da depressão e suas causas atribuídas. Tais estudos indicaram que o público reconhece a depressão como problema emocional ou de saúde mental. As principais causas atribuídas são de natureza psicossocial, principalmente eventos estressantes na vida da pessoa, e raramente causas de natureza biológica ou espiritual são imputadas à depressão.^{1,2,6,10,15}

Embora existam estudos sobre este tema em diversos países, incluindo alguns trabalhos de menor escala

em países em desenvolvimento, há certas lacunas na literatura referente ao conhecimento da depressão. Na América Latina e no Caribe em geral, no Brasil em particular, há pouca informação sobre o tema. Revisão realizada no período de 1980 a 2000¹⁶ não encontrou estudos abrangentes ou com amostras populacionais representativas na América Latina. Além disso, há poucos estudos internacionais que avaliaram os fatores capazes de influenciar a identificação e a atribuição de causas da depressão.

O presente estudo teve por objetivo avaliar como a população identifica os sintomas de depressão e suas causas.

MÉTODOS

Em maio e junho de 2002, foi realizado inquérito domiciliar para avaliar a percepção da população sobre depressão. A amostra foi composta por residentes da cidade de São Paulo, com idade entre 18 e 65 anos. O tamanho da amostra estimado foi em 500 indivíduos, por meio do programa estatístico "Stacts Direct

software". Chegou-se ao número mínimo de 457 sujeitos, utilizando-se para o cálculo uma frequência estimada de resposta de 5%, com desvio de 2% e 95% de intervalo de confiança.

Foi usada uma amostragem aleatória com estágios múltiplos e com a estratégia de substituição. Nesse procedimento, cinquenta *clusters* (agrupamento de quarteirões previamente definidos) foram selecionados inicialmente no mapa da cidade de São Paulo. A distribuição dos *clusters* foi proporcional à população dos 96 distritos da cidade. Em seguida, dois quarteirões foram selecionados em cada *cluster*, e cinco entrevistas foram realizadas em cada quarteirão. Depois de selecionar os quarteirões, o primeiro domicílio a ser abordado foi definido por escolha aleatória do cruzamento de duas ruas ou avenidas. Outros domicílios foram selecionados mediante procedimento sistemático. Em cada domicílio, um residente entre 18 e 65 anos era escolhido para participar da entrevista, com base na data de aniversário mais próxima da entrevista.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado, aplicado face a face por entrevistadores profissionais treinados. A elaboração do questionário baseou-se em questionários adotados em estudos similares^{1,5} e estudo piloto com questões semi-abertas realizado com a população local.

A avaliação da percepção da depressão começou com a leitura de uma vinheta que descrevia uma pessoa de 30 anos com os sintomas da doença segundo os critérios de diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10). Tal vinheta foi construída de acordo com o modelo de Jorm et al⁵ (1997). Para garantir que refletisse uma pessoa com depressão, a vinheta foi previamente avaliada por três experientes psiquiatras. O sexo da pessoa descrita na vinheta (José ou Maria) foi aleatoriamente distribuído entre os entrevistados. A vinheta foi assim construída:

"José/Maria tem 30 anos e nos últimos meses vem se sentindo muito mais triste que o habitual, quase todos os dias. Perdeu o interesse pelas atividades que gostava de fazer, sente-se irritado(a) e sem energia para fazer as coisas quase todo o tempo. Também perdeu o apetite e tem dificuldade para dormir. Seus familiares notaram que ele(a) estava sem ânimo, chorando muito e que não conseguia executar suas tarefas da mesma forma que antes."

Após a apresentação da vinheta, o entrevistado respondia à seguinte questão aberta: "O que o Sr.(a) acredita que José/ Maria tem?". Eram admitidas respostas múltiplas. Em seguida, apresentava-se a seguinte questão fechada sobre identificação como doença mental: "O(A) Sr.(a) acredita que ele(a) tem alguma doença mental?"

