

**REVISTA GESTÃO & SAÚDE
JOURNAL OF MANAGEMENT AND HEALTH**



<https://doi.org/10.26512/rgs.v15i3.54975>
Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Recebido: 10.09.2024
Aprovado: 11.11.2024
Artigo Original

António Emilio Sampaio Correia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7753-1115>
Afiliação: Universidade Lusófona (Portugal)
Email: sampaiocorreia@gmail.com

Fausto José Robalo Amaro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7753-1115>
Afiliação: CAPP – Centro de Administração e
Políticas Públicas/ISCSP/Universidade de Lisboa
Email : fausto.amaro@isave.pt

**Fatores socioculturais da depressão: um contributo para as políticas sociais de saúde
mental**

Sociocultural factors of depression: a contribution to the mental health social policies

**Factores socioculturales de la depresión: una contribución a las políticas sociales de salud
mental**

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento de novas políticas sociais de saúde mental, relacionadas com a depressão, tendo por base os fatores socioculturais. A pesquisa utilizou uma metodologia mista na recolha de dados tendo sido aplicado um questionário a 111 pessoas dos dois sexos (73,9% do sexo feminino) com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, residentes na região de Lisboa, Portugal, das quais 20 responderam ainda a uma entrevista qualitativa, presencial. Os principais fatores socioculturais encontrados foram situações de stress e conflito laboral (24,3 %); perdas afetivas (19,8 %); e situações de conflito ou separação conjugal (18,0 %). Perto de dois terços dos inquiridos (62,2 %) consideram que algumas condições, além da assistência clínica, poderiam contribuir para aliviar o seu sofrimento (fatores de resolução). De entre estas foram referidas: ter melhor suporte humano (37,3 %); ter melhor situação laboral (24,0 %); ter maior apoio financeiro (18,7 %). Baseados nos resultados encontrados, os autores propõem os seguintes tipos de políticas sociais preventivas da depressão: políticas laborais; políticas de coesão social; políticas de educação e literacia; e formação dos profissionais do setor na deteção precoce das situações de depressão.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Saúde Mental. Fatores sociológicos. Fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

This research aims to contribute to the development of new social policies of mental health, related to depression, based on socio-cultural factors. The research used a mixed methodology in data collection and a questionnaire was applied to 111 people (73.9% female) with diagnosis of major depression, residents of the Lisbon region, Portugal, of which 20 also responded to a qualitative, face-to-face interview. The main socio-cultural factors encountered were situations of stress and labour conflict (24.3%); emotional loss (19.8%); and situations of conflict or marital separation (18.0%). Almost two thirds of the respondents (62.2%) believe that some conditions, in addition to clinical care, could help alleviate their suffering (resolution factors). These included: better human support (37.3%); better employment status (24.0%); greater financial support (18.7%). Based on the findings, the authors propose the following types of social policies to prevent depression: labour policies; social cohesion policies; education and literacy policies; and training of professionals in the early detection of depression.

KEYWORDS: Depression. Mental Health. Sociological Factors. Socioeconomic Factors.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo contribuir al desarrollo de nuevas políticas sociales de salud mental, relacionadas con la depresión, teniendo como base los factores socioculturales. La investigación utilizó una metodología mixta en la recogida de datos, aplicándose un cuestionario a 111 personas (73,9% mujeres) con diagnóstico de trastorno de depresión mayor, residentes en la región de Lisboa, Portugal, de las cuales 20 respondieron además a una entrevista cualitativa, presencial. Los principales factores socioculturales encontrados fueron situaciones de estrés y conflicto laboral (24,3 %); pérdidas afectivas (19,8 %); y situaciones de conflicto o separación conyugal (18,0 %). Casi dos tercios de los encuestados (62,2 %) consideran que algunas condiciones, además de la asistencia clínica, podrían contribuir a aliviar su sufrimiento (factores de resolución). Entre ellas se mencionaban: tener mejor soporte humano (37,3 %); tener mejor situación laboral (24,0 %); tener mayor apoyo financiero (18,7 %). Basados en los resultados encontrados, los autores proponen los siguientes tipos de políticas sociales preventivas de la depresión: políticas laborales; políticas de cohesión social; políticas de educación y alfabetización; y formación de los profesionales del sector en la detección precoz de situaciones de depresión.

