

## TRANSTORNO MENTAL COMUM EM MULHERES E SEUS POSSÍVEIS IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO REGIONAL NO PLANALTO NORTE CATARINENSE

## COMMON MENTAL DISORDER IN WOMEN AND ITS POSSIBLE IMPACTS ON THE REGIONAL DEVELOPMENT OF THE SANTA CATARINA'S NORTH PLATEAU

Paola Malacoski Schimingoski <sup>1</sup>  
Jaqueline Conceição <sup>2</sup>  
Leonardo Dresch Eberhardt <sup>3</sup>  
Chelin Auswaldt Steclan <sup>4</sup>

### RESUMO

Transtorno mental comum (TMC) é uma condição de saúde que inclui sintomas não psicóticos, sofrimento mental e incapacidade funcional, podendo estar relacionado com outros transtornos comumente conhecidos, como ansiedade, depressão e bipolaridade. Prevalente em mulheres, principalmente nos grupos sociais em situação de vulnerabilidade, traz a demanda sobre o reconhecimento deste cenário de doença de acordo com o território e regionalidade, o que mundialmente é sabido que reflete sobre as medidas e estratégias em cuidado à saúde. Desta forma, objetivou-se estudar a prevalência de TMC em mulheres atendidas pelos Centros de Referências de Assistência Social (CRAS), na Região do Planalto Norte Catarinense, bem como refletir sobre os possíveis impactos no desenvolvimento regional. Para isso, foram utilizados questionários semiestruturados, aplicados via *Google Forms*, para analisar dados sociodemográficos e domínios específicos no rastreamento do TMC (SRQ-20). Aqui pudemos identificar prevalência acima de 50% para o TMC. Além disso, dos dez municípios analisados, apenas dois – Bela Vista do Toldo e Papanduva – apresentaram prevalência de TMC menor que 50%. Contudo, não houve a identificação de fatores preditivos ou protetores para o TMC. Sumariamente, reconhece-se que estes achados interferem na projeção do desenvolvimento regional do território e na população em questão. Com base nestes achados preliminares sobre

<sup>1</sup>Mestre em Desenvolvimento Regional. Professora da Universidade do Contestado (UNC). Canoinhas, Santa Catarina. Brasil. E-mail: [paola.schimingoski@professor.unc.br](mailto:paola.schimingoski@professor.unc.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2739-951X>

<sup>2</sup>Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Doutoranda em Desenvolvimento Regional. Universidade do Contestado - UNC. Canoinhas, Santa Catarina. Brasil. E-mail: [jaqueline@unc.br](mailto:jaqueline@unc.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0539-3328>

<sup>3</sup>Doutor em Saúde Pública. Professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Enfermagem (FENf), Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: [dresch@unicamp.br](mailto:dresch@unicamp.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8284-1668>

<sup>4</sup>Doutora em Biologia Celular e Molecular. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Centro de Ciências Rurais, Departamento de Biociências e Saúde Única. Curitiba. Santa Catarina. Brasil. E-mail: [chelin.steclan@ufsc.br](mailto:chelin.steclan@ufsc.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8284-1668>

este cenário regional, sugere-se que sejam realizados estudos complementares que possam elucidar a prevalência de TMC também nas mulheres fora da situação de vulnerabilidade social na região do Planalto Norte Catarinense, para que assim possam ser analisados os fatores de risco e melhores estratégias em saúde para esta problemática.

**Palavras-chave:** saúde mental; vulnerabilidade social; desenvolvimento regional.

## ABSTRACT

Common mental disorder (CMD) is a health condition that includes non-psychotic symptoms, mental distress, functional disability, and may be related to other commonly known disorders, such as anxiety, depression, and bipolar disorder. Prevalent in women, especially in social groups in situations of vulnerability, it brings the demand for the recognition of this disease scenario according to the territory and regionality, which is known worldwide that reflects on the measures and strategies in health care. Thus, the objective of this study was to study the prevalence of CMD in women assisted by the Social Assistance Reference Centers (CRAS) in the Northern Plateau Region of Santa Catarina, as well as to reflect on the possible impacts on regional development. For this, semi-structured questionnaires, applied via Google Forms, were used to analyze sociodemographic data and specific domains in the CMD screening (SRQ-20). Here we were able to identify a prevalence above 50% for CMD. In addition, of the ten municipalities analyzed, only two – Bela Vista do Toldo and Papanduva – had a prevalence of CMD lower than 50%. However, no predictive or protective factors for CMD were identified. In summary, it is recognized that these findings interfere in the projection of the regional development of the territory and the population in question. Based on these preliminary findings on this regional scenario, it is suggested that complementary studies be carried out that can elucidate the prevalence of CMD also in women outside the situation of social vulnerability in the Northern Plateau region of Santa Catarina, so that the risk factors and best health strategies for this problem can be analyzed.

**Key words:** mental health; social vulnerability; regional development.

**Artigo recebido em:** 27/08/2024

**Artigo aprovado em:** 07/10/2024

**Artigo publicado em:** 21/10/2024

Doi: <https://doi.org/10.24302/sma.v.13.5603>

## INTRODUÇÃO

Segundo o CID-10<sup>1</sup>, os transtornos mentais (TM) são classificados como doenças com manifestações psicológicas associadas a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho

global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. Segundo Fernandez e Cheniaux (2010)<sup>2</sup> o termo transtorno mental é utilizado para indicar a presença de um conjunto de vivências subjetivas ou comportamentais que causam sofrimento significativo ou um importante prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante da vida do indivíduo.

Os transtornos mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo, o que representa um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos. Dentre esses transtornos há o TMC, que se caracteriza por sintomas depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas, as quais, contudo, não preenchem os critérios para o enquadramento em um diagnóstico médico-psiquiátrico<sup>3,4</sup>. Devido ao escasso diagnóstico, o TMC acaba gerando forte impacto na sociedade, normalmente com maior atenção para os sintomas físicos (quando presentes), culminando em utilização de tratamentos medicamentosos, exames complementares, intervenções ineficazes, e por fim, comprometendo o prognóstico e a aderência aos tratamentos propostos.

A literatura aponta que, tanto no contexto rural quanto no urbano, diversos fatores sociais, culturais e comportamentais podem estar relacionados ao TMC. Resultados obtidos em estudos no contexto urbano e rural revelaram maior prevalência de TMC relacionado: a mulheres<sup>5</sup>, a baixos níveis de escolaridade<sup>6</sup>, à baixa renda<sup>7</sup> e à mulher separada, divorciada, viúva ou sem parceiro<sup>8</sup>. Nesse contexto, fica evidente que condições sociais, sobretudo as situações de vulnerabilidade, são determinantes para o risco de TMC.