A atribuição de causas foi avaliada mediante apresentação de 18 possíveis causas: isolamento; desemprego; problemas familiares ou amorosos; excesso de trabalho; má alimentação; uso de drogas; acontecimento recente estressante; problemas na infância; pancada forte na cabeça; fraqueza de caráter ou falta de força de vontade; falta de amor próprio; ser muito nervoso; "encosto" ou "mau olhado" ou feitiçaria; falta de fé em Deus; destino ou predestinação; vírus ou infecção; problema genético; problema no cérebro.

A cada causa apresentada, o entrevistado respondia numa escala de cinco pontos que variavam de "concordo totalmente" a "discordo totalmente". Então, o entrevistado tinha que escolher a principal causa para a situação descrita na vinheta, entre as 18 possibilidades apresentadas.

A fim de verificar possíveis determinantes da identificação como doença mental, procedeu-se à análise de regressão logística. Nela, foram incluídas as seguintes variáveis: sexo (masculino, feminino), idade (18-29 anos, 30-49 anos, 50-65 anos), religião (sem religião, católico, evangélico), escolaridade (0-7 anos de estudo completos, 8 ou mais anos de estudo completos); classe social (classes A/ B/ C, D/E, de acordo com o sistema de classificação da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado) e experiência pessoal com problemas de saúde mental em geral. A experiência pessoal foi avaliada no final do mesmo questionário mediante a seguinte questão: "O(A) Sr.(a) já teve algum problema dos nervos, problema mental ou emocional, depressão, problemas por uso de bebidas alcoólicas ou drogas?"

Utilizou-se o método "enter" e cada variável não significativa ($p > 0,05$) foi retirada manualmente, até a construção do modelo final.

Para identificar possíveis variáveis que influenciaram as respostas sobre atribuição de causas, foi realizada análise dos componentes principais com rotação varimax para reduzir as 18 possíveis causas a um número menor de fatores. Depois, fez-se análise de variância univariada, na qual os escores médios de cada um dos fatores foram tratados como variável dependente. As variáveis independentes foram: sexo, idade, religião, escolaridade, classe social, identificação do problema como doença mental e experiência pessoal com problemas de saúde mental. Quando necessário, aplicou-se o teste de Bonferroni. A análise estatística foi realizada com o *software* SPSS 10.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e todos os seus participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas da amostra do estudo e da população geral, revelando que a amostra é representativa da população da cidade de São Paulo (10.434.252 de habitantes, de acordo com o censo demográfico de 2000 produzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra estudada e da população total do Município de São Paulo, SP, 2002.

Variável	Amostra (N=500)	População total*
	2002 %	2000 %
Sexo		
Masculino	46,2	47,1
Feminino	53,8	52,9
Idade		
18-19	7,0	5,7**
20-29	25,0	27,1**
30-39	23,6	23,4**
40-49	19,6	18,6**
50-59	15,6	11,8**
60-65	9,2	13,4***
Anos completos de estudo		
0-3	11,8	15,7
4-7	27,6	32,4
8-10	23,0	19,4
11 ou mais	37,6	32,1

* Dados provenientes dos primeiros resultados do Censo de 2000 do IBGE para a população da cidade de São Paulo com mais de 10 anos de idade

** Dados para a população com 18 ou mais anos de idade

*** Dados referentes aos indivíduos com 60 ou mais anos de idade. Não há dados disponíveis para aqueles entre 60 e 65 anos

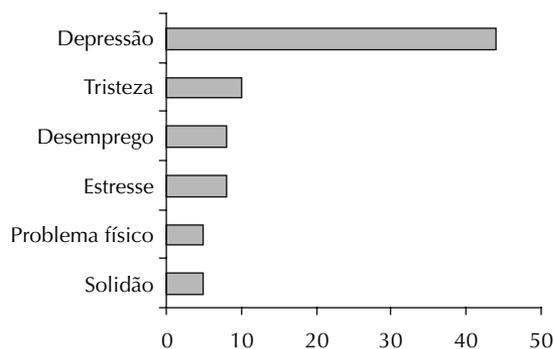


Figura. Distribuição das respostas de identificação da vinheta de depressão com frequências iguais ou superiores a 5%. Município de São Paulo, SP, 2002.

