

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BRUNA PAIVA DO CARMO MERCEDES

**DEPRESSÃO EM ADULTOS DO BRASIL: CUSTOS, PERFIL DOS  
ATENDIMENTOS E CORBETURA PRESUMIDA DOS CAPS**

Ribeirão Preto

2023

BRUNA PAIVA DO CARMO MERCEDES

**DEPRESSÃO EM ADULTOS DO BRASIL: CUSTOS, PERFIL DOS  
ATENDIMENTOS E CORBETURA PRESUMIDA DOS CAPS**

**Versão Corrigida**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem psiquiátrica:  
política, saberes e práticas.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso  
(EERP/USP)

Coorientador: Prof. Dr. Everton Nunes da Silva  
(UnB).

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Mercedes, Bruna Paiva do Carmo

Depressão em adultos do Brasil: custos, perfil dos atendimentos e cobertura presumida dos CAPS. Ribeirão Preto, 2023.

101 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Adriana Inocenti Miasso

Coorientador: Everton Nunes da Silva

1. Depressão. 2. Transtornos Depressivos. 3. Custo da Doença. 4. Serviços de Saúde Mental. 5. Assistência à Saúde.

MERCEDES, Bruna Paiva do Carmo

Depressão em adultos do Brasil: custos, perfil dos atendimentos e cobertura presumida dos CAPS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em        /        /

Presidente

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*À memória do Gustavo!*

*“Na caixa de boas lembranças, eu guardei você!”*

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*A Deus, pois, sem Ele, eu jamais teria chegado até aqui, ou mesmo existiria!*

*Adriana*, você é a primeira pessoa que merece meu agradecimento, pois, no momento mais improvável da minha vida, aceitou me orientar em meio a tantas incertezas, e, mesmo eu dizendo que não tinha como priorizar isso, você disse sim! Depois, se não bastasse, quando cheguei com uma ideia nova e que não tinha noção de como executar, mas que estava disposta a aprender, novamente você disse sim. Afinal, são 17 anos de parceria e confiança. Uma pessoa sensível, humana, acolhedora, prudente, profissional e pesquisadora de excelência, entre tantas outras qualidades que possuí; e que sorte a minha ter você me acompanhando desde o primeiro ano de graduação e em cada etapa da minha vida pessoal e profissional! Você foi essencial nesse processo todo. Gratidão por tudo!

*Everton*, o que seria de mim sem o senhor? Eu não tenho palavras que expressem a gratidão que tenho por tudo que representou nesse processo. Mal sabia que aquele e-mail pedindo uma ajuda no método do trabalho se tornaria uma coorientação e, mais do que isso, uma orientação. O senhor também disse sim. Sem nem ao menos me conhecer, confiou e entrou nesse trabalho inteiramente conosco. Tivemos puxões de orelha, muito choro, mas, em especial, amadurecimento, crescimento e superação a cada correção. Confesso que pensei em desistir por não me sentir capaz, porém acho que, ao longo desses anos, passamos a entender os limites de cada um, e as coisas se tornaram mais leves. Eu sempre disse que o senhor vai sentir saudades (ou alívio, rs), pois muitas foram as reuniões de sábado, domingo, noite etc. Sou muito grata por ter sido acompanhada por um profissional exímio, comprometido, dedicado e que soube acolher às minhas inquietações.

E, sim, cabe a frase tão usada para vocês, Adriana e Everton:

*“Se eu cheguei até aqui, foi porque me apoiei no ombro de gigantes.”*

*(Isaac Newton)*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Helio e Vera, que foram e são meu porto seguro desde que me entendo por gente. Sempre fui muito cuidada e amada por eles, pessoas essenciais na minha vida, e que deram a base para eu ter chegado até aqui.

À minha irmã Helen, que sempre foi meiga, atenciosa, carinhosa e apoiadora em todo esse processo. A pessoa mais amorosa e leal que conheço.

Ao meu irmão Alan, que, mesmo sendo mais distante, sempre torceu por mim e se fez presente nos momentos que mais precisei. Obrigada por nossa maior riqueza, a Alana, que, sem dúvidas, foi um dos meus maiores incentivos para não desistir da vida em meio a tanta dor, e, claro, pelo Lucas, sobrinho amado.

À minha amiga Laiane, eu nem tenho palavras para descrever o que você representou nesse tempo todo! Foi minha maior incentivadora, apoiadora, e a pessoa que me fazia voltar para a realidade quando eu queria desistir. Você conhece bem de perto minha trajetória, e sabe que finalizar esse doutorado é muito mais do que uma pós-graduação ou título. Obrigada por tudo, minha amiga-irmã!

À minha amiga Raissa, que, mesmo longe, sempre foi uma apoiadora e me fazia ver além. Ajudou-me e ajuda em oração, sempre me ouvindo e aconselhando. Segurou-me em muitos momentos para que eu fosse adiante. “Lindinha”, você é muito especial.

À minha tia Lúcia, segunda mãe e uma pessoa essencial para que eu prosseguisse em meio às adversidades. Obrigada por seu apoio e amor. Obrigada, Edgar, você também é especial.

Aos meus primos Léo e Julia, posso dizer que são como irmãos e que são pessoas que tornaram esse processo mais leve com cada mensagem, cada encontro gastronômico, e com todo carinho que sempre me deram.

Aos meus amigos Laura e Rodrigo, que, apesar do pouco tempo desde que nos conhecemos, posso dizer que tivemos empatia de primeira, e sem dúvidas tornaram meus dias mais leves com cada conversa, café e comidas. A volta para casa se tornou mais prazerosa após

conhecê-los. Vocês têm sido presentes de Deus em minha vida. Obrigada por toda ajuda com a cacau.

Ao meu primo Edilson, por sempre se fazer presente em minha vida, com uma boa conversa e boas histórias compartilhadas. Tenho um carinho imenso por você e pela sua família, Rose e Éder.

À Dona Rosalvi, mulher que admiro. Tornamo-nos próximas e resilientes, em meio a muita dor. Obrigada por ser uma apoiadora e ajudadora nesse processo.

Aos meus tios Carlos e Grazielle, pessoas que sempre torceram para que eu fosse adiante. Vocês são muito especiais em minha vida.

A Laís, João Davi e Larissa, que me apoiaram e incentivaram a prosseguir, sempre com uma palavra amiga, uma boa conversa e muitas risadas.

Aos meus pastores, pessoas que acrescentam de forma ímpar à minha vida, e me guiam por um caminho mais leve e prazeroso. Gratidão pelo novo recomeço que me ajudam a trilhar e por me fazerem ver a vida com novos olhos.

Aos meus amigos do UDF, deixei-os mais para o final porque são muitos, e, sem dúvidas, tê-los conhecido nesse último ano foi um dos maiores e melhores presentes que ganhei. Como eu esperava para chegar na “nossa mesa” e falar: “gente, tenho uma coisa pra contar para vocês”, e logo todos paravam e ouviam, mesmo sendo sempre a mesma coisa que eu havia para dizer (rs). Vou citá-los em ordem alfabética, para não ter confusão (rs): Ariane, Bárbara, Beto, Breno (obrigada por cada abraço), Jade, Maria Cecília, Mariana, Marisa, Nathália e Suzana. Cada um, à sua maneira, foi essencial e fundamental. Amo vocês, de verdade!

Em especial, ao meu amigo Guilherme, que, desde minha vinda para Brasília, foi um instrumento de Deus. Ajudou-me a retomar a melhor rota da minha vida, que é Deus, e a encontrar uma igreja em que eu fosse acolhida. Mesmo com infinitas atividades pessoais, profissionais e com os desafios do doutorado, nunca podemos nos esquecer de que servimos a um Deus grandioso e soberano, e que merece prioridade em nossa vida. A sua amizade tem contribuído muito para minha formação enquanto profissional, mas, acima de tudo, enquanto cristã. Gratidão por toda a paciência!



Aos meus coordenadores Prof. Dr. Suderlan Sabino e Profa. Dra. Flávia Cruz, pessoas e profissionais que admiro muito, por todo o apoio nesta jornada.

À Aline, uma amiga que a pós me deu e fez próxima demais. Pessoa que me ensinou muito, e foi uma apoiadora e tanto nesse período.

Aos amigos Leonardo e Laís Mara, pessoas que conheço há anos e que, embora não nos falemos sempre, cada conversa ou reencontro traz a sensação de que é como se o tempo não tivesse passado. Apesar das muitas atividades de ambos, sempre me acolheram e ajudaram nos momentos em que precisei.

À Juliane, amiga verdadeira que Tucuruí me deu, pessoa que participou de minha vida em momento ímpar e até hoje se faz presente.

À Nathálinha, pequena no tamanho e gigante nas atitudes, amiga que esteve também ao meu lado em momentos delicados e sempre me apoiou.

Ao grupo de pesquisa da professora Adriana, em especial aos amigos Samara (por quem tenho muito carinho e afinidade), Gabriela, Nayara e Gisele.

À Adriana, secretaria do Programa de Pós-Graduação da EERP/USP, por cada ajuda e esclarecimento de dúvidas.

Ao Professor Rodrigo Carregaro, por todas as contribuições acadêmicas para a confecção dos artigos submetidos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

MERCEDES, B. P. C. **Depressão em adultos do Brasil: custos, perfil dos atendimentos e cobertura presumida dos CAPS. 2023.** Tese (Doutorado em Ciências– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023).

**Introdução:** A depressão é um transtorno incapacitante e causa prejuízos funcionais, além de altos custos para o sistema de saúde e previdência social. No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de base comunitária, prioritários para o cuidado, a fim de possibilitar a reinserção social dos sujeitos adoecidos mentalmente. **Objetivos:** Investigar os custos diretos e indiretos da depressão no Brasil entre 2010 e 2018, e a oferta de cuidados em saúde dos CAPS a indivíduos com depressão, entre 2013-2019. **Métodos:** Estudo de custo da doença baseado na prevalência, com abordagem *top-down*, sob a perspectiva da sociedade, e estudo descritivo, ecológico, de série temporal, com dados secundários de bancos de dados nacionais, com adultos de 18 anos ou mais de idade, com diagnóstico de depressão. Foram incluídos custos diretos (hospitalares e ambulatoriais), provenientes dos Sistemas de Informação Hospitalar e Ambulatorial, e indiretos (absenteísmo), do Instituto Nacional de Seguro Social, além dos atendimentos efetuados nos CAPS, provenientes dos Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS psicossocial). Os custos foram calculados por ano, de 2010 a 2018. A cobertura presumida de CAPS foi calculada para 2013 e 2019, com base nos serviços cadastrados e ativos. **Resultados:** O custo da depressão foi de Int\$ 2.288.511.607,39 no período analisado, com custo médio anual de Int\$ 254.279.067,49. De 2014 a 2018, houve queda acentuada no custo da depressão (-44,24%), principalmente nos custos indiretos (-55,83%). No período investigado, os custos indiretos representaram 74,85% do custo total. Com o tempo, o ambulatório superou o custo hospitalar. Em 2017 e 2018, os custos ambulatoriais representaram, respectivamente, 43,22% e 39,57% dos custos totais. Em todos os anos analisados, predominaram os custos e atendimentos nos CAPS para o sexo feminino (77%). Houve um aumento de 107% no número de pacientes com depressão atendidos nos CAPS entre 2013 e 2019. Prevaleceram, entre os atendidos, aqueles de cor/raça branca (38%) e parda (34%), na faixa etária de 41-60 anos (49%). Foram mais frequentes o diagnóstico de episódios depressivos (65%) e o atendimento individual (75%). A cobertura presumida dos CAPS foi de 71% e 87% no país em 2013 e 2019, respectivamente, embora com disparidades acentuadas entre os estados. **Conclusões:** A depressão é uma doença com elevada carga econômica para o sistema de saúde. Foram identificados avanços na implementação dos CAPS no país, no período 2013-2019. No entanto, ainda são necessários investimentos, tal como maior cobertura dos serviços, pois ainda

permanecem desigualdades entre as unidades federativas, além de serem reduzidos os atendimentos em grupos e familiares, sendo necessária a capacitação de equipes multiprofissionais e de profissionais de saúde aptos para a atenção psicossocial.

**Palavras-chave:** Depressão, Transtornos Depressivos, Custo da Doença, Serviços de Saúde Mental, Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

MERCEDES, B. P. C. **Depression in adults from Brazil: costs, medical care profile and presumed coverage from CAPS. 2023.** Thesis (Doctorate Degree in Sciences – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023).

**Introduction:** Depression is a disabling disorder and it causes functional damages, in addition to high costs to the health system and social previdence. In Brazil, the Psychosocial Attention Centers are services of communitarian base intended to care and enable the social reinsertion of mentally diseased individuals. **Objectives:** To investigate depression's direct and indirect costs in Brazil between 2010 and 2018, and CAPS' offer of medical care to individuals with depression, between 2013-2019. **Methods:** Study of cost based on prevalence, with *top-down* approach, under the perspective of society, and descriptive, ecological study of temporal series, with secondary data from national data banks, with adults over 18 years old or more, diagnosed with depression. Direct costs (hospital and outpatient) that came from Hospital and Outpatient Information Systems and indirect ones (absenteeism) that came from the National Institute of Social Security were included, in addition to the performed medical cares in CAPS, which can be found on the Records of Outpatient Health Actions (psychosocial RAAS). The costs were calculated by year, from 2010 to 2018. CAPS' presumed coverage was calculated for 2013 and 2019, based on registered and active services. The cost of depression was from Int\$ 2.288.211.607,39 in the analyzed period, with an average annual cost of Int\$ 254.279.067,49. From 2014 to 2018, there was an elevated decrease in the cost of depression (-44,24%), mainly in indirect costs (-55,83%). In the investigated period, the indirect costs represented 74,85% of the total cost. With time, the outcare overcame the hospital cost. In 2017 and 2018, outcare costs represented, respectively, 43,22% and 39,57% of total costs. During all the analyzed years, the costs and medical cares in CAPS were mostly for the feminine sex (77%). There was an increase of 107% in the number of patients with depression that received medical care in CAPS between 2013 and 2019. Those that received medical cares the most were of white color-race (38%) and brown (34 %), between the ages of 41 and 60 years old (49%). The diagnose of depressive episodes (65%) and the individual medical care (75%) were most frequent. The presumed CAPS' coverage was of 71% and 87% in the country, respectively, although with accentuated disparities between the states. **Conclusion:** Depression is a disease with elevated economical charge to the health system. Advancements were identified in the implementation of CAPS in the country, during 2013-2019. However, investments are still necessary, just as a bigger coverage of the services, because there are still inequalities bwtween the federative

unities, in addition to reduced medical cares for groups and families, making the training of multi-professional and professional health teams that are able to psychosocial attention, necessary.

**Keywords:** Depression, Depressive Disorders, Disease Cost, Mental Health Services, Assistance to Health.

## RESUMEN

MERCEDES, B. P. C. **Depresión en adultos en Brasil: costos, perfil de servicios y cobertura supuesta de los CAPS. 2023.** Tesis (Doctorado en Ciencias - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023).

Introducción: La depresión es un trastorno incapacitante y provoca daños funcionales, además de altos costos para el sistema de salud y seguridad social. En Brasil, los Centros de Atención Psicosocial son servicios comunitarios prioritarios para el cuidado para posibilitar la reinserción social de los enfermos mentales. Objetivos: Investigar los costos directos e indirectos de la depresión en Brasil entre 2010 y 2018 y la oferta de atención en salud del CAPS a personas con depresión entre 2013-2019. Métodos: Estudio del costo de la enfermedad basado en la prevalencia, con un enfoque top-down, desde la perspectiva de la sociedad y un estudio descriptivo, ecológico, de series temporales con datos secundarios de bases de datos nacionales, con adultos mayores de 18 años o más edad, con diagnóstico de depresión. Fueron incluidos costos directos (hospital y servicios ambulatorios) de los Sistemas de Información Hospitalarios y Ambulatorios e indirectos (absentismo) del Instituto Nacional de la Seguridad Social, además de asistencia realizadas en los CAPS a partir de los Registros de Acciones de Salud de Pacientes Externos (RAAS Psicosocial). Los costos se calcularon por año desde 2010 hasta 2018. Se calculó los costos del CAPS presunto para 2013 y 2019, con base en los servicios registrados y activos. Resultados: El costo de la depresión fue de Int\$ 2.288.511.607,39 en el período analizado, con un costo promedio anual de Int\$ 254.279.067,49. De 2014 a 2018 hubo fuerte descenso del costo de la depresión (-44,24%), principalmente en costos indirectos (-55,83%). En el período investigado, los costos indirectos representaron el 74,85% del costo total. Con el tiempo, el servicio ambulatorio superó el costo del hospital. En 2017 y 2018, los costos ambulatorios representaron, respectivamente, el 43,22% y el 39,57% de los costos totales. En todos los años analizados predominaron los costos y los servicios en el CAPS para las mujeres (77%). Hubo un aumento del 107% en el número de pacientes con depresión atendidos en CAPS entre 2013 y 2019, predominó entre los atendidos blancos (38%) y mestizos (34%), de 41 a 60 años (49%). Los diagnósticos más frecuentes fueron de episodios depresivos (65%) y la atención individual (75%). La cobertura presunta de los CAPS era del 71% y 87% en el país en 2013 y 2019, respectivamente, aunque con marcadas disparidades entre estados. Conclusiones: La depresión es una enfermedad con una alta carga económica para el sistema de salud. Se identificaron avances en la implementación de los CAPS en el país en el período 2013-2019. Sin embargo, aún se necesitan inversiones, como una mayor cobertura de servicios, ya que aún

existen desigualdades entre las unidades federativas, además de limitada asistencia a grupos y familias, requiriendo formación de equipos multidisciplinarios y profesionales de la salud capaces de brindar atención psicosocial.