No Brasil, a vulnerabilidade social é objeto de intervenção da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). No interior desse sistema, o CRAS foi incumbido de desenvolver “a gestão da rede socioassistencial de proteção social básica do seu território” e ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, além de outros serviços<sup>9</sup>. Nesse contexto, o entendimento de desenvolvimento regional amplia-se, tratando-o como uma esfera de ações e conjunções socioeconômicas que vislumbram a melhoria da qualidade de vida das pessoas de uma determinada região levando em consideração sua composição geomorfológica, organização econômico-social, histórica e cultural; a distribuição geográfica da população; as origens e organização do processo produtivo; princípios da economia local e os aspectos políticos que ali governam e gerem; assim como, os aspectos administrativos deste cenário<sup>10</sup>.

Diante disso, pode-se determinar que parâmetros socioambientais como moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho e remuneração, educação, opções de lazer, meio ambiente, cultura e vida comunitária, correlacionam-se aos parâmetros individuais como hereditariedade e estilo de vida para produzir saúde-doença. Por fim, condições de determinada população podem ser aferidas estudando diferentes aspectos e gerando prospecções para diferentes cenários, sejam eles sociais, biológicos, econômicos, de saúde, entre outros. Tendo isso, a presente pesquisa objetivou estudar a prevalência do TMC em mulheres em situação de vulnerabilidade social na Região do Planalto Norte Catarinense, bem como refletir sobre os possíveis impactos no desenvolvimento regional.

## METODOLOGIA

Caracteriza-se como pesquisa de campo, de caráter exploratório e natureza quantitativa. Respeitando as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/16, a presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado sob os Certificados de Apreciação Ética (CAAE) nº 47659921.3.0000.0117 e nº 64635422.4.0000.0117. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que apenas pós aceite deste e consentimento do método e objetivos, assim como riscos e benefícios, a pesquisa prosseguiu.

Para atender aos objetivos de identificar a prevalência de TMC utilizou-se: I) aplicação do questionário SRQ-20 (*self-reporting questionnaire*) e sociodemográfico<sup>11-13</sup>. A amostragem foi intencional, por meio do recrutamento de mulheres atendidas pelo CRAS feita pelos próprios gestores dos centros. Com isso, obteve-se população total de 170 mulheres atendidas nos referidos CRAS em 2022, contudo, devido aos critérios de inclusão (mulheres acima de 18 anos; consentimento via TCLE; e diagnóstico de transtorno mental) e exclusão (desistência de participar da pesquisa), apenas 119 mulheres foram pesquisadas. Para avaliar os possíveis impactos do TMC na região do Planalto Norte de SC, realizou-se: II) Estudo sociodemográfico do Planalto Norte de Santa Catarina com base em dados secundários da região.

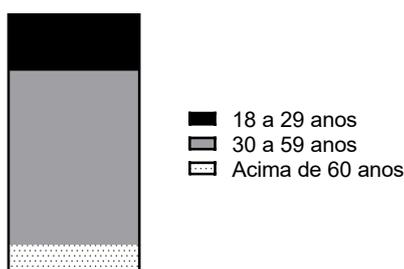
Os questionários foram aplicados conforme modelo da plataforma *Google Forms*, sendo aplicado primeiramente o questionário socioeconômico, contendo questões sobre: idade, renda familiar, escolaridade, estado civil, número de pessoas na moradia, ocupação, presença de crianças no domicílio, de acordo com o proposto por Coutinho et al (2014)<sup>14</sup>. Posteriormente foi aplicado o segundo questionário, SRQ-20, composto por 20 perguntas com respostas “sim” ou “não”, sendo 4 perguntas sobre sintomas físicos e 16 perguntas sobre distúrbios psicoemocionais. Os sintomas avaliados foram referentes aos últimos 30 dias, e a cada resposta “sim”, foi atribuído um (01) ponto, resultando em pontuação final que variava entre 0 a 20 pontos. De acordo com a pontuação no SRQ-20, a pontuação de corte para mulheres com valor menor ou igual a sete foram classificadas como “não suspeitas”, já com pontuação maior ou igual a oito, foram classificadas como “suspeitas”<sup>11</sup>. A aplicação aconteceu nos CRAS, em espaço e momento reservado para a pesquisa, assim como, com orientação e explicação das perguntas pelos pesquisadores.

Todos os dados foram tabulados, codificados e as análises estatísticas foram feitas no GraphPadPrism 9.0 demo. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, com o cálculo das médias, desvio-padrão, e porcentagens de escores obtidos na escala SRQ-20. Para análise das variáveis categóricas foram representadas pelas suas frequências (%), porcentagem). Todos as análises foram incluídas no modelo final de regressão variável, as quais considerou estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ). Os dados socioeconômicos foram correlacionados com a existência de Transtorno Mental Comum (TMC) utilizando o teste de correlação de PEARSON.

## RESULTADOS

No total de 547 mulheres consideradas no estudo, a maioria (67,09%) estava na faixa etária de 30 a 59 anos. A menor representação é da faixa acima de 60 anos, com 11,15% (figura 01). Encontrou-se maior prevalência de mulheres em idade funcional ativa, frequentemente com filhos em período de criação e cuidados, assim como, idade fértil e conjugal ativa.

Figura 1 – Distribuição percentual da população por faixa etária.