A resposta mais freqüente dos entrevistados à questão aberta sobre o problema apresentado na vinheta foi “depressão” (44,4%). A Figura apresenta as principais categorias de resposta. Categorias mencionadas em menos de 5% das respostas não foram incluídas.

A maior parte das respostas pôde ser agrupada como problemas de saúde mental (48,0%). Outras 37,6% foram agrupadas como problemas pessoais ou de vida e 5,4% como problemas físicos.

Em relação à questão sobre identificação como doença mental, 19,2% da amostra acreditavam que a situação descrita era de doença mental, mas não para 78%.

Os resultados da regressão logística indicaram que a escolaridade baixa foi a única das variáveis avaliadas que se mostrou associada à identificação como doença mental (OR=2,001, IC 95%: 1,275;3,141, p=0,003).

A Tabela 2 apresenta a percentagem de entrevistados para cada uma das causas apresentadas e para a causa considerada mais importante.

A maior parte dos fatores apresentados foi considerada como possíveis causas da depressão. Os fatores relativos ao ambiente social e interpessoal foram os mais freqüentemente considerados como possíveis causas. Essa tendência fica ainda mais clara à escolha da causa mais importante: a resposta mais freqüente foi “desemprego”, seguida por “isolamento”. As causas de natureza biológica foram consideradas menos relevantes. “Problema no cérebro” e “problema genético” foram raramente escolhidos como causas mais importantes. Respostas de caráter religioso ou que atribuem a responsabilidade à própria pessoa, como “fraqueza de caráter” ou “falta de amor próprio”, também foram pouco selecionadas como causas mais importantes.

Embora cinco fatores tenham sido inicialmente identificados com *eigenvalue* >1, a solução com três fatores foi preferida, pois apresentou estrutura mais significativa. Os três fatores foram: psicossocial, religioso/moral e biológico, os quais explicaram 42,4% da variância (Tabela 3). A composição dos fatores foi a seguinte:

1. psicossocial (*eigenvalue* 4,28, variância explicada 23,8%): isolamento (carga fatorial 0,63), desemprego (0,62), uso de drogas (0,62), problemas familiares (0,61), evento estressantes (0,58), problemas na infância (0,51), excesso de trabalho (0,48), má alimentação (0,44).
2. biológico (*eigenvalue* 1,96, variância explicada 10,9%): problema do cérebro (carga fatorial 0,80), problema genético (0,74), vírus ou infecção (0,64), pancada forte na cabeça (0,61).

Tabela 2. Percentagem dos entrevistados para os fatores causais para depressão. Município de São Paulo, SP, 2002. N=500

Fator causal da depressão	Concorda* %	Não concorda nem discorda %	Discorda** %	Não sabe/não respondeu %	Causa principal %
Desemprego	96,4	-	3,6	-	23,1
Isolamento	91,4	1,2	7,0	0,4	22,3
Uso de drogas	92,0	1,0	6,4	0,6	16,9
Falta de fé em Deus	80,4	4,4	14,4	0,8	8,2
Evento estressante	93,2	1,6	5,0	0,2	6,2
Problemas familiares	93,2	0,8	5,8	0,2	5,8
Falta de amor próprio	80,4	4,2	14,8	0,6	4,0
Problemas na infância	89,2	2,4	8,2	0,2	2,0
Ser muito nervoso	80,6	6,0	13,0	0,4	2,0
Fraqueza de caráter	71,8	4,8	22,8	0,6	1,8
Batida na cabeça	75,0	7,0	17,0	1,0	1,6
Problema no cérebro	73,0	5,6	19,8	1,6	1,2
Vírus ou infecção	54,0	7,0	37,4	1,6	1,2
Problema genético	63,8	6,8	27,6	1,8	1,0
Excesso de trabalho	65,0	6,8	28,2	-	1,0
Má alimentação	75,2	6,6	28,2	0,2	0,8
Encosto/mau olhado	33,6	9,2	55,8	1,4	0,6
Destino/predestinação	26,8	10,0	61,0	2,2	0,2