PALABRAS-CLAVE: Depresión. Salud Mental. Factores sociológicos. Factores Socioeconómicos.

1 INTRODUÇÃO

Sendo o Homem um ser eminentemente social é de aceitar que toda a sua vida de relação irá ter grande influência no seu estado de saúde mental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua Constituição, em 1946, definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou de enfermidade”. Assim, os fatores sociais estão sempre ligados ao adoecer mental de forma direta ou indireta.

A depressão é um dos transtornos mentais mais comuns nas suas variantes sindrômicas (distímia, transtorno depressivo maior, episódio único ou recorrente).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima em cerca de 280 milhões (3,8% da população mundial) o número de pessoas que sofriam de depressão em 2023⁽¹⁾. A depressão é já a causa

principal de incapacidade para a atividade produtiva, se tomarmos em conta o número de anos vividos com a doença e com incapacidade. Com efeito, a OMS refere que a prevalência de depressão tem vindo a aumentar e estima que continue a crescer, passando do terceiro diagnóstico mais frequente a nível mundial em 2004 para o primeiro em 2030⁽²⁾

Neste contexto, este artigo tem como objetivo identificar os principais fatores socioculturais na origem e recuperação da depressão de forma a desenhar melhores políticas sociais preventivas e que sejam pertinentes na abordagem à pessoa com depressão.

Este artigo é baseado na tese de doutoramento intitulada “Fatores Sociais e Culturais da Depressão” apresentada em 2019 no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Classicamente, do ponto de vista teórico, as depressões podem ser de origem endógena ou exógena. As endógenas seriam aquelas depressões que vem do interior do indivíduo e que não têm origem ou influência externa. As exógenas, pelo contrário, seriam as que têm origem em acontecimentos exteriores⁽³⁾.

Ao abordar os fatores endógenos, temos de nos referir às teorias biológicas relativas à etiopatogenia dos quadros depressivos. Nestas englobam-se, não apenas, os fatores ligados mais diretamente à hereditariedade e suas consequências fisiológicas, mas também os fatores neurofisiológicos que ocorrem no percurso de desenvolvimentos da pessoa, individualmente e em contexto.

A hereditariedade tem bastante peso na etiologia dos Transtorno Depressivo Maior (TDM) e constitui, assim, um forte fator de vulnerabilidade⁽⁴⁾.

Os aspetos ligados à neurofisiologia dos TDM, desde a década de 50, têm vindo a revelar-se fundamentais na compreensão do fenómeno depressivo e nomeadamente têm sido os principais determinantes dos avanços na obtenção de moléculas químicas que ajudam significativamente na melhoria da sintomatologia depressiva e mesmo no tratamento do TDM⁽⁵⁾.

Existe também uma importante ligação entre os acontecimentos de vida e a neurofisiologia implicada no adoecer depressivo. Os estudos apontam para a incontornável evidência que os aspetos neurofisiológicos estão ligados, para além do que é geneticamente determinado (fatores endógenos), também a fatores externos (exógenos) quer estes se encontrem a montante ou a jusante do quadro clínico de depressão⁽⁶⁾.

Acontece, porém, muito frequentemente, que fatores sociais, que incluem importantes acontecimentos vitais, estão presentes quer nas formas fenomenológicas ditas endógenas, quer nas formas ditas reativas. Na verdade, a depressão é sempre uma mescla de depressão reativa e depressão endógena. Estas dimensões teóricas apresentam-se em cada pessoa de forma única e

num tempo e contexto único. Na prática clínica iremos sempre encontrar na depressão uma síndrome com múltiplas causalidades onde a hereditariedade, a história pessoal, a personalidade, o período de vida, o ambiente emocional, o conflito intrapsíquico e a doença física são apenas alguns exemplos. Tais causalidades ocorrem ao mesmo tempo na pessoa que adoece, contudo as depressões reativas são muito mais frequentes que as depressões de características mais endógenas.⁽⁷⁾