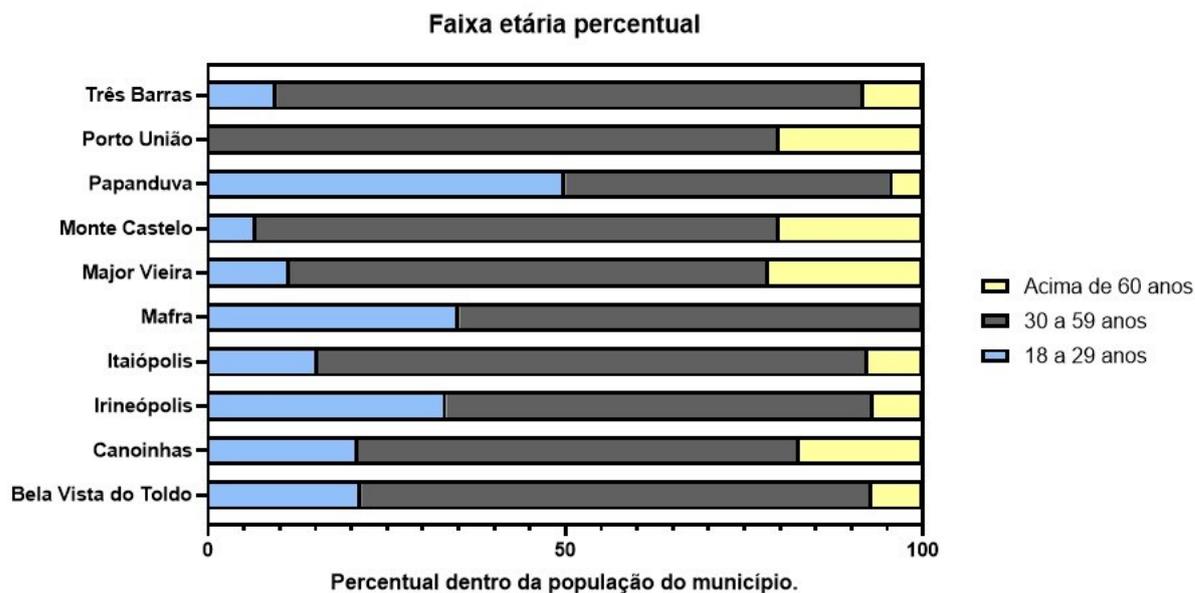


Quando analisada a distribuição de indivíduos dentro das faixas etárias em relação aos municípios (Tabela 01 e figura 02), Irineópolis tem a maior porcentagem da faixa etária jovem ativa (18 a 29 anos) (36,97%). Já a faixa de 30 a 59 anos, interessantemente, foi prevalente em todos os dez municípios analisados, tendo o município de Irineópolis mais uma vez o percentual mais significativo (21,53%). Quando analisado o grupo acima de 60 anos, o município de Major Vieira obteve a maior porcentagem (27,87%), diferentemente e inversamente encontrado para Papanduva. Com isso, só pela distribuição de faixa etária entre os municípios, e considerando que a prevalência para doenças mentais e fatores de risco para vulnerabilidade social é multimodal, denota-se que as estratégias de saúde dos CRAS e secretarias de saúde para estes municípios devem ser diferenciadas.

Tabela 1 - Número de mulheres e porcentagem representativa da população amostrada de acordo com a faixa etária.

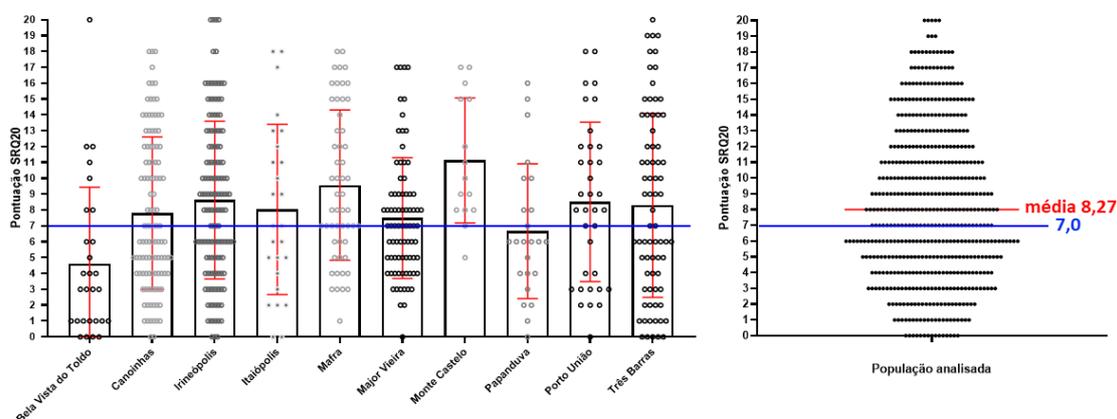
Municípios	18 a 29 anos		30 a 59 anos		Acima de 60 anos		Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bela Vista do Toldo	6	5,04	20	5,45	2	3,28	28	5,12
Canoinhas	17	14,29	50	13,62	14	22,95	81	14,81
Irineópolis	44	36,97	79	21,53	9	14,75	132	24,13
Itaiópolis	4	3,36	20	5,45	2	3,28	26	4,75
Mafra	19	15,97	35	9,54	0	0,00	54	9,87
Major Vieira	9	7,56	53	14,44	17	27,87	79	14,44
Monte Castelo	1	0,84	11	3,00	3	4,92	15	2,74
Papanduva	12	10,08	11	3,00	1	1,64	24	4,39
Porto União	0	0,00	28	7,63	7	11,48	35	6,40
Três Barras	7	5,88	60	16,35	6	9,84	73	13,35
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>21,76</b>	<b>367</b>	<b>67,09</b>	<b>61</b>	<b>11,15</b>	<b>547</b>	<b>100</b>

Figura 2 – Distribuição das faixas etárias por município.



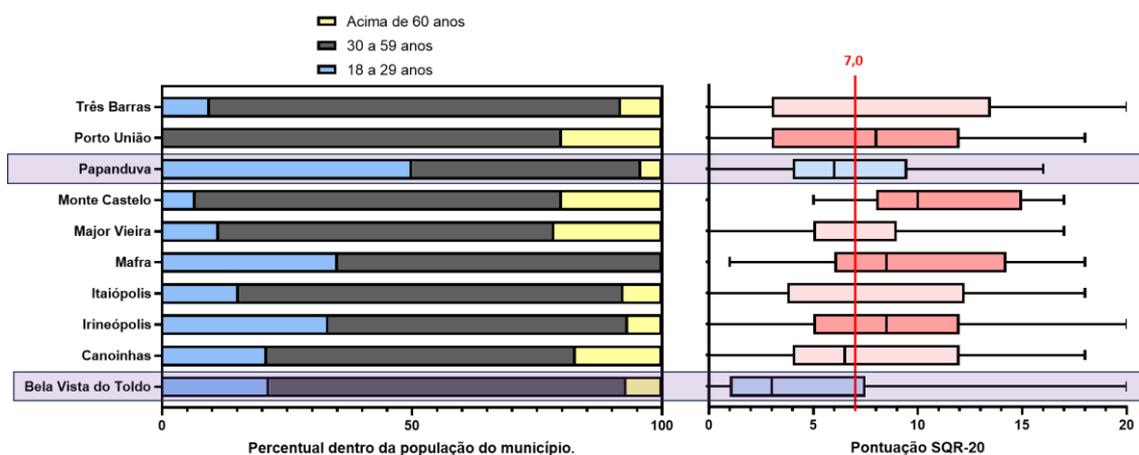
Sabendo sobre as características etárias da população, não considerando os demais fatores de risco, avaliaram-se então as resultantes dos questionários SRQ-20, buscando avaliar pontuação média obtida por município (Figura 3) e média geral dos dez municípios amostrados (Figura 4). Interessantemente e alarmante, identificou-se que apenas dois municípios ficaram com média abaixo da linha de corte para o TMC (pontuação  $\geq 7$  pontos), sendo os municípios de Bela Vista do Toldo e Papanduva. Porém, quando analisada a média geral dos municípios da AMPLANORTE, a pontuação foi superior a 7,0 pontos, alcançando pontuação de 8,27 pontos.

