

Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results

Sheila Rizzato Stopa^{I,II}, Deborah Carvalho Malta^{III}, Max Moura de Oliveira^{II},
Claudia de Souza Lopes^{IV}, Paulo Rossi Menezes^V, Roberto Tykanori Kinoshita^{VI}

RESUMO: *Objetivo:* Descrever a prevalência do autorrelato de diagnóstico médico prévio de depressão na população adulta brasileira (18 anos ou mais) segundo fatores sociodemográficos. *Métodos:* Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, inquérito de base populacional. Foi investigado o autorrelato do diagnóstico médico prévio de depressão, recebido em algum momento da vida. Foram calculadas as prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), estratificados por sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor da pele, para Brasil, local de residência, grandes regiões, unidades federativas e capitais. *Resultados:* A prevalência de autorrelato de diagnóstico de depressão em adultos no Brasil foi de 7,6% (IC95% 7,2 – 8,1), sendo maior em mulheres (10,9%; IC95% 10,3 – 11,6) e em pessoas entre 60 e 64 anos (11,1%; IC95% 9,1 – 13,1). Ainda, as maiores prevalências foram em indivíduos sem instrução ou com fundamental incompleto, 8,6% (IC95% 7,9 – 9,3), para aqueles com ensino superior completo, 8,7% (IC95% 7,5 – 9,9); e para aqueles que se autodeclararam brancos (9,0%; IC95% 8,3 – 9,6). Por local de residência, esse autorrelato foi maior em indivíduos residentes na região urbana (8,0%; IC95% 7,5 – 8,4) e na região Sul (12,6%; IC95% 11,2 – 13,9). *Conclusão:* A análise deste estudo revela a importância de conhecer o acesso ao diagnóstico de depressão no Brasil. É necessário aprimorar o acesso aos serviços de saúde com qualidade em todo o território nacional para abranger as populações mais desfavorecidas. Reduzir as disparidades no acesso aos serviços de saúde é fundamental para garantir que direitos sociais sejam equânimes e universais.

Palavras-chave: Depressão. Autorrelato. Diagnóstico. Inquéritos epidemiológicos. Desigualdades em saúde. Vigilância epidemiológica.

^IDepartamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{II}Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{IV}Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^VFaculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{VI}Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

Autor correspondente: Sheila Rizzato Stopa. Departamento de Vigilância Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. SAF Sul, Trecho 02, Lotes 05/06, Bloco "F", Torre 1, Edifício Premium, térreo, sala 15, CEP: 70070-600, Brasília, DF, Brasil. E-mail: sheilarizzato@usp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Objective: To describe the prevalence of self-reported previous medical diagnosis of depression in the adult (18 years or older), Brazilian population according to sociodemographic factors. **Methods:** Data from the 2013 National Health Survey, a population-based survey, were used. The self-reported previous medical diagnosis of depression, received at some point during the patient's life, was investigated. Prevalence and their respective confidence intervals of 95% (CI 95%) were calculated, stratified by gender, age group, education level, race/skin color, for Brazil, place of residence, major regions, federative units and capitals. **Results:** The prevalence of self-reported diagnosis of depression in adults in Brazil was of 7.6% (95%CI 7.2 – 8.1), being higher in women (10.9%; 95%CI 10.3 – 11.6) and among people between 60 and 64 years old (11.1%; 95%CI 9.1 – 13.1). Furthermore, the highest prevalence was among individuals with no formal education or those with incomplete primary education 8.6% (95%CI 7.9 – 9.3), for those with complete tertiary education 8.7% (95%CI 7.5 – 9.9); and for those who declared themselves as white (9.0%; 95%CI 8.3 – 9.6). For place of residence, the self-report was higher in individuals living in urban areas (8.0%; 95%CI 7.5 – 8.4) and in the South (12.6%; 95%CI 11.2 – 13.9). **Conclusion:** The analysis shows the importance of understanding the access to the diagnosis of depression in Brazil. It is necessary to improve access to quality health services throughout the country to include the underprivileged population. Reducing disparities in access to health services is crucial to ensuring that social rights are universal and equal.