**Palabras clave:** Depresión, Trastornos Depresivos, Costo de la enfermedad, Servicios de salud, Salud Mental, Cuidado de la Salud.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Custos diretos (ambulatoriais e hospitalares) e indiretos (absenteísmo) da depressão no Brasil, 2010-2018.	56
<b>Tabela 2</b> – Descrição e quantidade dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) no Brasil, 2010-2018.	57
<b>Tabela 3</b> - Quantidade de pacientes atendidos para depressão nos Centros de Atenção Psicossocial em Saúde (CAPS) no período de 2013 a 2019, Brasil.	64
<b>Tabela 4</b> - Tipo de atendimento realizado para pacientes que utilizaram os CAPS, Brasil, 2013-2019.	65



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Esquema gráfico representativo dos Sistemas de Informação, Brasil, 2023 42
- Figura 2:** Proporção dos custos da depressão por sexo (A1, B1 e C1) e sua variação anual considerando 2010 como ano-base (A2, B2 e C2), Brasil, 2010-2018 59
- Figura 3 -** Proporção dos custos da depressão por faixa etária (A1, B1 e C1) e sua variação anual considerando 2010 como ano-base (A2, B2 e C2), Brasil, 2010-2018. 60
- Figura 4:** Variação anual do número de trabalhadores que tiveram licenças médicas causadas por depressão (F32.0-F33.9), mediana da duração das licenças médicas, custo médio das licenças médicas e custos indiretos totais da depressão (base 2010), Brasil, 2010-2018. 61
- Figura 5:** Tipo de diagnóstico da depressão dos pacientes atendidos nos CAPS, Brasil, 2013-2019. 63
- Figura 6:** Perfil dos pacientes com diagnóstico de depressão atendidos nos CAPS, Brasil, 2013-2019. 66
- Figura 7:** Número de pacientes com diagnóstico de depressão atendidos em CAPS por 100.000 habitantes, Brasil, 2013 e 2019. 68
- Figura 8:** Cobertura presumida de Centros de Atenção Psicossocial por estado segundo os atendimentos para depressão, Brasil, 2013 e 2019. 69

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
<u>2.1 Objetivo geral .....</u>	<u>27</u>
<u>2.2 Objetivos específicos .....</u>	<u>27</u>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO – ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO .....</b>	<b>28</b>
3.1 Prevalência e incidência.....	28
3.1.1 Fatores de risco e comorbidades associadas à depressão .....	31
3.2 Reforma Psiquiátrica e Tratamentos disponíveis ao paciente com depressão no Brasil.	34
3.3 Sistemas de Informação: subsídios para gestão do cuidado em saúde mental no Brasil.....	39
<b>4 MATERIAIS E MÉTODO .....</b>	<b>46</b>
4.1 Método para análise dos custos diretos e indiretos da depressão. ....	46
4.1.1 Desenho do estudo .....	46
4.1.2 População do estudo .....	46
4.1.3 Custos diretos – Hospitalares e Ambulatoriais .....	47
<u>4.1.3.1 Custos diretos hospitalares .....</u>	<u>47</u>
4.1.3.2 Custos diretos ambulatoriais .....	48
4.1.3.3 Custos indiretos.....	48
4.1.3.4 Análise dos dados .....	49
4.1.3.5 Aspectos éticos .....	49
4.2 Método para análise do perfil dos atendimentos e da cobertura presumida dos CAPS..	49

4.2.1 Desenho do estudo .....	49
4.2.2 Contexto do estudo .....	50
4.2.3 População do estudo .....	50
4.2.4 Coleta dos dados e variáveis do estudo .....	50
4.2.5 Análise dos dados .....	53
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
5.1 Custos diretos e indiretos da depressão no Brasil.....	54
5.1.1 Aspectos gerais do custo da depressão no Brasil.....	54
5.2 Perfil dos atendimentos e da cobertura presumida dos CAPS.....	61
5.2.1 Atendimentos realizados nos CAPS para pacientes com depressão segundo sexo, idade, raça/cor, CID-10 e tipo de atendimento .....	61
5.2.2 Distribuição geográfica dos atendimentos para depressão e cobertura presumida de CAPS no Brasil.....	64
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>67</b>
5.2.3 Custos diretos e indiretos da depressão no Brasil.....	67
5.2.4 Perfil dos atendimentos e da cobertura presumida dos CAPS.....	70
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em 2019, os casos de depressão foram estimados em mais de 280 milhões, representando cerca de 3,8% da população mundial. Ao fazer o recorte pela população adulta, estima-se que 5,0% dos adultos sejam afetados por essa condição de saúde. Em muitos casos, a depressão está associada aos transtornos de ansiedade (OPAS, 2018; WHO, 2018, 2022).

A depressão foi classificada pela Organização Mundial de Saúde como a maior causa de anos vividos com incapacidade, representando 7,5% de todos os anos vividos por doenças incapacitantes. É, também, a principal contribuinte para os casos de morte por suicídio, cujo número é próximo de 800.000 por ano (VOS et al., 2016; WHO, 2018).

De acordo com estudos conduzidos pelo *Global Burden Diseases*, em 2015 (VOS et al., 2016), e por meio das avaliações realizadas pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* para o ano de 2019 (IHME, 2020), o número de pessoas com transtornos mentais comuns, o que inclui a depressão, está aumentando particularmente entre os países em desenvolvimento em que a renda é baixa. Estes dados evidenciam que os transtornos de humor, em especial a depressão, têm forte impacto sobre o peso global das doenças, especialmente por se tratar de uma patologia altamente incapacitante nos contextos pessoal, social e dos serviços de saúde. Evidencia-se que a depressão constitui grande problema a ser enfrentado pelo setor da saúde, em nível mundial, sendo de extrema importância o seu rastreamento, com adequada intervenção, ainda na Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO, 2014).

A depressão acomete pessoas de todos os gêneros, idades e origens (WHO, 2021). A literatura revela, todavia, que é mais frequente a ocorrência do primeiro episódio na adolescência e início da vida adulta, e principalmente entre as mulheres, devido às alterações hormonais (ANDRADE et al., 2012; KESSLER; BROMET, 2013; OPAS, 2018; WHO, 2018).

Diante deste contexto, é relevante conceituar e caracterizar a depressão para melhor entendimento da construção do objeto de estudo desta pesquisa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a depressão é um transtorno mental comum, que se apresenta com humor deprimido, perda de interesse ou prazer, caracterizado como anedonia, sentimentos de culpa e inutilidade, diminuição da concentração e energia, baixa autoestima e distúrbios do sono ou apetite. Este problema pode vir a se tornar crônico ou recorrente e resultar em deficiências

substanciais na capacidade do indivíduo de cuidar de suas responsabilidades diárias (APA, 2013; WHO, 2018).

Um episódio depressivo pode ser categorizado como leve, moderado ou grave, a depender da intensidade dos sintomas, além do episódio depressivo com sintomas psicóticos, em que delírios e alucinações podem estar presentes (APA, 2013; OPAS, 2021; WHO, 2018).

Na depressão leve, geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença dos mesmos, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades. Na forma moderada da depressão, usualmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados, e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina. Já na depressão grave, a grande maioria dos sintomas é marcante e angustiante, tipicamente a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns, e observa-se, em geral, uma série de sintomas “somáticos” (APA, 2013; OPAS, 2021; WHO, 2018).

Entretanto, os episódios depressivos podem se tornar recorrentes e então serem caracterizados como transtorno depressivo recorrente ou transtorno depressivo maior. Muitas pessoas com depressão também sofrem com sintomas como ansiedade, irritabilidade, agitação, e até mesmo aqueles que são clinicamente inexplicáveis (OPAS, 2021).

Embora existam tratamentos eficazes para a depressão, menos que a metade das pessoas afetadas no mundo (em muitos países, menos de 10%) recebe esses tratamentos (THORNICROFT et al., 2017). As barreiras aos cuidados efetivos incluem a falta de recursos, a falta de provedores de cuidados de saúde treinados e o estigma social associado a distúrbios mentais. Outra barreira para cuidados efetivos é a avaliação imprecisa. Em países de todos os níveis de renda, as pessoas com depressão frequentemente não são diagnosticadas corretamente, e outras, que não possuem o transtorno, recebem diagnósticos incorretos e consequente prescrição de antidepressivos (MENEZES; JURUENA, 2017; PAHO/WHO, 2018).

Por se tratar de uma condição crônica de saúde e altamente incapacitante, há crescente interesse por estudos sobre a carga social e econômica dessa patologia (WHITEFORD; BAXTER, 2013; WHO, 2018). Esses cálculos são realizados baseados em anos de vida ajustados por incapacidade (DALY). Esse parâmetro considera, para cálculo, cada ano que o

indivíduo perde de vida saudável por causa de sua patologia. Baseiam-se, ainda, em anos vividos com incapacidade ou deficiências (YLD), por fornecer medida de prevalência de uma doença ponderada pelo seu impacto incapacitante, e em anos de vida perdidos (YLL), por fornecer medida de causas específicas para a mortalidade ponderada pela expectativa de vida no momento da morte (PAHO/WHO, 2018; WHO, 2018).

Em estudo conduzido pela Organização Mundial da Saúde e publicado em 2018, sobre a carga global dos transtornos mentais, constatou-se que, mundialmente, as doenças crônicas não transmissíveis representaram 60% do total de DALY em 2015, dos quais 12% correspondiam aos transtornos mentais comuns, estando a depressão em destaque entre eles. Já nas Américas, as doenças crônicas não transmissíveis corresponderam a 78% de todos os DALY, e com os transtornos mentais comuns sendo responsáveis por 19% desse total. Vale ressaltar que a maior causa de DALY entre os transtornos mentais comuns foram os transtornos depressivos, com taxa de 3,4%, seguidos dos transtornos de ansiedade, com 2,1% (PAHO/WHO, 2018).

Constatou-se, ainda, que os transtornos mentais comuns representaram um terço dos anos vividos com incapacidades ou deficiências nas Américas (34% do total de YLD), sendo os transtornos depressivos mais frequentes entre todos os YLD (7,8%) (OECD, 2015; PAHO/WHO, 2018; WHO 2018).

Dentre os 36 países que integraram os estudos por estarem localizados nas Américas, o Brasil ocupou o 11º lugar em relação aos DALY, tendo o equivalente a 17% de anos vividos ajustados com incapacidade atribuídos aos transtornos mentais comuns em toda sua população. Já em relação aos YLD, o Brasil ocupa a primeira posição, com um total de 36% da população vivendo com deficiências ou incapacidades relacionadas a essas patologias, estando esse percentual acima da estimativa mundial, que é de 33% (HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, 2011; OECD, 2015; PAHO/WHO, 2018).

Em todas as Américas, a depressão está no topo como a patologia mais incapacitante, representando 7,8% da incapacidade total na população, com o Paraguai tendo o mais alto índice (9,4%); e o Canadá, o menor índice (5,9%). Em relação à América do Sul, o ranking da incapacidade da depressão é constituído por cinco países: Paraguai (9,4%), Brasil (9,3%), Peru (8,6%), Equador (8,3%) e Colômbia (8,2%). Outro aspecto importante dos transtornos depressivos é que eles afetam principalmente a população jovem e economicamente ativa.

Quase 10 milhões dos 14,5 milhões de YLD atribuídos à depressão nas Américas recai no grupo etário de 15 a 50 anos (PAHO/WHO, 2018).

Por afetar especialmente a população jovem e economicamente ativa, a depressão gera impactos diretos na economia do país, indicando a necessidade de investimento em condições propiciadoras de maior bem-estar e qualidade de vida para os cidadãos (RAZZOUK, 2016). Conforme já mencionado, os transtornos mentais constituem uma das principais causas de pior qualidade de vida, prejuízo no desenvolvimento cognitivo e físico, perda de renda e capacidade produtiva, dificuldade de participação social, entre outras consequências (WHO, 2018). Quando há prejuízo na saúde mental de um indivíduo, todo o seu potencial de desenvolvimento pessoal e de contribuição para a sociedade também fica prejudicado pela perda de capital mental. Existe, portanto, um “valor intrínseco” à saúde mental intimamente relacionado a benefícios pessoais, sociais e econômicos (KESSLER, 2012; RAZZOUK, 2016).

A depressão constitui uma das principais causas de absenteísmo e presenteísmo no ambiente laboral, sendo a terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil (RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009; RAZZOUK, 2016). Estima-se que, globalmente, a depressão e a ansiedade sejam responsáveis por uma perda anual de produtividade de mais de US\$ 1 trilhão (CHISHOLM et al., 2016).

Diante das necessidades apresentadas pela sociedade, a parcela de investimento no tratamento de transtornos mentais continua desproporcional. Principalmente nos países de baixa e média renda, o investimento em saúde mental é inferior a 1% do orçamento da saúde, e apenas 20% a 40% das pessoas recebem tratamento (CHISHOLM et al., 2016; THORNICROFT et al., 2017).

Em relação aos custos econômicos que a depressão pode acarretar, há aqueles diretos, os indiretos e os intangíveis. Os custos diretos podem ser classificados como sanitários (médicos) e não sanitários (não médicos). Os custos diretos sanitários se referem aos gastos relacionados diretamente com os cuidados de saúde, levando em consideração o ambiente médico-hospitalar, como recursos humanos, instalações físicas, medicamentos, internações e diagnósticos. Os custos diretos não sanitários incluem as despesas com o transporte do paciente para a(s) unidade(s) de saúde, adaptações domiciliares e em veículos realizadas em função de uma patologia, bem como os cuidados necessários com alimentação, que pode apresentar especificações, e com vestimentas, entre outros (KIM et al., 2008; SILVA; SILVA, PEREIRA, 2016).

Os custos indiretos dizem respeito à perda de produtividade no mercado de trabalho, tais como o presenteísmo, o absenteísmo e a morte precoce em decorrência de uma patologia. Já os custos intangíveis representam as mudanças na qualidade de vida e as consequências da doença em si ou do seu tratamento, como a dor, o sofrimento e a exclusão social (KIM et al., 2008; OLIVEIRA; SANTOS; SILVA, 2014; SILVA; SILVA, PEREIRA, 2016).

Nesse sentido, vale apontar que, em 2010, os custos diretos e indiretos da depressão em todo o mundo foram em torno de US\$ 800 bilhões, e estimou-se que essa quantia dobraria nos próximos 20 anos. Globalmente, os custos indiretos (dias perdidos de produtividade por conta de absenteísmo) são responsáveis por 63% do custo total da depressão, enquanto aproximadamente 1% refere-se a custo com psicoterapia e 3,5% com medicação. Os custos diretos corresponderam a 32,5% do custo total da doença (HIDAKA, 2012).

Frente ao exposto, ressalta-se que os custos dos transtornos depressivos advêm de sua alta prevalência, excesso de mortalidade, perda de produtividade, a que se somam às externalidades provocadas em vários setores da sociedade. Os benefícios do tratamento traduzem-se na melhora do estado clínico e da funcionalidade do indivíduo, da qualidade de vida e da produtividade no trabalho, e na diminuição das externalidades (APA, 2019; JANELLOPIS et al., 2011).

O tratamento dos transtornos mentais beneficia terceiros: por exemplo, a assistência à saúde mental de uma mãe com depressão puerperal impacta positivamente o desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo da criança. Embora não exista uma cura definitiva para os transtornos mentais, o tratamento das depressões, na maioria dos casos, é eficaz, de baixo custo e custo-efetivo (RAZZOUK, 2016).

Por ser um problema de saúde pública cada vez mais presente na população, torna-se urgente a detecção precoce desta patologia pelos profissionais que atuam em especial na atenção primária em saúde (APS). Quando esta esfera do cuidado não tem condições de oferecer o suporte terapêutico adequado ao indivíduo, este deverá ser encaminhado para atenção especializada.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi iniciada na década de 70 (AMARANTE; NUNES, 2018), e mudanças no modelo assistencial estão ocorrendo desde a criação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSM), instituída em 2001 e apoiada na Lei 10.216/01. Esta lei estabelece a substituição do cuidado centrado nos hospitais psiquiátricos,



com foco nas internações, por serviços comunitários de saúde mental, no intuito de garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou sofrimento mental (BRASIL, 2001). Em 2002, foram estabelecidos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos de atenção especializada em saúde mental que representam a principal estratégia para a organização dos serviços de saúde mental no país (ONOCKO- CAMPOS, et al., 2009).

Os CAPS atendem diariamente a população do território adscrito, prestando acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial aos sujeitos em sofrimento mental. Contam com uma equipe multidisciplinar que presta cuidados por meio de atendimentos individuais e/ou grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento da família, atividades comunitárias, entre outros serviços (BRASIL, 2002).

A fim de direcionar os profissionais de saúde quanto o planejamento do cuidado para os sujeitos com depressão, foi instituída em 2022, pelo Ministério da Saúde (MS), a linha de cuidado para Depressão no Adulto (MINISTERIO DA SAÚDE, 2022b). As linhas de cuidado devem ter a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, sendo também preconizado para linha de cuidado destinada à depressão no adulto. Em cada ponto assistencial, encontra-se o fluxo de encaminhamento, manejo inicial e planejamento terapêutico, e cabe ao profissional de saúde avaliar a especificidade de cada paciente, considerando seus desejos e necessidades. Compõem esta linha de cuidado os seguintes pontos assistenciais: Unidades Primárias de Saúde; Atenção Especializada (CAPS); Unidades de Pronto Atendimento; Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) e Unidade Hospitalar (MINISTERIO DA SAÚDE, 2022b).

Desde que foram regulamentados os CAPS no país, houve expansão no número de serviços implementados. Em 2006, havia 673 CAPS para adultos; em 2014, um total de 2.209 CAPS; e em 2018, somavam 2.306 (ALMDEIDA, 2019; MERCEDES et al., 2022; MINISTERIO DA SAÚDE, 2022a;). Embora com avanços na expansão de serviços especializados em saúde mental, como são denominados os CAPS, ocorreram, em 2016, retrocessos importantes na PNSM, entre os quais se pode citar o retorno significativo para investimentos em serviços fechados, como as internações hospitalares e comunidades terapêuticas (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Esse movimento tende a comprometer, pelo menos em parte, o processo de reinserção social dos sujeitos e da minimização do estigma em torno dos sujeitos adoecidos mentalmente.

A PNSM pauta o cuidado preconizado pelo CAPS como sendo aquele de base comunitária, a fim de reduzir as desigualdades e ofertar tratamento aos diferentes, além de

proporcionar a integralidade da assistência e garantir aos sujeitos ações articuladas e contínuas em todos os níveis assistenciais. Estes são princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que devem ser levados em conta para o planejamento da assistência. Não obstante, há o desafio de conhecer a clientela atendida, o perfil dos usuários e a caracterização destes, a fim de possibilitar o direcionamento das ações do serviço e propor cuidado equitativo. Não se trata apenas de ampliação de cobertura de serviços, mas de coordenação das redes de atenção e linhas cuidado de forma regionalizada em um país com dimensões continentais, cujo perfil econômico e porte populacional da maioria dos municípios demanda atenção para que haja assistência qualificada e articulada (VIANA et al., 2018).

Entretanto, observa-se lacunas quanto ao conhecimento dos custos diretos e indiretos da depressão em âmbito nacional, visto que os estudos sobre a temática apresentam dados agregados, de abrangência local, ou com período limitado (BONADIMANI et al., 2017; CHIAVEGATTO FILHO et al., 2015; MUNHOZ et al., 2016; TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017). Frente ao exposto, faz-se relevante conhecer e descrever tais custos no Brasil, ou seja: quanto é investido no tratamento dessa patologia, onde estão as maiores concentrações de alocação de recursos, e quanto se tem despendido com a concessão de auxílios-doença relacionados à depressão. Outro ponto ainda pouco explorado na literatura nacional é o perfil dos atendimentos dos CAPS no país - seja em termos de perfil demográfico, seja em termos de perfil clínico -, bem como a distribuição dos atendimentos aos indivíduos com depressão nas unidades federativas brasileiras. Esses dados podem contribuir para o aprimoramento do manejo da depressão no país, apontando eventuais disparidades na oferta de CAPS no Brasil. O conhecimento desses dados é pertinente para os gestores em nível municipal, estadual e nacional, pois já se sabe que uma população que tem suas necessidades biopsicossociais supridas satisfatoriamente é capaz de produzir, consumir e contribuir para a sociedade, alcançando maior desenvolvimento pessoal e qualidade de vida, com reflexos para o desenvolvimento do país.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Investigar os custos diretos e indiretos da depressão no Brasil entre 2010 a 2018, e a oferta de cuidados em saúde dos CAPS a indivíduos com depressão, entre 2013 a 2019.