Os fatores socioculturais enquadram-se nas teorias psicossociais da génese da depressão e referem-se ao enquadramento individual e social de cada indivíduo e abrangem, primordialmente, os aspectos de interação entre o indivíduo e o meio em que se encontra ao longo da sua história de vida. Da revisão da literatura que fizemos em relação a tais teorias apuramos que:

1 - Na génese da depressão, não apenas as experiências traumáticas da infância são um fator importante, como também o são acontecimentos adversos ocorridos já na vida adulta, como o desemprego, as dificuldades económicas, as relações de conflituosidade, as separações afetivas e a morte de um cônjuge ou de um familiar próximo⁽⁸⁾.

2 - Segundo a OMS, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Tais condições influenciam a saúde, o risco de doença e a esperança de vida.

3 - Uma falta de real oportunidade de realização, bem como a frequente desvalorização, constituem fatores de risco para a doença depressiva⁽⁹⁾.

4 - Entre os desempregados jovens, os que acusam menos saúde mental são os com mais alta escolaridade⁽¹⁰⁾.

5- O desemprego está muito ligado à quebra de laços sociais a vários níveis⁽¹¹⁾.

6- O isolamento social dá origem aos piores estados de saúde e à doença. De facto, os estudos apontam para que quanto mais coesa for a sociedade, menor é o sofrimento por diversas morbilidades, por depressão e a mortalidade⁽¹²⁾

Podemos, então, elencar fatores determinantes sociais, ambientais e económicos de risco como:

- Pobreza, má nutrição e/ou falta de cuidados e/ou existência de traumas e violências, em idades precoces;
- Isolamento e/ou desorganização e/ou rutura familiar;
- Precariedade de habitação;
- Acesso deficiente aos cuidados de saúde;
- Acontecimentos de vida stressantes: familiar, económico e/ou de outro tipo; e
- Desemprego, stress laboral ou falta de realização profissional

Assim, torna-se importante adequar as políticas sociais no domínio da saúde mental como medida de promoção da qualidade de vida das pessoas com TDM.

3 METODOLOGIA

Nesta pesquisa utilizamos uma metodologia mista no que respeita à recolha de dados empíricos, tendo sido aplicado um questionário a uma amostra de 111 pessoas adultas (dos 18 aos 65 anos) com diagnóstico de transtorno depressivo maior segundo os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-5-TR, as quais eram seguidas em consulta de psiquiatria havia pelo menos seis meses. No seguimento da aplicação do questionário foram realizadas 20 entrevistas qualitativas, semi-diretivas a pessoas que tinham respondido ao questionário.

A amostra foi uma amostra de conveniência obtida em:

- Dois hospitais públicos da área da grande Lisboa e pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- duas clínicas privadas também na área da grande Lisboa;
- uma associação privada de solidariedade social de ajuda a doentes depressivos.

O questionário foi estruturado com 62 perguntas incluindo uma primeira parte com variáveis sociodemográficas e uma segunda parte com um conjunto de questões sobre os aspetos sociais e culturais de enquadramento situacional.

A aplicação dos questionários foi sempre realizada presencialmente, o mesmo acontecendo com as entrevistas que se seguiram.

As 20 entrevistas realizadas permitiram aprofundar o conhecimento da história de vida relacionada com a depressão.

O desenho da pesquisa e o questionário utilizado receberam aprovação por parte das comissões de ética das instituições onde foram recolhidos os dados.

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

No que respeita aos resultados da pesquisa podemos agrupar os resultados em 7 categorias:

1 – A grande maioria dos doentes depressivos inquiridos (83,8 %) considera que no ano anterior a ter adoecido com depressão, passou por acontecimentos marcantes. De entre estes, os mais referidos foram relativos a:

- i - Situações de *stress* e / ou o conflito laboral (24,3 %);
- ii - perdas afetivas (19,8 %);
- iii - situações de conflito ou separação conjugal (18,0 %).