* Respostas agrupadas (concordo totalmente + concordo em parte)

** Respostas agrupadas (discordo totalmente + discordo em parte)

Tabela 3. Resultados da análise de variância univariada para cada um dos três fatores causais da depressão.* Município de São Paulo, SP, 2002.

Variável	Fator psicossocial		Fator biológico		Fator religioso/moral	
	F	p	F	p	F	p
Escolaridade (baixa)			11,370	0,001	10,354	0,001
Sexo (feminino)	5,697	0,017	4,975	0,026		
Experiência pessoal (sim)	4,634	0,032				
Identificação como doença mental (sim)			5,596	0,018		

* Apenas as variáveis que atingiram significância ($p < 0,05$) foram incluídas

3. religioso/moral (*eigenvalue* 1,38, variância explicada 7,71%): fraqueza de caráter (carga fatorial 0,71), falta de amor próprio (0,70), falta de fé em Deus (0,60), destino/predestinação (0,47), ser muito nervoso (0,47), “encosto/mau-olhado” (0,43).

Pessoas com menor escolaridade apresentaram maior tendência a atribuir causas de natureza religiosa/moral e biológica à depressão. As mulheres revelaram maior tendência a reconhecer causas de natureza psicossocial e biológica. Aqueles que identificaram depressão como doença mental tiveram maior tendência a causas de natureza biológica. A experiência pessoal, mencionada por 26% dos entrevistados, influenciou a escolha por causas psicossociais.

DISCUSSÃO

Em primeiro lugar, devem mencionar-se algumas limitações do presente estudo, baseado na apresentação de uma situação hipotética mediante vinheta. Isso pode produzir postura artificial que nem sempre é capaz de refletir a real atitude e o comportamento das pessoas diante de situações concretas de depressão. O uso de questionários que abordam opiniões e conhecimento, sobretudo quando aplicados pessoalmente por entrevistadores, está sujeito a induzir respostas socialmente desejáveis.

O presente estudo, realizado por uma universidade (fato informado, antes da entrevista, a todos os entrevistados), pode ter estimulado ainda mais a expressão

de opiniões mais próximas do conhecimento científico. Como em estudos populacionais de forma geral, as pessoas que aceitam ser entrevistadas podem guardar características distintas daquelas que recusaram participar. Empregou-se a estratégia de substituição para as pessoas ausentes ou que se recusaram a participar, podendo ter acentuado mais esse viés. No entanto, não houve diferenças relevantes entre a amostra e a população geral, em relação às principais características sociodemográficas.

Os resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que, na análise estatística, não houve correção para os sorteios sucessivos do plano amostral.

Os resultados do presente estudo, realizado no maior centro urbano do Brasil, não podem ser generalizados para regiões brasileiras com características econômicas, culturais e sociais distintas. Novos estudos são necessários em outras regiões, como Norte, Nordeste ou zonas rurais, para verificar possíveis diferenças na percepção pública da depressão.

Quando apresentados a uma descrição sintomatológica de depressão, menos da metade dos entrevistados na cidade de São Paulo reconheceu a existência de depressão, e uma parcela ainda menor acreditou tratar-se de doença mental. Tais resultados indicam que a população identifica a depressão principalmente como situação pessoal e de vida, de caráter transitório.

Ao comparar os resultados da questão aberta sobre identificação do presente estudo com os achados de Jorm et al⁷ (2005) na Austrália e Japão, observa-se tendência similar de definir os sintomas da vinheta como problema de saúde mental. A população da Austrália, porém, adotou com maior frequência o termo “depressão” (65,3% das respostas), enquanto, no Japão, os entrevistados usaram termos genéricos, como “problema psicológico, mental ou emocional” e estresse, tendo apenas 22,6% empregado o termo depressão.