### **2.2 Objetivos específicos**

01 - Estimar os custos diretos (ambulatoriais e hospitalares) e indiretos (afastamentos laborais) da depressão, sob a perspectiva da sociedade, no período de 2010 a 2018;

02 - Analisar o perfil dos indivíduos com depressão que acessaram os CAPS no Brasil no período de 2013 a 2019, em termos de perfil clínico (modalidade de atendimento e tipo de depressão) e demográfico (sexo, faixa etária e cor/raça);

03 - Calcular a cobertura presumida dos CAPS no território nacional, identificando eventuais disparidades na oferta desses equipamentos de saúde nas unidades federativas brasileiras nos anos de 2013 e 2019.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO – ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO

#### 3.1 Prevalência e incidência

A depressão é considerada um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes e incapacitantes do mundo. De acordo com as estimativas apresentadas atualmente, mais de 280 milhões de pessoas vivem com depressão, o que corresponde a 3,8% da população mundial, evidenciando aumento de mais de 18% nos casos entre 2005 e 2015 (OPAS, 2021; WHO, 2017; 2022).

Os transtornos depressivos são responsáveis por significativos sofrimentos pessoal e familiar, além de severo comprometimento funcional, altos custos para a saúde e os sistemas de seguridade social, estando ainda associados à mortalidade precoce por suicídio e outras doenças (CHISHOLM et al., 2016; WHO, 2017).

Nas estimativas globais de saúde de 2015, evidenciou-se maior prevalência dessa patologia no sexo feminino (5,1%) quando comparado ao sexo masculino (3,6%); entretanto, esta condição apresenta variações nos diferentes continentes, evidenciando a menor proporção nos homens (2,6%) que vivem na região do Pacífico Ocidental, e a maior nas mulheres que estão no continente africano, com prevalência de 5,9% nesta população (WHO, 2017).

A depressão é em torno de duas vezes mais comum em mulheres do que em homens e, em ambos os sexos, um pico de prevalência ocorre na segunda e terceira décadas de vida, com um pico subsequente, porém moderado, nas quinta e sexta décadas (KESSLER; BROMET, 2013; WHO, 2018). Acredita-se que essa diferença na prevalência de depressão entre homens e mulheres esteja relacionada às características sexuais na suscetibilidade (biológica e psicológica) e a fatores ambientais (MALHI; MANN, 2018).

Em relação à prevalência do transtorno depressivo, quando avaliado ao longo de 12 meses, esta pode variar de forma considerável entre os países em desenvolvimento e aqueles considerados como desenvolvidos. Constatou-se a menor prevalência no Japão (2,2%) e a maior no Brasil (10,4%); entretanto, apresenta-se em torno de 6% na população geral (KESSLER et al., 2010; KESSLER; BROMET, 2013). A probabilidade de qualquer pessoa desenvolver um quadro depressivo ao longo da vida é significativa, com cerca de 15% a 18% da população geral

sendo suscetível, o que significa que essa patologia é consideravelmente comum, com uma em cada cinco pessoas experimentando um episódio depressivo em algum momento da vida (HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH., 2011). No Brasil, estudos mostram prevalência ao longo da vida em até 20% nas mulheres e 12% nos homens (BRASIL, 2021).

Segundo dados da OMS, a prevalência global de sujeitos com depressão na rede de Atenção Primária à Saúde é de 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico (MINISTERIO DA SAÚDE, 2021). Estes dados representam que um em cada dez pacientes, em média, que são atendidos na Atenção Primária, apresentam sintomas depressivos, embora a prevalência da depressão aumente em ambientes de cuidados secundários (MALHI; MANN, 2018).

Ao comparar a prevalência da depressão entre os países quanto à renda, notou-se que, ao longo de 12 meses, a prevalência do transtorno depressivo é ligeiramente mais acentuada em países de renda baixa ou média (5,9%) em comparação aos de renda alta (5,5%). Apesar disso, este transtorno não é apenas consequência do estilo de vida moderno dos países desenvolvidos ou da pobreza. Embora aspectos relacionados ao nível econômico, sociais e culturais possam ter influência no quadro depressivo, fatores genômicos e biológicos também conduzem à ocorrência dessa condição (CHISHOLM et al., 2016).

Estima-se que o período mais provável para o desenvolvimento do primeiro episódio depressivo seja na adolescência até por volta dos 40 anos, porém cerca de 40% experimentam seu primeiro episódio depressivo antes dos 20 anos, com uma idade média de início por volta dos 20 anos (mediana de 25 anos [18–43]) (NIHALANI; SIMIONESCU; DUNLOP, 2016).

No Brasil, existem poucos estudos populacionais representativos com dados de prevalência dos transtornos depressivos. O estudo mais recente disponível, e que melhor descreve esse panorama no país, é a Pesquisa Nacional de Saúde feita em 2019 (PNS-2019), a qual estimou que 10,2% das pessoas com 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por um profissional de saúde mental, o que representou 16,3 milhões de pessoas com esse diagnóstico no país, tendo maior prevalência entre aqueles que residem em áreas urbanas (10,7%) do que em áreas rurais (7,6%). Entre as regiões do país com maiores percentuais de pessoas diagnosticadas com depressão, estão a Sul e a Sudeste, com percentuais acima do nacional, 15,2% e 11,5%, respectivamente (IBGE, 2020). Esses dados também foram disponibilizados em 2013, em que a PNS estimou esse montante em 7,6%, evidenciando aumento ao longo dos anos (IBGE, 2014).

Além da PNS, em 2016, foi publicada a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) (MENGUE et al., 2016). Este é o primeiro estudo de abrangência nacional que teve como objetivo avaliar o acesso, a utilização de medicamentos e a promoção do uso racional de medicamentos pela população brasileira, além de avaliar a organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra que compôs a pesquisa foi definida por meio dos dados do Censo Demográfico de 2010, utilizados como fonte para o número de domicílios e de indivíduos. Para o cálculo do tamanho amostral de indivíduos, utilizou-se a distribuição da população estimada pela PNS (2013), segundo idade e sexo por região (IBGE, 2011; IBGE, 2014).

Na PNAUM, a prevalência de depressão autorreferida obtida foi de 6,1%, sendo maior que a verificada pela Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) em 2003 (3,96%) e em 2008 (4,13%), com o mesmo padrão de distribuição por sexo e idade entre as pesquisas (BARROS et al., 2011; MENGUE et al., 2016).

Por meio dos dados da PNS (2019), verificou-se a maior prevalência de depressão em pessoas do sexo feminino (14,7%) quando comparadas às do sexo masculino (5,1%), contrastando com os resultados obtidos na PNAUM (2016), em que as mulheres apresentaram prevalência de 8,9%, e os homens de 2,8%. Em relação à distribuição da idade, em ambas as pesquisas citadas, os resultados obtidos foram semelhantes, sendo a faixa etária com maior proporção de casos de depressão entre 60 e 64 anos de idade, respectivamente 13,2% e 9,5%, enquanto o menor percentual foi obtido entre os sujeitos com 18 a 29 anos de idade (5,9% e 3,5%) (IBGE, 2020; MENGUE et al., 2016).

Ainda, de acordo com dados da PNS (2019), observou-se maior prevalência de depressão em pessoas nos extremos de nível de instrução, ou seja, pessoas com ensino superior completo (12,2%) e pessoas sem instrução e com fundamental incompleto (10,9%). Segundo cor ou raça, houve maior proporção de pessoas brancas diagnosticadas com depressão (12,5%). Para as pessoas de cor parda, a proporção foi de 8,6%, e, para as pretas, de 8,2% (IBGE, 2020).

Em relação à depressão ao longo da vida, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde apontam uma prevalência de 15,5% no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A depressão é um distúrbio mental com alta incidência mundialmente, tendo estudos apontando que em torno de 15% das pessoas será acometida ao longo da vida (MENEZES; JURUENA, 2017; NASSER et al., 2016). No estudo conduzido por Whiteford e Baxter (2013),

estima-se que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres experimentem pelo menos um episódio de depressão ao longo da vida.

Entretanto, evidenciou-se carência de estudos nacionais retratando sobre a incidência da depressão no país, como pode ser identificado em revisão sistemática e meta-análise conduzida por Moreno-Agostino et al. (2021), que avaliou o estado da arte quanto à tendência global da prevalência e incidência desse transtorno. Os autores enfatizam que, em decorrência da ausência de estimativas da incidência de episódios depressivos e/ou transtornos depressivos obtidas após busca estruturada nas fontes propostas para a revisão sistemática, as análises foram conduzidas levando em conta apenas os estudos de prevalência quanto a este transtorno mental.

De acordo com os resultados encontrados, Moreno-Agostino et al. (2021) apontam um aumento na prevalência da depressão ao longo do tempo na população em geral, sendo isso também evidenciado em outros estudos (MEHTA et al., 2015 ; NOORBALA et al., 2017 ; WEINBERGER et al., 2018). Porém, não foi possível constatar se de fato tais achados refletem um verdadeiro aumento na compreensão, consciência, diagnóstico e tratamento desta patologia (BAUMEISTER et al., 2015 ; HERRMAN et al., 2019).

### **3.1.1 Fatores de risco e comorbidades associadas à depressão**

A depressão consiste em patologia que pode se manifestar com distintas combinações e intensidade de sintomas, em especial na presença de outras doenças, dificultando sua detecção precoce. A compreensão da fisiopatologia deste transtorno avançou consideravelmente, porém nenhum modelo ou mecanismo único é capaz de explicar satisfatoriamente todos os aspectos relacionados à depressão. Existem algumas hipóteses fisiopatológicas para o desenvolvimento do transtorno mental, a seguir apresentamos as principais hipóteses levantadas. Há muitos fatores biológicos e psicossociais envolvidos nesse transtorno, e que podem se manifestar de diferentes formas nos indivíduos; entre eles, temos a teoria da monoamina, que consiste em aumentar a disponibilidade e restabelecer os níveis de neurotransmissores como serotonina, noradrenalina e dopamina por meio do emprego de medicamentos, como os antidepressivos tricíclicos, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) (MONCRIEFF et al., 2022; WILLNER; SCHEEL-KRUGER; BELZUNG, 2013).

Destacamos, ainda, as alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), que, há muitas décadas, tem sido foco das pesquisas sobre quadros depressivos. Um dos achados biológicos mais consistentes na depressão grave com características melancólicas, e associado a alterações no eixo HPA, é a quantidade aumentada de cortisol plasmático. Essa diferença biológica ocorre como resultado da liberação excessiva de cortisol relacionada ao estresse e inibição de *feedback* mediada pelo receptor de glicocorticoide prejudicada (HARRIS et al., 2000; KNORR et al., 2010; STETLER; MILLER, 2011).

Existem ainda os aspectos relacionados à inflamação e neuro-inflamação mediadas por citocinas e interleucinas que podem alterar a função cerebral, bem-estar e cognição, em especial em sujeitos com doenças autoimunes (BOLLEN et al., 2017; SETIAWAN et al., 2015). Além de questões inerentes à neuroplasticidade e neuro-gênese, relativas à identificação, no cérebro adulto, de células – tronco pluripotentes, a partir das quais novos neurônios podem ser gerados, caracterizando a neuro-gênese. Já a neuroplasticidade pode ser descrita como o crescimento e a adaptabilidade em nível neuronal, em decorrência dessa neuroplasticidade alterada em nível celular, por conta da inflamação e disfunção do eixo HPA, ambas causadas por estresse ambiental e que resultam em alterações no funcionamento cerebral (EGELAND; ZUNSZAIN; PARIANTE, 2015; KRAUS et al., 2017).

Além das hipóteses fisiopatológicas relacionadas ao desenvolvimento da depressão citadas, ainda temos aquelas relacionadas às mudanças cerebrais estruturais e funcionais, identificadas por meio da neuroimagem funcional, que fornece informações a respeito das redes cerebrais envolvidas em processos chave do comportamento, como a regulação da emoção, pensamentos, vias de recompensa prejudicadas que estão relacionadas à anedonia e à autoconsciência (SCHMAAL, 2016; PIZZAGALLI, 2014).

Ainda podemos citar aspectos relacionados aos genes, ao meio ambiente e à epigenética (interações gene-ambiente), que, há muitas décadas, vem sendo foco de constantes estudos em pessoas que desenvolveram episódios ou transtornos depressivos recorrentes ao longo da vida (KENDLER; KARKOWSKI; PRESCOTT, 1999; KESSLER, 1997; KLENGEL; BINDER, 2015; PETERSON et al., 2018;).

Por ser uma patologia que altera o humor e o comportamento, estando muito atrelada a fatores intrínsecos e extrínsecos vivenciados pelo indivíduo, a depressão pode ocorrer simultaneamente com outras doenças e condições médicas. A prevalência deste transtorno é maior em pessoas com diagnóstico de câncer em relação à população geral, sendo em torno de 26% mais frequente em pacientes oncológicos (FERREIRA et al., 2016; HUSSON; MOLS; VAN DE POLL-FRANSE, 2011).



Em relação às doenças cardiovasculares (DCV), em especial à doença arterial coronariana (DAC), é comum a ocorrência destas patologias em concomitância com a depressão e a ansiedade. Os sintomas depressivos, assim como a ansiedade, são atualmente reconhecidos como fatores de risco para DAC e DCV, por apresentarem processos fisiopatológicos complexos e que podem influenciar negativamente no prognóstico dos pacientes com essas comorbidades. Entre eles, podemos apontar a hipercortisolemia; a hiperatividade simpática; as anormalidades plaquetárias complexas; a ativação imunológica, levando à resposta inflamatória; os fatores genéticos comuns e a associação com comportamentos que predisõem à doença cardiovascular (DRUSS, 2015; NASSER et al., 2016; WALKER; MCGEE).

Por serem a depressão e a ansiedade condições de saúde muito atreladas nos casos em que ocorrem mudanças significativas na rotina do sujeito e sua família, são altamente prevalentes em quadros de DCV. Embora sejam frequentes, costumam ser ignoradas, ou mesmo não detectados pela equipe de saúde, porém esses transtornos psiquiátricos são considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, podendo até mesmo alterar o curso natural destas doenças (FREEDLAND, CARNEY, 2013; PAJAK et al., 2013).

A diabetes mellitus é outra condição de saúde muito frequente em pessoas com depressão, uma vez que a ocorrência de depressão é duas a três vezes maior em pessoas com diabetes mellitus. Entretanto, a maioria dos casos é subdiagnosticada (BĂDESCU et al., 2016). A prevalência de depressão pode ser até três vezes maior em pacientes com diabetes tipo 1, e duas vezes mais elevada em pessoas com diabetes tipo 2, em comparação com a população em geral, em todo o mundo (ROY; LLOYD, 2012).

Em estudo conduzido por Chen et al. (2016), foi apontada a prevalência de depressão aumentada, de forma moderada em casos de pré-diabetes e diabetes não diagnosticada, e acentuadamente aumentada em diabéticos previamente diagnosticados, quando comparados com a população geral e sem comprometimentos no metabolismo da glicose.

Em sujeitos com diabetes tipo 1 e tipo 2, a depressão tem efeito sinérgico, levando ao aumento do risco de complicações de natureza micro e macro vascular, aumento da hiperglicemia, predispondo a maior mortalidade. A comorbidade também prediz uma incidência precoce de complicações em adultos mais velhos (TWIST et al., 2013). Tanto o diabetes quanto a depressão alteram a qualidade de vida do indivíduo, mas juntos têm um impacto ainda mais negativo, sendo enfatizada a importância da detecção precoce de ambos, e tratamento simultâneo (PETRAK et al., 2015).

A depressão pode ocorrer em qualquer fase do ciclo vital, mas tende a ser mais frequente em adultos, especialmente naqueles que já experimentam alguma doença grave, como a doença de Parkinson, transtorno de estresse pós-traumático, uso de substâncias lícitas e ilícitas, entre os portadores de HIV/AIDS, entre outras (NIMH, 2018).

Nas últimas quatro décadas, as pesquisas relacionadas à depressão identificaram mais alguns dos possíveis fatores de risco para a ocorrência desta, como processos cognitivos estressores, alguns fatores sociodemográficos (sendo o mais evidente o fato de se ser do sexo feminino), depressão parental, além de alguns padrões de comportamento, estando atrelados a esses fatores de risco os aspectos biológicos, genéticos e psicossociais (HAMMEN, 2018).

Constata-se, assim, que esse transtorno está presente na sociedade, não apenas de forma isolada, porém em muitos casos, concomitantemente, com graves problemas de saúde, e ambos precisam ser identificados e tratados precocemente para a obtenção de melhora no prognóstico e qualidade de vida.

### **3.2 Reforma Psiquiátrica e Tratamentos disponíveis ao paciente com depressão no Brasil.**

Os transtornos mentais representam um grave problema de saúde global, integrando o quadro de doenças crônicas não transmissíveis que afetam significativamente o desenvolvimento humano (LIMA *et al.*, 2019; REIS *et al.*, 2015;). Conhecer como se deu o processo de mudanças e transformações nos dispositivos de cuidado a esses pacientes contribuirá para o entendimento da atual configuração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país.

Em meados da década de 1970 e parte de 1980, configurou-se o pensamento crítico frente à institucionalização da loucura, em consonância com o início do movimento da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Amarante e Nunes (2018), os conceitos de institucionalismo, poder institucionalizante e instituição total predominavam nos discursos vigentes. Entretanto, é no final dos anos 1980 que surge a perspectiva de criar serviços que dessem início às práticas inovadoras de cuidado e assistência.

Os autores apontam que o processo de Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil é reconhecido internacionalmente pela forma como seus dispositivos de cuidado foram organizados, embora ainda estejam em construção (AMARANTE; NUNES, 2018). A RP no

país ocorreu sob fortes influências da experiência italiana iniciada a partir dos anos 60 por Franco Basaglia, apoiado por Antonio Slavich, ambos jovens médicos psiquiatras, que defendiam uma psiquiatria democrática, a fim de reformarem o modelo hospitalar asilar, que até então era o atual no país (BASAGLIA, 1985: 315-6).

Nessa perspectiva, o processo de RP passa a ter enfoque no cenário brasileiro, tendo como principal objetivo superar o modelo manicomial até o momento em vigor, e buscar por melhorias nas condições de assistência aos portadores de transtornos mentais (LIMA *et al.*, 2020). Desde então, novos dispositivos foram e ainda continuam sendo criados, a fim de prestar assistência de forma humanizada, integral e holística, superando o modelo manicomial e hospitalocêntrico que destituía o sujeito adoecido mentalmente de sua identidade, dignidade e direitos (FEITOSA *et al.*, 2012).

O modelo de atenção em saúde mental no Brasil vem sofrendo mudanças gradativas ao longo do tempo, em especial a partir da criação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas instituída em 2001 e apoiada na Lei 10.216/01, que estabelece a substituição do modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos com foco nas internações, que passam a ser substituídos gradativamente por serviços comunitários de saúde mental, a fim de promoverem a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Mediante tais preceitos de mudanças para a assistência nesse âmbito, foram estabelecidos, em 2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes dispositivos representam a principal estratégia para a organização dos serviços de Saúde Mental no país, pois ampliam o conceito de clínica, além de fortalecer os processos de socialização dos usuários, já que utilizam o próprio ambiente como espaço de convívio social para poderem ter o desenvolvimento diversificado diferindo da prática tradicional do consultório (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2009).

A portaria nº336/GM de 2002, estabelecida pelo Ministério da Saúde, descreve os CAPS por modalidades de serviços de acordo com a abrangência populacional. Eles atendem diariamente a população de seu território, prestando acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial aos sujeitos em sofrimento mental. Contam com uma equipe multidisciplinar que prestam cuidados por meio de atendimentos individuais e/ou grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento da família, atividades comunitárias, entre outros serviços (BRASIL, 2002). Em 2011, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS/SUS), que tem como objetivo, entre outros, integrar e articular diferentes serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Entre esses serviços, destacam-se os Componentes de Atenção Básica – Unidades Básicas de Saúde (UBS), que podem atuar com Equipes de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Consultório na Rua – responsáveis pelo acompanhamento longitudinal e próximo das pessoas. Tem-se os CAPS, serviços abertos e comunitários que organizam o cuidado em saúde mental no território e contam com equipe multiprofissional de referência para o tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. A RAPS também prevê serviços de atenção de urgência e emergência, leitos de saúde mental em hospital geral, entre outros (BRASIL, 2020).