Keywords: Depression. Self report. Diagnosis. Epidemiologic surveys. Health inequalities. Epidemiological surveillance.

INTRODUÇÃO

A depressão é reconhecidamente um problema de saúde pública e evidencia-se pelo comprometimento das atividades cotidianas do indivíduo, principalmente nos relacionamentos sociais¹. Existem diversas abordagens no estudo da depressão, uma vez que ela pode ser decorrente de fatores genéticos, psicológicos, familiares e sociais. Caracteriza-se como um conjunto de transtornos, sendo sistematizados como “transtornos do humor” pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e “transtornos afetivos” pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)^{2,3}.

Em termos mundiais, estima-se que em 2020 a depressão será a segunda causa de incapacidade em saúde^{1,4}. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵, pelo menos 350 milhões de pessoas vivem com depressão. Como sintomas da depressão, destacam-se os sentimentos de tristeza, perda e/ou falta de confiança, visões negativas sobre si e os outros, perda de interesse nas atividades sociais, no apetite e sono e em casos mais graves, suicídio^{5,6}.

No Brasil, estudos de base populacional sobre a prevalência de transtornos mentais em geral e da depressão, em particular, são relativamente escassos, apesar de iniciativas recentes como o projeto São Paulo Megacity, com o objetivo de compreender as doenças mentais que afetam a qualidade de vida da população⁷. Tal fato decorre, principalmente, da dificuldade no uso de instrumentos e/ou escalas para o diagnóstico de tais transtornos na população. Assim, o uso de perguntas sobre o diagnóstico médico prévio de morbidades, dentre elas, depressão, em estudos de base populacional, pode ser uma abordagem apropriada para o conhecimento do acesso ao tratamento e fornecer informações de bastante utilidade para gestores em saúde^{8,9}.

A prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de depressão já foi investigada anteriormente no Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

no ano de 2008¹⁰. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), conduzida em 2013, buscou manter tais perguntas sobre autorrelato de diagnóstico médico de morbidades em geral e de depressão, em particular, de forma a permitir a comparação com os dados dos Suplementos Saúde das PNAD 2003 e 2008, e fornecer dados para o monitoramento de indicadores e tendências da situação de saúde¹¹.

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência do autorrelato de diagnóstico médico prévio de depressão na população adulta brasileira (18 anos ou mais) segundo fatores sociodemográficos.

MÉTODOS

Este estudo utilizou dados da PNS, realizada em 2013. A PNS é um inquérito de base populacional, cujos dados foram obtidos através de coletas domiciliares em todo o território nacional¹¹.

A amostra da PNS foi selecionada por amostragem por conglomerados em três estágios de seleção. No primeiro, foi realizada a estratificação das unidades primárias de amostragem (UPAs) compostas por setores censitários ou, em alguns casos, conjunto de setores e a seleção foi aleatória simples em casa estrato. No segundo estágio, em cada UPA, foram selecionados, aleatoriamente, de 10 a 14 domicílios. No terceiro estágio, em cada domicílio, um residente adulto (18 anos ou mais) foi selecionado com equiprobabilidade entre todos os moradores adultos do domicílio. Os setores censitários foram sorteados com base no Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e utiliza a amostra mestra desse sistema, com maior espalhamento geográfico e ganho de precisão das estimativas^{8,11}.

O tamanho estimado da amostra foi de, aproximadamente, 81 mil domicílios. Assim, 81.254 domicílios foram selecionados para compor a amostra, sendo que, entre esses, 69.994 estavam ocupados. Foram realizadas 64.348 entrevistas domiciliares e 60.202 entrevistas individuais (adultos selecionados nos domicílios). A taxa de perda para as entrevistas domiciliares foi de 20,8%, sendo a taxa de resposta de 91,9%. Já a taxa de perda para as entrevistas individuais foi de 25,9%, sendo a taxa de resposta de 86,0%. A amostra foi definida considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, basicamente proporções de pessoas em determinadas categorias, o que permitiu a estimação de alguns parâmetros em diferentes níveis geográficos: estados, capitais, regiões metropolitanas e o resto do estado.