Em relação à percepção do transtorno como doença mental, os resultados indicaram que pequena parcela dos entrevistados associou os sintomas de depressão àquele conceito. Tal resultado é menor do que o observado em estudos semelhantes em outros países. Em estudo realizado nos Estados Unidos¹⁰ 69,1% identificaram os sintomas de depressão como indicativos de doença mental, enquanto que 62,2% da população na Alemanha¹ e 39,8 % na Suíça⁹ identificaram os sintomas descritos na vinheta dessa maneira. Em um centro urbano na Turquia,¹⁵ 79% dos entrevistados acreditaram que a vinheta de depressão descrevia uma pessoa com doença mental.

Pode-se pensar em alguns fatores para compreender o baixo uso do termo doença mental em referência à depressão entre a população estudada. Em primeiro

lugar, pode-se aventar que haja pouca informação sobre o tema na sociedade. Além disso, pode-se atribuir esse resultado a certas características socioculturais que envolveriam preferência por denominações mais abrangentes e menos estigmatizantes para definir os transtornos mentais.

Nesse sentido, um estudo de Giosan et al³ comparou o conceito de doença mental entre três diferentes culturas (Estados Unidos, Brasil e Romênia) mediante uso de vinhetas. Esse estudo revelou que o conceito de doença mental entre brasileiros é pouco abrangente, ao comparar a amostra brasileira com as demais, principalmente em relação à norte-americana.

A avaliação dos determinantes da identificação como doença mental pode ajudar a compreender esse resultado. Entre os determinantes destaca-se a baixa escolaridade da população brasileira, pois indica que aqueles que presumivelmente têm menos informação são os que mais recorrem ao conceito de doença mental. Algumas hipóteses podem ser suscitadas para explicar o achado, entre elas o fato de que pessoas com maior grau de escolaridade podem manifestar visão mais psicológica dos problemas mentais e emocionais, afastando-se modelo biomédico.

Outro fator avaliado, a experiência pessoal, não esteve associado à identificação da depressão como doença mental no presente estudo. Goldney et al⁴ (2003), em estudo na Austrália, também não encontraram diferenças entre pessoas sem depressão e pessoas com depressão maior e com outros tipos de depressão, na identificação do problema descrito na vinheta. Lauber et al⁹ (2003), em estudo na Suíça, observaram que o contato prévio com doentes mentais teve efeito positivo na identificação dos sintomas de depressão.

Causas de naturezas diversas – psicossociais, espirituais, morais e biológicas – foram atribuídas pela população à depressão, indicando uma compreensão etiológica multifatorial. Mas causas associadas ao estresse psicossocial foram consideradas as mais relevantes.

Ao comparar a visão da população com os resultados da evidência científica atual, encontram-se pontos convergentes. A evidência científica mostra a importância de um modelo multifatorial para a compreensão da depressão, indicando certos fatores psicossociais como etiológicamente relevantes. Por outro lado, alguns fatores biológicos, como os genéticos, tidos também por relevantes pela evidência científica, são pouco considerados pela população para a etiologia da depressão.

Os resultados do presente estudo são similares aos de outros estudos internacionais que, com referência a culturas e níveis de desenvolvimento distintos, também mostraram tendência de se associar a depressão, prin-

principalmente, a causas relativas ao estresse psicossocial. Nos Estados Unidos, Link et al¹⁰ (1999) reportaram que a principal causa atribuída à depressão foram “eventos estressantes na vida da pessoa”. Nakane et al¹⁴ (2005) observaram que a causa mais frequentemente identificada, na Austrália e no Japão, foram “problemas no dia a dia”. De forma similar, na Alemanha,¹ na Mongólia e na Rússia,² a causa mais importante para o público foi “acontecimento na vida”. Em uma comunidade urbana na Turquia,¹⁵ 87% acreditaram que problemas sociais são a causa da depressão. Estudo em cidade do noroeste da Etiópia, Mulatu¹² (1999) também concluiu que o principal fator etiológico imputado à depressão está relacionado ao estresse.