Dados de 2022 da Coordenadoria Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde apontam que, atualmente, a rede funciona em todos os estados brasileiros, contando com: 44 mil Unidades Básicas de Saúde e 172 Consultórios de Rua; 2.836 Centros de Atenção Psicossocial; 70 Unidades de Acolhimento (Adulto e Infantojuvenil); 1.952 Leitos em Hospitais Gerais; 14.614 Leitos em Hospitais Psiquiátricos; 224 Equipes multiprofissionais de atenção especializada em Saúde Mental; 813 Residências Terapêuticas (SRT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b).

Por ser o CAPS o principal dispositivo de atendimento e suporte às pessoas adoecidas mentalmente, são pontos de atenção estratégicos da RAPS, e operam em diferentes modalidades terapêuticas, a depender do número de habitantes do município e demandas locais (BRASIL, 2002; 2011), sendo classificados em:

- **CAPS I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, com capacidade operacional em municípios com população de 20 a 70 mil habitantes.

- **CAPS II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, com capacidade operacional em municípios com população de 70 a 200 mil habitantes

- **CAPS i II:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200 mil habitantes ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos.

- **CAPS AD Álcool e Drogas:** Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- **CAPS III:** Atendimento com até cinco vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, com capacidade operacional em municípios com população acima de 200 mil habitantes.

- **CAPS AD III Álcool e Drogas:** Atendimento de oito a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24 horas; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

- **CAPS AD IV:** Atendimento de pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Oferece cuidado 24 horas, com equipe multiprofissional, e capacidade para enfermarias que podem variar de oito a 30 leitos, em municípios com mais de 500 mil habitantes, ou capitais do Estado.

O CAPS AD IV passa a integrar a RAPS a partir da consolidação da Portaria de 3.588 de 21 de dezembro de 2017, com funcionamento 24 horas, e em todos os dias, ininterruptamente, com internação de até 90 dias (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017).

Caso o município não possua CAPS, o sujeito deve buscar ajuda nos demais dispositivos da Atenção Básica e, se necessário, será encaminhado para localidades próximas, a fim de receber o tratamento adequado (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017).

Vale ressaltar que os CAPS atuam como serviços de saúde de caráter aberto, onde o indivíduo pode ser atendido por demanda espontânea, e de caráter comunitário, constituído por equipe multiprofissional sob a ótica interdisciplinar. O atendimento é realizado prioritariamente às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Adicionalmente, os CAPS são substitutivos ao modelo asilar, que teve seu desmonte iniciado com a RP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O movimento de RP visa contribuir de forma significativa com a organização e humanização da assistência prestada ao sujeito adoecido mentalmente, uma vez que não havia

distinção ou quaisquer divisões de diagnósticos e tratamentos específicos para os pacientes internados nos manicômios (ROTELLI, 1990).

Vale ressaltar que, em um passado não tão distante, homens e mulheres eram submetidos a condições sub-humanas, perdiam o direito à cidadania e eram amontoados em hospitais superlotados, nos quais recebiam tratamentos violentos que, em muitos casos, resultavam em morte, sendo os cadáveres vendidos para laboratórios de anatomia de universidades, sem qualquer identificação (TENORIO, 2002).

Ainda, muitos sujeitos eram internados nos manicômios, no intuito de afastá-los do convívio social, por razões distintas e, em vários casos, sem nenhum acometimento psiquiátrico, mas, com o tratamento recebido, acabavam por desenvolver problemas de ordem psiquiátrica (TENORIO, 2002).

Na atualidade, um aspecto a ser considerado na abordagem da depressão é a “patologização da vida cotidiana”, ou sua “medicalização” (FREEMAN et al., 2019). A ampla elasticidade na forma de apresentação dos transtornos mentais pode resultar na falta de precisão diagnóstica, ou mesmo na mudança do diagnóstico conforme o acompanhamento avança. Uma situação de vida que gere uma crise, como desemprego, separação ou luto, pode facilmente ser vista como uma doença (ANDRADE; MALUF, 2017; GAMA, 2012).

Diante disso, a tristeza, a perda e o luto são processos comuns à vida e devem ser enfrentados, sendo imprescindível que a pessoa elabore o luto, para, então, retomar sua vida e demais atividades. Nessa direção, faz-se importante o apoio de uma equipe multiprofissional que esteja preparada para lidar com a fase de crise do indivíduo, e não se limite ao diagnóstico médico e tratamento medicamentoso (VASCONCELOS et al., 2016).

Por se tratar de uma doença que afeta globalmente a população, por suas características incapacitantes e por apresentar acentuada predisposição para o suicídio, os quadros depressivos, em quaisquer intensidades que se apresentem, necessitam de intervenções medicamentosas e/ou não medicamentosas, como as terapias nas suas mais diversas modalidades, ou a participação em grupos de psicoeducação disponíveis na comunidade (BRASIL, 2022a). Tanto o diagnóstico médico como o tratamento a ser instituído precisam ser feitos precocemente, a fim de se atingir a remissão dos sintomas e, com isso, a melhora na qualidade de vida do sujeito e de sua família (MALHI, G.S.; MANN, 2018).

Existem várias diretrizes terapêuticas internacionais para o tratamento da depressão em adultos. Ressalta-se que, na revisão sistemática conduzida por Gabriel et al. (2020), foram encontradas inicialmente 947 diretrizes, e, ao final, seis destas foram analisadas de acordo com critérios que assegurassem sua qualidade metodológica, sendo: *Guia Clínica AUGÉ3 /Chile/Ministry of Health (2013)*; *Guia de Prática Clínica/ Colombia/ Ministry of Health (2013)*; *Depression in adults/England/NICE (2009)*; *Depression, adult in primary care/ USA /ICSI (2016)*; *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder/USA/APA (2010)*; *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2016/CANADA/CANMAT (2016)*.

Embora o estudo tenha sido conduzido por um grupo de pesquisadores brasileiros, não foi encontrado o registro de nenhum protocolo clínico ou diretriz terapêutica desenvolvida pelo Ministério da Saúde do Brasil ou órgãos competentes, como a Associação Médica Brasileira de Psiquiatria. Os materiais mais recentes encontrados foram dois estudos publicados, ambos em 2009, pela Revista de Psiquiatria Clínica, sendo a tradução do *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: acute and continuation treatment of major depressive disorder*; e *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 2: maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions*, em português, as Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª e 2ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior e tratamento de manutenção do transtorno depressivo maior e tratamento dos transtornos depressivos crônicos e das depressões subliminares (BAUER et al., 2009a, 2009b).

Outro material que aborda os possíveis tratamentos, medicamentoso e/ou não medicamentoso, para problemas decorrentes do adoecimento e sofrimento mental, estão contidos nos Cadernos de Atenção Básica – SAÚDE MENTAL, publicado em 2013 pelo Ministério da Saúde, que diz respeito aos dispositivos de cuidados, acolhimento e processos de trabalho em Saúde Mental. No entanto, ele não aborda especificamente o cuidado ao paciente com diagnóstico médico de depressão, mas contempla o uso dos medicamentos antidepressivos como opção terapêutica em quadros de tristeza, apatia, sofrimento intenso e risco suicida, entre outros (BRASIL, 2013).

O Brasil estabeleceu uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a qual inclui os seguintes fármacos antidepressivos: Amitriptilina, Clomipramina, Nortriptilina e Fluoxetina (BRASIL, 2019). No Cadernos de Atenção Básica para a Saúde Mental, além dos medicamentos antidepressivos contidos nessa relação, constam os seguintes, que estão disponíveis em alguns municípios brasileiros de forma gratuita à população: Imipramina, Citalopram, Escitalopram, Paroxetina e Sertralina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os tratamentos recomendados pela OMS para a depressão estão descritos no Manual de Intervenção *Mental Health GAP* (MI-GAP), incluindo informações, ferramentas para tomada de decisão e manejo clínico, tratamentos psicossociais/não farmacológicos e farmacológicos, e detecção de comorbidades (OMS, 2010). Como principal estratégia farmacológica, são recomendados os medicamentos antidepressivos selecionados por meio da lista de medicamentos essenciais, que correspondem à Rename no Brasil.

O tratamento de primeira linha sugerido para depressão, em todos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas dos estudos citados, consiste no emprego dos antidepressivos da classe dos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS). No entanto, de acordo com dados do Ministério da Saúde, são também considerados tratamentos de primeira linha, tanto os antidepressivos ISRS, como os que pertencem à classe terapêutica dos antidepressivos tricíclicos (ADT) (BRASIL, 2018).

Para ser feita a prescrição medicamentosa, é preciso que seja levado em consideração o diagnóstico e sua real indicação, considerando aspectos como eficácia, segurança, duração do tratamento, ocorrência de eventos adversos e interações medicamentosas. Deve-se ter as devidas precauções em populações específicas (por ex.: adolescentes, grávidas e idosos); quanto à adesão total ou parcial, ou mesmo resposta inadequada ao tratamento; em relação à ideação suicida, uma vez que o risco de suicídio atinge seu pico máximo nas primeiras semanas de tratamento com antidepressivos, e quanto às doenças cardiovasculares, sendo imprescindível a reavaliação periódica com previsão de suspensão do medicamento na remissão dos sintomas (GABRIEL et al., 2020; MENEZES; JURUENA, 2017; OPAS, 2021).

Nesse sentido, pesquisas de cunho nacional são realizadas a fim de se obter informações quanto ao acesso aos serviços de saúde e tratamentos farmacoterapêuticos e/ou terapias, quanto às condições de saúde geral, assim como aspectos referentes à saúde mental da população, conforme descrito na PNS (2019). Dados do IBGE (2020) mostraram que, entre as pessoas que referiram diagnóstico de depressão, 18,9% faziam psicoterapia, e 52,8% receberam assistência



médica para depressão nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. Quanto ao local de atendimento, 47,4% foram atendidas em consultório particular ou clínica privada; 29,7%, em uma unidade básica de saúde; 13,7%, em um Centro de Atenção Psicossocial ou ambulatório de hospital público.

Em relação ao uso de medicamentos para depressão, menos que a metade dos homens (43,8%) e mulheres (49,3%) que referiram o diagnóstico do transtorno usavam medicamentos para essa finalidade. No Brasil, a proporção média de utilização de medicamentos antidepressivos foi de 48,0%. A Região Norte apresentou a menor proporção (31,2%) (IBGE, 2020).

No estudo conduzido por Mengue et al. (2016), foi referida pelos sujeitos a utilização de dez medicamentos para depressão; entre estes, cinco (fluoxetina, clonazepam, amitriptilina, diazepam e carbamazepina) constam na Rename e estão disponíveis no SUS, além de serem disponibilizados no Programa Farmácia Popular (rede própria), obtidos a baixo custo. Foram citados outros medicamentos associados ao tratamento da depressão e suas comorbidades; entre eles, a risperidona, o haloperidol e carbonato de lítio estavam entre os mais frequentes e, mesmo não sendo medicamentos antidepressivos, também constam na Rename. No referido estudo, a depressão, em especial, foi o transtorno mental com o maior número de medicamentos não diretamente associados ao tratamento dessa doença, mas declarados como sendo utilizados para a depressão (MENGUE et al., 2016).

Em relação ao acesso a esses medicamentos, na pesquisa de Mengue et al. (2016) foi mencionado pelas pessoas com diagnóstico de depressão e prescrição médica para o tratamento farmacológico, que o acesso é de 95,6%. Já para pessoas com mais de 60 anos, o acesso é maior (99,3%), assim como para os habitantes da Região Sudeste (98,3%); e para aqueles indivíduos pertencentes às classes econômicas mais elevadas (98,7%). Em relação ao acesso parcial, este foi de 3,7%, sendo maior na Região Nordeste (12,1%) e nas classes econômicas mais desfavorecidas (8,8%).

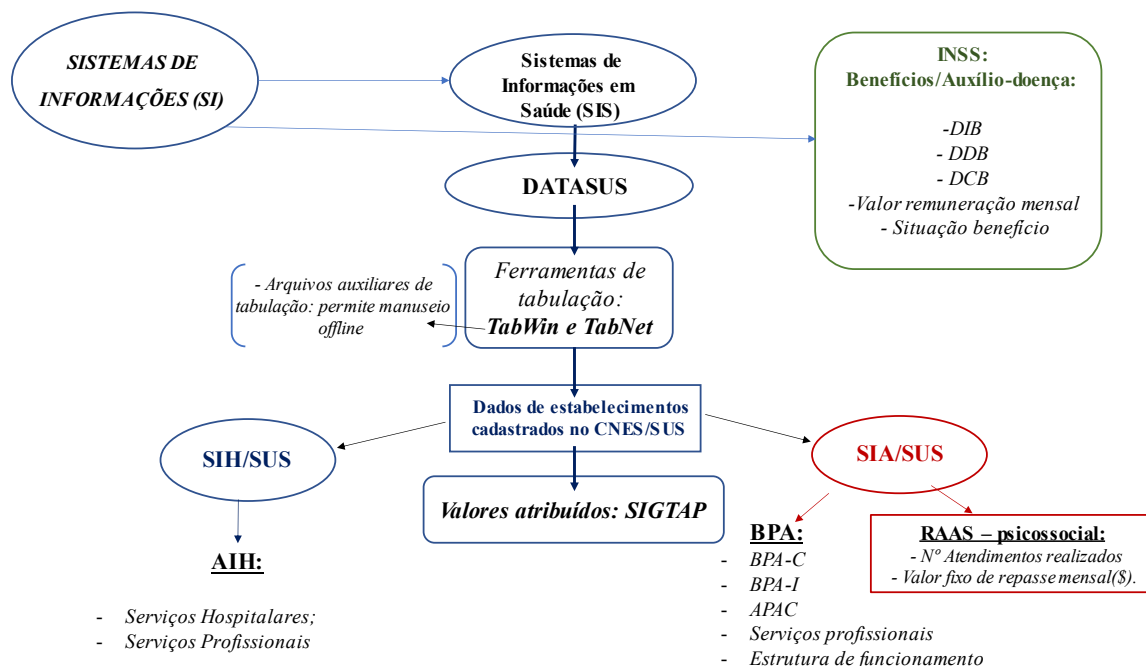
Embora os antidepressivos sejam medicamentos amplamente utilizados como recurso terapêutico para o manejo de situações de crise e adoecimento, como no caso da depressão, podem causar eventos adversos e indesejáveis, por se tratarem de classe farmacológica que age especificamente no sistema nervoso central. Logo, sua prescrição deve ser criteriosa, e somente em casos nos quais haja indicação bem definida.

O cuidado em saúde mental precisa ser pautado no acolhimento e escuta ativa, a fim de gerar vínculo entre profissional e paciente, para que a resolução do problema seja efetiva e adequada. Quando houver a necessidade do medicamento, que o paciente seja corresponsável e compreenda que este é apenas um dispositivo para o auxiliá-lo, pois não se pode simplificar a saúde mental a problemas meramente decorrentes de desequilíbrios de neurotransmissores (MAYNART et al., 2014)

### 3.3 Sistemas de Informação: subsídios para gestão do cuidado em saúde mental no Brasil

Para a construção dos objetos desta tese, foram utilizados dados dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), que fazem parte do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), compelidos nos Sistemas de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), além das informações dos Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS – psicossocial), componente do SIA/SUS. Utilizou-se, também, dados provenientes do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) (Figura 1).

**Figura 1:** Esquema gráfico representativo dos Sistemas de Informação, Brasil, 2023.



Fonte: Dados da pesquisa.

Os Sistemas de informação (SI) podem ser definidos como agrupamentos de elementos ou redes com o objetivo comum de agrupar, coletar, processar, armazenar e transmitir informações, facilitando o acesso das pessoas interessadas nos mais diversos contextos, uma vez que se trata de excelente ferramenta de gestão (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018).

Para o monitoramento e avaliação das ações, o uso de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) é uma realidade no contexto da saúde. A Informação em Saúde torna-se um ganho para os profissionais e para a sociedade (COELHO NETO; CHIORO, 2021). Os SIS são caracterizados como um conjunto de componentes eletrônicos interrelacionados que processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde, visando o alcance da melhoria da atenção à saúde, seja ela no âmbito individual ou coletivo, dependendo do ganho de eficiência e eficácia no registro, recuperação e manipulação das informações sobre a saúde por parte dos envolvidos (ARAÚJO et al, 2016).

O processo avaliativo a partir dos SIS não tem apenas como finalidade julgar ações assertivas ou falhas, ele cursa com um rico processo de apoio a uma produção contínua de indicadores, informações e conhecimento da realidade, em busca de aprimoramento da tomada de decisão por parte dos gestores e demais interessados (MORENO, 2016).

No Brasil, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) surgiu em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), por meio do Decreto 100 de 16-04-1991. Nesse contexto, foi formalizada a criação e foram designadas as competências do DATASUS, que tem como responsabilidade principal prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle (BRASIL, 2023)

O DATASUS é um grande provedor de soluções de *software* para as secretarias estaduais e municipais de saúde, a fim de atender as necessidades dos gestores e incorporar novas tecnologias para fortalecer a descentralização da gestão. Ele está presente em todas as regiões do país por meio das regionais, que executam as atividades de fomento e cooperação técnica em informática nos principais estados brasileiros. O DATASUS tem por finalidade disponibilizar informações que poderão subsidiar análises objetivas da situação sanitária, na tomada de decisões baseadas em evidências, além da elaboração de programas de ações de saúde. Mensurar o estado de saúde da população é uma tradição da saúde pública, e teve seu

início com o registro de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas vitais – Mortalidade e Nascidos vivos) (BRASIL, 2023).

Houve avanços no controle das doenças infecciosas, informações epidemiológicas e morbidade, o que acarretou na melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais e, com isso, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde. Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, passaram a ser métricas utilizadas na construção de indicadores de saúde, que se configuram em informações relevantes para a quantificação e avaliação das informações de saúde. O DATASUS conta ainda com informações sobre assistência à saúde da população, os cadastros (Rede assistencial) das redes hospitalares e ambulatoriais, dos estabelecimentos de saúde, além de informações de recursos financeiros e informações demográficas e socioeconômicas.

Para que seja possível acessar, extrair e manipular os dados em saúde, existem ferramentas de tabulação de dados que auxiliam nesse processo; entre estas, estão o *TabNet* e o *TabWin*. Estes são aplicativos úteis na tabulação de dados e no cruzamento de informações de forma rápida, possibilitando aos gestores, estudantes e público em geral, obter informações diversas no âmbito do SUS, sendo importante na gestão das políticas de saúde (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ; OPAS, 2009). Ambos os aplicativos permitem realizar pesquisa de dados em fontes oficiais a partir de todos os sistemas de informações no SUS disponíveis.

O uso do *TabNet* é mais simples para quem não conhece muito bem a "linguagem técnica" de informática, pois as tabulações possíveis já estão disponibilizadas na internet; já o *TabWin* conta com aparato maior de recursos para manipulação das tabelas, o que exigirá conhecimento aprofundado para manipulação de arquivos de extensão para definição de módulo nos formatos DEF e CNV, para que os dados possam ser exportados em formato de texto simples. O *TabNet* foi elaborado com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a tabulação de dados dos arquivos DBF (extensão implementada pelo software do sistema que permite a tabulação de informações provenientes de grandes bancos de dados), que constituem os componentes básicos dos Sistemas de Informações do SUS, de maneira rápida e diretamente nos sistemas de informações aliados ao uso da rede de internet disponível nas localidades (BRASIL, 2023).

Já o *TabWin* é um tabulador de dados que pode ser utilizado sem estar vinculado à rede de internet, porém exige maior domínio e conhecimento de linguagem técnica de informática.

Além do mais, é necessário que o software tabulador (*TabWin*) e os arquivos auxiliares para tabulação já estejam disponíveis e armazenados no computador do usuário (BRASIL, 2023). Este aplicativo só terá funcionalidade se os arquivos auxiliares de tabulação do respectivo ano e domínio de dados estiverem não apenas disponíveis, mas é essencial que as informações dos dados que se busca estejam selecionadas e sejam cruzadas de maneira correta. Após o cruzamento dos dados e obtidas as informações, estas podem ser exportadas para pasta de arquivos compatível e então geradas como planilhas no formato Office Excel.

Por serem os sistemas nacionais de informações em saúde aliados no processo de gestão do cuidado nas mais diversas áreas, desde o nível primário de assistência à saúde ao mais elevado nível tecnológico, o presente estudo teve como foco os dados oriundos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), além dos dados contidos no aplicativo RAAS – psicossocial (Registros Ambulatoriais de Ações em Saúde – psicossocial), este contém dados que subsidiam as informações provenientes dos serviços de saúde mental e integram o SIA.

Ademais, foram agregados para análise dados provenientes do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). O INSS contém as informações de todos os sujeitos que recebem ou receberam benefícios, como o auxílio-doença. Embora esses dados não sejam de acesso aberto, eles podem ser solicitados por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC) (MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2022).

## 4 MATERIAIS E MÉTODO

Foram utilizadas diferentes estratégias metodológicas para atingir os objetivos específicos desta tese. Esta seção está estruturada em duas etapas para descrever os métodos utilizados para responder ao objetivo específico 1 (análise dos custos diretos e indiretos da depressão) e aos objetivos específicos 2 e 3 (perfil dos atendimentos e cobertura presumida dos CAPS).

### 4.1 Método para análise dos custos diretos e indiretos da depressão.

#### 4.1.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo de custo da doença baseado na prevalência, de abordagem *top-down*, sob a perspectiva da sociedade. Foram incluídos os custos diretos (hospitalares e ambulatoriais) e indiretos (afastamentos do trabalho por causa da depressão). Os dados foram provenientes de bancos de dados nacionais, por meio dos Sistemas de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e Ambulatorial (SIA/SUS) e do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Os custos foram calculados por ano, contemplando o período de 2010 a 2018.

Este estudo seguiu as recomendações nacionais (OLIVEIRA; SANTOS; SILVA 2014) e internacionais (RICE, 1967) para o desenvolvimento de estudos de custo da doença.

#### 4.1.2 População do estudo

A população do estudo foi composta por todos os sujeitos com 18 anos ou mais, com diagnóstico médico de depressão, segundo a Classificação Internacional de Doenças, em sua 10ª edição (CID-10), com os respectivos códigos e descrições contidos entre *F32 – F32.9 (episódios depressivos)*: F32.0 – Episódio depressivo leve; F32.1 - Episódio depressivo moderado; F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos; F32.3 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos; F32.8 – Outros episódios depressivos; F32.9 - Episódio depressivo não especificado. Foram também incluídos os *transtornos depressivos*, contidos entre os códigos (CID-10) *F33 – F33.9*, como segue: F33.0 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve; F33.1 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual

moderado; F33.2 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos; F33.3 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos; F33.4 - Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão; F33.8 – Outros transtornos depressivos recorrentes; F33.9 – Transtorno depressivo recorrente sem especificação (OMS, 2008).

#### **4.1.3 Custos diretos – Hospitalares e Ambulatoriais**

Os custos hospitalares foram obtidos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), que é um sistema nacional, por meio do qual são lançadas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que subsidiam o pagamento dos procedimentos pelo Ministério da Saúde aos provedores.

Os custos ambulatoriais foram obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), por meio de seu aplicativo para captação dos atendimentos psicossociais, que estão disponíveis nos Registros de Ações Ambulatórias de Saúde (RAAS), este também é um sistema nacional. Foi também utilizada planilha em formato Excel, disponibilizada via e-mail pelo Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde, contendo o número de Centros de Atenção Psicossocial, por modalidade assistencial, ativos no país no período investigado (2010-2018).

##### **4.1.3.1 Custos diretos hospitalares**

Os custos hospitalares foram obtidos no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), que é um sistema nacional, por meio do qual são lançadas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). A partir desse sistema, foram extraídos dados sobre a quantidade e o valor reembolsado de cada AIH. Esses registros são usados para fins de pagamento dos procedimentos pelo Ministério da Saúde aos provedores.

Os custos hospitalares consistiram em gastos relacionados diretamente com os cuidados de saúde, incluindo pagamento de serviços profissionais, consultas, medicamentos, exames

complementares, procedimentos clínicos e cirúrgicos, alimentação e diárias hospitalares (enfermaria e unidade de terapia intensiva – UTI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

#### **4.1.3.2 Custos diretos ambulatoriais**

Os custos ambulatoriais foram obtidos no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), também de abrangência nacional e utilizado para fins de reembolso. Até dezembro de 2012, os procedimentos da atenção psicossocial eram registrados via produção ambulatorial, por meio da qual era extraída a quantidade de procedimentos e seus respectivos reembolsos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). A partir de janeiro de 2013, a atenção psicossocial passou a ser registrada no RAAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesse sistema de informação, é possível extrair apenas a quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados. Dessa forma, calculou-se a proporção de atendimentos relacionados à depressão (F32.0-F33.9) em relação ao total de atendimentos da atenção psicossocial. Essa proporção foi multiplicada pelo valor total repassado pelo Ministério da Saúde aos municípios que possuem CAPS, por modalidade de atendimento. A quantidade de CAPS por modalidade foi obtida do Ministério da Saúde para o período de 2013-2018. Os valores repassados seguiram o estabelecido na Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, e Portaria nº 1966, de 10 de setembro de 2013, que ainda estavam em vigência até dezembro de 2018 (BRASIL, 2011; 2013) (APÊNDICE A).

#### **4.1.3.3 Custos indiretos**

Os custos indiretos relacionados ao absenteísmo foram obtidos por meio dos dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS/Ministério da Economia). O INSS tem abrangência nacional e assegura benefícios aos trabalhadores com vínculo no mercado de trabalho (carteira assinada) e aos autônomos que contribuem com o INSS (INSS, 2017).

O benefício de auxílio-doença é concedido a indivíduos que comprovarem, em perícia médica, doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz para o seu trabalho. Para a obtenção do custo referente ao absenteísmo, foram utilizadas as seguintes informações: I) número total de beneficiários por ano, no período de 2010 a 2018; II) mediana do tempo de afastamento em dias para cada ano; e III) valor médio da remuneração do indivíduo por dia



para cada ano, sendo este valor a divisão do valor mensal do benefício por 30 dias. A mediana foi adotada por se tratar de dados censurados, visto que uma parcela dos indivíduos ainda estava com o benefício ativo (vigente). A proporção de indivíduos com benefícios ativos representou em torno de 0,8% ao longo do período analisado (2010-2018).

#### **4.1.3.4 Análise dos dados**

Todos os dados obtidos referentes aos custos diretos e indiretos foram corrigidos pela inflação, utilizando-se o Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo - IPCA (IBGE, 2021), correspondendo a valores de dezembro de 2018. Após o ajuste pela inflação, os valores foram convertidos a Paridade do Poder de Compra (PPP) do Banco Mundial (Int\$ 1 = R\$ 2,226) (WORLD BANK, 2021). Os dados foram analisados descritivamente, em termos de frequência absoluta (quantidade/custo) e relativa (percentual).

#### **4.1.3.5 Aspectos éticos**

Por se tratar de estudo em bases de dados secundárias, não há identificação dos participantes de pesquisa. Deste modo, não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética Institucional, conforme estabelece a Resolução nº 510/2016.

### **4.2 Método para análise do perfil dos atendimentos e da cobertura presumida dos CAPS**

#### **4.2.1 Desenho do estudo**

Estudo descritivo, ecológico, de série temporal, com dados secundários provenientes de bancos de dados nacionais do serviço público de saúde (ANTUNES; CARDOSO, 2015).

#### **4.2.2 Contexto do estudo**

O contexto do estudo refere-se aos atendimentos prestados no âmbito dos CAPS em todo o território nacional. Estes centros contam com equipe multiprofissional de referência para o tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (SALLES; BARROS, 2013). Há várias modalidades de CAPS, as quais diferem em termos de: I) porte populacional da região de saúde onde o CAPS está sediado; II) população atendida, contemplando crianças e adolescentes menores de 18 anos, adultos com 18 anos ou mais, e usuários de álcool e droga; III) horário de atendimento, sendo parcial (diurno) ou integral (24 horas); e IV) serviços prestados, incluindo atendimentos breves ou em situações de crise, atividades terapêuticas em grupo, individual e para a família, como acolhimento noturno ou períodos de observação (NASI; SCHNEIDER, 2011; ZANARDO; BIANCHESSI; ROCHA, 2018). A implementação dos CAPS é uma atribuição dos municípios ou das regiões de saúde, os quais contam com repasses específicos do Ministério da Saúde para essa finalidade. Dada a característica tripartite do financiamento do SUS, esses repasses podem ser complementados com recursos próprios dos estados e municípios onde os CAPS possuem população adscrita.

#### **4.2.3 População do estudo**

A população do estudo foi composta por todos os sujeitos com 18 anos ou mais de idade, com diagnóstico médico de depressão segundo a CID-10, com os códigos compreendidos entre F32-F32.9 (episódios depressivos) e entre F33-F33.9 (transtornos depressivos recorrentes). Dessa forma, não se trata de uma amostra, mas sim da totalidade dos indivíduos atendidos e registrados no RAAS – psicossocial, no período de 2013 a 2019. Foram incluídos apenas os indivíduos com diagnóstico principal de depressão.

#### **4.2.4 Coleta dos dados e variáveis do estudo**

Os dados foram provenientes de um banco de dados nacional, coletados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), por meio dos Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS), em especial o RAAS – psicossocial. Este é um aplicativo para captação de atendimentos realizados na atenção especializada em saúde mental

(CAPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), no período de 2013 a 2019. A escolha do período se deu considerando o ano em que os atendimentos realizados nos CAPS passaram a ser registrados nesse aplicativo (2013) e o último ano antes da Pandemia da COVID-19 (2019). Os dados lançados no sistema a partir de 2020 poderiam não representar a realidade dos atendimentos devido à alteração no funcionamento dos dispositivos de saúde ocasionados pela pandemia.

No RAAS, cada procedimento realizado contém um código, compreendendo as diversas formas de atendimentos disponíveis nos CAPS (BRASIL, 2012): I) atendimento individual de paciente no CAPS (030108020-8), elegível a diferentes modalidades terapêuticas com base na necessidade do indivíduo; II) atendimento em grupo de paciente no CAPS (030108021-6), contemplando ações desenvolvidas coletivamente e que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades; III) práticas corporais (030108027-5), incluindo atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa; IV) acolhimento diurno de paciente em CAPS (030108019-4), contemplando ações de hospitalidade diurna realizadas como recurso do projeto terapêutico singular, a fim de promover o afastamento do usuário das situações conflituosas; V) atendimento familiar em CAPS (030108022-4), o qual desenvolve ações para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas; VI) visita domiciliar (030108024-0), a qual remete à atividade externa solicitada e supervisionada por profissional enfermeiro com objetivos pré-estabelecidos; VII) ações de reabilitação psicossocial (030108024-0), compreendendo um conjunto de ações estratégicas que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros; VIII) acolhimento noturno (030108002-0), o qual diz respeito à hospitalidade noturna para usuários já em acompanhamento no serviço; IX) acolhimento em 3º turno (030108002-0), que consiste nos atendimentos realizados no período compreendido entre 18 e 21 horas; X) práticas expressivas e comunicativas (030108028-3), englobando estratégias ou atividades que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários; XI) atenção às situações de crise (030108028-3), contemplando ações desenvolvidas para manejo das situações de crise; XII) promoção de contratualidade (030108028-3), a qual caracteriza-se como o acompanhamento de usuários em contextos reais da vida; XIII) ações de articulações de rede intra e intersetoriais (030108025-9), as quais referem-se às medidas que visam garantir a participação do sujeito na formulação de políticas públicas e privadas no que tange à promoção e prevenção à saúde; XIV) fortalecimento do protagonismo de usuários de

CAPS e seus familiares (030108026-7), incluindo um conjunto de atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede assistencial; XV) matriciamento de Equipes da Atenção Básica (030108030-5), o qual tem como finalidade promover a construção compartilhada, entre duas ou mais equipes, de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica; XVI) ações de redução de danos (030108031-3), contemplando ações estratégicas que visam minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente ter sua abstenção; e XVII) acompanhamento de serviço residencial terapêutico (030108032-1), incluindo cuidados destinados ao suporte dos sujeitos residentes nas residências terapêuticas, a fim de garantir articulação com a rede e promover autonomia. Para fins de sumarização, os tipos de atendimentos realizados para os sujeitos com depressão foram agrupados em atendimentos individuais e atendimentos em grupo, de acordo com o ano do registro.

O número de indivíduos atendidos nos CAPS foi agrupado de acordo com o perfil clínico e demográfico e estratificado por ano de registro no RAAS. Em termos clínicos, considerou-se o diagnóstico da depressão (episódios depressivos e transtornos depressivos recorrentes) e tipo de atendimento no CAPS (descrito no parágrafo anterior). Em relação ao perfil demográfico, considerou-se sexo (masculino e feminino), faixa etária (18 a 40 anos; 41 a 60 anos; e  $\geq 61$  anos) e raça/cor (branco, preto, pardo, amarelo, indígena e sem registro).

Também foi calculada a taxa de indivíduos com diagnóstico de depressão atendidos nos CAPS por 100.000 habitantes, estratificada por ano (2013 e 2019) e por unidade federativa. Os dados populacionais foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) (IBGE, 2010). Adicionalmente, foi calculada a diferença da taxa de indivíduos atendidos nos CAPS entre os anos de 2019 e 2013, no intuito de verificar quais unidades federativas obtiveram maiores incrementos nesse indicador.

A cobertura presumida dos CAPS no país foi calculada com base em três parâmetros. O primeiro refere-se ao número de CAPS ativos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS). O segundo refere-se à cobertura presumida dos CAPS por modalidade assistencial, levando-se em consideração os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde vigente no período analisado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; 2015) CAPS I (50 mil habitantes); CAPS II (100 mil habitantes); CAPS III (150 mil habitantes); CAPS AD II (100 mil habitantes); CAPS AD III (150 mil habitantes). Para o CAPS AD IV (500 mil habitantes), foi utilizado o porte populacional para a habilitação do

estabelecimento, visto que não há indicação de cobertura presumida na norma do Ministério da Saúde. O terceiro parâmetro refere-se à população residente no território sob investigação (Brasil e unidades federativas). Após a multiplicação do número de CAPS (parâmetro 1) pela cobertura presumida de atendimento de cada modalidade assistencial (parâmetro 2), dividiu-se pela população do território de interesse (parâmetro 3). Esse procedimento foi realizado para os anos de 2013 e 2019.

#### **4.2.5 Análise dos dados**

Os dados coletados neste estudo representam a quantidade de indivíduos atendidos em cada ano investigado, e não a quantidade total de atendimentos realizados nos CAPS. Deste modo, se um indivíduo recebeu múltiplos atendimentos no mesmo ano, ele foi contabilizado apenas uma vez.

Foram calculadas as frequências absolutas (quantidade) e relativas (porcentagem) das variáveis analisadas, as quais foram apresentadas em formatos de tabelas e figuras. Também foi calculada a variação da quantidade de pessoas atendidas nos CAPS por perfil clínico (código da CID-10 e tipo de atendimento) e demográfico (sexo, faixa etária, cor/raça) ao longo do período investigado (2013-2019). Nesse procedimento, o ano de 2013 foi considerado como ano-base, e todos os outros anos foram calculados como percentuais relativos ao ano-base. Dessa forma, valores inferiores a 1 indicam que houve redução do número de indivíduos atendidos nos CAPS em relação a 2013. Por outro lado, valores superiores a 1 indicam que houve aumento dos indivíduos atendidos nos CAPS em relação a 2013.

## **5 RESULTADOS**

Para representar a taxa de indivíduos atendidos nos CAPS e a cobertura presumida, foram gerados mapas com recortes estaduais no intuito de mostrar a distribuição geográfica. Para essa finalidade, foram utilizados os recursos de mapas contidos no programa Excel®.

Os resultados serão apresentados seguindo os passos descritos nos pressupostos metodológicos, a fim de responderem aos objetivos específicos do presente estudo e contemplarem o que se propõe no objetivo geral.

### **5.1 Custos diretos e indiretos da depressão no Brasil**

A seguir, apresentam-se os resultados referentes aos custos diretos (hospitalares e ambulatoriais) e custos indiretos (auxílio-doença), gerados pelos pacientes com diagnóstico médico de depressão, a fim de estimar o custo da doença na perspectiva da sociedade.

#### **5.1.1 Aspectos gerais do custo da depressão no Brasil**

De acordo com nossas estimativas, o custo da depressão foi de Int\$ 2.288.511.607,39, no período de 2010 a 2018, com um custo anual médio de Int\$ 254.279.067,49 (Tabela 2). De 2014 a 2018, observou-se uma queda acentuada e persistente do custo da depressão (-44,24%), principalmente decorrente da redução dos custos indiretos (-55,83%). Considerando todo período investigado, os custos indiretos representaram 74,85% do custo total da depressão, variando entre 51,69% (2017) e 85,67% (2011). Em termos de gastos da saúde com a depressão, o custo ambulatorial foi o componente que mais demandou recursos do sistema de saúde público (Tabela 1). Em 2017 e 2018, os custos ambulatoriais representaram 43,22% e 39,57% dos custos totais com a depressão no Brasil.

Houve aumento na expansão para implementação de dispositivos da rede assistencial especializada em saúde mental (CAPS) (Tabela 2). Com o aumento no número de Centros de Atenção Psicossocial, nota-se o maior incremento do repasse fixo mensal para essa esfera de cuidado.

**Tabela 1:** Custos diretos (ambulatoriais e hospitalares) e indiretos (absenteísmo) da depressão no Brasil, 2010-2018.

<b>Custo</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Ambulatorial</b>	34.786.739,70	33.593.411,46	29.460.921,06	63.112.921,73	64.375.432,06	61.896.397,07	62.897.121,98	65.472.677,63	65.001.106,68
<b>Hospitalar</b>	14.591.712,63	13.809.494,81	12.569.712,85	11.386.560,20	9.902.011,72	8.501.422,83	7.867.230,40	7.712.027,28	8.563.966,20
<b>Absenteísmo</b>	247.267.509,70	283.439.582,08	228.109.317,29	224.232.505,21	220.321.197,27	199.727.272,17	140.910.660,11	78.303.697,03	90.698.998,24
<b>Custos totais</b>	<b>296.645.962,02</b>	<b>330.842.488,36</b>	<b>270.139.951,20</b>	<b>298.731.987,14</b>	<b>294.598.641,05</b>	<b>270.125.092,06</b>	<b>211.675.012,49</b>	<b>151.488.401,95</b>	<b>164.264.071,11</b>

\* O custos foram corrigidos pela inflação, compatíveis com os valores de Dezembro de 2018, e convertidos a Paridade do Poder de Compra (PPC = 2,226).