Foram definidos pesos amostrais para as UPAs, para os domicílios e todos os seus moradores e o peso para o morador selecionado, sendo que esse último foi calculado considerando o peso do domicílio correspondente, a probabilidade de seleção do morador, ajustes de não resposta por sexo e calibração pelos totais populacionais por sexo e classes de idade estimados com o peso de todos os moradores. Mais detalhes sobre o processo de amostragem e fatores de ponderação podem ser encontrados na publicação sobre os resultados da PNS¹¹.

A coleta de dados foi realizada com a utilização de microcomputadores de mão (*personal digital assistance* – PDA), programados para processos de crítica das variáveis. Agentes de coleta, supervisores e coordenadores do IBGE foram capacitados para compreender detalhadamente toda a pesquisa¹¹.

O presente estudo analisou os dados da PNS referentes ao autorrelato de diagnóstico prévio de depressão, analisando o indicador: “proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico de depressão feito por médico ou profissional de saúde mental”. Esse indicador investiga se o indivíduo já recebeu diagnóstico de depressão em algum momento da vida.

Para tal indicador, foram calculadas as prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC95%) estratificados por sexo, faixa etária (18 a 29; 30 a 59; 60 a 64; 65 a 74 e 75 anos e mais), escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto; fundamental completo e médio incompleto; médio completo e superior incompleto; superior completo), raça/cor da pele (branca; preta e parda), para Brasil, local de residência (urbano/rural), grandes regiões, unidades federativas e capitais.

Os dados foram analisados no software Stata versão 11.0, por meio do módulo *survey*, que considera efeitos da amostragem complexa. A PNS foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob o número 328.159, de 26 de junho de 2013. Todos os indivíduos foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa.

RESULTADOS

Segundo a PNS, 7,6% (IC95% 7,2 – 8,1) dos adultos referiram ter recebido, em algum momento da vida, diagnóstico prévio de depressão feito por médico ou profissional de saúde mental. Esse diagnóstico foi maior em mulheres (10,9%; IC95% 10,3 – 11,6) do que em homens (3,9%; IC95% 3,5 – 4,4), com diferença estatisticamente significativa. Com relação à faixa etária, a maior prevalência foi encontrada na faixa de 60 a 64 anos (11,1%; IC95% 9,1 – 13,1) e a menor, na faixa mais jovem, de 18 a 29 anos (3,9%; IC95% 3,3 – 4,5), com diferença significativa entre tais faixas também (Tabela 1).

Quanto ao nível de instrução, a prevalência para pessoas com ensino médio completo a nível superior incompleto foi de 6,4% (IC95% 5,8 – 7,0) e para as pessoas com ensino superior completo, 8,7% (IC95% 7,5 – 9,9), com diferença estatisticamente significativa entre elas (Tabela 1).

Para raça ou cor da pele, também foi encontrada diferença entre as categorias de estudo, sendo maior entre os brancos (9,0%; IC95% 8,3 – 9,6) do que nos pretos e pardos (Tabela 1).

Por local de residência, o autorrelato de diagnóstico de depressão foi maior entre os que moram na área urbana (8,0%; IC95% 7,5 – 8,4). A região Sul apresentou a maior prevalência (12,6%; IC95% 11,2 – 13,9) e a menor prevalência foi na região Norte (3,1%; IC95% 2,7 – 3,5) (Tabela 1).

Para as unidades federativas, as maiores prevalências foram no Rio Grande do Sul (13,2%; IC95% 11,5 – 15,0), em Santa Catarina (12,9%; IC95% 9,7 – 16,0) e no Paraná (11,7%; IC95% 9,4 – 14,0); as menores foram observadas no Pará (1,6%; IC95% 1,0 – 2,1), Amazonas (2,7%; IC95% 1,9 – 3,5) e no Amapá (3,4%; IC95% 2,0 – 4,7) (Tabela 2). Para o total de capitais, o autorrelato foi 6,8% (IC95% 6,4 – 7,3). Florianópolis (11,3%; IC95% 8,6 – 14,0), Natal (10,7%; IC95% 8,1 – 13,3) e Porto Alegre (10,6%; IC95% 8,2 – 12,9) foram as capitais que apresentaram as maiores prevalências; e Porto Velho (1,2%; IC95% 0,4 – 2,0), São Luís (2,4%; IC95% 1,4 – 3,5) e Manaus (2,7%; IC95% 1,6 – 3,9) as que apresentam as menores prevalências (Tabela 3).

Tabela 1. Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de depressão na população brasileira de adultos (≥ 18 anos), segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, nível de escolaridade, local de residência e grandes regiões. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Variáveis	Autorrelato de depressão	
	n*	% (IC95%)
Sexo		
Masculino	2.714	3,9 (3,5 – 4,4)
Feminino	8.465	10,9 (10,3 – 11,6)
Faixa etária (anos)		
18 – 29	1.484	3,9 (3,3 – 4,5)
30 – 59	7.177	8,8 (8,2 – 9,4)
60 – 64	937	11,1 (9,1 – 13,1)
65 – 74	1.119	9,9 (8,3 – 11,5)
75 +	462	6,9 (5,3 – 8,5)
Nível de escolaridade		
Sem instrução e fundamental incompleto	4.907	8,6 (7,9 – 9,3)
Fundamental completo e médio incompleto	1.578	6,9 (5,9 – 8,0)
Médio completo e superior incompleto	3.071	6,4 (5,8 – 7,0)
Superior completo	1.623	8,7 (7,5 – 9,9)
Raça/cor da pele		
Branca	6.229	9,0 (8,3 – 9,6)
Preta	726	5,4 (4,4 – 6,4)
Parda	4.121	6,7 (6,1 – 7,3)
Local de residência		
Urbana	10.048	8,0 (7,5 – 8,4)
Rural	1.131	5,6 (4,9 – 6,3)
Regiões		
Norte	336	3,1 (2,7 – 3,5)
Nordeste	1.951	5,0 (4,5 – 5,5)
Sudeste	5.404	8,4 (7,6 – 9,2)
Sul	2.716	12,6 (11,2 – 13,9)
Centro-Oeste	772	7,2 (6,4 – 8,0)
Brasil	11.179	7,6 (7,2 – 8,1)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *valores absolutos devem ser multiplicados por 1.000.

Tabela 2. Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de depressão na população brasileira de adultos (≥ 18 anos), segundo unidades federativas. Brasil, 2013.

Unidade federativa	Autorrelato de depressão	
	n*	% (IC95%)
Rio Grande do Sul	1.127	13,2 (11,5 – 15,0)
Santa Catarina	650	12,9 (9,7 – 16,0)
Paraná	939	11,7 (9,4 – 14,0)
Minas Gerais	1.698	11,1 (9,0 – 13,1)
Mato Grosso do Sul	157	8,8 (7,3 – 10,4)
São Paulo	2.787	8,4 (7,3 – 9,5)
Pernambuco	465	7,2 (5,7 – 8,6)
Goiás	331	7,1 (5,7 – 8,5)
Tocantins	70	7,1 (5,2 – 8,9)
Rio Grande do Norte	166	6,9 (5,4 – 8,4)
Mato Grosso	157	6,9 (5,1 – 8,7)
Distrito Federal	128	6,2 (4,9 – 7,5)
Sergipe	95	6,2 (4,9 – 7,5)
Alagoas	140	6,2 (4,6 – 7,9)
Rio de Janeiro	766	6,0 (5,0 – 7,0)
Acre	28	5,8 (4,5 – 7,2)
Rondônia	67	5,6 (4,1 – 7,2)
Espírito Santo	153	5,5 (3,7 – 7,2)
Paraíba	133	4,8 (3,4 – 6,2)
Ceará	272	4,4 (3,3 – 5,4)
Roraima	12	4,4 (3,2 – 5,7)
Bahia	427	4,0 (2,7 – 5,3)
Piauí	87	3,9 (2,8 – 5,1)
Maranhão	165	3,8 (2,4 – 5,1)
Amapá	15	3,4 (2,0 – 4,7)
Amazonas	61	2,7 (1,9-3,5)
Pará	82	1,6 (1,0 – 2,1)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *valores absolutos devem ser multiplicados por 1.000.

Tabela 3. Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de depressão na população brasileira de adultos (≥ 18 anos), segundo capitais. Brasil, 2013.

Capitais	Autorrelato de depressão	
	n	% (IC95%)
Florianópolis	40	11,3 (8,6 – 14,0)
Natal	68	10,7 (8,1 – 13,3)
Porto Alegre	120	10,6 (8,2 – 12,9)
Curitiba	146	10,3 (8,3 – 12,3)
Belo Horizonte	180	9,1 (7,3 – 11,0)
Campo Grande	55	9,1 (6,6 – 11,7)
Recife	104	8,7 (6,2 – 11,1)
São Paulo	756	8,4 (7,0 – 9,7)
Maceió	59	8,2 (5,6 – 10,8)
Palmas	13	7,1 (5,1 – 9,2)
Aracaju	31	6,8 (4,3 – 9,3)
Rio de Janeiro	338	6,6 (4,9 – 8,2)
Goiânia	69	6,6 (4,5 – 8,7)
Vitória	18	6,3 (4,4 – 8,2)
Brasília	128	6,2 (4,9 – 7,5)
Rio Branco	14	5,8 (4,0 – 7,5)
João Pessoa	30	5,2 (3,6 – 6,8)
Boa Vista	10	5,1 (3,4 – 6,7)
Fortaleza	85	4,5 (2,8 – 6,2)
Belém	37	3,6 (1,9 – 5,2)
Macapá	10	3,4 (1,4 – 5,4)
Salvador	75	3,3 (2,0 – 4,6)
Teresina	19	3,2 (2,1 – 4,4)
Cuiabá	13	2,9 (1,1 – 4,7)
Manaus	37	2,7 (1,6 – 3,9)
São Luís	18	2,4 (1,4 – 3,5)
Porto Velho	4	1,2 (0,4 – 2,0)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *valores absolutos devem ser multiplicados por 1.000.

DISCUSSÃO

Dentre os importantes achados deste trabalho, pode-se citar: conhecimento da prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de depressão no Brasil; variações nessa prevalência por escolaridade, raça ou cor da pele, faixa etária, local de residência e região.

A prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de depressão encontrada no Suplemento Saúde da PNAD no ano de 2008 foi de 4,1%¹⁰. Dados do estudo São Paulo Megacity 2008, que se baseou em um instrumento de entrevista estruturado o qual gera diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV, encontrou prevalência de depressão, com referência para os últimos 12 meses, de 9,4%¹².

No entanto, apesar da PNAD, em edições anteriores, ter apresentado a prevalência de depressão no país, tal informação fazia parte de um conjunto de outras 11 doenças crônicas. Assim, não foi possível obter dados para diversas desagregações, como no caso da PNS. Esta é a primeira vez que são apresentados dados representativos para o território nacional acerca, especificamente, do conhecimento do autorrelato de diagnóstico de depressão. De tal maneira, os resultados apresentados são de extrema importância para conhecer o perfil do acesso ao diagnóstico de depressão, além de ser uma significativa perspectiva do uso de serviços sob a ótica do usuário.

A maior prevalência desse autorrelato foi encontrada em mulheres, fato que é condizente com a literatura^{13,14}. Tal achado deve-se ao fato da maior percepção das mulheres para com a própria saúde, assim como maior conhecimento dessas acerca de sintomas físicos e, em consequência, maior procura dos serviços de saúde¹³.

No que diz respeito à maior prevalência em idosos, na faixa de 60 a 64 anos, há divergências com a literatura e achados, inclusive das edições anteriores da PNAD. De acordo com Barros et al.¹⁵, a prevalência tende a aumentar com a idade — assim como na PNS — e que tal prevalência persiste no mesmo nível após os 60 anos, o que diverge dos achados deste estudo. O estudo de Theme-Filha et al.¹⁶, que analisou dados da Pesquisa Mundial de Saúde 2003, sugere, também, que a prevalência aumenta com a idade. Porém, tal estudo não analisou faixas etárias idosas, o que impossibilita averiguar a comparação com os dados da PNS. Ainda, estudo realizado com adultos estadunidenses de 2005 a 2010 sugere um aumento da prevalência com a idade e um declínio nas faixas etárias mais idosas¹⁴.

Não obstante, no que se refere ao nível de escolaridade, outros estudos já apontaram relação entre a presença de depressão e baixa escolaridade^{15,17,18}. Ainda, no estudo de Barros et al.¹⁵, que comparou dados da PNAD 2003 e 2008, foi verificado que, no período, ocorreu um aumento na prevalência de doenças crônicas (segundo autorrelato) e esse aumento se deu principalmente nos segmentos de menor escolaridade, como sugerem os dados da PNS também. No entanto, apesar da prevalência para pessoas sem instrução a fundamental incompleto ter sido alta (8,6%), a prevalência nos indivíduos de alta escolaridade (superior completo) também foi (8,7%). Estudo realizado com base nos dados do São Paulo Megacity concluiu que indivíduos com maior escolaridade frequentaram mais os serviços de saúde, principalmente para consultas preventivas ou de rotina¹⁹. Ou seja, tal dado encontrado na

PNS pode sugerir que, na faixa de escolaridade mais alta há uma maior proporção de diagnósticos em função de maior procura dos serviços de saúde. Tal ideia remete à hipótese de que pessoas com maior escolaridade estão mais propensas a investir na própria saúde do que pessoas com menor escolaridade²⁰.

Quanto à raça ou cor da pele dos indivíduos, estudo que investigou a prevalência de depressão por raça/etnia com base nos dados do *National Health and Nutrition Examination Survey* III (NHANES III), também apresentou achados similares ao deste estudo, uma vez que tal prevalência também foi maior em brancos do que em pretos²¹. No Brasil, estudo realizado com dados da PNAD 2003 também encontrou maior prevalência de depressão em brancos¹⁸. Além disso, alguns estudos ressaltam que desigualdades em saúde não devem ser atribuídas, exclusivamente, à raça ou cor da pele e é preciso considerar, ainda, desigualdades econômicas e sociais em diferentes âmbitos^{22,23}. Porém, com base nos resultados deste estudo, não se pode desconsiderar que as diferenças encontradas entre brancos e negros podem impactar na produção de disparidades no acesso à saúde no Brasil.

Para local de residência, a prevalência do autorrelato de diagnóstico médico de depressão foi maior na área urbana, o que corresponde a achados anteriores com base em análise das PNAD 2003 e 2008^{15,18}. E para as grandes regiões do país, os achados também coincidem com os da PNAD 2003, onde as regiões Norte e Nordeste têm as menores prevalências e Sul e Sudeste, as maiores¹⁸. Ainda, essas diferenças nas prevalências por região podem sugerir desigualdade no acesso aos serviços de saúde, e com isso, uma diferença, também, na prevalência do autorrelato de doenças crônicas.

A PNS investigou também a prevalência por unidades federativas e capitais. Assim, as maiores prevalências estavam nos estados que pertenciam às regiões Sul e Sudeste e as menores, nos estados do Norte e Nordeste. Para as capitais, com a exceção de Natal, que apresentou a segunda maior prevalência por capitais, o padrão para unidades federativas e regiões se manteve. No entanto, abordar tais dados torna-se complexo, uma vez que existem poucos inquéritos em nível estadual ou local para permitir tal comparação. Estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte em 2003 encontrou prevalência de 8,8%²⁴. O ISA-Capital 2008, que investigou adultos residentes no município de São Paulo no ano de 2008, apresentou prevalência de autorrelato de depressão de 19,8%²⁵. Dados de estudo realizado em Florianópolis, no ano de 2009, com indivíduos de 20 a 59 anos, apontou proporção de autorrelato de depressão de 16,2%²⁶.

Cabe ressaltar que na amostra da PNS não foram incluídas pessoas institucionalizadas, como pacientes graves. No caso das doenças crônicas, principalmente, em indivíduos mais velhos, nos quais a comorbidade é mais frequente, essas questões podem estar influenciando na prevalência das doenças que geram menos casos graves, como a depressão, por exemplo, caso o indivíduo tenha alguma outra morbidade que o impediu de participar da pesquisa.

Entretanto, apesar dessas limitações, é necessário, cada vez mais, desenvolver inquéritos populacionais regulares, periódicos e representativos, que espelhem a realidade de saúde do país. E por fim, inquéritos de saúde realizados em diversos países têm mostrado que os dados obtidos sobre a prevalência de doenças crônicas apresentam boa fidedignidade

quando comparados com registros médicos ou exames clínicos. Ainda, a informação sobre o diagnóstico médico prévio de condições crônicas de saúde tem sido amplamente utilizada, também, em grandes inquéritos de saúde no mundo, incluindo o NHANES e o *U.S. National Health Interview Survey*^{27,28}.

CONCLUSÃO

A análise deste estudo revela a importância de conhecer o acesso ao diagnóstico de depressão no Brasil e conclui, através da descrição realizada, que são enormes os desafios postos aos governos, gestores em saúde e a sociedade, de maneira geral. É necessário aprimorar o acesso aos serviços de saúde com qualidade em todo o território nacional, de modo a abranger, principalmente, as populações mais desfavorecidas apontadas anteriormente.

É importante, também, aperfeiçoar produções técnico-científicas nesse campo de conhecimento, uma vez que a carência de informações disponíveis dificulta a comparação e discussão dos achados. O propósito é possibilitar material científico que possa contribuir com a elaboração e melhoria de políticas públicas de saúde no intuito de suprir as demandas em saúde descritas.

Desta maneira, reitera-se a utilidade de tais achados como aporte à formulação de políticas em nível nacional. Reduzir as disparidades no acesso aos serviços de saúde torna-se fundamental, de modo a garantir que direitos sociais constitucionalmente construídos, em particular no âmbito da saúde, sejam equânimes e universais.

REFERÊNCIAS

1. Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO; 2010.
2. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
3. Organização Mundial de Saúde. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996-1997.
4. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9063): 1436-42.
5. World Health Organization (WHO). Fact sheet n° 369: depression [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. (Acessado em 13 de abril de 2015).
6. Ludermitr AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(3): 101-7.
7. Projeto São Paulo Megacity [Internet]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/projetos/index.php>. (Acessado em 17 de abril de 2015).
8. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia da aplicação. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(2): 333-42.
9. Cesar CLG. Condições de vida. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. São Paulo: USP/FSP; 2005. p. 63-78.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama de saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas não transmissíveis. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

12. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silvera CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo Megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One* 2012; 7(2): e31879.
13. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 687-707.
14. Wittayanukorn S, Qian J, Hansen RA. Prevalence of depressive symptoms and predictors of treatment among US adults from 2005 to 2010. *Gen Hosp Psychiat* 2014; 36(3): 330-6.
15. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3755-68.
16. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(Suppl 1): S43-53.
17. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(Suppl 1): 1-5.
18. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 911-26.
19. Chiavegatto Filho ADP, Wang YP, Malik AM, Takaoka J, Viana MC, Andrade LH. Determinants of the use of health care services: multilevel analysis in the Metropolitan Region of Sao Paulo. *Rev Saude Publica* 2015; 49: 15.
20. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ* 2010; 29(1): 1-28.
21. Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Public Health* 2005; 95(6): 998-1000.
22. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5): 1586-94.
23. Laguardia J. Raça e epidemiologia: as estratégias para construção de diferenças biológicas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(1): 253-61.
24. Lima-Costa MFF. A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
25. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Boletim ISA - Capital 2008. Inquérito de Saúde: primeiros resultados [internet]. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/PrimeirosResultados.pdf>. (Acessado em 10 de abril de 2015).
26. Boing AC, Peres KG, Boing AF, Hallal PC, Silva NN, Peres MA. EpiFloripa Health Survey: the methodological and operational aspects behind the scenes. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(1): 147-62.
27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). About the National Health Interview Survey 2011 [Internet]. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/nhis/about_nhis.htm (Acessado em 28 de março 2015).
28. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). About the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2011-2012. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/about_nhanes.htm (Acessado em 28 de março de 2015).

Recebido em: 05/05/2015

Versão final apresentada em: 03/07/2015

Aceito em: 10/08/2015