Figura 3 – Pontuação SRQ20.



Quando analisado o perfil etário destas mulheres por município (Figura 04), em comparação com a média de pontuação no SRQ-20, pode-se identificar que Papanduva e Bela Vista do Toldo, com média inferior a 7,0 pontos, estavam entre os municípios com menor percentual de população idosa.

Figura 4 – Comparação entre o perfil etário e a Pontuação SRQ20.



A pesquisa também analisou a relação do TMC com índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) e produto interno bruto (PIB) per capita (Tabela 2). Neste quesito, considerando IDHM mais alto associado a melhor acesso a serviços de saúde, incluindo saúde mental, Maфра mesmo tendo o segundo maior IDHM (0,777) teve média superior a 7,0 pontos no SRQ-20 (9,57 pontos), sugerindo a não correlação entre os índices do IDHM e a prevalência considerável de TMC. Já Bela Vista do Toldo tem um dos menores IDHM (0,675) e menor pontuação no SRQ-20 (4,61 pontos), o que pode sugerir que apesar de um índice mais baixo, a incidência de transtornos mentais relatada é menor. Monte Castelo apresentou IDHM comparativamente baixo (0,675) e a maior pontuação no SRQ-20 (11,13 pontos), indicando alta prevalência de risco para demais desordens psiquiátricas, o que poderia justificar maior necessidade de atenção especial à saúde mental nesta comunidade. Já Maфра e Porto União, com valores relativamente altos tanto para IDHM (0,777 e 0,786, respectivamente) quanto para SRQ-20 (9,57 e 8,51 pontos, respectivamente), reforçam a necessidade de investigar outros fatores que possam contribuir para o estado de saúde mental.

Quando ao PIB, Três Barras chamou atenção devido a valor de PIB per capita elevado (67,414) e SRQ-20 relativamente alto (8,30 pontos), o que pode indicar que a riqueza material estimada no município não se traduz diretamente em bem-estar mental.

Tabela 2 – Correlação do TMC, número populacional, IDHM e PIB per capita dos municípios analisados.

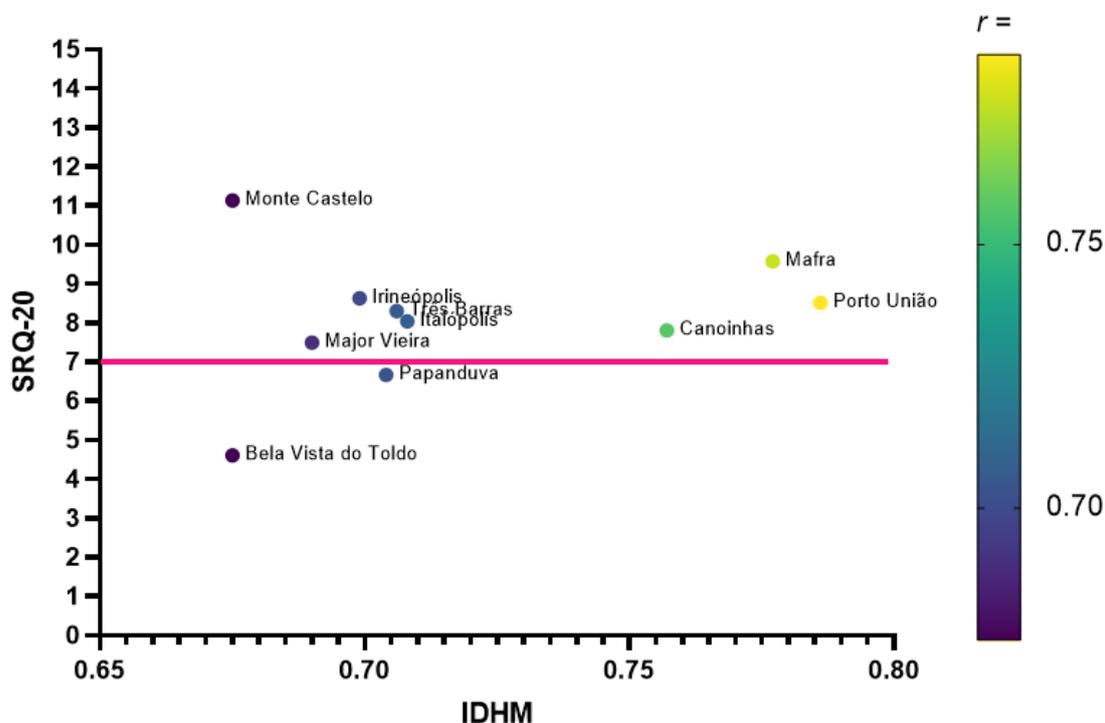
Tabela resumo dos indicadores	População (IBGE 2022)	IDHM (IBGE 2010)	PIB per capita (IBGE 2020)	SRQ-20 (pont média)	Prevalência TMC
Bela Vista do Toldo	5,872	0,675	27.628	4,61	25,00%
Canoinhas	55,016	0,757	34.235	7,81	58,50%
Irineópolis	10,285	0,699	34.526	8,63	59,84%
Itaiópolis	22,051	0,708	39.291	8,04	53,84%
Mafra	55,286	0,777	37.248	9,57	72,22%
Major Vieira	7,425	0,69	29.576	7,49	55,69%
Monte Castelo	7,736	0,675	24.344	11,13	93,50%
Papanduva	19,15	0,704	37.403	6,67	37,50%
Porto União	32,97	0,786	25.711	8,51	69,91%
Três Barras	19,746	0,706	67.414	8,30	52,05%
média	23,55	0,72	35737,60	8,08	57,80%
dp	18,6	0,04	12287,7	1,72	18,78%

A análise preliminar sugere que não existe uma correlação simples e direta entre IDHM, PIB per capita e a prevalência de TMC. Fatores como o acesso a serviços de saúde mental, estigma associado a transtornos psiquiátricos, níveis de estresse e apoio social podem desempenhar papéis significativos e devem ser investigados. Além disso, a análise destaca a importância de considerar o contexto local e cultural ao interpretar esses indicadores e ao planejar intervenções em saúde mental.