**Tabela 2** - Descrição e quantidade dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) no Brasil, 2010-2018.

TIPO	N° total Centros de Atenção Psicossocial									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
CAPS I	712	779	873	953	1044	1118	1184	1240	1257	
CAPS II	384	404	438	448	457	471	491	503	508	
CAPS III	57	65	73	81	88	94	100	106	107	
CAPS AD	193	204	234	259	277	292	307	319	322	
CAPS AD III	1	6	29	48	69	86	105	111	112	
<b>Repasse do MS aos CAPS (mensal)</b>										
	<b>Definição</b>									
CAPS I - R\$ 28.035,00	Atende todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. Atende cidades e regiões ≥ 15 mil/hab.									
CAPS II - R\$ 33.086,25	Atende todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. Atende cidades e regiões ≥ 70 mil/hab.									
CAPS III - R\$ 84.134,00	Atendimento com até 05 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes; uso de substâncias psicoativas. Atende cidades e regiões ≥ 150 mil/hab.									
CAPS AD - R\$ 39.780,00	Atende todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Atende cidades e regiões ≥ 70 mil/hab.									
CAPS AD III - R\$ 105.000,00	Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias. Atende transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Em cidades ou regiões ≥ 150 mil/hab.									

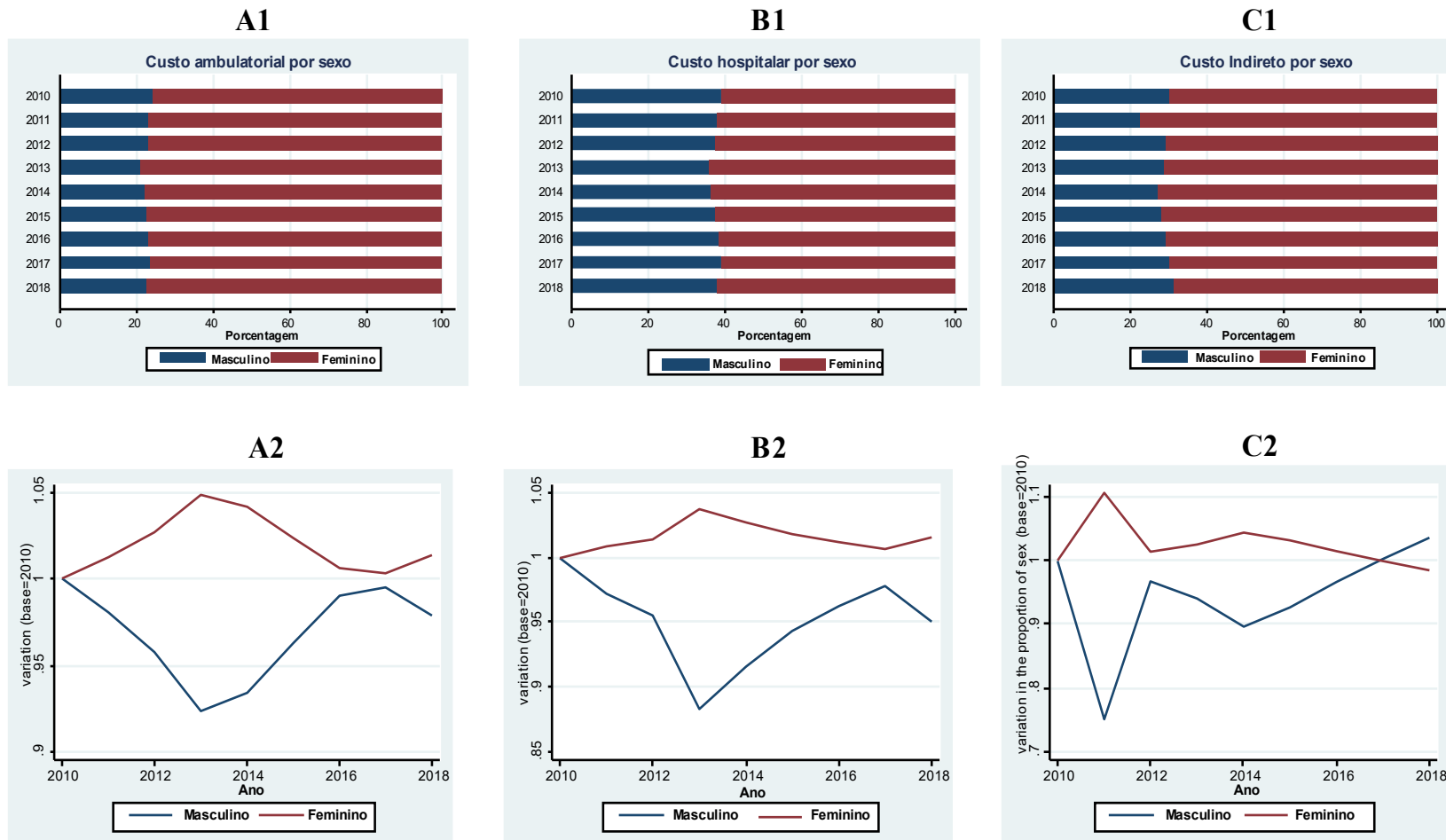
Fonte: Dados da Pesquisa.



Ao estratificar os custos da depressão por sexo, observou-se predominância das mulheres em todos os anos e componentes de custo analisados. O maior predomínio das mulheres foi verificado nos custos ambulatoriais, com média de 77,30% no período analisado, variando de 76,02% em 2010 a 78,83% em 2013 (Figura 3, A1), seguido dos custos indiretos (72,23%, variando de 68,98% em 2018 a 77,41% em 2011) (Figura 3, B1) e dos custos hospitalares (62,33%, variando de 61,13% em 2011 a 64,09% em 2013) (Figura 3, C1). Levando em consideração 2010 como ano-base, observou-se ligeira tendência de aumento na proporção de mulheres em todos os componentes de custos, sendo mais pronunciada nos custos ambulatoriais (Figura 3, A2). No final do período analisado, a proporção dos custos da depressão entre homens e mulheres retornaram ao verificado em 2010 (Figura 3, A2, B2 e B3).

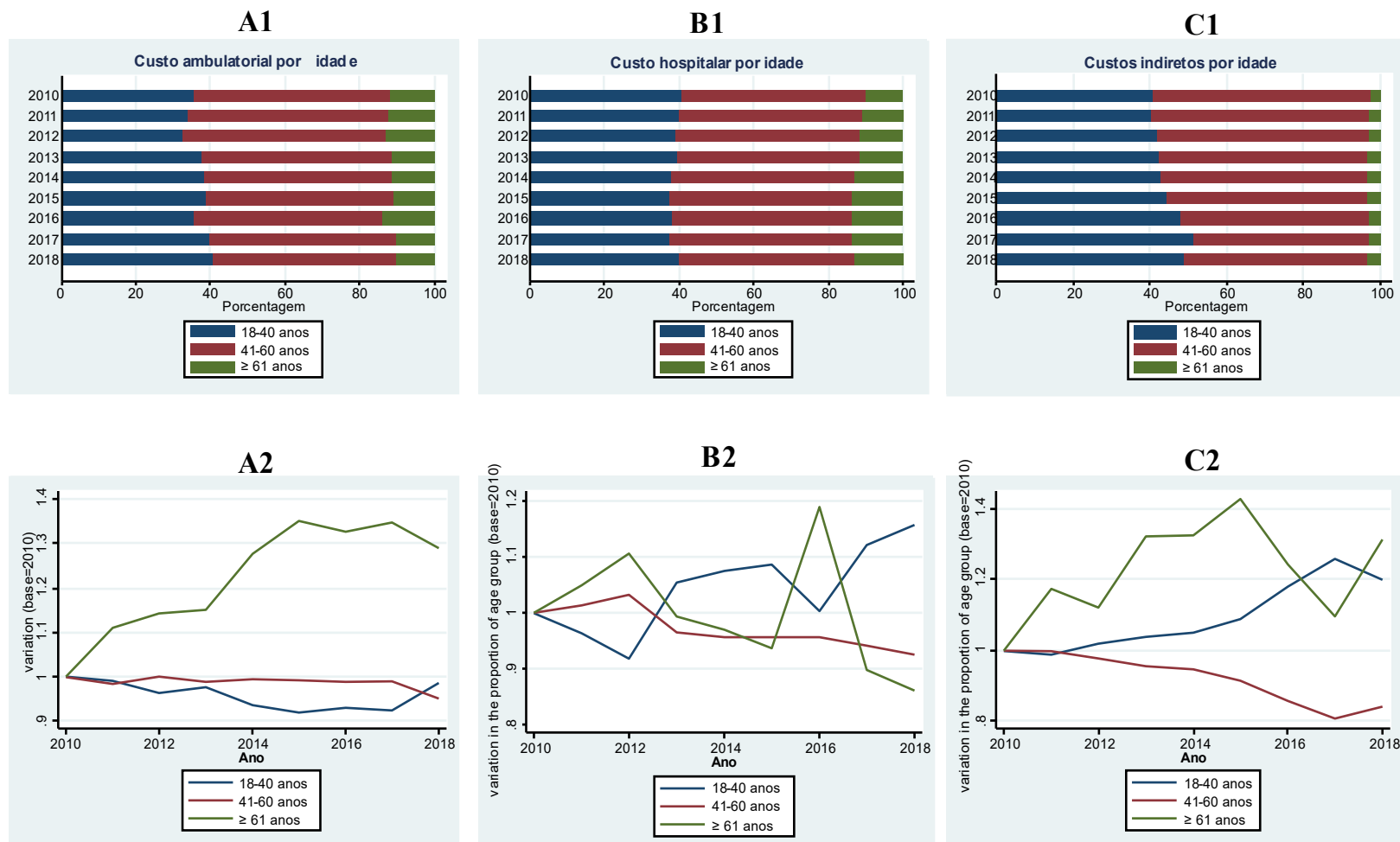
Em relação às faixas etárias consideradas no estudo, a população entre 41 e 60 anos foi responsável pela maior proporção dos custos com a depressão no Brasil. A média do período foi de 53,56% para os custos indiretos, de 50,92% para os custos ambulatoriais, e de 48,63% para os custos hospitalares. A proporção dos custos da depressão de indivíduos com faixa etária acima de 60 anos foi quase quatro vezes maior para os custos diretos em relação aos custos indiretos, sendo 11,53% para o ambulatorial (Figura 4, A1), 12,19% para o hospitalar (Figura 4, B2), e 3,12% para o absentéismo (Figura 4, C1). Por outro lado, a faixa etária acima de 60 anos foi a que apresentou maior crescimento em relação às demais faixas, particularmente para os custos ambulatoriais (Figura 4, A2) e indiretos (Figura 4, C2). Os custos hospitalares não apresentaram um padrão bem definido em termos de variação da proporção dos custos por faixa etária (Figura 4, B2).

**Figura 3:** Proporção dos custos da depressão por sexo (A1, B1 e C1) e sua variação anual considerando 2010 como ano-base (A2, B2 e C2) Brasil, 2010-2018



Fonte: Dados da pesquisa.

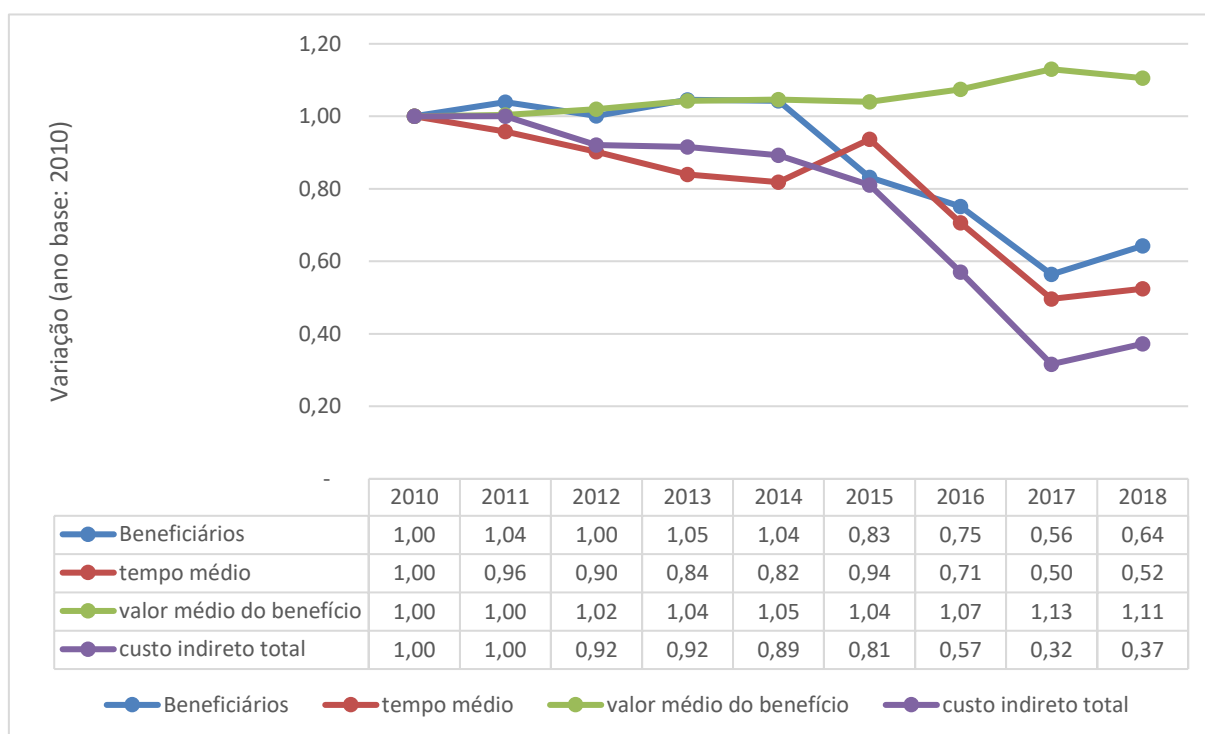
**Figura 4 -** Proporção dos custos da depressão por faixa etária (A1, B1 e C1) e sua variação anual considerando 2010 como ano-base (A2, B2 e C2) Brasil, 2010-2018



Fonte: Dados da pesquisa.

O absenteísmo foi o componente de maior peso no custo total da depressão no Brasil no período investigado, bem como o que apresentou redução de alguns parâmetros analisados no período. Verificamos que houve uma redução do número de beneficiários do auxílio-doença, a qual foi mais acentuada a partir de 2015. Adicionalmente, houve uma redução do tempo de afastamento pela depressão, principalmente a partir de 2011. Em 2017, a mediana do tempo de afastamento foi reduzida pela metade (Figura 5). O único parâmetro que apresentou um aumento foi o pagamento médio do afastamento por dia.

**Figura 5:** Variação anual do número de trabalhadores que tiveram licenças médicas causadas por depressão (F32.0-F33.9), mediana da duração das licenças médicas, custo médio das licenças médicas e custos indiretos totais da depressão (base 2010), Brasil, 2010-2018.



**Fonte:** Dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)

## 5.2 Perfil dos atendimentos e da cobertura presumida dos CAPS

A seguir, apresentam-se os resultados referentes aos indivíduos com diagnóstico médico de depressão atendidos na atenção especializada em saúde mental composta pelos CAPS, no Brasil, entre os anos de 2013 a 2019. Somam-se, ainda, aos resultados, dados referentes à taxa de pacientes atendidos/100 mil habitantes e a cobertura presumida de CAPS por unidade federativa e população adscrita.

### 5.2.1 Atendimentos realizados nos CAPS para pacientes com depressão segundo sexo, idade, raça/cor, CID-10 e tipo de atendimento

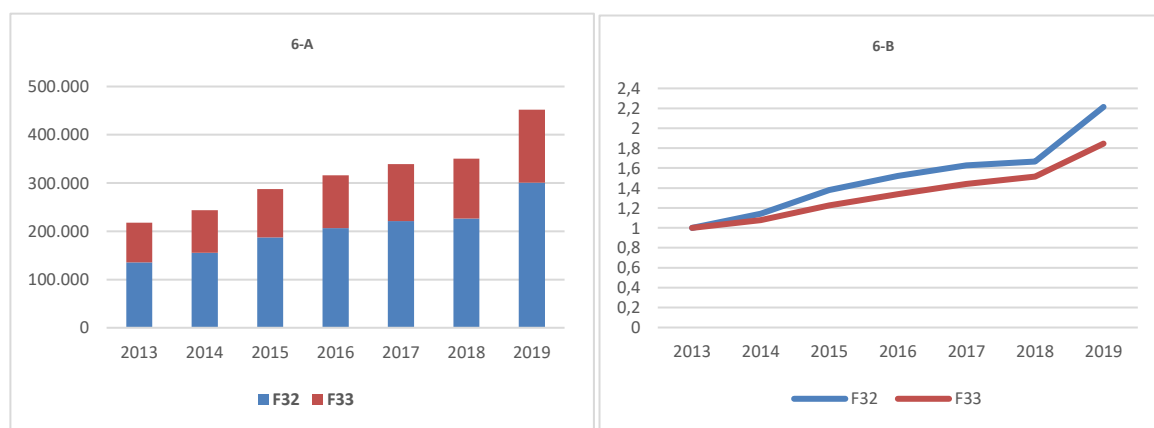
O número de pessoas atendidas nos CAPS com diagnóstico de depressão aumentou no período investigado, passando de 217.693, em 2013, para 451.789, em 2019, representando um crescimento de 107%. Em termos absolutos, verificou-se um aumento expressivo de pacientes atendidos nos CAPS em 2019, que representou um incremento de 101.335 indivíduos, em comparação ao ano anterior (Tabela 3).

Em relação às características clínicas, a maioria dos pacientes obteve o diagnóstico de episódios depressivos (65%), seguido do diagnóstico de transtornos depressivos recorrentes (35%) (Figura 6-A). Ao longo do período de 2013-2019, verificou-se um leve aumento dos dois tipos de diagnósticos entre os pacientes atendidos nos CAPS. No entanto, esse aumento foi maior para os episódios depressivos, em relação aos transtornos depressivos recorrentes (121% *versus* 85%, respectivamente), ao se comparar o número de pacientes em 2013 e 2019 (Figura 6-B). Em relação ao tipo de atendimento realizado nos CAPS, foram mais frequentes os atendimentos individualizados (75%) do que aqueles realizados coletivamente (25%). O procedimento coletivo que apresentou maior crescimento no período analisado foi o atendimento familiar, com um aumento de 245% entre 2013 e 2019. No entanto, em termos absolutos, o procedimento coletivo mais frequente foi o atendimento em grupo, realizado para 57.412 pacientes em 2019 (Tabela 4).

No que se refere ao perfil demográfico, as mulheres representaram 77% dos pacientes atendidos nos CAPS no período analisado (Figura 7-A), variando de 76%, em 2013, a 79%, em 2019. Os dados sugerem uma leve tendência de maior crescimento dos pacientes do sexo masculino no período (104,49% *versus* 133,76%, respectivamente) (Figura 7-B). A faixa etária de 41-60 anos foi a mais prevalente, correspondendo a 49% dos pacientes atendidos nos CAPS

no período analisado (Figura 7-C). No entanto, observamos um maior crescimento na faixa mais jovem (18-40 anos), principalmente após 2017 (Figura 7-D). Pessoas de cor branca e parda corresponderam a 72% dos pacientes (Figura 7-E), sendo que a parda apresentou maior crescimento no período analisado (Figura 7-F).

**Figura 6:** Tipo de diagnóstico da depressão dos pacientes atendidos nos CAPS, Brasil, 2013-2019.



**Fonte:** Sistema de Informação Ambulatorial, por meio do Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (SIA/RAAS).

**Tabela 3:** Número de pacientes atendidos para depressão nos Centros de Atenção Psicossocial em Saúde (CAPS) no período de 2013 a 2019, Brasil.

<b>Pacientes atendidos no CAPS</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Brasil</b>	217.693	243.386	287.702	316.225	338.957	350.454	451.789
<b>Sexo</b>							
Feminino	171.606	189.938	222.611	243.221	259.458	270.564	344.058
Masculino	46.087	53.448	65.091	73.004	79.499	79.890	107.731
<b>Faixa etária</b>							
18-40 anos	81.386	92.767	110.794	112.622	134.689	143.661	195.556
41-60 anos	111.093	123.101	145.474	159.884	168.725	171.525	211.318
≥61 anos	25.214	27.518	31.434	43.719	35.543	35.268	44.914
<b>Raça/cor</b>							
Branco	80.535	90.004	103.105	118.240	127.420	124.101	168.150
Preto/negro	8.514	9.447	10.509	11.553	12.970	13.566	18.303
Pardo	65.926	76.700	94.053	95.214	106.620	119.665	149.052
Amarelo	1.763	2.317	4.075	9.694	18.550	24.087	33.956
Indígena	104	72	79	138	192	402	425
Sem registro	60.851	64.846	75.881	81.386	73.205	68.633	81.903

**Fonte:** Sistema de Informação Ambulatorial, por meio do Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (SIA/RAAS).

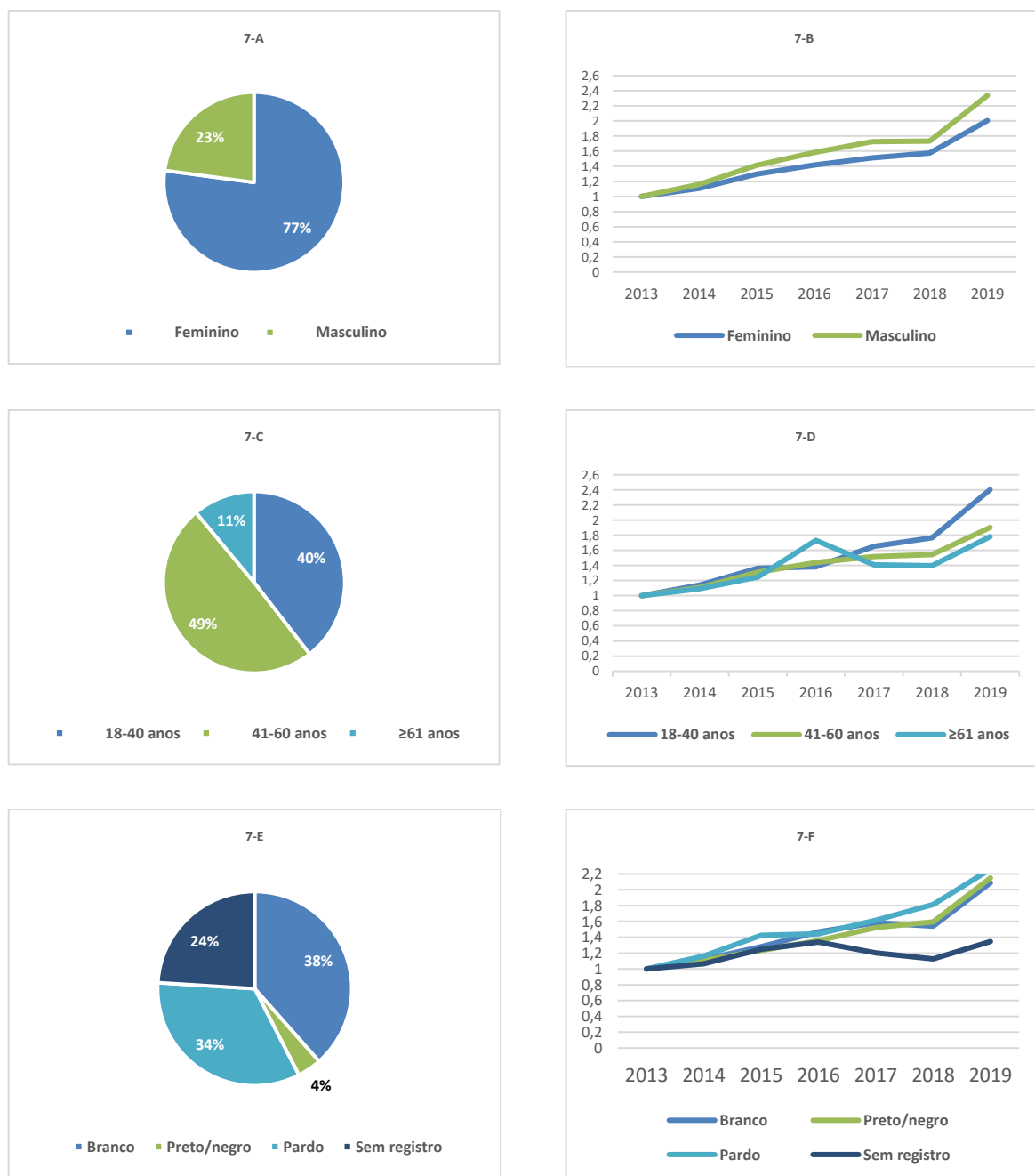
**Tabela 4:** Tipo de atendimento realizado para pacientes que utilizaram os CAPS, Brasil, 2013-2019.

Código do procedimento	Descrição	Número por ano							Evolução atendimentos
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
30108002-0	Acolhimento Noturno	71	94	127	134	209	220	383	
30108003-8	Acolhimento em 3º turno	189	53	49	41	46	38	67	
30108004-6	Acompanhamento de Paciente em SRT	110	80	88	123	109	101	222	
30108019-4	Acolhimento Diurno de Paciente em CAPS	23.173	28.256	30.693	29.244	34.492	28.302	45.471	
30108029-1	Atenção às Situações de Crise	1.224	1.299	1.342	1.567	1.724	2.293	3.588	
30108020-8	Atendimento Individual de Paciente no CAPS	133.479	149.463	179.442	207.529	223.303	231.362	295.467	
<b>TOTAL Atendimentos Individuais CAPS</b>		<b>158.246</b>	<b>179.245</b>	<b>211.741</b>	<b>238.638</b>	<b>259.883</b>	<b>262.316</b>	<b>345.198</b>	
30108021-6	Atendimento em Grupo de Paciente no CAPS	39.474	41.633	48.789	50.163	48.613	51.381	57.412	
30108022-4	Atendimento Familiar em CAPS	6.062	6.636	8.318	9.370	11.722	14.813	20.909	
30108024-0	Visita Domiciliar	2.073	2.186	2.790	3.156	3.345	3.475	4.106	
30108027-5	Práticas Corporais	3.769	3.949	4.101	4.401	4.577	5.392	6.041	
30108028-3	Práticas Expressivas e Comunicativas	5.285	6.404	6.752	6.391	7.001	9.052	11.147	
30108034-8	Ações de Reabilitação Psicossocial	2.194	2.173	2.551	3.029	2.451	2.607	4.635	
30108035-6	Promoção de Contratualidade	582	1.159	1.246	1.074	1.361	1.403	2.340	
<b>TOTAL Atendimentos em Grupo CAPS</b>		<b>59.439</b>	<b>64.140</b>	<b>74.547</b>	<b>77.584</b>	<b>79.070</b>	<b>88.123</b>	<b>106.590</b>	

**Fonte:** Sistema de Informação Ambulatorial, por meio do Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (SIA/RAAS).



**Figura 7:** Perfil dos pacientes com diagnóstico de depressão atendidos nos CAPS, Brasil, 2013-2019.



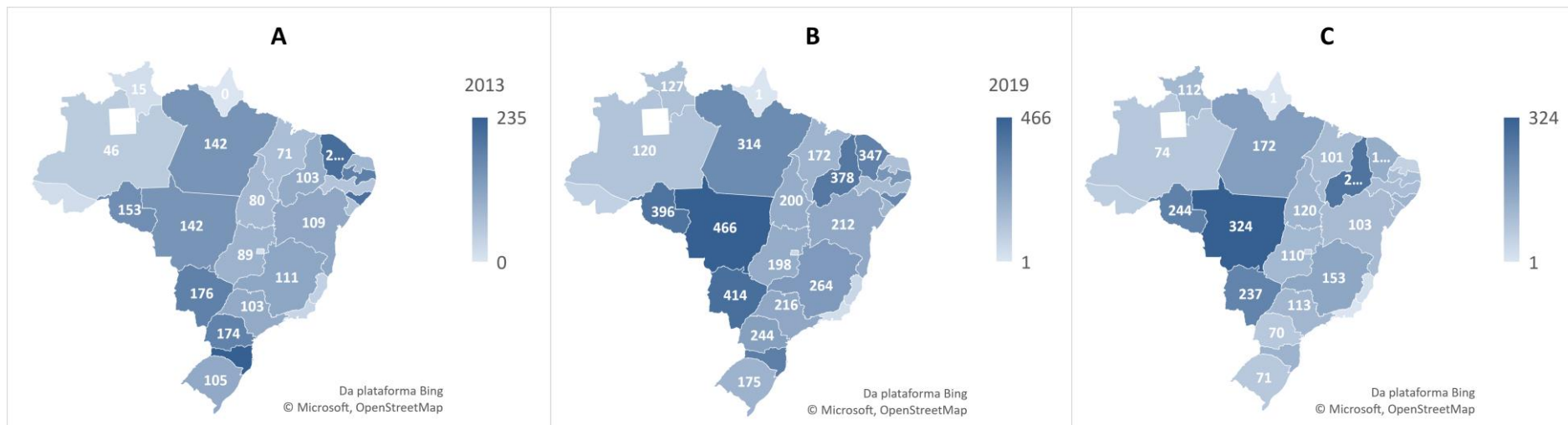
**Fonte:** Sistema de Informação Ambulatorial, por meio do Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (SIA/RAAS).

### **5.2.2 Distribuição geográfica dos atendimentos para depressão e cobertura presumida de CAPS no Brasil.**

A taxa de indivíduos com diagnóstico principal de depressão atendidos nos CAPS por 100.000 habitantes foi de 109 no Brasil em 2013, mas com disparidades acentuadas entre as unidades federativas, variando entre zero (Amapá) e 235 (Santa Catarina) (Figura 8-A). Esse padrão de desigualdade aumentou em 2019, havendo estados com taxa de 1 (Amapá) e de 466 pacientes por 100.000 habitantes (Mato Grosso) (Figura 8-B). Em termos nacionais, essa taxa aumentou para 215 por 100.000 habitantes em 2019. Ao analisar a diferença na taxa de pacientes atendidos por 100 mil habitantes entre 2013 e 2019, foram verificados maiores incrementos nos estados de Mato Grosso (323), Piauí (275), Rondônia (243), Mato Grosso do Sul (237), Pará (171) e Minas Gerais (153) (Figura 8-C) (APÊNDICE B).

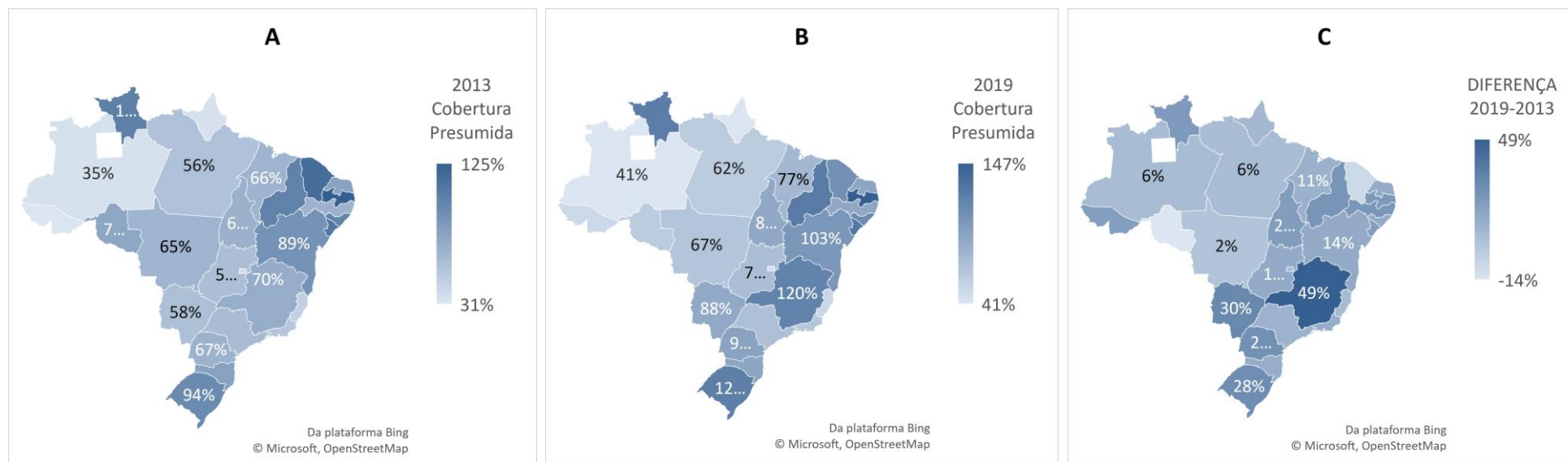
Identificou-se crescimento da cobertura presumida dos CAPS no país, aumentando de 71%, em 2013, para 87%, em 2019. No entanto, ainda persistem desigualdades entre as unidades federativas nos dois anos sob investigação. Em 2013, a cobertura presumida variou entre 31% (Acre) e 125% (Paraíba) (Figura 9-A); já em 2019, variou entre 41% (Amazonas e Amapá) e 147% (Paraíba) (Figura 9-B). Em 2013, sete estados apresentaram cobertura presumida superior a 90%, sendo cinco com cobertura superior a 100%. Em 2019, por sua vez, a quantidade de estados foi de 13 e nove, respectivamente. Também foi possível identificar que dois estados reduziram a sua cobertura presumida entre 2013 e 2019 (Rondônia e Ceará), embora o último ainda tenha se mantido com cobertura presumida relativamente alta em 2019 (108%). O estado com maior crescimento na cobertura presumida dos CAPS foi Minas Gerais, com um aumento de 49 pontos percentuais entre 2013 e 2019 (Figura 9) (APÊNDICE C E APÊNDICE D).

**Figura 8:** Número de pacientes com diagnóstico de depressão atendidos em CAPS por 100.000 habitantes, Brasil, 2013 e 2019.



**Fonte:** Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS), por meio dos Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (SIA/RAAS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

**Figura 9:** Cobertura presumida de Centros de Atenção Psicossocial por estado segundo os atendimentos para depressão, Brasil, 2013 e 2019



**Fonte:** Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS), por meio dos Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (SIA/RAAS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Custos diretos e indiretos da depressão no Brasil

Nosso estudo mostrou que os custos da depressão apresentaram redução ao longo do período de 2010-2018 no Brasil, passando de Int\$ 296.645.962,03, em 2010, para Int\$ 164.264.071,11, em 2018. Essa redução foi mais acentuada nos custos indiretos (-63,3%), seguida dos custos hospitalares (-41,3%). Por outro lado, os custos ambulatoriais apresentaram um aumento de 86,9%. Os custos indiretos representaram 74,85% dos custos totais com a depressão no período analisado. Houve maior custo para as mulheres (72,28%) e para a faixa etária de 41 a 60 anos (52,81%).

Os resultados do nosso estudo sugerem uma redução do custo da depressão no país entre 2010 e 2018, o que contrasta com a tendência de aumento da prevalência observada no Brasil e no mundo (BONADIMAN et al., 2017; IBGE, 2020; VOS et al., 2016; WHO, 2021). A causa dessa redução ainda não está estabelecida na literatura. No entanto, especula-se que possa existir ao menos dois fatores que expliquem essa redução. Primeiro, a mudança no cuidado dos transtornos mentais no país, passando de uma fase mais centrada na internação hospitalar para outra voltada ao cuidado ambulatorial, menos intervencionista. Segundo, nas medidas de austeridade fiscal adotadas em meados da década de 2010, as quais podem ter influenciado a concessão de benefícios de auxílio-doença para esses indivíduos.

Em relação à mudança do cuidado psicossocial, houve a reforma psiquiátrica iniciada no Brasil há mais de trinta anos. Essa reforma priorizou o atendimento pautado na liberdade, nos direitos e na autonomia dos indivíduos com transtornos mentais. Embora os avanços da reforma psiquiátrica tenham sido lentos, estes foram contínuos e significativos (CRUZ et al., 2020). O ponto estratégico para o cuidado são os CAPS, dispositivos que atuam por meio de equipes multidisciplinares e atendem por demanda espontânea, o que facilita o acesso a seus serviços, e, a depender da modalidade assistencial prestada, funciona 24 horas. Os CAPS contam com atividades programadas diariamente, a fim de reestabelecer as capacidades do sujeito, reinserindo-o na sociedade (SALLES; BARROS, 2013). Esses aspectos reforçam os resultados encontrados neste estudo, como o aumento dos custos ambulatoriais e do número de CAPS em todo o país, e a redução dos custos decorrentes dos cuidados hospitalares com a depressão. A redução das concessões de afastamento laboral por depressão pode, pelo menos

em parte, ser explicada por essa mudança no cuidado psicossocial no país, visto que esta permite mais autonomia ao indivíduo com depressão. No entanto, observou-se um retrocesso nas políticas de saúde brasileiras em 2016, em especial na saúde mental. Houve ampliação do financiamento dos hospitais psiquiátricos e redução do cadastramento dos CAPS, sinalizando uma retomada da centralidade do hospital psiquiátrico no cuidado da saúde mental (DELGADO, 2019; VASCONCELOS, 2017).

As políticas de austeridade fiscal foram implementadas no país em meados da década de 2010, com intuito de conter os gastos públicos e o endividamento do país (SANTOS; SULPINO, 2018). Essas políticas tiveram impacto significativo nas políticas de bem-estar social, culminando na Emenda Constitucional nº 95 de 2016, pela qual foi estabelecido o teto dos gastos federais por 20 anos (RASELLA et al., 2018). A previdência social tem sido apontada com um dos principais gastos da seguridade social no país e, conseqüentemente, algumas estratégias foram implementadas para reduzir os gastos e casos de fraude, como o pagamento de incentivo aos médicos peritos para revisar os auxílios vigentes (LOBATO et al., 2019). Isso pode ter influenciado tanto a quantidade quanto a duração dos afastamentos por depressão no país.

Nossos resultados demonstraram que os custos indiretos da depressão decorrentes do absenteísmo corresponderam a 74,85% de todos os custos da doença no período investigado. No Brasil, os transtornos mentais são a terceira causa de absenteísmo, responsáveis por grande quantidade de concessões de auxílio-doença (SILVA-JUNIOR; FISHER, 2015). Nesse sentido, a depressão tem posição de destaque (FEITOSA; FERNANDES, 2020), considerando que, nos EUA, cerca de 50% dos custos da depressão foram atribuíveis ao afastamento do trabalho (GREENBERG et al., 2015). Na Coreia do Sul, os custos indiretos decorrentes do absenteísmo equivaleram a 98,5% dos custos totais no ano de 2005 (CHANG et al., 2011). No Japão, os custos indiretos por absenteísmo representaram 62,7% de todos os custos em 2008 (OKUMURA; HIGUCHI, 2011). Na Espanha e Suécia, os custos indiretos relacionados às perdas laborais corresponderam, respectivamente, a 78,8% e 88,2 % dos custos totais atribuídos à depressão (EKMAN et al., 2013; SALVADOR-CARULLA et al., 2011). Esses estudos destacam o quanto essa condição é incapacitante e gera impactos econômicos, enfatizando a carga da doença mundialmente.

Houve predominância de mulheres com depressão no nosso estudo (61% - 64%), confirmando a maior prevalência dessa condição para esse sexo. Os gastos da depressão

atribuídos às mulheres foram maiores para todos os tipos de custo investigados. Estudo realizado em um estado brasileiro, que avaliou os afastamentos laborais por depressão, constatou que 63,6% desses foram concedidos para mulheres com idade média de 47,2 anos, corroborando com os achados do nosso estudo (FEITOSA; FERNANDES, 2020). O sexo feminino também foi prevalente tanto na composição dos participantes, quanto nos custos atribuídos à depressão nos estudos desenvolvidos na Holanda (69%), China (65%), Suécia (63%) e Reino Unido (69,6%) (BOSMANS et al., 2010; BYFORD et al., 2011; EKMAN et al., 2013; ZHANG et al., 2016).

O maior custo identificado neste estudo para o sexo feminino foi decorrente dos custos ambulatoriais, o qual também foi identificado em estudo prévio realizado na Catalonia (Espanha), representando 72,9% do custo total (SALVADOR-CARULLA et al., 2011). Na Alemanha, os custos ambulatoriais foram maiores para os homens (58,9%), comparados às mulheres (41,1%) (KLEINE-BUDDE et al., 2013), ressaltando que características culturais podem explicar tais diferenças.

Os custos diretos relacionados ao manejo da depressão representaram 25% do custo total da depressão no Brasil. Em comparação a estudos conduzidos em diferentes países, esse percentual foi diferente, sendo 45% nos Estados Unidos, 21,2% na Espanha, 14,2% no Japão, 10,3% na Suécia e 4,2% na Coreia do Sul (CHANG et al., 2011; EKMAN et al., 2013; GREENBERG et al., 2015; OKUMURA; HIGUCHI, 2011; SALVADOR-CARULLA, 2011). Esses percentuais podem ser explicados por diferenças metodológicas e nos sistemas de saúde desses países, conferindo alta heterogeneidade entre os estudos analisados.

A faixa etária com maior proporção de custos foi de pessoas entre 41-60 anos, e os idosos apresentaram custos diretos superiores aos custos indiretos. Esses achados foram semelhantes àqueles encontrados na Coreia do Sul, sendo de sujeitos entre 45-54 anos. Na Espanha, verificou-se maiores custos para depressão na faixa etária de 40-64 anos (64,3%) e, na Alemanha, os custos foram superiores nos idosos, em pessoas com idade média de 64,5 anos (CHANG et al., 2011; KLEINE-BUDDE et al., 2013; SALVADOR-CARULLA, 2011). Com o envelhecimento populacional, houve aumento da carga de doenças na população, especialmente dos transtornos mentais, em particular a depressão (GULLICH et al., 2016). Este aspecto é relevante para o Brasil, porque se estima que, em 2045, o número de idosos será maior do que o número de crianças no país, impactando diretamente na economia (IBGE, 2012).

Dentre os pontos fortes desta etapa do estudo, destaca-se que estimamos os custos diretos e indiretos da depressão no Brasil, baseando-se em dados do mundo real. Incluímos os dados advindos de sistemas de informação do Ministério da Saúde, que representam, aproximadamente, 75% de toda cobertura ambulatorial e hospitalar do SUS no Brasil (SILVA; POWELL-JACKSON, 2017), o que confere grande validade externa dos nossos achados. No entanto, nosso estudo possui limitações. Primeiro, não foi incluído o custo dos medicamentos dispensados na atenção primária aos indivíduos com depressão, pois não há um sistema de informação nacional para essa finalidade. Segundo, há problemas de registro decorrentes de dados advindos de sistemas de informação, embora haja estudos que recomendam fortemente o uso desses sistemas no processo de tomada de decisão da gestão (BITTENCOURT et al, 2006; GOUVEIA et al, 2000). Terceiro, houve mudança na forma de financiamento dos cuidados ambulatoriais para atenção psicossocial no país a partir de 2012. Assim, a comparação dos custos ao longo do período analisado deve ser vista com cautela. Quarto, nossos dados sobre afastamentos são provenientes do INSS, que registra concessão de auxílio-doença para períodos superiores a 15 dias. Afastamentos por motivo de doença inferiores a 15 dias são pagos pela empresa contratante, e não pela seguridade social pública. Assim, nossos resultados tendem a subestimar os custos com absenteísmo no país. Por fim, como não tivemos acesso a dados do sistema suplementar (planos de saúde privados), vale destacar que os custos da depressão no Brasil podem ser maiores do que os estimados no presente estudo.

## **6.2 Perfil dos atendimentos e da cobertura presumida dos CAPS**

Este estudo mostrou que o número de indivíduos com diagnóstico principal de depressão atendidos nos CAPS aumentou 107% entre 2013 e 2019. Na mesma direção, houve aumento da cobertura presumida dos CAPS no território nacional, passando de 71%, em 2013, para 87% em 2019, embora com disparidades acentuadas entre as unidades federativas. Verificamos que houve um maior incremento para atendimentos de episódios depressivos, o que sugere um cuidado pautado especialmente na crise, quando os sujeitos apresentam quadros agudos e com sinais e sintomas exacerbados. Os atendimentos de cunho individual foram mais frequentes, configurando uma assistência centrada no sujeito. Para os atendimentos na modalidade coletiva, destacaram-se aqueles destinados aos familiares. Em termos demográficos, prevaleceram os atendimentos a mulheres, com faixa etária de 41-60 anos de idade e de cor/raça branca e parda.



Nossos achados demonstraram uma disparidade em termos de distribuição dos CAPS no território nacional. Das 27 unidades federativas, 15 (55%) e 9 (33%) ficaram abaixo da cobertura considerada como muito boa pelo Ministério da Saúde em 2013 e 2019, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Em 2019, a região Norte concentrou a maior parte desses estados com cobertura presumida abaixo de 70%, com exceção do Tocantins (89%) e Roraima (124%). Outros estudos têm apontado os desafios do Norte na implementação da universalidade da saúde, particularmente devido às desigualdades socioeconômicas e limitada governança dos gestores da saúde (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017; MACEDO et al., 2017).

Cabe ressaltar que não encontramos nenhum estudo que tenha respaldado, com evidências empíricas, os parâmetros usados pelo Ministério da Saúde para definir a cobertura dos CAPS por modalidade assistencial. Tal fato pode não representar a real capacidade de atendimento à população pelos CAPS, podendo gerar coberturas demasiadamente otimistas. Com efeito, o Ministério da Saúde utiliza parâmetros diferentes para habilitação dos CAPS, baseado em recortes populacionais mais modestos: CAPS I ( $\geq 20$  mil habitantes); CAPS II ( $\geq 70$  mil habitantes); CAPS III ( $\geq 200$  mil habitantes); CAPS AD II ( $\geq 70$  mil habitantes); CAPS AD III ( $\geq 150$  mil habitantes) e CAPS AD IV ( $\geq 500$  mil habitantes) (BRASIL, 2017). Por exemplo, pode-se habilitar um CAPS I em um município com pelo menos 20 mil habitantes, mas a cobertura desse dispositivo é arbitrariamente definida pelo Ministério da Saúde para 50 mil habitantes. Por esse motivo, estamos qualificando nossos resultados como cobertura presumida.

Os atendimentos realizados nos CAPS devem ocorrer de forma interdisciplinar, seja o atendimento individual, sejam aqueles realizados de forma coletiva, em grupos e/ou com a inserção da família. Em estudos prévios (BEZERRA et al., 2018; UCHIDA et al., 2011) realizados sob essa perspectiva, apontou-se a relevância da participação da família no tratamento. Nossos resultados identificaram o crescimento no número de atendimentos para familiares. Isso possibilita a troca de informações com os familiares e direciona o tratamento dos usuários, uma vez que se constitui como eixo norteador para a proposta de assistência oferecida no CAPS, na medida em que proporciona a estes reconstruírem suas vidas para além do circuito saúde-doença. Tal aspecto contribui para a reabilitação social do sujeito e, conseqüentemente, para sua reinserção na sociedade.

O tratamento para depressão compreende uso de medicamentos e terapias em grupo ou individual, podendo estar associadas ou empregadas isoladamente a depender da intensidade e

duração dos sintomas (WHO, 2022). Nossos dados demonstraram maior número de atendimentos individuais e com foco nas crises agudas de depressão, embora com crescimento nos atendimentos para familiares e para atividades em grupo. A literatura tem evidenciado que a escolha da terapêutica dependerá da avaliação da intensidade e duração sintomatológica. Entretanto, estudos prévios reforçam que menos da metade das pessoas com depressão recebe tratamento adequado (ALANG; McALPINE; McCREEDY, 2020; OLFSON; BLANCO; MARCUS, 2016).

O diagnóstico para quadros depressivos é clínico, levando-se em conta o relato do sujeito, que engloba aspectos emocionais e físicos. Entretanto, o profissional precisa se atentar à detecção precoce e intervir adequadamente (WILLIAMS; MASLOW, 2016). Esses aspectos podem refletir o expressivo número de atendimentos obtidos para os episódios depressivos, em que se presta o cuidado apenas durante uma crise, atenuando-se os principais sintomas, embora não haja continuidade, a fim de obter a remissão total do quadro. Diversos fatores podem interferir na continuidade do cuidado, entre eles o número reduzido de serviços e profissionais capacitados e aptos, além da dificuldade em sensibilizar o sujeito quanto à importância de permanecer no tratamento pelo período pactuado com a equipe e não apenas na crise (SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021; YAMABE et al., 2019)

A depressão acomete uma proporção superior de mulheres (BRITO et al, 2018) em relação aos homens, aspecto esse que pode ser confirmado em nosso estudo. No entanto, constatou-se aumento dos atendimentos para o público masculino. Estudos conduzidos com enfoque na busca por serviços de saúde por homens com depressão mostraram que as normas tradicionais impostas pela sociedade em relação à masculinidade têm efeito três vezes maior entre aqueles que sofrem de depressão, impactando nos sintomas e expressão dos sintomas, nas atitudes, nas intenções e no comportamento real de busca de ajuda e na gestão dos sintomas (CALL; SHAFER, 2015; SEIDLER ET AL., 2016).

Em relação à idade, nossos achados demonstraram que cerca de metade dos atendimentos foi para pessoas com idade de 41-60 anos. Ressalta-se, ainda, o aumento de jovens atendidos nos CAPS com depressão após 2017. O acometimento de pessoas jovens e economicamente ativas com depressão tem aumentado e resulta em maior absenteísmo (FEITOSA; FERNANDES, 2020; MERCEDES et al., 2022). Em relação à cor da pele, a maioria dos usuários atendidos era branca, com aumento para aqueles autodeclarados como pardos. Em pesquisa (BRITO et al., 2018) que avaliou a prevalência de depressão em adultos

no Brasil, os jovens brancos apresentaram a menor prevalência de depressão. Em uma avaliação quanto ao uso de serviços de saúde mental por sujeitos com depressão, constatou-se que a maioria (81%) era do sexo feminino e com idade média de 49 anos (GONZÁLEZ-SUÑER et al., 2021). Deste modo, as características gerais dos sujeitos do nosso estudo se assemelham com a literatura.

Nosso estudo aponta que os atendimentos para depressão nos CAPS aumentaram, e esse achado está em consonância com o crescimento da prevalência desta patologia mundialmente. O cuidado em saúde no país visa assistência integral por meio de redes articuladas de atenção à saúde. Para atender às demandas de saúde mental, conta-se com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os casos de depressão leve e moderada deveriam ser resolvidos na APS, e apenas casos graves e resistentes ao tratamento, encaminhados para a atenção especializada, no caso os CAPS. Uma possível justificativa para o expressivo aumento na quantidade de indivíduos atendidos nos CAPS seria a falta de preparo dos profissionais que atuam na APS em detectar os sinais e sintomas quando estes ainda são leves e passíveis de serem tratados nesse nível assistencial, além do quantitativo reduzido de dispositivos de saúde que atendam tais demandas. Embora o Ministério da Saúde apresente que o índice de cobertura de CAPS/habitantes esteja dentro dos padrões considerados como adequados, o Brasil conta com vazios assistenciais (DIMENSTEIN et al. 2021).

Como pontos fortes desta etapa da pesquisa, destaca-se que nosso estudo teve abrangência nacional e contemplou um período de sete anos, o que permitiu identificar avanços e desafios dentro do manejo de pacientes acometidos por depressão nos CAPS. Além disso, os resultados são provenientes de dados do mundo real, de registros realizados para pacientes que foram atendidos em serviços de saúde. Adicionalmente, nosso estudo contribuiu para propor um novo indicador para calcular a cobertura presumida de CAPS, baseado em parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o qual permitiu mostrar as desigualdades entre as unidades federativas brasileiras e os desafios para atingir a cobertura plena da população do país.

Em relação às limitações, nossos resultados estão restritos aos indivíduos atendidos nos CAPS e não em toda a RAPS. Segundo, baseamos nossos resultados no número de indivíduos atendidos e não no número de atendimentos recebidos. Terceiro, há fragilidades de registros das ações ambulatoriais em saúde (RAAS-psicossocial), por ainda serem realizadas manualmente e, posteriormente, transferidas para o sistema informatizado, o que pode implicar

em erros de digitação (SILVA; CAMARGO; BEZERRA, 2018). Quarto, nossos dados também se restringem à saúde pública, excluindo, assim, os atendimentos realizados na saúde suplementar ou desembolso direto.

A distribuição geográfica dos sujeitos atendidos, assim como a cobertura presumida de CAPS, possibilitou apontar particularidades da atenção psicossocial em determinados territórios, destacando aspectos relacionados a fatores históricos, econômicos e sociais que geram diferenças nas condições de saúde, oferta de serviços, cobertura, recursos humanos e financiamento. Acreditamos que este é um campo permeado por entraves, até mesmo pelo estigma enfrentado pelos sujeitos em sofrimento mental, necessitando de maiores discussões nesse campo, a fim de serem implementadas políticas públicas que atendam ao maior número possível da população brasileira. Temos um país com grande extensão territorial, e com a maior parte dos municípios sendo de pequeno porte, logo a importância de uma rede articulada de serviços que atendam às demandas de acordo com as particularidades apresentadas.

## 7 CONCLUSÃO

A depressão constitui transtorno mental incapacitante e com elevada carga econômica para os sistemas de saúde, e, somado a isso, existem os danos decorrentes da exclusão social gerados por essa patologia, e que podem agravar o sofrimento dos indivíduos com essa condição. Os custos com a depressão cresceram em todo período analisado, em especial os relacionados à carga social da doença, uma vez que se destacaram majoritariamente os custos indiretos, que decorreram dos afastamentos do trabalho. O estudo mostrou elevado número de pessoas afastadas do trabalho por período superior a 90 dias, devido à depressão. Tal achado é preocupante, considerando que afastamento por período prolongado é preditivo de dificuldades de retorno ao trabalho.

Outro aspecto a ressaltar é quanto à Reforma Psiquiátrica brasileira, que é uma conquista recente e em construção, por envolver diferentes campos de disputa. Os CAPS implantados são os principais dispositivos de cuidado, visam fortalecer o processo já iniciado ao longo dos anos para legitimar os serviços que prestam cuidado em saúde mental. Para serem de fato substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os CAPS devem promover a reinserção social do indivíduo por meio da garantia e exercício dos Direitos Civis, Sociais, Políticos, Humanos e do fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A distribuição geográfica dos sujeitos atendidos, assim como a cobertura presumida de CAPS, possibilitou apontar particularidades da atenção psicossocial em determinados territórios, destacando aspectos relacionados a fatores históricos, econômicos e sociais que geram diferenças nas condições de saúde, oferta de serviços, cobertura, recursos humanos e financiamento.

Em relação aos sujeitos com depressão atendidos nos serviços especializados de saúde mental – CAPS –, estes aumentaram em todo o período analisado, reforçando o maior acometimento desse transtorno e sua carga social, porém a maior utilização desses dispositivos comunitários não representa maior disponibilidade de acesso ou cobertura assistencial, ainda mais com as recentes mudanças na política de saúde mental vigente, com maiores incentivos financeiros para internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas. Acreditamos que este é um campo permeado por entraves, até mesmo pelo estigma enfrentado pelos sujeitos em sofrimento mental, necessitando de maiores discussões nesse campo, a fim de serem implementadas políticas públicas que atendam ao maior número possível da população brasileira. Temos um país com grande extensão territorial e com a maior parte dos municípios

sendo de pequeno porte, logo a importância de uma rede articulada de serviços que atendam as demandas de acordo com as particularidades apresentadas.

Dessa forma, é importante intensificar o investimento no combate às causas da depressão, particularmente em medidas preventivas e de promoção à saúde. O Brasil avançou na reforma do cuidado psiquiátrico no país, mas aprimoramentos ainda são necessários, como aumento da cobertura dos CAPS no território nacional, ampliação das equipes multidisciplinares e maior disponibilidade de capacitação aos profissionais de saúde para o cuidado psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- ALANG, S.; MCALPINE, D.; MCCREEDY, E. Selection Into Mental Health Services Among Persons With Depression. **Psychiatric Services**, v. 71, p. 588-592, 2020.
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711222>. Acesso em: 19 ago. 2019.
- ANDRADE, L. H. *et al.* Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, 2012.
- ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, jul-set 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zzG7bfRbP7xSmqgWX7FfGZL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 mai. 2021.
- APA. **Depression**. Washington DC: American Psychiatry Association, 2019. Disponível em: <https://www.apa.org/topics/depression>. Acesso em: 08 mai. 2021.
- APA. **Diagnostic and Statistical manual of mental disorders - DMS-5**. 5. ed. Washington DC: American Psychiatry Association, 2013.
- ARAÚJO, Y. B. *et al.* Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da atenção primária. **J Health Inform**, v. 8, n. Compl., p. 164-170, 2016.
- AZEVEDO, A. B. C.; CICONELLI, R. M.; BOSI, M. Estudos de custos de doenças. **Rev. Bras. Med.**, v. 7, n. 4, p. 103-105, 2005.
- BĂDESCU, S. V. *et al.* The association between Diabetes mellitus and Depression. **J Med Life**, v. 9, n. 2, p. 120-5, abr-jun. 2016.
- BARROS, M. B. A. *et al.* Trends in social and demographic inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil: PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, set. 2011.
- BASAGLIA, F. **A Instituição negada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BAUER, M. *et al.* Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte:

tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. **Rev Psiq Clín.**, v. 36, n. 2, p. 17-57, 2009a.

BAUER, M. *et al.* Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 2ª parte: tratamento de manutenção do transtorno depressivo maior e tratamento dos transtornos depressivos crônicos e das depressões subliminares **Rev. