



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Mariana de Medeiros Nóbrega

**FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO E ÀS REDES DE ASSISTÊNCIA
SEGUNDO A PESQUISA NACIONAL EM SAÚDE**

JOÃO PESSOA / PB

2024

MARIANA DE MEDEIROS NÓBREGA

**FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO E ÀS REDES DE ASSISTÊNCIA
SEGUNDO A PESQUISA NACIONAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientador: Filipe Ferreira da Costa

JOÃO PESSOA / PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

N754f Nobrega, Mariana de Medeiros.

Fatores associados à depressão e às redes de assistência segundo a pesquisa nacional em saúde / Mariana de Medeiros Nobrega. - João Pessoa, 2024.
50 f. : il.

Orientação: Filipe Ferreira da Costa.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Depressão. 2. Inquérito epidemiológico. 3. Assistência à saúde mental. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Saúde Suplementar. I. Costa, Filipe Ferreira da. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616.89-008.454(043)

MARIANA DE MEDEIROS NÓBREGA

**FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO E ÀS REDES DE ASSISTÊNCIA
SEGUNDO A PESQUISA NACIONAL EM SAÚDE**

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente



FILIFE FERREIRA DA COSTA
Data: 29/05/2024 17:11:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa
Orientador - PPGSC / UFPB

Documento assinado digitalmente



SELENE CORDEIRO VASCONCELOS
Data: 29/05/2024 17:19:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Selene Cordeiro Vasconcelos
Examinadora - PPGENF / UFPB

Documento assinado digitalmente



WILTON WILNEY NASCIMENTO PADILHA
Data: 29/05/2024 17:46:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha
Examinador – PPGSC UFPB

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter permitido que eu chegasse até aqui. Tudo foi propósito dEle!

À Universidade da Paraíba (UFPB) e ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) pela oportunidade do conhecimento obtido, contribuindo para meu crescimento profissional e pessoal.

Ao Professor Filipe Costa por ter me acolhido sob sua orientação, pelo apoio e paciência.

Aos professores Selene e Wilton, membros da banca examinadora, pelo tempo dedicado à leitura, pelas contribuições e sugestões para melhoria do texto, assim como pela compreensão e disponibilidade quanto a celeridade dos prazos para as apresentações.

Aos colegas da “Turma 2 do PPGSC” pelos momentos virtualmente compartilhados, sejam de descontração ou de muito estudo! Especialmente Bruno, Janiele, Márcia, aqueles com quem partilhei dificuldades e inseguranças e que sempre me incentivaram nos momentos de desânimo.

Aos amigos “Jôff e Jak”, meus presentes, que permaneceram constantemente próximos, independente da distância geográfica, sempre me apoiando e ajudando a recarregar as forças num dos momentos mais delicados (e tristes) de minha vida.

Aos meus pais (José Augusto - *in memoriam* - e Milagres) e ao meu irmão (Matheus), que são meu suporte, fonte de amor na minha vida e que sempre torcerão por mim. Obrigada por não me deixarem desistir dos meus sonhos!

A Henrique, que entrou na minha vida tornando-a mais leve e, com quem partilho momentos ímpares.

RESUMO

A depressão representa um dos transtornos mentais mais comuns, refletindo uma das condições que mais contribui para a carga global das doenças relacionadas à saúde mental, apresentando uma significativa lacuna entre prevalência e assistência, seja por falta de acesso a cuidados eficazes, por indisponibilidade ou inacessibilidade dos serviços. Os determinantes do acesso e utilização das redes de assistência à saúde ocorrem em decorrência de fatores relacionados ao transtorno, bem como de características sociodemográficas e culturais da população. Neste trabalho analisa-se os fatores associados à depressão e às redes de assistência segundo a Pesquisa Nacional em Saúde. Sendo um estudo populacional, transversal, com base em amostra de 11.195 brasileiros, a partir dos 15 anos de idade, que foram entrevistados na Pesquisa Nacional em Saúde, conduzida pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, realizada no ano de 2019, com dados publicamente disponíveis. A prevalência da depressão foi analisada segundo o perfil sociodemográfico e o comportamento de continuidade dos cuidados no transtorno, sendo estimadas frequências absolutas e relativas. Os potenciais fatores associados à depressão e às redes de assistência, estratificados entre saúde suplementar e SUS, foram investigados por meio do teste qui-quadrado (X^2), considerando o valor $p < 0,001$, utilizando o *software* Stata. De acordo com o perfil sociodemográfico, os fatores associados entre depressão e a saúde suplementar foram mulheres (63,8%), idosos (61,2%), casados (45,7%), moradores da zona urbana (85,6%) e sem trabalho (65,2%); já no setor público estão associados os brasileiros com baixo nível de escolaridade (65,5%), residentes na região Nordeste (34,8%) e com renda familiar de até um salário mínimo (62,8%). Entre os itens de continuidade dos cuidados na depressão, verificou-se que não apresentar diagnóstico de outra doença mental (91,3%) e não ter utilizado medicamento na semana da entrevista foram os únicos fatores que indicam associação entre depressão e o serviço público (SUS); enquanto que a distância na localização do serviço de saúde (83,4%), resultando na busca pelo atendimento apenas quando surge algum problema relacionado ao transtorno (71,9%), o tratamento com psicoterapia (71,5%) e medicação (68,6%) foram os fatores que demonstraram associação da depressão com a saúde suplementar. Os resultados do estudo confirmam a prevalência da depressão em brasileiros e que os fatores associados diferem entre a saúde suplementar e o SUS tanto no perfil sociodemográfico, quanto nas características de continuidade dos cuidados, expressando disparidades comportamentais que repercutem nas condições de saúde entre as pessoas acometidas pelo transtorno. Conhecer os fatores associados à depressão e às redes de assistência poderá ser preditivo dos comportamentos de saúde da população e nortear ações de promoção da saúde mental e prevenção de agravos, contribuindo para elaboração de políticas públicas específicas para pessoas em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Depressão. Inquérito epidemiológico. Assistência à saúde mental. Sistema Único de Saúde. Saúde Suplementar.

ABSTRACT

Depression is one of the most common mental disorders, being one of the conditions that contributes most to the global burden of mental health-related diseases, presenting a significant gap between prevalence and care, whether due to lack of access to effective care, unavailability or inaccessibility of services. The determinants of access to and use of health care networks occur as a result of factors related to the disorder, as well as sociodemographic and cultural features of the population. This paper analyzes the factors associated with depression and care networks according to the National Health Survey. This is a population-based, cross-sectional study, based on a sample of 11,195 Brazilians, 15 years of age or older, who were interviewed in the National Health Survey, conducted by IBGE in partnership with the Ministry of Health, carried out in 2019, with publicly available data. The prevalence of depression was analyzed according to the sociodemographic profile and the behavior of continuity of care for the disorder, with absolute and relative frequencies being estimated. The potential factors associated with depression and care networks, stratified between supplementary health and SUS, were investigated using the chi-square test (χ^2), considering a p-value <0.001 , using Stata software. According to the sociodemographic profile, the factors associated between depression and supplementary health were women (63.8%), elderly (61.2%), married (45.7%), urban residents (85.6%) and unemployed (65.2%); in the public sector, the factors associated were Brazilians with a low level of education (65.5%), residents of the Northeast region (34.8%) and with a family income of up to one minimum wage (62.8%). Among the items of continuity of care in depression, it was found that not having a diagnosis of another mental illness (91.3%) and not having used medication in the week of the interview were the only factors that indicated an association between depression and the public service (SUS); while the distance in the location of the health service (83.4%), resulting in seeking care only when a problem related to the disorder arises (71.9%), treatment with psychotherapy (71.5%) and medication (68.6%) were the factors that demonstrated an association between depression and supplementary health. The results of the study confirmed the prevalence of depression in Brazilians and that the associated factors differ between supplementary health and the SUS both in the sociodemographic profile and in the characteristics of continuity of care, expressing behavioral disparities that impact the health conditions among people affected by the disorder. Knowing the factors associated with depression and the care networks may be predictive of the health behaviors of the population and guide actions to promote mental health and prevent harm, contributing to the development of specific public policies for people with psychological distress.

Keywords: Depression. Epidemiological survey. Mental health assistance. Unified Health System. Supplementary Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fisiologia dos neurotransmissores e neuroreceptores na depressão..	19
Figura 2: Elementos indicativos de agravamento da depressão.....	20
Figura 3: Linha do tempo da Política de Saúde Mental no Brasil.....	26
Figura 4: Articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil.....	27

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Aspectos considerados para a escolha do antidepressivo.....	21
Quadro 2: Comparativo entre particularidades do SUS e da saúde suplementar.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Caracterização sociodemográfica dos brasileiros (≥ 15 anos) com depressão.....	33
Tabela 2:	Comportamento dos brasileiros em relação à continuidade dos cuidados na depressão.....	34
Tabela 3:	Características entre as redes de assistência à saúde, segundo o perfil sociodemográfico dos brasileiros com depressão.....	35
Tabela 4:	Diferenças na continuidade dos cuidados em depressão a partir das redes de assistência à saúde.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT - Antidepressivo tricíclico
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONSU - Conselho de Saúde Suplementar
COVID-19 - Corona Vírus Disease 2019
DSM-V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE - Instituto de Geografia e Estatística
ISRS - Inibidores Seletivos da Receptação de Serotonina
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NR - Norma Regulamentadora
OMS - Organização Mundial da Saúde
PDA - *Personal Digital Assistance*
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
PQH-9 - *Patient Health Questionnaire-9*
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIPD - Sistema Integrado de Visitas Domiciliares
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO - Terapeuta Ocupacional
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UPAs - Unidades Primárias de Amostragem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1	DEPRESSÃO.....	17
3.2	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL.....	23
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	29
5	RESULTADOS.....	33
6	DISCUSSÃO.....	39
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
	REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

Aspectos do contexto mundial proporcionaram o crescimento de fragilidades e incertezas que desencadearam modificações nos comportamentos e estilos de vida, bem como no perfil de adoecimento das nações. Diante desse cenário, destaca-se o adoecimento mental, o qual vem apresentando uma progressiva elevação no número de casos, constituindo um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A rápida urbanização da população e consequente aumento de pessoas vivendo nas periferias de grandes cidades ou em comunidades desassistidas e vulneráveis, tem colaborado para mudanças profundas no estilo de vida das pessoas, aprofundando as desigualdades e adversidades sociais, aumentando o patamar de adoecimento mental (Lopes, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2022), essa conjuntura também está vinculada às ameaças globais, crises econômicas, emergências de saúde pública, emergências humanitárias generalizadas, deslocamentos forçados e crise climática, compondo fatores que elevam os riscos e podem agravar as condições de saúde mental. Nesse sentido, é possível mencionar a pandemia da Covid-19 e o resultado do seu impacto profundo e duradouro, exacerbando condições pré-existentes e induzindo o surgimento de novos casos de transtornos mentais em todo o mundo.

Como consequência, estão agregados prejuízos na qualidade de vida das pessoas, com comprometimento funcional, conduzindo ao aumento na utilização dos serviços de saúde, perda de produtividade no trabalho e isolamento social, além de tribulações no grupo familiar (Senicato; Azevedo; Barros, 2018). Acrescenta-se ainda o ganho de peso e doenças afins, em decorrência do controle inadequado do apetite e compulsão alimentar, o excesso de medicalização e/ou automedicação, que pode desencadear o agravamento do quadro clínico, com evolução para tentativa ou efetivação do suicídio (Fernandes; Soares; Silva, 2018; Urbanetto *et al.*, 2019).