A saúde mental das mulheres é uma questão crítica que tem implicações diretas no desenvolvimento regional. O TMC pode afetar a capacidade de trabalho, a dinâmica familiar e a coesão comunitária, e quando mulheres em vulnerabilidade social são afetadas, esses impactos podem ser ainda mais pronunciados. Os dados sugerem a necessidade de políticas públicas e intervenções sociais focadas na saúde mental das mulheres, especialmente naquelas entre 30 a 59 anos, para promover um desenvolvimento regional mais sustentável e equitativo. A inclusão de programas de saúde mental acessíveis, campanhas de conscientização e suporte comunitário pode contribuir significativamente para o bem-estar das mulheres e, por extensão, para a saúde e resiliência dos municípios da AMPLANORTE.

As análises aqui realizadas tiveram interpretação no âmbito de município e buscaram analisar como estes achados poderiam e podem influenciar o desenvolvimento regional com base no recorte em questão. Quando se fala em desenvolvimento regional e as influências em sua dinâmica, há vários indicadores e fatores que são positivos ou negativamente relacionados. Ao abordar a análise de TMC em mulheres já em condição de vulnerabilidade social, esperar-se-ia que a prevalência fosse de fato alta, contudo, que houvesse também correlações com IDHM baixo. Contudo, sob análise destas variáveis (Figura 3), pode-se identificar que não houve linearidade nestes achados, ou seja, IDMH baixo não necessariamente está correlacionado com valores altos de SRQ-20, assim como, esta apresentação não pode ser reproduzida para todos os municípios analisados, obtendo correlação de negativa para o conjunto de amostras analisadas (Figura 05).

Figura 5 – Análise de correlação entre SRQ-20 e IDHM.



Considerando então a alta prevalência de TMC em mulheres sob situação de vulnerabilidade social nesta região, recomenda-se que a saúde pública e políticas públicas deem maior atenção a essa condição não diagnosticada e/ou sub diagnosticada, possibilitando assim a ampliação da oferta de cuidados relacionados à saúde mental, com pretensão principal na atenção primária e secundária. Contudo, não excluindo os demais níveis de atenção e acesso à saúde. Há de se ressaltar ainda, que neste estudo se utilizou como critério de inclusão o não diagnóstico de desordens/transtornos mentais pré-existentes, desta forma, outros critérios de inclusão e exclusão podem e devem ser utilizados.

## DISCUSSÃO

Os dados aqui apresentados tiveram como objetivo discorrer sobre a prevalência do TMC nas mulheres em situação de vulnerabilidade social via seleção daquelas atendidas pelos CRAS dos municípios da AMPLANORTE (Planalto Norte de Santa Catarina, Brasil), a qual representa quase 80% dos municípios do Planalto Norte do estado Catarinense. A saúde mental das mulheres é uma questão crítica que tem implicações diretas no desenvolvimento regional. À luz da abordagem à definição social de saúde no contexto regional, é importante devido as condições de macro e micropolíticas que moldam o cotidiano das pessoas numa determinada região. Com base em Santos e Rigotto (2010)<sup>15</sup>, pode-se afirmar que a tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares, sendo eles: a demarcação de limites das áreas em relação a atuação dos serviços; o

reconhecimento do “ambiente”, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais. Tendo isso, considerando o exposto pelo autor, é de suma relevância a caracterização regional destas situações de doença, promovendo assim o reconhecimento do cenário regional no contexto de saúde. Para tanto, uma região é tomada como um campo de forças heterogêneas, uma delimitação espacial de relações de poder e de desigualdade, onde o substrato físico se torna um mediador ou mesmo um elemento de condicionamento. Portanto, configura-se numa rede complexa entre processos sociais e espaço material, que não consegue superar a dicotomia social-espacial, porque o território é parte integrante dos processos sociais e de saúde, e não apenas a paisagem em que eles se desenvolvem. Diante disso, considerando que “condições objetivas e subjetivas de vida em um local, pode influenciar ou condicionar direta ou indiretamente pessoas e objetos”<sup>16</sup>, justificam-se os objetivos da presente pesquisa.

Segundo a literatura, há associação entre diferentes tipos de capital social (cognitivo e estrutural individual, e cognitivo e estrutural ecológico) e TMC, a qual deve ser mais bem explorada para obter evidências conclusivas sobre esta associação e então contribuir para determinar uma direção de causalidade<sup>17</sup>. Para isso, estudar fatores individuais e ecológicos, os quais evidentemente já provaram somatizar impactos significativos para o risco de TMC<sup>17</sup>, são de suma importância para alavancar o desenvolvimento de uma região. O TMC pode afetar a capacidade de trabalho, a dinâmica familiar e a coesão comunitária, e quando mulheres em vulnerabilidade social são afetadas, esses impactos podem ser ainda mais pronunciados. Os dados aqui apresentados, sugerem a necessidade de políticas públicas e intervenções sociais focadas na saúde mental das mulheres, especialmente naquelas entre 30 a 59 anos, buscando promover desenvolvimento regional mais sustentável e equitativo. A inclusão de programas de saúde mental acessíveis, campanhas de conscientização e suporte comunitário poderiam contribuir significativamente para o bem-estar das mulheres e, por extensão, para a saúde e resiliência dos municípios da AMPLANORTE.

Aqui, a maioria da população amostrada se encontrava na faixa etária de 30 a 59 anos, o que levou a achados de maior prevalência de TMC em mulheres em idade funcional ativa, frequentemente com filhos em período de criação e cuidados, assim como, idade fértil e conjugal ativa. Porém, novos estudos com população amostral maior para outras faixas etárias devem ser realizados, buscando consolidar estes resultados. Além disso, há de se considerar que mulheres idosas podem ser menos diagnosticadas ou podem ter menos acesso aos serviços de saúde mental. Neste contexto, de fato, para cada três pessoas que autodiagnosticam TMC, duas acabam tendo diagnóstico profissional, sendo que, homens, minorias étnicas e grupos de idade mais avançada são os grupos com menor probabilidade de ter TMC<sup>18</sup>. Assim, descrever as populações e as subpopulações mais vulneráveis e suas particularidades, são de grande importância para o reconhecimento dos fatores de risco e desenho de melhores estratégias de atenção à saúde.

Quando analisada a distribuição de indivíduos dentro das faixas etárias em relação aos municípios, pode-se sugerir a existência de fatores específicos nesses municípios que levem as mulheres mais jovens ao CRAS, como por exemplo, as

condições de empregabilidade, escolaridade, renda e demais fatores sociais. Com isso, só pela distribuição de faixa etária entre os municípios, e considerando que a prevalência para doenças mentais e fatores de risco para vulnerabilidade social é multimodal, denota-se que as estratégias de saúde dos CRAS e secretarias de saúde para estes municípios/região devam ser diferenciadas. McGrath e colaboradores (2023)<sup>19</sup> relatam que aos 75 anos, aproximadamente metade da população pode esperar desenvolver um ou mais transtornos mentais, os quais geralmente surgem pela primeira vez na infância, adolescência ou idade adulta jovem. Não há uma única faixa etária para os transtornos mentais, assim como, estes podem causar uma série de problemas de saúde, sociais e econômicos, transtornos como TMC, depressão e ansiedade, contudo, estes podem respectivamente modificar e impactar as condições sociais e econômicas de uma população. Nair e colaboradores (2022)<sup>20</sup> relatam que a prevalência e os fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade para o TMC variam regionalmente, e a identificação destes é crucial para contribuir com o reconhecimento epidemiológico psiquiátrico, e assim enfrentar os desafios de saúde mental na comunidade com maior eficácia. Desta forma, o reconhecimento deste cenário etário assistido pelos CRAS faz com que os serviços possam ter a capacidade de detectar e tratar prontamente perturbações mentais mais comuns. Além disso, podendo otimizar os cuidados adequados às pessoas nestas fases cruciais do ciclo de vida, assim como, atenuar os efeitos sobre o ambiente familiar e papel deste indivíduo na sociedade.

Estratégias alternativas e facilitadoras para o reconhecimento epidemiológico de uma população são importantes. Por isso, na literatura muito se relata sobre a descrição das dimensões do SRQ-20, o que pode ser útil para o planejamento e implementação de ações específicas em uma determinada população, contudo, pode também subestimar a magnitude do TMC entre mulheres<sup>21-23</sup>. Aqui, quando analisado o perfil etário destas mulheres por município em comparação com a média de pontuação no SRQ-20, identificou-se que Papanduva e Bela Vista do Toldo, estavam entre os municípios com menor percentual de população idosa. Contudo, assumindo que a média final dos dez municípios confere prevalência de TMC na população estudada, ficaria então o questionamento de quais fatores poderiam estar associados. Dentro das hipóteses aqui levantadas, sabendo que a maioria das mulheres estavam entre 30-59 anos, aceita-se a possibilidade então de que estas possam estar enfrentando desafios psicossociais específicos da idade, como transições de vida e pressões sociais e do cotidiano da vida adulta ativa. É sabido que transtornos mentais são influenciados pelas experiências vivenciadas, pelo meio onde estão inseridas, pelos vínculos e contexto familiar, assim como, sobrecarga de trabalho doméstico familiar<sup>24-25</sup>. Além disso, resultados agrupados de estudos indicam que, em média, um em cada cinco adultos sofre uma perturbação mental comum em 12 meses e, assustadoramente, quase 30% sofre ao longo da vida<sup>26</sup>.

Já em relação ao TMC com IDHM e PIB *per capita*, esperaria conforme discorre a literatura, que IDHM mais alto estaria associado a melhor acesso a serviços de saúde, incluindo de saúde mental, o que poderia refletir em pontuações mais baixas no SRQ-20. Contudo, os achados aqui refletem cenário diferente, pois o município de Mafra mesmo tendo o segundo maior IDHM (0,77) acabou tendo média superior a 7,0 pontos no SRQ-20 (9,57 pontos), levando a indagação sobre outros fatores de risco que poderiam justificar estes dados. De fato, no Brasil a relação entre IDH e

transtornos mentais parece não ser proporcional, pois embora as estatísticas mostrem que o IDH do país tenha melhorado ano após ano, o percentual de doenças mentais graves não diminuiu<sup>27</sup>. Neste estudo, encontramos que o município com um dos menores IDHMs (0,675) apresentou a menor pontuação no SRQ-20 (4,61 pontos), assim como, outro com IDHM baixo (0,675) apresentou maior pontuação no SRQ-20 (11,13 pontos). Outrem, outros municípios com IDHMs relativamente altos (0,777 e 0,786) também apresentaram pontuações altas no SRQ-20 (9,57 e 8,51 pontos, respectivamente). Isto demonstra a heterogeneidade dos achados em relação aos dois índices, reforçando a necessidade de investigar outros fatores que possam contribuir com o estado de saúde mental, como estresse ocupacional ou dinâmicas familiares. Os transtornos mentais de maneira geral, resultam de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, onde a maioria dessas doenças é influenciada pelo ambiente e pela hereditariedade e pela plena interação do biológico e do social<sup>28</sup>. Fatores de risco como dor<sup>29</sup>, condições de trabalho<sup>30</sup>, qualidade da dieta<sup>31</sup>, dentre outros fatores aqui já mencionados.

Quanto ao PIB *per capita*, considerando que este reflete como um indicador econômico que pode estar relacionado com a qualidade de vida e o acesso a recursos, espera-se que quanto maior fosse o indicador, melhores seriam as condições de vida e, possivelmente, menor prevalência de transtornos mentais como o TMC. No entanto, Três Barras com PIB elevado (67,414) também apresentou SRQ-20 relativamente alto (8,30 pontos), o que sugere a não associação entre estes dois índices. Muitas perturbações mentais comuns estão fortemente associadas às desigualdades sociais, sendo que quanto maior for a desigualdade, maior será a desigualdade no risco, sabendo que os pobres e desfavorecidos sofrem desproporcionalmente mais<sup>32</sup>. Não menos importante, ainda há de considerar que o risco é agravado quando a escolaridade é afetada<sup>33</sup> e na presença de injustiça social e desigualdades na saúde<sup>34-35</sup>. Portanto, é claro que a pobreza tem um impacto negativo na saúde. As políticas, programas e atividades públicas não podem ser separados dos aspectos sociais e econômicos da sociedade. Mas as decisões não são necessariamente tomadas com base na pobreza contínua e na saúde precária. Ou seja, não existe uma correlação estrita entre os indicadores de riqueza da sociedade e os indicadores de saúde, porque, por exemplo, um produto interno bruto (PIB) elevado não garante necessariamente indicadores de saúde satisfatórios<sup>36</sup>.

Diante disso, a análise preliminar sugere não existir correlação simples e direta entre IDHM, PIB *per capita* e a prevalência de TMC. Porém, reconhece-se que fatores como o acesso a serviços de saúde mental, estigma associado a transtornos psiquiátricos, níveis de estresse e apoio social podem desempenhar papéis significativos e devem ser investigados. Por isso, considera-se também que a análise do contexto local, social e cultural da região demográfica, devam ser utilizadas para interpretar esses indicadores e planejar intervenções em saúde mental. Quando se fala em desenvolvimento regional e as influências em sua dinâmica, há vários indicadores e fatores que são positivos ou negativamente relacionados. Ao abordar a análise de TMC em mulheres neste escopo regional, já em condição de vulnerabilidade social, esperar-se-ia que a prevalência fosse de fato alta, contudo, que houvesse também correlações positivas entre baixo IDHM, baixo PIB *per capita*; as quais não puderam ser confirmadas pela análise estatística destas variáveis. Desta forma, considerando a alta prevalência de TMC nesta população, há de se ressaltar a

importância deste estudo inédito para o desenvolvimento regional da área, pois ainda há poucos estudos que discorrem sobre análises regionais e de desenvolvimento.

Interessantemente, dentro ainda dos escopo da análise regional, estudos utilizando a Carga Global de Doenças, Lesões e Fatores de Risco para estimar a carga de doenças atribuível a transtornos mentais e por uso de substâncias em termos de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), anos de vida perdida por mortalidade prematura (YLLs) e anos vividos com incapacidade (YLDs), demonstram que transtornos mentais e uso de substâncias são a principal causa de YLDs em todo o mundo, assim como, os DALYs variam de acordo com a idade e sexo, sendo que o impulsionamento é devido ao crescimento e envelhecimento da população<sup>37</sup>. Estudos considerando características regionais socioeconômicas, culturais e religiosas, apontam a alta prevalência de TMC em mulheres no período pré-natal, em situações de insatisfação com a gestão dos assuntos financeiros domésticos, não ter tempo para cumprir as obrigações sociais, frequentar serviços religiosos menos de quatro vezes por mês, dependência de um membro da família ao álcool ou drogas, e mal-entendidos ou brigas na família<sup>38-39</sup>.

Nas últimas décadas, paralelamente as mudanças socioculturais que redefinem o papel da mulher na sociedade, desde a influência da dinâmica do mercado de trabalho quanto a estrutura familiar, refletem de fato a um cenário de saúde baseado do contexto regional social, econômico e cultural. Um reflexo disso é o aumento de lares chefiados por mulheres, impulsionado por maior presença feminina no mercado de trabalho, o agravamento da pobreza e o crescimento das taxas de separação e divórcio. Essa tendência socioeconômica traz novos desafios para os programas de proteção social e atenção à saúde, que devem adaptar-se para atender a essas necessidades emergentes. No cenário político-social contemporâneo do Brasil, observa-se crescente demanda por uma expansão dos direitos sociais que seja universal, o que tem sido, em grande medida, acompanhado por uma visão mais abrangente das políticas públicas, especialmente nas áreas de educação e saúde. Paralelamente, surgem também pedidos mais específicos e segmentados. A luta por igualdade no acesso e nos direitos requer ações estatais e sociais orientadas pelo conceito de equidade, isto é, um tratamento preferencial para indivíduos ou grupos sociais que enfrentam maiores desafios de vulnerabilidade.

Diante destes achados, torna-se essencial a implementação de programas de saúde mental direcionados, especialmente para mulheres nesta faixa etária e situação de vulnerabilidade. Além disso, é crucial a realização de pesquisas qualitativas para compreender as causas subjacentes dessas prevalências, bem como a elaboração de estratégias de prevenção e intervenção adaptadas às realidades de cada cidade e região, considerando suas particularidades e necessidades. Ademais, conforme identificado a escassez de dados epidemiológicos associados a regiões com alta prevalência de TMC, seria de suma importância identificar os fatores protetivos das regiões com baixa prevalência, o que levaria a proposições de programas de saúde baseados em evidências e condições/características sociodemográficas conhecidas.

## CONCLUSÃO

Encontramos conexão complexa entre variáveis socioeconômicas e a prevalência de TMC em mulheres em situação de vulnerabilidade social na região do Planalto Norte Catarinense, Brasil. Destacando a importância de políticas públicas direcionadas à melhoria da qualidade de vida e ao desenvolvimento regional. Contudo, ficou clara a escassez de dados sobre esta temática no Brasil, abrindo um vasto campo de pesquisa sobre as demandas desta temática.

A partir das descobertas aqui apresentadas, tornou-se evidente a relação do TMC com diferentes perfis socioeconômicos no espectro micro e macrorregional, podendo ressaltar a demanda de abordagens distintas, desde programas intensivos de saúde mental até iniciativas voltadas para o bem-estar no ambiente de trabalho e nas relações familiares.

Além disso, pode-se compreender os outros aspectos como culturais e sociais possam influenciar a saúde mental destas mulheres. Reforçando que o estigma associado aos transtornos mentais e o papel das mulheres na sociedade são questões que requerem análise mais profunda, destacando a necessidade urgente de abordagens integradas no tratamento da promoção de saúde mental.

Por fim, considerando que a saúde mental não deve ser vista como um aspecto marginal do desenvolvimento, sugere-se que esta seja como um pilar central na construção de uma sociedade mais resiliente e sustentável. Por isso, recomenda-se investigar a eficácia de diferentes intervenções em saúde mental em comunidades com variados perfis socioeconômicos, bem como analisar longitudinalmente a evolução da saúde mental ao longo do tempo, buscando compreender a influência dos aspectos culturais na prevalência e tratamento, juntamente com a avaliação do acesso aos serviços de saúde mental em diferentes regiões. Há ainda de ressaltar a importância e escassez sobre o conhecimento de dados protetivos a nível nacional, que além de ser uma temática atual e emergente, é de suma relevância para qualquer predição sobre o desenvolvimento regional.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação de TM e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
2. FERNANDEZ J L. Cheniaux E. Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, Demyttenaere K, Ebert DD, Green JG, Hasking P, Murray E, Nock MK, Pinder-Amaker S, Sampson NA, Stein DJ, Vilagut G, Zaslavsky AM, Kessler RC; WHO WMH-ICS Collaborators. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol.* 2018 Oct;127(7):623-638. doi: 10.1037/abn0000362.

4. Malhotra S, Shah R. Women and mental health in India: An overview. *Indian J Psychiatry*. 2015 Jul;57(Suppl 2):S205-11. doi: 10.4103/0019-5545.161479.
5. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005Jan;21(1):73–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>
6. Paffer AT, Ferreira Hda S, Cabral Júnior CR, Miranda CT. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *Sao Paulo Med J*. 2012;130(2):84-91. doi: 10.1590/s1516-31802012000200003.
7. Gomes VF, Miguel TL, Miasso AI. Common mental disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013 Nov-Dec;21(6):1203-11. English, Portuguese, Spanish. doi: 10.1590/0104-1169.2990.2355.
8. Lucchese R, Sousa K, Bonfin S P, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta paul enferm* [Internet]. 2014May;27(3):200–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-01942014000359>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde; 2013.
10. Bassan, DS, Siedenberg, DR. Desenvolver buscando a redução das desigualdades. In: BECKER, D. F.; WITTMANN, M. L. *Desenvolvimento regional: abordagens interdisciplinares*. Santa Cruz do Sul, RS: EDUNISC; 2003.
11. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrido-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980 May;10(2):231-41. doi: 10.1017/s0033291700043993.
12. Mari JJ, 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 Jan;148:23-6. doi: 10.1192/bjp.148.1.23.
13. World Health Organization (WHO). *A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: Division of Mental Health; 1994.
14. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014Sep;30(9):1875–83. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00175313>.

15. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab educ saúde* [Internet]. 2010Nov;8(3):387–406. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.
16. Monken, M.; Barcellos, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: A. F. Fonseca, A. D. Corbo (Orgs), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 177-224). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2007.
17. Ehsan AM, Silva MJ. Social capital and common mental disorder: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Oct;69(10):1021-8. doi: 10.1136/jech-2015-205868.
18. Bogdanova N, Cooper C, Ahmad G, Mcmanus S, Shoham N. Associations between sociodemographic characteristics and receipt of professional diagnosis in Common Mental Disorder: Results from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014. *J Affect Disord*. 2022 Dec 15;319:112-118. doi: 10.1016/j.jad.2022.09.085.
19. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, Altwaijri Y, Andrade LH, Bromet EJ, Bruffaerts R, de Almeida JMC, Chardoul S, Chiu WT, Degenhardt L, Demler OV, Ferry F, Gureje O, Haro JM, Karam EG, Karam G, Khaled SM, Kovess-Masfety V, Magno M, Medina-Mora ME, Moskalewicz J, Navarro-Mateu F, Nishi D, Plana-Ripoll O, Posada-Villa J, Rapsey C, Sampson NA, Stagnaro JC, Stein DJ, Ten Have M, Torres Y, Vladescu C, Woodruff PW, Zarkov Z, Kessler RC; WHO World Mental Health Survey Collaborators. Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*. 2023 Sep;10(9):668-681. doi: 10.1016/S2215-0366(23)00193-1.
20. Nair AR, Shivanna YKG, Illimoottil JP, Rachana A, Mahasampath GS, Abraham S, Kurian S. Common mental disorders among women and its social correlates in an urban marginalized populace in South India. *Int J Soc Psychiatry*. 2022 Nov;68(7):1394-1402. doi: 10.1177/00207640211025556.
21. Santos KO, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana [Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population]. *Cad Saude Publica*. 2009 Jan;25(1):214-22. Portuguese. doi: 10.1590/s0102-311x2009000100023.
22. Barreto do Carmo MB, Santos LM, Feitosa CA, Fiaccone RL, Silva NB, Santos Dn, Barreto MI, Amorim Ld. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? *Braz J Psychiatry*. 2017 Aug 30;40(2):115-122. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2139.
23. Grapiglia CZ, Costa JSDD, Pattussi MP, Paniz VMV, Olinto MTA. Factors associated with common mental disorders: a study based on clusters of women. *Rev Saude Publica*. 2021 Nov 8;55:77. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003124.

24. Pinho S, Araújo TM. Association between housework overload and common mental disorders in women. *Rev Bras Epidemiol.* 2012 Sep;15(3):560-72. English, Portuguese. doi: 10.1590/s1415-790x2012000300010.
25. Stewart RC, Bunn J, Vokhiwa M, Umar E, Kauye F, Fitzgerald M, Tomenson B, Rahman A, Creed F. Common mental disorder and associated factors amongst women with young infants in rural Malawi. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 May;45(5):551-9. doi: 10.1007/s00127-009-0094-5.
26. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson Jw, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014 Apr;43(2):476-93. doi: 10.1093/ije/dyu038.
27. ABP, Associação Brasileira de Psiquiatria; AMB, Associação Médica Brasileira; CFM, Conselho Federal de Medicina; FENAM, Federação Nacional dos Médicos. Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: ABP; 2006.
28. World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: WHO; 2001.
29. De Heer Ew, Ten Have M, Van Marwijk Hwj, Dekker J, De Graaf R, Beekman Atf, Van Der Feltz-Cornelis Cm. Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. *Pain.* 2018 Apr;159(4):712-718. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001133.
30. Harvey Sb, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, Bryant Ra, Christensen H, Mitchell Pb. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med.* 2017 Mar;74(4):301-310. doi: 10.1136/oemed-2016-104015.
31. Zielińska M, Łuszczki E, Michońska I, Dereń K. The Mediterranean Diet and the Western Diet in Adolescent Depression-Current Reports. *Nutrients.* 2022 Oct 19;14(20):4390. doi: 10.3390/nu14204390.
32. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry.* 2014 Aug;26(4):392-407. doi: 10.3109/09540261.2014.928270.
33. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2003;81(8):609-15.
34. Ottonelli J, Mariano, J.L. Pobreza multidimensional nos municípios da Região Nordeste. *Revista de Administração Pública,* 2014;48(5), 1253-1279. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121724>

35. Organização Mundial da Saúde – OMS. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde - CDSS Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde; 2010. Available from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706\\_por\\_contents.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/8/9789248563706_por_contents.pdf). Acesso em 16 de janeiro de 2017.
36. Buss, P M, Pellegrini-Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2007; 17(1), 77-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
37. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Aug 22;386(9995):743-800. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4.
38. Kalra H, Tran TD, Romero L, Chandra P, Fisher J. Prevalence and determinants of antenatal common mental disorders among women in India: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2021 Feb;24(1):29-53. doi: 10.1007/s00737-020-01024-0.
39. Panigrahi A, Panigrahi M, Padhy Ap, Das Sc. Common mental disorder and its socio-demographic correlates among married women residing in slum areas of Bhubaneswar, India. *Women Health*. 2017 May-Jun;57(5):521-533. doi: 10.1080/03630242.2016.1181137.
40. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.