Entre as variáveis consideradas para explicar a atribuição de causas, destacam-se a influência do sexo feminino, da baixa escolaridade, da experiência pessoal e identificação como doença mental.

Baixo nível de escolaridade foi associado à preferência por causas de natureza espiritual/moral e biológica. Outros estudos sobre a influência de variáveis na atribuição de causas da depressão também revelaram associação entre menor escolaridade e preferência por causas de natureza religiosa ou moral.^{6,11,12} Em relação às causas de natureza biológica, a mesma tendência foi observada por Matschinger & Angermeyer¹¹ (1996) na Alemanha, enquanto tendência oposta foi verificada por Mulatu¹² (1999) na Etiópia.

Identificação como doença mental foi, como previsto, associada à preferência por causas de natureza biológi-

ca. A experiência pessoal mostrou-se ligada à escolha de causas psicossociais.

Em conclusão, os resultados mostraram que a maior parte da população de São Paulo não identifica os sintomas de depressão com os termos depressão ou doença mental, assim como a preferência por causas de natureza psicossocial, distanciando-se do modelo biomédico da depressão. Tais resultados foram obtidos principalmente entre as pessoas com maior grau de escolaridade.

Em que medida essa distância do modelo biomédico pode favorecer ou dificultar a procura de ajuda e a adesão aos tratamentos profissionais e a aceitação dos portadores de depressão, na sociedade?

Poder-se-ia imaginar que a compreensão da depressão como situação de vida levaria a menor procura ou a procura menos precoce de ajuda profissional, mas não há provas diretas dessa relação hipotética na literatura. Quanto à questão da aceitação dos portadores desse transtorno na sociedade, há evidências de associação entre preferência do público por um modelo psicossocial e reações mais favoráveis, como o desejo de menor distância social, e menos reações negativas.^{1,2}

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Clóvis de Araújo Peres do Setor de Estatística Aplicada do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo, pela assessoria estatística.

REFERÊNCIAS

1. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(9):526-34.
2. Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004;38(5):348-54.
3. Giosan C, Glovsky V, Haslam N. The lay concept of 'mental disorder': a cross-cultural study. *Transcult Psychiatry.* 2001;38(3):317-32.
4. Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH. Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *J Affect Disord* 2001;64(2-3):277-84.
5. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust.* 1997;166(4):182-6.
6. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997;32(3):143-8.
7. Jorm AF, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Griffiths KM, Wata Y. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine.* 2005;3:12.
8. Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM. Symptom attribution in cultural perspective. *Can J Psychiatry.* 1994;39(10):584-95.
9. Lauber C, Nordt C, Falcató L, Rössler W. Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;253(5):248-51.
10. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health.* 1999;89(9):1328-33.
11. Matschinger H, Angermeyer MC. Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1996;31(6):309-15.
12. Mulatu MS. Perceptions of mental and physical illnesses in north-western Ethiopia. *J Health Psychol.* 1999;4(4):531-49.
13. Murray CJL, Lopez AD, editors. The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
14. Nakane Y, Jorm AF, Yoshioka K, Christensen H, Nakane H, Griffiths KM. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry.* 2005;5:33.
15. Ozmen E, Ogel K, Aker T, Sagduyu A, Tamar D, Boratav C. Public attitudes to depression in urban Turkey - the influence of perceptions and causal attributions on social distance towards individuals suffering from depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(12):1010-6.
16. Peluso ETP, Blay SL. Community perception of mental disorders. A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(12):955-61.

Artigo baseado em tese de doutorado de ETP Peluso, apresentada à Universidade Federal de São Paulo, em 2004. ET Peluso foi apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes – bolsa de doutorado). Financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Proc. 01/03423-0).