Estima-se que 30% da população mundial apresenta diagnóstico de algum transtorno mental; depressão, ansiedade e estresse representam uma prevalência de 32,4% na Etiópia, 51,8% na Dinamarca e 26,8% no Brasil (Lopes, 2020; Santos *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2019). Uma em cada quatro pessoas vai desenvolver algum transtorno mental ao longo da vida, e indivíduos com transtorno mental grave morrem até 20 anos antes da previsão de expectativa de vida da população em geral, segundo

a OMS (2002). Entre as dez doenças mais incapacitantes no mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo (ANS, 2011).

É possível verificar a repercussão do adoecimento mental em múltiplas formas, dentre elas, a depressão, a qual caracteriza-se por uma sintomatologia ampla, que inclui perda de interesse ou prazer, tristeza profunda, apatia, sentimento de culpa, impotência, baixa autoestima, alterações do sono e apetite, dificuldade de concentração, oscilação de humor, podendo se tornar crônica ou recorrente, interferindo na capacidade de autocuidado e na manutenção das atividades individuais (Sousa, Neuciani *et al.*, 2021).

O Brasil é apontado como o país com maior número de casos notificados de depressão na América Latina (Barberato, 2021). No ano de 2019, a prevalência mundial de indivíduos que viviam com depressão foi de 280 milhões e as progressões sugerem que, em 2030, seja a primeira causa específica de incapacidade funcional no mundo, refletindo a contribuição da carga global das doenças relacionadas à saúde mental (Brasil, 2022; OMS, 2022).

Ainda é possível verificar a carência de investimento em saúde mental, seja na prevenção, promoção e/ou cuidado de forma intersetorial abrangendo serviços sociais, de cultura, educação, trabalho e da justiça. Em países de baixa e média renda, o investimento em saúde mental é menor que 1% do orçamento geral destinado aos serviços de saúde, sendo marcado por grandes desequilíbrios entre informação, pesquisa, governança, recursos e serviços (OMS, 2022). O governo brasileiro dispensa 2,3% do orçamento total da saúde para ações específicas em saúde mental, deixando margem para interpretação de que representa uma área subfinanciada dentro de um sistema já subfinanciado (Ataide, 2021).

O investimento no tratamento adequado para depressão varia entre 23% em países de alta renda e 3% em países de baixa e média renda; com amplas lacunas na cobertura dos serviços, nas quais dois terços dos indivíduos acometidos não recebem cuidados formais de saúde mental. Quando tratados, os casos de depressão e ansiedade são menos dispendiosos, entretanto, por apresentarem maiores prevalências, oneram os cofres dos sistemas de saúde, detendo uma despesa em torno de 1 trilhão de dólares na economia global, por ano, em virtude dos custos diretos e indiretos referentes à assistência prestada (OMS, 2022).

Cerca de 71% da população com algum tipo de transtorno mental não recebe

atendimento específico, não possui acesso a cuidados eficazes, por indisponibilidade ou inacessibilidade dos serviços, gerando uma significativa lacuna entre prevalência e assistência. Segundo Ataíde (2021), no Brasil, a maior demanda de saúde mental e sem assistência adequada, é na depressão. No âmbito público, mais de 40% dos países não apresentam políticas de saúde mental e mais de 30% não ofertam programas voltados para a área, enquanto os planos de saúde não abordam os transtornos mentais no mesmo nível dos demais tipos de doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2022).

No Brasil, a assistência à saúde apresenta uma porta dupla de acesso: o sistema privado de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), representando o setor público, sendo possível identificar falhas no acesso, prestação de serviços e gestão de ambos (Barberato, 2021). Para Malta *et al.* (2017), os determinantes do acesso e utilização das redes de assistência à saúde ocorrem em decorrência da gravidade e urgência da doença, características demográficas e econômicas dos usuários, tais como idade, sexo, escolaridade, região de moradia, trabalho e renda, além dos elementos ligados aos prestadores de serviços, demanda de especialidade, experiência profissional, financiamento dos serviços, seguro de saúde, entre outros.

Temas como depressão e continuidade de cuidados com o transtorno, acesso e utilização dos serviços de assistência à saúde estão presentes na Pesquisa Nacional em Saúde, uma investigação de base populacional realizada no ano de 2019, com dados epidemiológicos expressivos os quais fornecem informações fundamentais para o monitoramento de indicadores e tendências de situações de saúde, e podem contribuir para melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e qualidade de vida dos brasileiros.

Pelo exposto, emerge o seguinte questionamento: quais os fatores associados à depressão e às redes de assistência segundo a Pesquisa Nacional em Saúde? À vista disso, considera-se relevante a busca por respostas, uma vez que as pesquisas com reflexões acerca dos fatores associados à depressão e às redes de assistência são escassas, principalmente com a aplicabilidade de inquéritos populacionais.

O estudo servirá de subsídio para futuras pesquisas que contemplem a temática, propiciando discussões para uma melhor compreensão sobre o sofrimento mental e suas implicações, auxiliando no desenvolvimento de estratégias mais efetivas de prevenção e assistência aos indivíduos em adoecimento mental.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os fatores associados à depressão e às redes de assistência segundo a Pesquisa Nacional em Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência da depressão em brasileiros a partir dos 15 anos;
- Verificar aspectos dos indivíduos em relação à continuidade dos cuidados na depressão;
- Apontar as diferenças das características entre as redes de assistência à saúde, segundo perfil sociodemográfico e de continuidade dos cuidados na depressão.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DEPRESSÃO

A depressão tem chamado atenção por representar um dos principais transtornos mentais, demonstrando ser um problema de saúde pública grave e crescente ao longo dos últimos anos e um fator de extrema relevância epidemiológica. Está entre as principais doenças crônicas não transmissíveis que contribuem para a redução da qualidade de vida, provocando alto grau de limitação e incapacidade, sendo responsável por impactos econômicos na sociedade como um todo, além de responder por cerca de 60% da mortalidade mundial (Idalino, 2019).

Ainda de acordo com o autor supramencionado, a depressão é um transtorno conhecido desde os primórdios da humanidade, com registros em culturas e regiões por todo o mundo, apontando denominações distintas, porém, com descrições semelhantes. Na antiguidade, fundamentado no conceito de quatro fluidos corporais (bile, fleuma, sangue e bile negra), Hipócrates formulou a primeira classificação médica dos transtornos mentais registrada na história e desenvolveu a compreensão da depressão, a qual se referia como um “estado de melancolia”, resultante da intoxicação do cérebro pela bile negra, observada pela falta de ânimo, inquietação, irritabilidade e tristeza que perdurava por um longo período (Idalino, 2019).

O vocábulo depressão surgiu em 1960, em decorrência da gradual queda da crença sobrenatural, a qual era associada à loucura, mania, fúria divina, possessão, bruxaria, demência, psicose e inferida a partir de alterações de humor; passando a ser utilizado para designar um estado de desânimo ou perda de interesse pela vida (Idalino, 2019; Rufino *et al.*, 2018).

O conceito contemporâneo de depressão é definido consoante duas classificações oficiais de saúde: na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10) é considerado um transtorno afetivo e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua 5ª edição (DSM-V), constitui um transtorno de humor. Embora não obedeçam critérios idênticos para definir a depressão, tanto a CID-10 como o DSM-V são padrões diagnósticos internacionalmente aceitos e utilizados (Boaventura *et al.*, 2021; Idalino, 2019).

A depressão caracteriza-se como um transtorno de curso crônico e recorrente, com fisiopatologia complexa e de origem multifatorial, sendo capaz de estar associada

à outras condições mentais, como a ansiedade. Os principais sinais e sintomas envolvem alterações no humor (triste ou disfórico, desesperança e desamparo), alterações cognitivas (memória, concentração e processamento de informações diminuídos), alterações comportamentais (isolamento social, lentificação psicomotora), alterações neurovegetativas (sono e apetite comprometidos); além de acarretar grande sofrimento ao indivíduo, em qualquer fase da vida, causando diversos prejuízos em seu desempenho social e um risco elevado de suicídio (Brasil, 2022).

A classificação da depressão é baseada na história prévia e particularidades dos episódios em cada indivíduo. O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais distribui a depressão em três grupos: depressão menor, caracterizada pela presença de dois a quatro sintomas por duas ou mais semanas; distímia, a qual apresenta três a quatro sintomas por, no mínimo, dois anos; e, depressão maior, com cinco ou mais sintomas que perduram por mais de duas semanas (Ataide, 2021; Idalino, 2019).

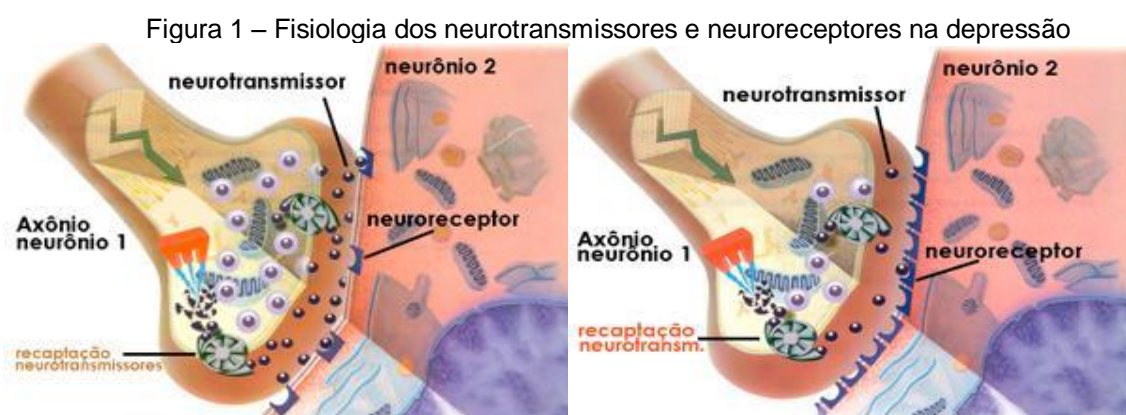
Por outro lado, a CID-10 reconhece o transtorno quanto à presença de sintomas fundamentais (humor deprimido; anedonia, isto é, interesse diminuído ou perda de interesse para realizar atividades rotineiras; fadigabilidade ou perda de energia) e sintomas acessórios (redução de concentração e atenção; diminuição da autoestima e autoconfiança; pensamento de culpa e inutilidade; visão pessimista de futuro; ideia suicida; perturbação de sono e apetite), dividindo-a em três grupos: depressão leve, apresenta dois sintomas fundamentais e dois acessórios; depressão moderada, aquela caracterizada pela presença de dois sintomas fundamentais e, no mínimo, três sintomas acessórios; e, depressão grave, causada devido à presença de qualquer número a mais de sintomas em comparação à depressão moderada (Boaventura *et al.*, 2021).

A depressão afeta diretamente a manutenção dos cuidados relacionados à saúde, interagindo, agravando ou compondo um fator de risco para doenças crônicas. Estimula o desenvolvimento de modificações fisiológicas no corpo, provocando alterações cardiovasculares, incluindo infarto, acidente vascular cerebral e doenças arteriais, bem como o risco de baixa na imunidade e aumento nos episódios de problemas inflamatórios e infecciosos. Todavia, o transtorno também pode advir como um resultado das incapacidades e limitações que acompanham tais condições de saúde (Barros *et al.*, 2017; Costa; Santos; Aoyama, 2020).

Seu desenvolvimento pode ser associado a múltiplos fatores, considerados de risco, como a predisposição genética e histórico familiar, fortes emoções, traumas psicológicos, dependência de álcool e drogas ilícitas, estresse e ansiedade contínuos, violência doméstica, mudanças hormonais (gestação, puerpério, menopausa), mudanças bruscas de condições financeiras (pobreza, desemprego), doenças físicas (cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, neoplasias) e comportamentos nocivos à saúde (Brasil, 2019).

O desencadeamento do quadro depressivo e suas possíveis recaídas são influenciados por um conjunto abrangente de fatores de risco, seja de ordem biológica, psicológica, familiar ou social, os quais estão distribuídos de forma desigual na população, nos diversos estágios da vida, impactando as pessoas por gerações (ANS, 2011).

Apesar da causa exata ainda ser incerta, Schimitberger (2020) reitera que uma das explicações pode estar no descontrole hormonal e neural, especialmente relacionado à noradrenalina, neurotransmissor responsável pelo estado de alerta do indivíduo e manutenção da pressão arterial; serotonina, envolvida na manutenção da frequência cardíaca e controle do ciclo sono-vigília; dopamina, a qual compõe o sistema de recompensa cerebral e está ligada ao prazer. Os fatores de risco influenciariam na alteração das células, causando descontrole na produção e função desses neurotransmissores, desencadeando a depressão (Figura 1).



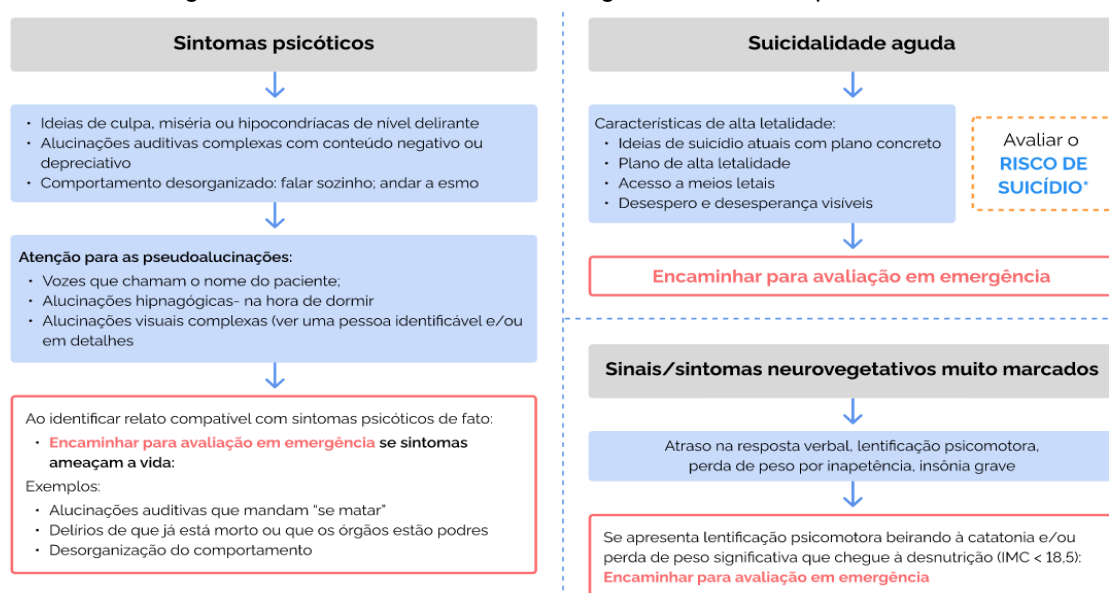
Fonte: Schimitberger, 2020.

Inicia-se uma queda na produção de neurotransmissores, provocando uma redução na liberação dessas substâncias pelos neurônios pré-sinápticos e um acréscimo de neuroreceptores nos neurônios pós-sinápticos, estabelecendo o aumento da velocidade de utilização desses neurotransmissores, abrandando o

tempo de permanência deles na fenda sináptica e, conseqüentemente, limitando seus efeitos, dando origem aos sintomas da depressão (Schimitberger, 2020).

Costa; Santos; Aoyama (2020) apontam que os sintomas de depressão são frequentemente confundidos com uma tristeza passageira, causando a determinação de muitos diagnósticos errôneos, tornando-a subdiagnosticada e, conseqüentemente, subtratada. De outra forma, o medo e a vergonha ao descobrir o diagnóstico de depressão exprimem o preconceito imposto pela sociedade quando se fala em adoecimento mental, fomentando o isolamento social, ausência de adesão ao tratamento e agravamento do quadro de saúde (Figura 2).

Figura 2 - Elementos indicativos de agravamento da depressão



Fonte: Brasil, 2022.

O diagnóstico é clínico, estabelecido pelo médico psiquiatra (ou pelo médico neurologista), após análise completa do histórico individual e familiar do paciente, seguindo critérios da CID-10 e/ou do DSM-V. Conjuntamente, instrumentos de mensuração psicométrica são empregados para auxiliar na identificação dos sintomas e classificação da gravidade do transtorno. Dentre eles, o PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*), que apresenta diversos itens pertinentes, com múltiplas categorias de resposta, definindo escores numéricos baseados nas respostas de cada indivíduo (Idalino, 2019).

Embora não existam exames laboratoriais ou de imagem que identifiquem a presença de depressão, exames de rotina como hemograma, níveis de hormônio tireoestimulante e níveis de eletrólitos, vitaminas D, B12 e B9 contribuem para o

diagnóstico de alguma doença física que possa contribuir para desencadear a depressão (Costa; Santos; Aoyama, 2020).

O tratamento para depressão aponta determinadas abordagens, tais como psicoterapia, utilização de medicamentos e de práticas integrativas e complementares (PICS), seja de forma isolada ou em conjunto. A conduta escolhida é fundamentada na gravidade do quadro, fatores desencadeantes, tipo de depressão (conforme sintomatologia), antecedentes pessoais, presença de doenças clínicas e outros fatores associados (Brasil, 2019; Schimitberger, 2020).

Na terapia medicamentosa são prescritos antidepressivos tricíclicos (ADT) ou inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS), ambos com eficácia semelhante, diferenciando apenas nos efeitos adversos que provocam. O custo, a resposta prévia, comorbidades específicas, perfil de efeitos colaterais e toxicidade são alguns dos elementos considerados para a escolha do medicamento que será prescrito no tratamento (Quadro 1).

Quadro 1 - Aspectos considerados para a escolha do antidepressivo

Disponibilidade e facilidade de acesso ao fármaco
Custos para o paciente e/ou sistema de saúde
Resposta prévia: Se o paciente foi tratado com sucesso com um fármaco bem tolerado no passado, pode-se eleger a mesma medicação para um novo episódio. Se o paciente não respondeu bem a um medicamento específico em doses otimizadas ou teve efeitos adversos intoleráveis, como regra tal fármaco deve ser evitado
Comorbidades específicas: Por exemplo, a amitriptilina deve ser evitada em idosos com problemas cardíacos quando não for possível fazer eletrocardiograma periodicamente
Perfil de efeitos colaterais e sua repercussão na vida do paciente: Por exemplo, pacientes com insônia podem se beneficiar do uso de um fármaco mais sedativo
Toxicidade: Os tricíclicos são tóxicos em sobredose, ao contrário da fluoxetina e de outros ISRS, que são menos perigosos e podem ser prescritos a pacientes com alto risco de autoagressão

Fonte: Brasil, 2022.

Na fase aguda da depressão (6 a 12 semanas após o início do quadro do transtorno), o tratamento tem o objetivo de eliminar os sintomas; na fase de continuação (4 a 9 meses de tratamento), o intuito é manter o progresso do tratamento e evitar recaídas; já na fase de manutenção (1 ano ou mais), o propósito é evitar novos episódios depressivos, principalmente em pacientes com alta probabilidade de recorrência (Schimitberger, 2020). Nas formas mais graves de depressão, a terapia

medicamentosa visa retirar o indivíduo de um momento de crise e promover sua reinserção ao ambiente social (Boaventura *et al.*, 2021).

Os recursos terapêuticos não medicamentosos consistem na prática de atividade física e higiene do sono, uso de terapias integrativas e complementares (PICS) como yoga, aromaterapia, acupuntura e, principalmente na realização de psicoterapia individual e/ou em grupo (Schimitberger, 2020). Embora exista uma incansável tentativa de diversificar o tratamento para depressão com as inúmeras investidas na inclusão e a expressiva relevância das terapias holísticas, com alternativas que estimulam o indivíduo ao conhecimento pessoal e à reflexão sobre seu processo saúde/doença, as práticas medicamentosas ainda perduram como a principal forma de cuidado nas redes assistenciais (Ataide, 2021).

Na psicoterapia segue-se a tentativa de reestruturação psicológica, com a compreensão dos anseios e queixas, utilizando a comunicação verbal, com objetivos, fundamentos teóricos, frequência e tempos diferentes, sendo possível utilizar 174 diferentes tipos de abordagens (Barberato, 2021; Brasil, 2022). Nesse processo, é imprescindível que o profissional ofereça uma escuta qualificada, auxiliando o paciente a resgatar seu protagonismo, construindo uma relação de confiança, disponibilizando acompanhamento periódico, o que contribuirá para o sucesso na aceitação do diagnóstico e tratamento do transtorno.

Quando a adesão ao tratamento é feita de forma apropriada e associada ao diagnóstico correto, aproximadamente 90% dos pacientes apresentam remissão total da depressão (Brasil, 2019). Em contrapartida, a omissão do tratamento é um fator decisivo para o prognóstico da doença, sendo capaz de agravar o quadro clínico, podendo desenvolver uma cronificação em níveis diferenciados de intensidade (Costa; Santos; Aoyama, 2020).

A ciência já comprovou que a prática de atividade física reflete positivamente na saúde mental, liberando hormônios e outras substâncias que ajudam na manutenção do humor, bem como uma alimentação saudável e rica em nutrientes que protege e conserva a rede de neurônios. Entre outros fatores protetivos, são apontados o equilíbrio em eventos estressantes e de fortes emoções, o compartilhamento de problemas com amigos e familiares, leitura, aprendizagem de coisas novas, viagens e demais atividades prazerosas que possam manter a cabeça ativa e ocupada com pensamentos positivos, estimulando a motivação pessoal e minimizando os riscos para o desenvolvimento de transtornos mentais (Brasil, 2019).

3.2 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Tal como Espanha, Itália, Grécia, Portugal e Reino Unido, o Brasil apresenta um sistema de saúde duplicado, com a coexistência de serviços públicos e privados, tanto na estrutura física e funcional, quanto no financiamento (Sousa, Natalia *et al.*, 2021). De um lado, a assistência pública ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pautada no acesso gratuito e universal, com abrangência nacional e ampla cobertura territorial, em todos os níveis de atenção à saúde; do outro lado, a assistência privada, idealizada e normatizada pela Constituição Federal de 1988 como uma forma complementar ao SUS (Souza Junior *et al.*, 2021).

A esfera pública está presente de forma determinante, como dever do Estado, oferecendo atendimento para a população, financiada por recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, enquanto a esfera privada, constituída primordialmente pelas operadoras de saúde, o atendimento é prestado aos brasileiros que, embora tenham acesso ao sistema público e possam utilizá-lo livremente, decidem reembolsar um fluxo monetário contínuo para manter acesso à serviços de saúde dispostos em redes de serviços cadastradas (ANS, 2008).

A assistência privada à saúde está dividida em três conjuntos: o sistema particular, onde o usuário escolhe o profissional de saúde e paga o valor cobrado pelo prestador do serviço; o sistema complementar, atuando como complemento ao setor público, sendo remunerado pelos serviços prestados conforme tabela pactuada entre as esferas pública e privada; e o sistema suplementar, onde o consumidor faz a opção por aderir à operadoras de planos de saúde que disponibilizam um catálogo com prestadores de serviços credenciados (Barberato, 2021).

Embora os planos de saúde existam desde 1940, o reconhecimento decorreu a partir da elaboração da Lei nº 9.961, no ano 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, cujo compromisso concerne à fiscalização e elaboração das normas dos serviços de saúde suplementar, que hoje contempla cerca de 51 milhões de brasileiros, entre seguradoras, cooperativas médicas, planos individuais e coletivos (Souza Junior *et al.*, 2021). O quadro 2 ilustra um comparativo entre algumas particularidades do sistema público de saúde e o sistema de saúde suplementar:

Quadro 2 - Comparativo entre particularidades do SUS e da saúde suplementar

SUS	Sistema Suplementar
Assistência à saúde prestada pelo Poder Público	Assistência à saúde prestada pelo setor privado
Vigilância sanitária	—
Vigilância epidemiológica	—
Ações e serviços de assistência à saúde são ofertados de forma principal	Ações e serviços de assistência à saúde são ofertados de forma acessória, adicional
Acesso universal	Acesso aos beneficiários do sistema
Atendimento integral	Cobertura limitada ao contratado
Financiado com recursos públicos	Financiado com recursos privados
Regido pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b)	Regido pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998 (BRASIL, 1998b).
Há participação da comunidade na gestão	Não há participação da comunidade na gestão

Fonte: Barberato, 2021.

O contexto da assistência à saúde mental está totalmente interligado ao desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil. Enquanto o setor público já havia percorrido uma trajetória mais avançada, o sistema de saúde suplementar caminhava lentamente, experienciando os primeiros tratamentos dados à saúde mental em meados de 1998, com a publicação da Lei nº 9.656, determinando a obrigatoriedade da cobertura do serviço em todos os contratos de planos de saúde válidos (Salvatori; Ventura, 2012).

A regulamentação da saúde mental no setor privado ocorreu com o advento da Resolução nº 11/1998 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), reforçando a cobertura obrigatória de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10. Posteriormente, a Resolução Normativa nº 211/2010 atualizou o rol de procedimentos e eventos em saúde, constituindo a referência básica para cobertura mínima dos serviços de saúde mental nos planos de saúde. Entretanto, a Resolução nº 11/1998 do CONSU foi revogada, dando destaque às normas regulamentadoras subsequentes, dentre as quais a Norma Regulamentar nº 487/2023, em vigor atualmente (Salvatori; Ventura, 2012).

Segundo os autores acima citados, entre os principais elementos conquistados com as normativas da esfera privada para a saúde mental, estão a obrigação na oferta de serviços para todos os transtornos psiquiátricos e divisão da cobertura assistencial a depender do tipo de plano contratado, seja no seguimento ambulatorial na condição de emergência com risco de morte ou danos físicos, psicoterapia e tratamento básico

em regime de consultas e/ou no âmbito hospitalar, apresentando garantia para internamento com custeio integral, de até 30 dias ao ano, em situação de crise (Salvatori; Ventura, 2012).

Independentemente da existência de uma regulamentação para assistência à saúde mental no setor privado relacionadas às formas de acesso e utilização dos serviços, a oferta dos serviços e realização de ações preventivas são elementos ainda pouco referenciados no Brasil. Em todo caso, alguns passos já foram dados no sentido de buscar melhorias na assistência aos portadores de transtornos mentais na saúde suplementar.

Conforme Boaventura *et al.* (2021), na década de 1970, a atuação da saúde mental no setor público ainda era limitada, sendo os pacientes tratados em manicômios, com internações e tratamentos, os quais, ao invés de curar, agravavam o sofrimento físico e psíquico. Todavia, paralelamente, iniciou-se o movimento da Reforma Psiquiátrica, cuja finalidade era assistência mais ampla, respeitando a individualidade e características biopsicossociais de cada indivíduo.

A promulgação da Lei nº 10.216/2001 e a implantação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), fundamentadas em bases científicas, as quais garantiam o direito ao cuidado digno e humanizado em ambientes terapêuticos, foram considerados marcos na reorganização do modelo assistencial à saúde mental, intensificando o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Boaventura *et al.*, 2021).

A Reforma Psiquiátrica permitiu a expansão de serviços comunitários direcionando cuidados específicos, promovendo maior integração social, fortalecendo a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta algum transtorno mental (Brasil, 2022). Denota uma prática bem sucedida, a qual resulta na substituição progressiva de hospitais psiquiátricos por internações em hospitais gerais e ampliação territorial do atendimento ambulatorial, com serviços menos estigmatizados e mais acessíveis. A Figura 3 exibe uma linha do tempo com acontecimentos relevantes para a PNSM:

Figura 3 – Linha do tempo da Política de Saúde Mental no Brasil



Fonte: Ataíde, 2021.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde (2008), a Política de Saúde Mental vigente no Brasil foi embasada pela Declaração de Caracas (1991) e fundamentada em quatro pontos essenciais: garantia dos direitos civis dos portadores de transtornos mentais; descentralização da rede de cuidados em saúde mental; proteção dos pacientes em hospitais psiquiátricos existentes; e, desenvolvimento de uma rede de serviços de forma eficaz e eficiente.

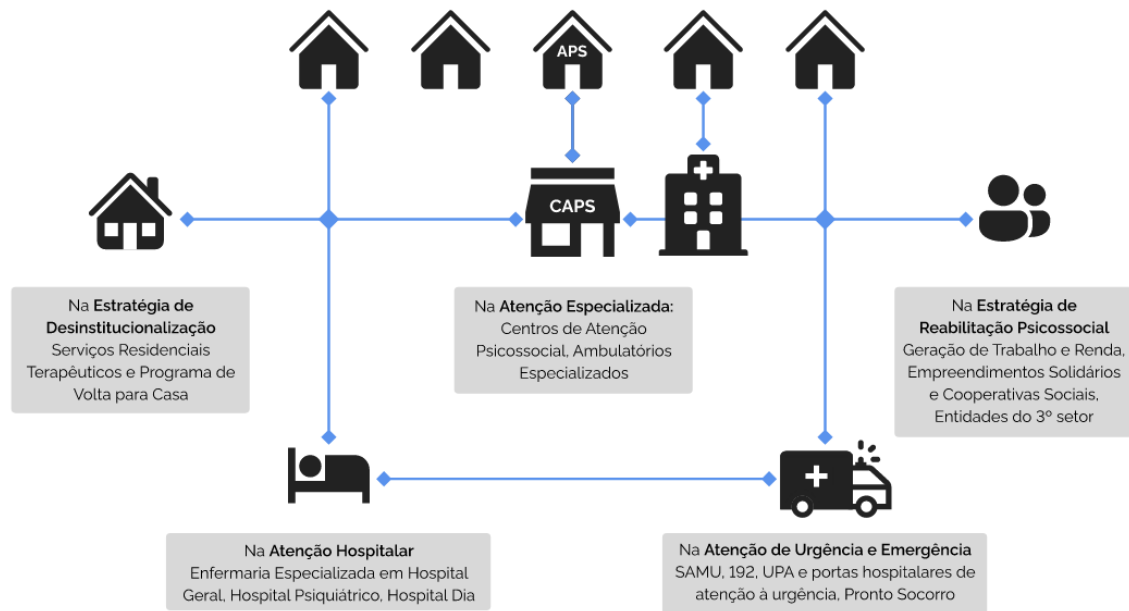
A Lei nº 10.216/2001 determina que os direitos e proteção às pessoas acometidas por transtorno mental devem ser assegurados sem distinção de raça, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno e os serviços de atenção à saúde aos portadores de transtornos mentais, sejam públicos ou privados, estão obrigados legalmente a cumprir os critérios nela estabelecidos (ANS, 2008).

Para a Agência Nacional de Saúde (2008), embora exista uma longa caminhada a ser percorrida, o Brasil possui uma das políticas de saúde mental mais referenciadas no mundo, sendo fruto de um processo histórico que consolidou avanços em políticas públicas vinculadas à democratização do país, lutas por direitos e influência das inovações em saúde mental no âmbito internacional.

A assistência à saúde mental está estruturada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), vista na Figura 4, deliberada pela Portaria nº 3.088/2011, representando uma linha de cuidados desenvolvidos para o enfrentamento dos problemas de saúde mental no SUS. É composta pelos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS), na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde estão a Unidade Básica

de Saúde (UBS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); assim como a Atenção Psicossocial especializada, constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios (Brasil, 2022).

Figura 4 - Articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil



Fonte: Brasil, 2022.

Outrossim, a RAPS mantém pactuação com a Atenção de Urgência e Emergência, especialmente com o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA); a Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e, Reabilitação Psicossocial, respeitando as singularidades de cada local, com a finalidade de melhorar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, garantindo a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (Brasil, 2022).

Endossando a integralidade das ações e intersetorialidade no atendimento em saúde mental, em conformidade com as diretrizes da RAPS, a equipe multidisciplinar deve ser composta por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Assistentes Sociais, Psicólogos, Pedagogos, Terapeutas Ocupacionais (TO), Médicos da Família, Psiquiatras, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas e Profissionais de Educação Física (Ataide, 2021).

Medicamentos utilizados no tratamento dos pacientes com transtornos mentais também são disponibilizados pelo SUS, de forma gratuita, encontrados em

estabelecimentos designados pelas secretarias de saúde de cada município (Brasil, 2022).

Por muito tempo as relações entre setor público e privado são destaque na história das políticas de saúde do Brasil, sobretudo no contexto atual, evidenciando uma sobreposição de funções, embora conservem especificidades distintas. O setor privado oferta os mesmos tipos de serviços que o setor público, gerando uma cobertura duplicada para cerca de 25% da população vinculada à planos de saúde. Beneficiários com planos médicos utilizam serviços do SUS para a realização de alguns procedimentos, na maioria das vezes aqueles com maior complexidade ou com assistência ambulatorial de alto custo, mesmo estando previstos em seus contratos (Amorim; Cherchiglia; Reis, 2023).

Apesar dos avanços concretos, o cenário recente de atenção à saúde mental no país ainda enfrenta problemas e configurações desalinhadas entre as redes assistenciais, com falta de profissionais treinados e capacitados, fragilidades na assistência ofertada e falhas na gestão, afetando o indivíduo doente, perpassando pelos familiares e a sociedade como um todo, além do alto custo econômico e social gerado (Barberato, 2021).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) representa um inquérito domiciliar de base populacional, e retrata a mais completa pesquisa de saúde já realizada no Brasil, conduzida pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, englobando um desenho próprio e dados publicamente disponíveis sobre determinantes, condicionantes e necessidades de saúde dos brasileiros.

Sua primeira versão ocorreu em 2013 e, subsequentemente, no ano de 2019, possibilitando um comparativo dos indicadores e aperfeiçoamento de questões, fornecendo informações relevantes para a implementação de medidas que interferem na longevidade e qualidade de vida dos indivíduos (Idalino, 2019).

A amostra da PNS/2019 originou-se do Sistema Integrado de Visitas Domiciliares (SIPD) do IBGE, constituído por um conjunto de unidades primárias de amostragem (UPAs), selecionadas em um cadastro, com maior espalhamento geográfico e precisão nas estimativas. Para dimensionar o tamanho da amostra, foram considerados alguns indicadores da edição de 2013: dados de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, depressão), violências, uso de serviços de saúde, posse de plano de saúde, tabagismo, prática de atividade física e consumo de álcool, entre outros.

Foi adotado um conglomerado em três estágios para a estratégia de amostragem, sendo, o primeiro, a estratificação das UPAs entre o conjunto de setores censitários, e o segundo, a seleção de domicílios. Ambos mediante seleção aleatória simples, com probabilidade igualmente proporcional. O terceiro estágio compreendeu a escolha de um morador com 15 anos (ou mais) para ser o informante da pesquisa, também por seleção aleatória, com auxílio do dispositivo móvel de coleta, *personal digital assistance* (PDA), baseado na lista de moradores obtida no momento da entrevista (Idalino, 2019).

A amostra excluiu os domicílios localizados em setores censitários especiais ou de escassa população, como agrupamentos indígenas, bases militares, alojamentos, embarcações, penitenciárias, instituições de longa permanência para idosos, conventos, hospitais, assentamento e agrupamentos quilombolas (Stopa *et al.*, 2020).

Definidos os integrantes da PNS/2019, os agentes da pesquisa agendavam as visitas nas datas e horários mais convenientes para os informantes, prevendo-se duas ou mais visitas a cada domicílio. Ao chegar, apresentavam os objetivos da pesquisa e ratificavam a participação e contribuição de cada indivíduo para desenvolvimento do estudo. Em seguida, aplicavam os questionários, os quais continham finalidades específicas: identificar características do domicílio, dos moradores da residência em questão e, especificamente, aspectos do morador selecionado.

A técnica de coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista pessoal, realizada entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020, assistida por computadores de mão (PDA), para armazenamento adequado dos dados. Na edição de 2019 foram visitados 108.525 domicílios e realizadas 90.846 entrevistas com indivíduos a partir de 15 anos, obtendo uma taxa de resposta de 96,5%, sendo superior ao ano de 2013, que apresentou 91,9% de taxa de resposta.

Considerou-se o desenho de amostragem das edições da PNS para a análise estatística dos dados, utilizando ponderações amostrais e efeito de conglomeração, tanto para os domicílios quanto para os moradores selecionados. O peso final aplicado foi um produto do inverso das expressões de probabilidade de seleção de cada estágio do plano amostral, o que inclui correção de não-respostas e ajustes dos totais populacionais (Stopa *et al.*, 2020).

O projeto da PNS/2019 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019. Todos os entrevistados foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), resguardando os princípios éticos em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012. Mais detalhes sobre o processo de realização da PNS 2019 estão disponíveis nas publicações oficiais (IBGE, 2020).

A pesquisa atual representa um estudo populacional, transversal, com abordagem quantitativa, utilizando o banco de dados da edição da PNS realizada em 2019, disponibilizado digitalmente pelo IBGE, já com o cálculo do peso tanto para moradores quanto para domicílio, utilizados em amostras complexas. Foram consideradas as entrevistas dos moradores selecionados a partir dos 15 anos, que referiram diagnóstico médico de depressão, objeto de interesse deste estudo, perfazendo um total de 11.975 indivíduos.

Foram averiguados dois desfechos: o primeiro referente a identificação do diagnóstico de depressão, baseado no seguinte questionamento da PNS/2019 (Módulo Q – Doenças crônicas): “*Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?*”, sendo consideradas as respostas positivas à indagação.

O segundo desfecho averiguou a posse ou não de plano de saúde, pautado no questionário da PNS/2019 (Módulo I – Cobertura de plano de saúde), o qual pergunta: “*Tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público?*”, apresentando as alternativas “*sim*” e “*não*”. Sendo, os participantes que responderam “*sim*” aqueles que possuem contrato válido em algum plano de saúde médico e os demais representam os indivíduos que utilizam a rede de assistência pública (SUS), a qual apresenta em seus princípios o acesso universal aos brasileiros, garantido pela Constituição Federal desde 1988.

Como exposições, foram analisadas as seguintes variáveis, presentes no questionário da PNS/2019:

a) Características sociodemográficas:

- Sexo: masculino, feminino;
- Faixa etária (anos): 15-17, 18-59, ≥ 60 ;
- Raça/cor: branca, preta, parda/amarela/indígena;
- Situação conjugal: casado, separado/desquitado/divorciado/viúvo, solteiro;
- Escolaridade: ensino fundamental, ensino médio, ensino superior;
- Localização domiciliar: urbana, rural;
- Região: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-oeste;
- Renda domiciliar (salário-mínimo): <1 salário, entre 1 e 3, >3 salários;
- Trabalho: sim, não.

b) Continuidade dos cuidados na depressão:

- Idade do diagnóstico de depressão: ≤ 17 , 18 - 59, ≥ 60 ;
- Diagnóstico de outra doença mental: sim, não;
- Uso de medicamento para depressão nas últimas 2 semanas: sim, não;
- Procura regular do serviço de saúde para depressão: sim, só quando tem um problema, não;

- Motivo de não procurar atendimento regular para depressão: serviço de saúde distante, não está mais deprimido, não tem ânimo, não tem tempo, dificuldades financeiras;
- Tempo que recebeu o último atendimento para depressão: há menos de 6 meses, entre 6 meses e 3 anos, mais de 3 anos, nunca recebeu;
- Último atendimento foi pelo SUS: sim, não;
- Encaminhamento para ser acompanhado por profissional de saúde mental em algum dos atendimentos: sim, não, todos foram com um psiquiatra e/ou psicólogo;
- Tipo tratamento atual para depressão (psicoterapia, medicamentos, práticas integrativas e complementares): sim, não.

Inicialmente, as análises foram realizadas para determinar a prevalência de depressão em relação ao perfil sociodemográfico e ao conjunto de variáveis de continuidade dos cuidados na depressão. Em seguida, para apontar as características entre as redes de assistência à saúde utilizadas pelos brasileiros com depressão, dispomos as variáveis de exposição (sociodemográficas e de continuidade dos cuidados na depressão) e estratificamos conforme as redes de assistência à saúde (saúde suplementar – esfera privada e SUS – esfera pública). Os dados foram dispostos em frequência absoluta e relativa em ambas as análises.

Os potenciais fatores associados à depressão e às redes de assistência foram investigados por meio do teste qui-quadrado (χ^2), considerando o valor $p < 0,001$. Todas as análises estatísticas foram executadas no *Statistical software for data Science* (STATA), versão 16.1.

5 RESULTADOS

Os resultados da PNS/2019 mostram que 11.975 indivíduos com 15 anos ou mais de idade referiram ter recebido, em algum momento da vida, o diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, representando 4,1% dos brasileiros que compuseram a amostra do presente estudo. Dentre eles, 8.226 indivíduos (68,7%) afirmaram possuir contrato válido em planos de saúde, enquanto 3.749 (31,3%) utilizam o sistema público (SUS) para os serviços de assistência médica.

A Tabela 1 exibe a caracterização sociodemográfica da amostra, na qual predominam mulheres (59,5%), idosos (56,9%), casados (44,7%), com baixo nível de escolaridade (50,2%), vivendo em meio urbano (82,1%) e na região Nordeste (32,3%), ganhando até um salário-mínimo (57,3%) e sem trabalho no período da entrevista (64,2%). Adolescentes (0,1%), moradores da região Centro-Oeste (11,5%) e pessoas que se identificam da raça preta (12,7%) apresentaram as menores proporções nas prevalências entre os elementos pesquisados. No quesito renda domiciliar, a categoria entre 1 e 3 salários não expressou representatividade no desfecho em questão.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos brasileiros (≥ 15 anos) com depressão.

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	4.855	40,5%
	Feminino	7.120	59,5%
Faixa etária (anos)	15-17	7	0,1%
	18-59	5.159	43,0%
	≥60	6.809	56,9%
Raça/cor	Branca	4.883	40,8%
	Preta	1.525	12,7%
	Parda/amarela/indígena	5.567	46,5%
Situação conjugal	Casado	5.350	44,7%
	Separado/desquitado/ divorciado /viúvo	3.685	30,8%
	Solteiro	2.940	24,5%
Escolaridade ¹	Ensino Fundamental	6.012	50,2%
	Ensino Médio	2.675	22,3%
	Ensino Superior	1.857	15,5%
Localização domiciliar	Urbana	9.828	82,1%
	Rural	2.147	17,9%
Região	Norte	1.622	13,5%
	Nordeste	3.870	32,3%
	Sudeste	3.389	28,3%
	Sul	1.717	14,4%
	Centro-Oeste	1.377	11,5%

Renda domiciliar ² (salário-mínimo)	<1 salário	6.863	57,3%
	>3 salários	5.112	42,7%
Trabalho	Sim	4.285	35,8%
	Não	7.690	64,2%
Plano de saúde	Sim	8.226	68,7%
	Não	3.749	31,3%

Fonte: PNS, 2019.

¹Apresentou dados omissos na pesquisa.

²Salário mínimo de R\$ 998,00 na data da coleta dos dados e a categoria entre 1 e 3 salários não apresentaram representatividade no desfecho.

A análise do comportamento dos brasileiros acerca da continuidade dos cuidados na depressão apontou a prevalência do diagnóstico recebido na adolescência (95,8%) e sem a presença de outro transtorno mental (89,4%). A maioria das pessoas só procura o serviço de saúde quando manifesta algum problema relacionado ao transtorno (71,8%), alegando que a localização do serviço é distante (82,7%).

O último atendimento para depressão aconteceu há menos de 3 anos (82,5%), oferecido pelo SUS (21,1%) e sem encaminhamento para acompanhamento com profissional especializado, como psicólogo ou psiquiatra (79,1%). Pouco mais da metade dos entrevistados revelou não ter consumido medicamento para depressão nas semanas que antecederam a pesquisa (50,5%), no entanto, assegurou a adoção da psicoterapia (69,5%), de medicamentos (66,8%) e das práticas integrativas e complementares (22,9%) como atuais formas de tratamento para a depressão (Tabela 2).

Tabela 2. Comportamento dos brasileiros em relação à continuidade dos cuidados na depressão.

Variáveis	Categorias	n	%
Idade do diagnóstico de depressão ¹	≤17	11.470	95,8%
	18-59	505	4,2%
Diagnóstico de outra doença mental	Sim	1.272	10,6%
	Não	10.703	89,4%
Uso de medicamento para depressão nas últimas 2 semanas	Sim	5.924	49,5%
	Não	6.051	50,5%
Procura regular do serviço de saúde para depressão	Sim	3.043	25,4%
	Só quando problema	8.597	71,8%
	Não	335	2,8%
Motivo de não procurar atendimento regular para depressão	Serviço de saúde distante	9.899	82,7%
	Não está mais deprimido	396	3,3%
	Não tem ânimo	274	2,3%
	Não tem tempo	600	5,0%
	Dificuldades financeiras	806	6,7%

Tempo que recebeu o último atendimento para depressão	Há menos de 6 meses	904	7,5%
	Entre 6 meses e 3 anos	9.875	82,5%
	Mais de 3 anos	450	3,8%
	Nunca recebeu tratamento	746	6,2%
Último atendimento foi pelo SUS ²	Sim	2.532	21,1%
	Não	178	1,5%
Encaminhado para acompanhamento com profissional de saúde mental em algum atendimento	Sim	2.451	20,5%
	Não	9.474	79,1%
	Todos os atendimentos foram com psicólogo/psiquiatra	50	0,4%
Tipo de tratamento atual para depressão	Psicoterapia	8.320	69,5%
	Medicamentos	7.994	66,8%
	Práticas integrativas e complementares	2.738	22,9%

Fonte: PNS, 2019.

¹A categoria ≥60 não apresentou representatividade no desfecho.

² Apresentou dados omissos na pesquisa.

No que diz respeito às características entre as redes assistenciais, estratificadas em saúde suplementar e SUS, segundo o perfil sociodemográfico dos brasileiros com depressão (Tabela 3), verificou-se a predominância de mulheres na saúde suplementar (63,8%) e de homens na assistência pública (50,1%); a faixa etária dos idosos ficou em evidência na utilização dos planos de saúde (61,2%), ao passo que a maioria dos adultos usufrui da assistência ofertada pelo SUS (52,5%); indivíduos casados prevalecem tanto no setor assistencial privado (45,7%) quanto no público (42,3%); pessoas que se identificam da raça preta são as que apresentam menor proporção na saúde suplementar (11,9%), enquanto pardos/amarelos/indígenas se sobressaíram no serviço público de saúde (51,5%).

Tabela 3. Características entre as redes de assistência à saúde, segundo o perfil sociodemográfico dos brasileiros com depressão.

Variáveis	Categorias	Saúde suplementar		SUS		Valor p
		n	%	n	%	
Sexo	Masculino	2.978	36,2%	1.877	50,1%	<0,001
	Feminino	5.248	63,8%	1.872	49,9%	
Faixa etária (anos)	15-17	1	0,1%	6	0,2%	<0,001
	18-59	3.189	38,7%	1.970	52,5%	
	≥ 60	5.036	61,2%	1.773	47,3%	
Raça/cor	Branca	3.615	43,9%	1.268	33,8%	<0,001
	Preta	976	11,9%	549	14,7%	
	Parda/amarela/indígena	3.635	44,2%	1.932	51,5%	

Situação conjugal	Casado	3.763	45,7%	1.587	42,3%	<0,001
	Separado/Desquitado/ Divorciado/Viúvo	2.747	33,4%	938	25,0%	
	Solteiro	1.716	20,9%	1.224	32,7%	
Escolaridade	Ensino Fundamental	3.974	53,4%	2.038	65,5%	<0,001
	Ensino Médio	1.943	26,2%	732	23,5%	
	Ensino Superior	1.518	20,4%	339	11,0%	
Localização domiciliar	Urbana	7.045	85,6%	2.783	74,2%	<0,001
	Rural	1.181	14,4%	966	25,8%	
Região	Norte	1.006	12,2%	616	16,5%	<0,001
	Nordeste	2.564	31,2%	1.306	34,8%	
	Sudeste	2.436	29,6%	953	25,4%	
	Sul	1.232	15,0%	485	12,9%	
	Centro-Oeste	988	12,0%	389	10,4%	
Renda domiciliar (salário-mínimo)	<1 salário	4.509	54,8%	2.354	62,8%	<0,001
	>3 salários	3.717	45,2%	1.395	37,2%	
Trabalho	Sim	2.863	34,8%	1.422	37,9%	≤0,001
	Não	5.363	65,2%	2.327	62,1%	

Fonte: PNS, 2019.

Ainda entre os brasileiros com depressão e que recorrem à assistência ofertada pelo SUS, estimou-se a prevalência de indivíduos com baixo nível de escolaridade (65,5%), moradores da região Nordeste (34,8%) e com renda de até 1 salário-mínimo (62,8%); enquanto os indivíduos que ficaram em evidência na saúde suplementar são domiciliados na zona urbana (85,6%) e não possuíam ocupação laboral na semana de realização da entrevista (65,2%).

Considerando as diferenças de continuidade dos cuidados na depressão a partir das estratificação das redes de assistência à saúde (Tabela 4), identificou-se que os brasileiros segurados pela saúde suplementar utilizaram medicamentos para depressão nas semanas que antecederam a pesquisa (53,2%), recorrem à psicoterapia (71,5%) como principal forma de tratamento para o transtorno, seguida de medicamentos (68,6%) e uso de PICS (23,6%). Embora possuam plano, o último atendimento foi realizado pelo SUS (94%) e sem acompanhamento com profissional especializado em saúde mental (78,3%).

A população que não possui plano de saúde não fez uso de medicamento para depressão nos quinze dias que antecederam a entrevista (58,6%), todavia, elenca a psicoterapia (65%), o uso de medicação (62,7%) e das PICS como formas empregadas no atual tratamento da doença, não apresenta diagnóstico de outro

transtorno mental (91,3%) e o último atendimento aconteceu pelo SUS (92,1%), acompanhado por especialista (81%).

As demais categorias pertinentes à continuidade dos cuidados não sinalizaram diferenças significativas nos achados da pesquisa. Tanto no setor privado quanto no SUS, a maioria dos indivíduos recebeu o diagnóstico de depressão na adolescência, recebeu o último atendimento há menos de 3 anos, só busca o serviço de saúde quando surge algum problema relacionado ao transtorno, justificando a longitude do serviço de saúde disponível.

Tabela 4. Diferenças na continuidade dos cuidados em depressão a partir das redes de assistência à saúde.

Variáveis	Categorias	Saúde suplementar		SUS		Valor p
		n	%	n	%	
Idade do diagnóstico de depressão	≤17	7.887	95,9%	3.583	95,6%	0.439
	18-5	339	4,1%	166	4,4%	
Diagnóstico de outra doença mental	Sim	947	11,5%	325	8,7%	<0,001
	Não	7.279	88,5%	3.424	91,3%	
Uso de medicamento para depressão nas últimas 2 semanas	Sim	4.373	53,2%	1.551	41,4%	<0,001
	Não	3.853	46,8%	2.198	58,6%	
Procura regular do serviço de saúde para depressão	Sim	2.117	25,7%	926	24,7%	<0,001
	Só quando tem problema	5.916	71,9%	2.681	71,5%	
	Não	193	2,4%	142	3,8%	
Motivo de não procurar atendimento regular para depressão	Serviço de saúde distante	6.858	83,4%	3.041	81,1%	<0,001
	Não está mais deprimido	228	2,8%	168	4,5%	
	Não tem ânimo	183	2,2%	91	2,4%	
	Não tem tempo	383	4,6%	217	5,8%	
	Dificuldades financeiras	574	7,0%	232	6,2%	
Tempo que recebeu o último atendimento para depressão	Há menos de 6 meses	655	8,0%	249	6,7%	0.012
	Entre 6 meses e 3 anos	6.724	81,8%	3.151	84,0%	
	Mais de 3 anos	326	4,0%	124	3,3%	
	Nunca recebeu tratamento	521	6,2%	225	6,0%	
Último atendimento foi pelo SUS	Sim	1.809	94,0%	723	92,1%	0.074
	Não	116	6,0%	62	7,9%	
Encaminhado para acompanhamento com profissional de saúde mental em algum atendimento	Sim	1.749	21,3%	702	81,0%	0.003
	Não	6.439	78,3%	3.035	18,7%	
	Todos atendimentos foram com psicólogo/psiquiatra	38	0,4%	12	0,3%	

Tipo de tratamento atual para depressão	Psicoterapia	5.881	71,5%	2.439	65,0%	<0,001
	Medicamentos	5.642	68,6%	2.352	62,7%	<0,001
	Práticas integrativas e complementares	1.943	23,6%	795	21,2%	0.009

Fonte: PNS, 2019.

Ao realizar o teste de associação entre depressão e as redes de assistência à saúde, destacamos distinções com significância estatística ($p \leq 0,001$) entre segurados da saúde suplementar e aqueles que recorrem ao serviço públicos de saúde, tanto nas características sociodemográficas quanto nos fatores de continuidade dos cuidados da depressão.

Na saúde suplementar, os fatores socioedemográficos associados à depressão manifestaram-se distribuídos entre mulheres (63,8%), idosos (61,2%), casados (45,7%), moradoras da zona urbana (85,6%) e sem ocupação laboral no período de realização da entrevista (65,2%). Enquanto no setor público de assistência à saúde, os fatores associados à depressão evidenciaram os brasileiros com baixo nível de escolaridade (65,5%), residentes na região Nordeste (34,8%) e com renda familiar de até um salário mínimo (62,8%).

Entre os itens de continuidade dos cuidados na depressão, verificou-se que não apresentar diagnóstico de outra doença mental (91,3%) e não ter utilizado medicamento para depressão na semana da entrevista foram os únicos fatores estatisticamente significativos, os quais indicam uma provável relação da depressão e o serviço público. Por outro lado, a distância na localização do serviço de saúde (83,4%), resultando na busca pelo atendimento apenas quando surge algum problema relacionado ao transtorno (71,9%), tratamento com psicoterapia (71,5%) e medicação (68,6%) foram os fatores que demonstraram associação entre depressão e a saúde suplementar.

6 DISCUSSÃO

Embasado nos elementos colhidos da PNS/2019, o atual estudo revelou dados de prevalência da depressão no Brasil em consonância com a literatura científica, a qual aponta o Brasil como líder no ranking de prevalência do transtorno entre as nações em desenvolvimento, constituindo 20 a 36 milhões de pessoas afetadas, o equivalente a 10% da população mundial (Ataide, 2021).

Dentre os indivíduos acometidos pela depressão, independente da assistência à saúde universal garantida pelo SUS, o estudo informou que a maioria dos brasileiros possui vínculo com a saúde suplementar, confirmando a dupla forma de acesso aos serviços de saúde vigentes no país.

A prevalência de depressão no sexo feminino e as diferenças comportamentais da utilização dos serviços de saúde pelas mulheres, achados do estudo, são elementos frequentemente presentes na literatura. Pesquisas indicam que as mulheres são até duas vezes mais propensas a desenvolver depressão no curso da vida, visto que apresentam uma maior preocupação com a própria saúde, assim como melhor conhecimento acerca dos sintomas e, conseqüentemente, maior procura pelos serviços de saúde (Brito *et al.*, 2022; Stopa *et al.*, 2015).

A sobrecarga nos papéis sociais, a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, acarretando mudanças na arquitetura familiar e social, sem uma rede de apoio, maior exposição a eventos estressantes, violência doméstica, podem tornar a mulher mais vulnerável ao desenvolvimento de um transtorno mental. Da mesma forma, fatores como trabalho informal e morar sozinho podem aumentar o risco de depressão entre homens (Ataide, 2021).

Conforme Ataide (2021), a susceptibilidade feminina para o adoecimento mental também é citada como consequência das diferenças no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, cuja hiperatividade gera um estado de longa duração de estresse, desencadeando uma disfunção no sistema límbico e o aumento do risco de um transtorno psíquico. Outrossim, as alterações no sistema endócrino ocorridas no período pré-menstrual, pós-parto e menopausa concorrem como fatores que determinam os contrastes do adoecimento por depressão entre os sexos (Senicato; Azevedo; Barros, 2018).

Mulheres com depressão apresentam maior tendência a demandar contratos em planos de saúde, corroborando com achados de outras pesquisas, expressando

que a maioria das buscas por atendimento e gastos com saúde ocorre entre as mulheres, oportunizando maior possibilidade de diagnóstico, aumentando a prevalência estimada de algumas doenças entre o sexo feminino, e, em contrapartida, possibilitando melhores prognósticos de evolução da saúde (Barroso; Melo; Guimarães, 2015).

Os resultados do estudo coadunam com as evidências da literatura, expressando a prevalência da depressão relacionada à faixa etária, reforçando que o transtorno tende a aumentar com o avançar da idade. Segundo a ANS (2011), em 2025 existirão cerca de 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, e o aumento da expectativa de vida carrega impactos negativos para os idosos, dilatando o risco de problemas mentais. A depressão está entre os quatro gigantes problemas da geriatria, acompanhada da demência, quedas e infecções (Boaventura *et al.*, 2021).

O envelhecimento da população atinge diretamente os serviços de saúde pública e privada, aumentando consideravelmente os números nos atendimentos, visto que estas pessoas apresentam necessidades específicas e, frequentemente, múltiplas doenças crônicas, entre elas a depressão (Sousa, Natalia *et al.*, 2021). Em face do exposto, é possível elucidar os dados encontrados na pesquisa, os quais apontam a predominância dos idosos com contratos ativos em planos de saúde.

Foi possível identificar a baixa prevalência de adolescentes com depressão, assim como na relação destes com a utilização dos serviços de assistência à saúde. A justificativa pode advir da idade mínima determinada para participação na PNS em 2019 (somente a partir dos 15 anos), não contemplando todas as idades que compreendem o intervalo etário. Por outro lado, a limitada procura pelos serviços de saúde pode decorrer da dependência dos adultos para os cuidados com a saúde, assim como em decorrência da imaturidade do córtex pré-frontal, característica inerente à faixa etária em questão (Sousa, Natalia *et al.*, 2021).

A existência de fatores associados entre depressão e raça/cor vem sendo apontada na literatura, destacando a prevalência de depressão em indivíduos negros, justificando maior vulnerabilidade a iniquidades em saúde, assim como maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde ou, quando assistidos, recebem tratamento de menor qualidade, ratificando o impacto que a histórica desigualdade racial tem causado no tratamento da depressão (Ataide, 2021).

Os resultados mostram uma baixa ocorrência de depressão entre pessoas que se identificam da raça preta, todavia, representam a população com a menor

frequência de adesão em planos de saúde. Sendo assim, não é possível desconsiderar que as informações encontradas não impactam na realidade da produção de disparidades entre depressão e as iniquidades sociais em saúde.

Pesquisas evidenciam que indivíduos separados, divorciados ou viúvos apresentam maiores chances de desenvolver transtornos mentais, enquanto ser casado funciona como efeito protetor contra depressão. A análise resultou na identificação da predominância de depressão entre pessoas casadas e tal achado pode ser explicado pelas maiores proporções encontradas no estudo serem entre mulheres e idosos. A mulher sofre modificações no processo de envelhecimento e, além da questão biológica, fatores interligados como a saída dos filhos de casa, aposentadoria, desgaste no relacionamento conjugal e, no que diz respeito ao estado de casada, pode ter dependência econômica ou baixa renda, submissão pelo parceiro, responsabilidade social pelo casamento e filhos, entre tantos outros aspectos considerados de risco para o desencadeamento da depressão (Silva; Camêlo, 2022).

Há mais indivíduos casados na saúde suplementar do que no setor público. Ainda conforme a justificativa citada anteriormente, um fator a ser considerado acerca dos resultados obtidos no decorrer da pesquisa é que mulheres e idosos representaram os maiores percentuais com contratos válidos nos planos de saúde, tal como a alternativa de inclusão de dependentes no plano médico, viabilizada a partir da comprovação do casamento ou união estável.

As prevalências entre depressão e os extremos no nível de escolaridade são comuns na literatura, expressando a incidência de transtornos mentais tanto entre o ensino básico quanto nos indivíduos com nível superior de escolaridade (Brito *et al.*, 2022). O estudo indicou a predominância de depressão em brasileiros que tinham cursado até o ensino fundamental, corroborando com uma investigação que comparou dados da PNAD nos anos de 2003 e 2008, e confirmou a relação existente entre depressão e a baixa escolaridade no Brasil (Stopa *et al.*, 2015).

Ainda que o predomínio da assistência à saúde tenha sido no setor público, salienta-se o alto percentual das pessoas que possuem contrato em planos de saúde com baixo nível de escolaridade, atestando que o fator educação não foi impedimento para buscar melhorias nas condições de saúde. Contrariando a literatura, na qual remete-se a hipótese de que indivíduos com maior escolaridade estão mais propensos a investir nos serviços de saúde suplementar e os menos favorecidos apresentariam

problemas com acesso aos serviços assistenciais privados (Ataide, 2021; Brito *et al.*, 2022).

No que concerne a localização censitária, há mais pessoas com depressão na zona urbana e utilizando os serviços de saúde suplementar. Fato condizente com outras pesquisas, atestando que o território onde o indivíduo nasce, se desenvolve, produz e envelhece determina os padrões de adoecimento psíquico e do contexto do cuidado. A zona urbana possibilita um maior consumo dos serviços de saúde, em decorrência da fragilidade na organização da rede assistencial à saúde, baixa cobertura e investimentos aplicados na zona rural (Queiroz *et al.*, 2023).

O estudo atual revelou que as prevalências da depressão por região sugerem poucas divergências quanto ao tipo de rede de assistência à saúde, no entanto, a região Nordeste, seguida da região Sudeste, quando comparadas às demais, apresentam chances mais elevadas de pessoas acometidas com depressão utilizarem os serviços de saúde pública. A evidência da região Nordeste no SUS pode ser resultado das constantes melhorias no acesso aos serviços públicos de saúde em locais mais necessitados (Brito *et al.*, 2022).

Nas análises estratificadas, outros dois fatores que mantêm associação direta entre depressão e as redes de assistência à saúde são trabalho e renda. O estudo mostrou que a prevalência de depressão no setor público foi entre indivíduos com renda domiciliar de até um salário-mínimo e, na saúde suplementar, entre as pessoas que estavam sem trabalho no período de realização da entrevista.

Embora a renda esteja associada ao serviço público de saúde, a representativa quantidade de brasileiros com menor poder aquisitivo na saúde suplementar pode ser explicada pelo fato de que, famílias com menor condição financeira adquirem planos de saúde básicos, com cobertura limitada e valores mais acessíveis, para garantir melhor acesso aos serviços de saúde (Sousa, Natalia *et al.*, 2021). Da mesma maneira, a elevada porcentagem de indivíduos sem trabalho mas com contrato válido em plano de saúde pode advir da predominância de idosos que, mesmo não trabalhando, possuem renda e buscam os serviços dos planos médicos, almejando melhorias na assistência à saúde.

Sob o ponto de vista clínico, a depressão pode manifestar-se em qualquer idade. Nesta pesquisa, a prevalência no diagnóstico do transtorno ocorreu durante a adolescência, sem denotar associação quanto à rede de assistência. Não foram encontrados resultados na faixa etária dos idosos, efeito causado em decorrência da

confusão produzida a partir da semelhança dos sintomas do processo natural do envelhecimento e senescência fisiológica com os sintomas de depressão, dificultando o correto diagnóstico do transtorno nessa população (Boaventura *et al.*, 2021).

Identificou-se que a maioria dos entrevistados não possui diagnóstico de outra doença mental, ao contrário dos achados presentes na literatura. Para Brasil (2022), a depressão é capaz de relacionar-se com outras condições mentais, entre elas a ansiedade, sendo comum que os indivíduos acometidos pela depressão passem a apresentar sintomas ansiosos proporcionados pelas limitações provocadas em decorrência da depressão.

Os brasileiros que possuem plano de saúde foram os que utilizaram medicamentos para depressão nas semanas que antecederam a pesquisa. Corroborando com o resultado, Szwarcwald *et al.* (2016) asseguram que a posse de plano de saúde torna oportuna a redução na espera por atendimento, aumenta a satisfação dos usuários e, conseqüentemente, os cuidados no tratamento e prevenção de doenças.

A procura regular para atendimento na depressão concerne com o serviço privado e a ocorrência de algum problema relacionado ao transtorno. De acordo com Malta *et al.* (2017), o consumo dos serviços de saúde está intrinsicamente ligado à presença de doenças, ou seja, a busca pela utilização do serviço de saúde é determinada pela necessidade percebida do indivíduo, resultante do conhecimento prévio de sua doença ou condição de saúde.

O acesso e utilização dos serviços de saúde, principalmente na saúde mental, ainda determinam importantes diferenças ligadas diretamente à oferta de serviços assistenciais direcionados à população como um todo. Pessoas que optam pelo SUS têm garantia de continuidade assistencial, embora ainda necessitem de melhoria nos cuidados e as pessoas que contratam planos de saúde buscam mais opções de atendimento e consomem com maior intensidade os serviços de saúde.

No serviço público, os atendimentos para depressão acontecem, com mais frequência, na Atenção Básica; no setor privado, em consultórios especializados, com vasta cobertura em todo o país. Porém, o local de moradia pode ser um fator determinante para o deslocamento até o serviço de saúde disponível, impossibilitando o acesso à assistência adequada que o transtorno requer. Os resultados do estudo revelam que a ausência de assistência regular para depressão advém da distância do serviço de saúde disponível, especialmente na saúde suplementar.

Apesar de, eventualmente, necessitarem de atendimento de urgência e emergência, os portadores de transtornos depressivos contam com uma atenção ambulatorial formada, prioritariamente, por médico psiquiatra e psicólogo. As análises mostram que, na saúde suplementar, a maioria dos brasileiros não recebeu acompanhamento com profissional de saúde mental, ao passo que, no SUS houve o encaminhamento para assistência especializada no decorrer do tratamento.

Resultados do estudo informam que o último atendimento para depressão ocorreu há menos de três anos e, embora a maioria dos indivíduos com depressão possua plano médico, o último atendimento foi realizado no SUS. A dupla porta de acesso aos serviços de saúde no Brasil possibilita que, mesmo contratando cobertura para serviços privados de saúde, a população brasileira possa optar por utilizar a assistência oferecida pelo SUS (Souza Junior *et al.*, 2021).

Dados do estudo exibem a psicoterapia e o uso de medicamentos como principais formas adotadas entre os brasileiros que possuem plano médico. A tentativa de diversificar o tratamento de transtornos mentais com práticas complementares e integrativas ainda é pouco praticada, mesmo existindo uma vasta lista de elementos ressaltando seus efeitos nos diferentes contextos de saúde e sua ampla oferta pelo SUS. Essa realidade aponta para falta de conhecimento pela população e/ou uma lacuna assistencial, tanto informativa quanto de encaminhamentos.

Chama a atenção que, a despeito da maioria dos indivíduos ter afirmado que o último atendimento para depressão aconteceu há menos de três anos e que não utilizou medicamento para depressão nas duas semanas anteriores à pesquisa, apenas um grupo minoritário relatou que não está mais deprimido. Apesar do pretexto da distância dos serviços de saúde disponíveis, os indivíduos possuem plano médico e/ou SUS para acompanhamento da depressão, mas só buscam assistência quando surge algum problema relacionado ao transtorno. Esse contexto exprime um cenário preocupante, sinalizando o desinteresse por parte dos brasileiros nos cuidados adequados à saúde física ou mental, assim como as complexidades envolvidas no acesso aos serviços assistenciais no Brasil.

Como limitações do estudo, as respostas obtidas na PNS foram autorreferidas, ou seja, os indivíduos confirmaram o diagnóstico de depressão após uma resposta positiva ao questionamento acerca do transtorno, proposto na metodologia, não sendo identificada a partir da aplicação de instrumentos diagnósticos padronizados e validados, associados à avaliação clínica profissional. Também foram questionados

comportamentos de semanas anteriores, sendo possível o viés de memória. Entretanto, tomou-se o cuidado de confrontar os resultados, sempre que possível, com estudos que sumarizam evidências científicas, legitimando os achados da atual pesquisa.

À proporção que os resultados foram sendo discutidos, despontou a necessidade de obter respostas para algumas indagações, as quais não foram possíveis de se obter, uma vez que tais questionamentos adicionais não estavam presentes no questionário utilizado na entrevista da PNS/2019, provocando a necessidade de novas pesquisas em busca de tais respostas.

A despeito de tais limitações, observa-se a contribuição da PNS e do estudo, cobrindo uma lacuna, considerando a escassez de estudos de amplitude nacional os quais analisam a associação da depressão com as redes assistenciais (pública e privada) e sua influência na continuidade do tratamento, fornecendo informações de muita utilidade para profissionais de saúde, gestores e a população com um todo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo confirmam a prevalência da depressão em brasileiros, distribuída entre mulheres, idosos, casados, moradores da zona urbana e na região Nordeste, com baixo nível de escolaridade e de renda, sem vínculo laboral, mas com contrato válido em plano de saúde.

Quanto ao perfil de continuidade do cuidados na depressão, os brasileiros receberam diagnóstico da depressão na adolescência, não apresentam outro transtorno mental, só procuram o serviço de saúde quando surge algum problema relacionado ao transtorno, o último atendimento para depressão ocorreu há menos de 3 anos, pelo SUS, sem acompanhamento com profissional especializado e embora tenham relatado que não utilizaram medicamento nos últimos dias, integram a terapêutica atual juntamente com a psicoterapia e PICS.

Nas análises estratificadas, foi possível identificar que a associação entre depressão e as redes de assistência se faz presente em fatores do perfil sociodemográfico e de continuidade dos cuidados no transtorno em brasileiros, expressos por diferenças comportamentais as quais repercutem nas condições de saúde entre as pessoas acometidas pela depressão. De forma geral, os resultados alcançados permitem mostrar que as disparidades na prevalência da depressão e o acesso aos serviços assistenciais ocorrem em decorrência das características físicas, sociais, econômicas e culturais dos brasileiros.

Essas diferenças anunciam falhas e avanços no contexto da depressão e redes assistenciais. De um lado, há a lacuna entre prevalência e assistência adequada, visto que os sistemas de saúde não conseguem atender as necessidades da população em decorrência do cenário político e de atenção à saúde mental no Brasil, minimizando a oferta e qualidade dos serviços oferecidos. Por outro lado, é possível verificar um progresso na garantia da assistência ao portador de transtorno mental, especialmente na depressão, entretanto, ainda é preciso percorrer um longo caminho, na busca por avanços que garantam o alinhamento no acesso aos cuidados prestados, seja no setor público ou privado.

Conhecer os fatores associados à depressão e às redes de assistência poderá ser preditivo dos comportamentos de saúde da população e nortear ações de promoção da saúde mental e prevenção de agravos, contribuindo para elaboração de políticas públicas específicas para pessoas em sofrimento psíquico e transtorno

mental. Ademais, poderá contribuir para a redução dos gastos em saúde decorrente da cronificação da depressão e outros transtornos de manejo mais direcionado à reabilitação, reinserção e ressocialização dessas pessoas.

A pesquisa traz contribuições à saúde mental, na sua interface com os serviços assistenciais, ao mostrar que a depressão é um fator que impacta na utilização dos serviços de saúde entre os brasileiros. Os resultados analisados revelam um contexto alarmante e a necessidade e importância de desenvolver mais estudos, bem como propostas para a área, as quais atendam aos interesses da população, profissionais, da gestão do SUS e da saúde suplementar.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, L. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; REIS, I. A. Beneficiários de planos privados de saúde que utilizaram a rede pública de hemodiálise ambulatorial no Brasil entre 2012 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 8, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/JY6m8RFrc9N9pDBpHjp5c9P/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 out. 2023.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340370239Dir_Assist_Saude_Mental_SS.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4 ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_promocao_saude_4ed.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- ATAIDE, C. A. V. **Fatores individuais e contextuais associados à depressão autorreferida no Brasil**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/44868?mode=full>>. Acesso em: 16 ago. 2023.
- BARBERATO, C. **O direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar**: as representações sociais de desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-11062021-150607/es.php>>. Acesso em: 20 abril 2023.
- BARROS, M. B. de A.; LIMA, M. G.; AZEVEDO, R. C. de S.; MEDINA, L. B. de P.; LOPES, C. de S.; MENEZES, P. R.; MALTA, D. C. Depression and health behaviors in Brazilian adults – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1:8s, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/rJgc4vNn6tKZXqTSvV5DXMb/?lang=en#>>. Acesso em: 15 ago. 2023.
- BARROSO, S. M.; MELO, A. P.; GUIMARÃES, M. D. C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 503-514, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/hxdS9SswFqckLRBcDyLBPSt/?lang=en>>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- BOAVENTURA, M. A.; REIS, E. A.; GODINHO, I. C.; OLIVEIRA FILHO, L. H. de.; CAIXETA, N. C.; CASTRO, V. E.; RABELO, M. R. G.; NUNES, M. R. Doenças mentais mais prevalentes no contexto da atenção primária no Brasil: uma revisão de

literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 19959-19973, 2021.

Disponível em:

<<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/36308>>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z – depressão**. Brasília, 2019.

Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao)

[z/d/depressao](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao)>. Acesso em: 05 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de cuidado da depressão no adulto**. Brasília, 2022. Disponível em:

<<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/depressao/>>. Acesso em: 05 set. 2023.

BRITO, V. C. de A.; BELLO-CORASSA, R.; STOPA, S. R.; SARDINHA, L. M. V.;

DAHL, C. M.; VIANA, M. C. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil:

Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ress/a/YJthwW4VYj6N59BjdS94FJM/abstract/?lang=pt>>.

Acesso em: 30 ago. 2023.

COSTA, S. B.; SANTOS, T. P.; AOYAMA, E. de A. A expansão do transtorno

depressivo nos dias atuais. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 65-69, 2020. Disponível em:

<revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/72/66>. Acesso em: 20 abr. 2023.

FERNANDES, M. A.; SOARES, L. M. D.; SILVA, J. S. Transtornos mentais

associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa

brasileira. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 218-224,

2018. Disponível em: < [http://www.rbmt.org.br/details/318/pt-BR/transtornos-mentais-](http://www.rbmt.org.br/details/318/pt-BR/transtornos-mentais-associados-ao-trabalho-em-profissionais-de-enfermagem-uma-revisao-integrativa-brasileira)

[associados-ao-trabalho-em-profissionais-de-enfermagem-uma-revisao-integrativa-](http://www.rbmt.org.br/details/318/pt-BR/transtornos-mentais-associados-ao-trabalho-em-profissionais-de-enfermagem-uma-revisao-integrativa-brasileira)

[brasileira](http://www.rbmt.org.br/details/318/pt-BR/transtornos-mentais-associados-ao-trabalho-em-profissionais-de-enfermagem-uma-revisao-integrativa-brasileira)>. Acesso em: 22 jun. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde -**

2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde

bucal / Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:

<<https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

IDALINO, R. de C. de L. **Estimação da prevalência da depressão via o modelo de classes latentes utilizando amostra da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**.

2019. Tese (doutorado) – Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2019.

Disponível em: < <https://repositorio.unesp.br/items/ef2dd648-f43d-418e-82d7-5a940d8ca53f>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

LOPES, C. de S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das

coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/WwQjPXP47HByZVtpHvvZXBh/#ModalTablesFigures>> . Acesso em: 16 ago. 2023.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S. C.; SILVA, M. M. A.; FREITAS, M. I. de F.; BARROS, M. B. de A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização dos serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1:4s, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHz4NmrD9n/?lang=en#ModalHowcite>>. Acesso em: 15 ago. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001_por.pdf?sequence=4>. Acesso em: 20 mar. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre Saúde Mental: Transformando a Saúde Mental para Todos**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>>. Acesso em: 20 abril 2023.

QUEIROZ, P. de S. F.; RODRIGUES NETO, J. F.; MIRANDA, L. de P.; OLIVEIRA, P. S. D.; SILVEIRA, M. F.; NEIVA, R. J. Transtornos mentais comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 28, n. 6, p. 1831-1841, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8DNTKFXh8pQB6kh9ZG5Dr4c/>>. Acesso em: 30 ago. 2023.

RUFINO, S.; LEITE, R. S.; FRESCHI, L.; VENTURELLI, V. K.; OLIVEIRA, E. S. de.; MASTROROCCHO FILHO, D. A. M. Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. **Revista Saúde em foco**, v. 10, 2018. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/11/095_ASPECTOS-GERAIS-SINTOMAS-E-DIAGN%C3%93STICO-DA-DEPRESS%C3%83O.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde e a Política de Saúde Mental no contexto do sistema suplementar de assistência à saúde: avanços e desafios. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 115-128, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wxg6tjxdM3qQJ4X67TgmS7R/#>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SANTOS, G. B. V.; ALVES, M. C. G.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G.; GIANINI, R. J. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>>. Acesso em: 01 ago. 2021.

SCHIMITBERGER, V. M. **Resumo sobre depressão**: histórico, epidemiologia, diagnóstico, tratamento. Comunidade Sanar, 2020. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/tudo-o-que-voce-precisa-saber-sobre-a-depressao-colonistas>>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, 2018. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>>. Acesso em: 01 ago. 2021.

SILVA, M. G. P. da.; CAMÊLO, E. L. S. Perfil de mortalidade de mulheres a nível nacional em decorrência da depressão aliado a outros fatores. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e38411831051, 2022. Disponível em:
<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31051>>. Acesso em: 4 nov. 2024.

SILVA, P. L. B. C.; SILVA, B. F. F.; CHAGAS, K. K. A. C. R.; TORTOLA, M. B. A.; CALDEIRA, R. L. R. Transtorno Mental comum entre Estudantes de Enfermagem e Fatores Envolvidos. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3191>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SOUSA, N. C. de.; OLIVEIRA, R. R. de.; SALCI, M. A.; CARREIRA, L.; RODRIGUES, T. F. C. da S.; RADOVANOVIC, C. A. T. Aumento nas reclamações de idosos sobre a saúde suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 3, p. 5123-5131, 2021a. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/RLyfPLJ3CstGLDbrxc5fzJ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SOUSA, N. F. da S.; BARROS, M. B. de A.; MEDINA, L. de P. B.; MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L. Associação do transtorno depressivo maior com doenças crônicas e multimorbidade em adultos brasileiros, estratificados por sexo: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021b. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gYrgkcRnGTgWTjVTNSD9MNS/?lang=en#>>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SOUZA JUNIOR, P. R. B. de.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; STOPA, S. R.; VIEIRA, M. L. F. P.; ALMEIDA, W. da S. de.; OLIVEIRA, M. M. de.; SARDINHA, L. M. V.; MACARIO, E. M. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 1, p. 2529-2541, 2021. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/r8mKcJdm5RYB8zJNzpJLJS/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 30 ago. 2023.

STOPA, S. R.; MALTA, D. C.; OLIVEIRA, M. M. de.; LOPES, C. de S.; MENEZES, P. R.; KINOSHITA, R. T. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, supl. 2, p. 170-180, 2015. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/VGmSdkDBd7WcjHnW4BrP8kg/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; OLIVEIRA, M. M. de.; GOUVEIA, E. de C. D. P.; VIEIRA, M. L. F. P.; FREITAS, M. P. S. de.; SARDINHA, L. M. V.; MACÁRIO, E. M. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, 2020. Disponível em
<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000500035&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 20 maio 2024.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; SOUZA JUNIOR, P. P. R. B. de.; ALMEIDA, W. da S.; MALTA, D. C. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico, Brasil, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 339-349, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/MxFXsWgyZqWYJhSJtKpWq9j/>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

URBANETTO, J. S.; ROCHA, P. S.; DUTRA, R. C. MACIEL, M. C.; BANDEIRA, A. G.; MAGNONO, T. S. B. S. Estresse e sobrepeso/obesidade em estudantes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2966.3177>>. Acesso em: 19 jul. 2021.