2 - Dos inquiridos, 76,6% apontaram fatores impeditivos da recuperação ou de manutenção da saúde, sendo mais referenciados:

- i - Situações de stress ou de conflito laboral (25,7 %);

- ii - situações de doença familiar e do próprio (16,2 %);
- iii - situações familiares stressantes, excluindo doença (15,2 %);
- iv - situações financeiras graves (13,3 %);
- v - solidão (12,4 %).

3 - Perto de dois terços dos inquiridos (62,2 %) consideram que algumas condições ou situações, além da assistência clínica, poderiam contribuir para aliviar o seu sofrimento (fatores de resolução). De entre estas foram referidas:

- i - Ter melhor suporte humano (37,3 %);
- ii - ter melhor situação laboral (24,0 %);
- iii - ter maior apoio financeiro (18,7 %);
- iv - ter mais saúde (10,7 %);
- v – conseguir resolução de conflito conjugal (5,3 %).

4 - Em relação à situação laboral:

- i - 35,1 % dos inquiridos não se encontravam realizados com o seu trabalho; e
- ii - 22,8 % consideravam-se “mais ou menos” realizados.

5 – Em relação à vida de relação, mais de metade dos doentes depressivos inquiridos (55,5 %) revelou sentir-se só muitas vezes (46,4 %) ou sempre (9,1 %) e verificou-se maior sentimento de solidão junto dos desempregados.

6 - Quando questionados se se consideravam suficientemente informados no que diz respeito à sua situação depressiva e aos apoios sociais inerentes, apenas cerca de metade dos inquiridos (47,7 %) respondeu que sim. A grande maioria dos doentes depressivos inquiridos (70,3 %) desconhecia a existência de organizações ou associações de apoio a pessoas com TDM.

De referir que 16,2% dos inquiridos considerou não ter acesso adequado para a situação de depressão na rede de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

7 - Em relação ao futuro, os inquiridos referiram receios com:

- i - a doença e a incapacidade (38,5 %);
- ii – a falta de dinheiro (16,9 %); e
- iii - a solidão (15,4 %).

Quando questionados sobre as coisas que gostariam de vir a ter ou a realizar na sua vida, a maioria das respostas dos inquiridos confluiu no desejo de virem a ter melhor realização pessoal ou profissional (28,5 %), e na vontade de ter ou melhorar os relacionamentos pessoais e familiares (22,9 %).

As entrevistas qualitativas realizadas refletiram de forma mais ilustrativa, os fatores desencadeantes e de manutenção da situação de depressão, sendo especialmente nítidos:

- i - Os fatores laborais;
- ii - a solidão;
- iii - os problemas conjugais;

iv - a falta de apoio social e de informação sobre a depressão e a precariedade da assistência no Serviço Nacional de Saúde.

Recapitulando os resultados expostos, verificamos que no grupo observado, a maioria referiu como principais fatores precipitantes e de manutenção da sua situação de depressão, acontecimentos do foro laboral (incluindo o desemprego) ou do foro afetivo (perda afetiva ou conflito).

Como fatores de recuperação, o grupo analisado mencionou como relevantes a resolução dos problemas relacionados com o trabalho e a existência de um melhor suporte humano.

No que respeita à situação laboral, os dados mostraram que a depressão é muito associada ao stress e aos conflitos experimentados pelo trabalhador no seu ambiente de trabalho.

Este tipo de problemas leva geralmente a uma perceção de insegurança no trabalho que segundo alguns autores tem consequências negativas na saúde mental dos trabalhadores⁽¹³⁾.

Para ultrapassar a situação depressiva, os inquiridos revelaram sentir a necessidade de maior suporte social e apoio na área da saúde. Valorizaram igualmente a realização profissional e a compreensão da família como fatores de recuperação.

Estes dados são consistentes com os estudos clássicos como o de Brown & Harris⁽¹⁴⁾ que puseram em evidência, no caso das mulheres, a importância dos fatores sociais ligados à família, na origem da depressão e a importância do apoio de pessoas significativas, familiares ou amigos, em quem pudessem confiar.

Os nossos dados sobre a perda afetiva e separação conjugal mostram a importância do casamento que juntamente com a integração social têm sido considerados como fatores protetores das perturbações mentais⁽¹⁵⁾. Quando a qualidade da relação conjugal é afetada, dando origem a separação ou divórcio, isso pode contribuir para o comportamento depressivo, como parece ser demonstrado pelo facto de a depressão ser 40-50% mais elevada entre os divorciados do que entre os casados. O mesmo se passa com as pessoas que ficam viúvas, dados que apoiam igualmente os resultados do estudo.

A solidão tem sido recorrentemente apontada como um fator de risco para desenvolver depressão⁽¹⁶⁾, podendo concluir-se no mesmo sentido segundo os nossos dados que evidenciam uma maior probabilidade de depressão nos adultos em situação de solidão.

Na perspetiva das políticas sociais preventivas, a identificação dos fatores sociais associados à depressão permitem a intervenção do Estado através de políticas públicas com o objetivo de mudar os fatores socioculturais negativos para a saúde mental⁽¹⁷⁾.

A existência de políticas sociais preventivas parece-nos dever levar à utilização de uma abordagem dos quadros clínicos da depressão, ampla e multidisciplinar, com intervenção do médico de medicina geral e familiar, bem como de outros técnicos, nomeadamente os de ação social.

No grupo estudado os depressivos referiram especificamente como aspirações para o futuro quer uma maior realização e integração profissional, quer uma melhoria nos relacionamentos pessoais. Parece-nos fundamental a sensibilização para os pressupostos de saúde mental desde a juventude.

A saúde mental e a prevenção de depressões passam necessariamente pela orientação da vida afetiva e profissional que cada um faz contando com o seu autoconhecimento e o conhecimento do contexto em que se encontra ou que pode encontrar a nível global. Assim, a orientação de estudos e desenvolvimento de capacidades deve ter a maior importância.

A nossa pesquisa revelou que a solidão, a falta de coesão social, bem como a falta de confiança nos outros, revelaram-se situações comuns nas pessoas com TDM.

Tais situações vêm a par:

- Com uma postura maioritária de superficialidade das relações nas sociedades atuais;
- Com a inexistência de relações de verdadeira cumplicidade;
- Com o desemprego ou com uma precária (e/ou stressante) integração laboral; e
- Com o desconhecimento e negligência da situação do fenómeno depressivo, quer pelo próprio (que se isola por se considerar fracassado), quer pela sociedade (pelo estigma que a depressão acarreta enquanto patologia do foro mental).

5 CONCLUSÕES

Pelo exposto neste estudo podemos concluir que a maioria dos TDM estão relacionados com acontecimentos de vida e fatores socioculturais (nomeadamente, situações de stress nos domínios laboral, familiar, financeiro, de suporte médico-social e as relacionadas com a solidão) que tanto podem atuar como precipitantes, como impedirem uma melhoria da sintomatologia. Por outro lado, a prevenção ou a resolução daquelas situações podem levar a uma evolução positiva do sofrimento depressivo.

Assim, pudemos constatar que o TDM se refere a grande maioria das vezes a exigências do contexto. E, por outro lado, constatámos que as pessoas com depressão têm mais dificuldade de adaptação a novos contextos e, sentindo-se quase sempre diminuídas, não têm grande poder ou força de vontade para a mudança em relação a elas próprias ou em relação aos outros, incluindo o apelo a melhor suporte médico ou social.

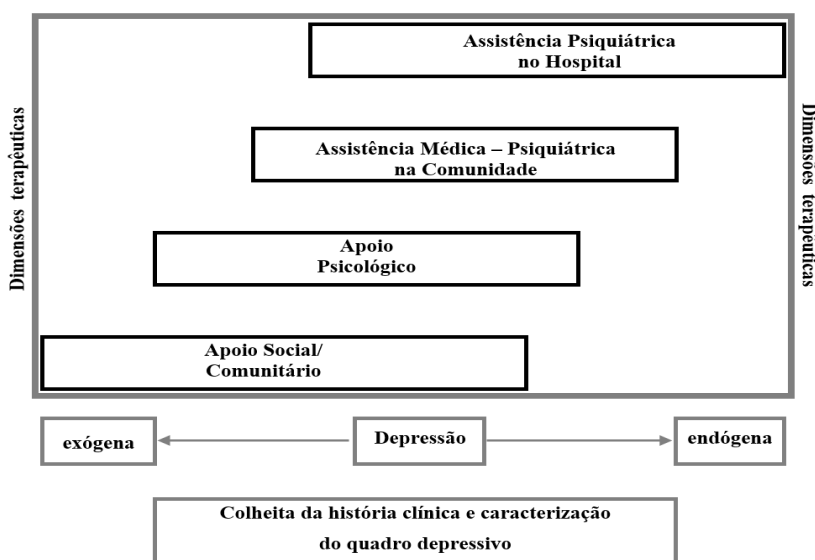
Pelo exposto, consideramos que as políticas sociais e de saúde pertinentes para a abordagem à depressão terão de ter pressupostos sociais de grande aplicabilidade e medidas operacionais particulares.

O estudo realizado leva-nos a defender, uma abordagem do TDM, ampla e multidisciplinar, com grande intervenção do médico de medicina geral e familiar a nível local, bem como dos outros

técnicos, que para tal devem ter a formação adequada, nomeadamente para a identificação e caracterização das situações clínicas, incluindo as depressivas e as que com esta fazem, mais evidentemente, diagnóstico diferencial, para um melhor “encaminhamento” suportado na otimização dos recursos e na articulação pertinente e célere das várias dimensões de intervenção. Para melhor ilustração deste entendimento apresenta-se na figura 1 (Abordagem terapêutica das perturbações depressivas) a importância da caracterização do quadro depressivo relacionando-a com as várias vertentes de uma abordagem terapêutica plural.

Neste esquema sugere-se que a força da intervenção relativa ao apoio social / comunitário deverá ser maior naquelas depressões que têm forte componente exógeno. Por outro lado, uma intervenção de modelo médico especializado deveria ter mais força naqueles quadros com elevado componente endógeno. Entre o “polo” endógeno e o “polo” exógeno estarão as combinações possíveis e racionais para uma mais eficaz abordagem terapêutica para cada quadro depressivo que deverá ser personalizada.

Figura 1 Abordagem terapêutica das perturbações depressivas



Se conseguirmos uma boa articulação entre os vários campos de intervenção clínica, desde a primeira abordagem pelo médico de família (de medicina geral e familiar) a nível dos centros de saúde, passando por uma abordagem dos técnicos de serviço social (que nesta situação particular requer formação especializada), pelas intervenções psicológicas com utilidade reconhecida há muito tempo (como a psicoterapia comportamental ou dinâmica) até à intervenção do especialista em psiquiatria (seja em ambulatório, seja já em unidade de internamento), teremos certamente melhores resultados, tanto ao nível do tratamento e reintegração da pessoa com TDM, como ao

nível da prevenção das recaídas. Resultará também, e isso é de importância acrescida, um melhor conhecimento da situação clínica, quer por parte da equipa, quer por parte da pessoa que pede ajuda.

Particularmente na pessoa deprimida é muito útil o esclarecimento possível sobre as características (incluindo o início, as circunstâncias concorrentes e a evolução) do seu quadro depressivo. Importa realmente fazer uma triagem sobre as situações que constituem de facto doenças ou perturbações disfuncionais das que constituem apenas sofrimentos inerentes às adaptações necessárias e pertinentes no contexto comunitário.

Em termos de conclusão final, os resultados obtidos pelo nosso estudo, sobretudo nos quadros clínicos mais ligados a fatores exógenos, apontam para a prioridade de:

- 1- Políticas de fortalecimento da coesão social;
- 2- Políticas laborais;
- 3- Políticas de literacia para a saúde mental, no sentido da informação e divulgação da problemática da depressão, no sentido de anulação do estigma e de uma mais precoce ajuda e
- 4- Políticas de segurança social particularmente dirigidas às pessoas que se encontram diminuídas por situação de transtorno depressiva ou por suas consequências.

Importa também dizer, e já como pistas para futuras investigações, que seria metodologicamente desafiante alargar o objeto de estudo cruzando diferentes percepções. Assim, no domínio das perturbações depressivas associadas ao mundo laboral poder-se-iam cruzar os pontos de vista dos indivíduos com transtorno depressivo, familiares, empregadores e médicos. Ainda de valor heurístico seria a avaliação a longo prazo (dois a cinco anos) da síndrome de *burnout*.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Depressive disorder (Depression), 2023. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention_and_promotion/depression (who.int)
2. WHO. Depression: A Global Public Health Concern. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
3. Alonso-Fernández F. As Quatro Dimensões do Doente Depressivo. Lisboa: Gradiva; 2010.
4. Corfield E C; Yang Y; Martin N G & Nyholt D R. A continuum of genetic liability for minor and major depression, *Translational Psychiatry*. 2017; 7: 1–7: <http://doi.org/10.1038/tp.2017.99>
5. Saraiva C. & Cerejeira J. Psiquiatria fundamental. Lisboa: Lidel: 2014.
6. Mitchell J A . The Effect of Folic Acid and B12 on Depression: Twelve Case Studies. *Journal of Orthomolecular Medicine*. 2007; 22(4): 183-192
7. Figueira M L; Sampaio D; e Afonso P. Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: Lidel; 2013.

8. Kendler K S; Thornton L M D & Gardner C O. . Genetic Risk, Number of Previous Depressive Episodes, and Stressful Life Events in Predicting Onset of Major Depression, *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158: 582–586.
9. Harnois G & Gabriel P. Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva: WHO; 2000. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf
10. Barros P P; Matias M A & Moura A. Desemprego jovem e auto-percepção de saúde mental. Território e saúde mental em tempos de crise. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015.
11. Schnapper D. Contra o fim do trabalho. Paris: Textuel; 1998.
12. Kawachi I; Kenned, B P; Lochner K & Prothrow-Stith D. Social capital, Income Inequality and Mortality. *American Journal of Public Health*. 1997; 87(9): 1491–1498.
13. Kim H D; Park S G; Won Y; Ju H; Jang S W; Choi G, Jang H S; Kim H C; Leem J H. Longitudinal associations between occupational stress and depressive symptoms. *Ann Occup Environ Med*. 2020; 32: e13. *Published online* 2020 May 7. doi: 10.35371/aoem.2020.32.e13. PMID: 32528690; PMCID: PMC7272382.
14. Brown GW., & Harris, T. Social origins of depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women. New York: Free Press; 1978.
15. Gove, W R; Hughes M & Style C B. Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *Journal of health and social behaviour*. 1983; 122-131.
16. Lee S L; Pearce E; Ajnakina O; Johnson S; Lewis G; Mann F; et al. The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2021 Jan, 8(1): 48-57. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30383-7. Epub 2020 Nov 9. PMID: 33181096; PMCID: PMC8009277.
17. EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing _*Linhas de Ação estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia*. Lisboa: D; 2016.

PARTICIPAÇÃO DOS AUTORES DO ARTIGO ORIGINAL

Autor 1: Trabalhou na concepção; pesquisa empírica; redação, pesquisa bibliográfica.

Autor 2 : Trabalhou na concepção e redação.

CURRÍCULO DOS AUTORES

António Emilio Sampaio Correia. Psiquiatra e Doutor em Política Social. Universidade Lusófona (Portugal).

Fausto José Robalo Amaro. Sociólogo, Doutor e agregado em Ciências Sociais. CAPP – Centro de Administração e Políticas Públicas/ISCSP/Universidade de Lisboa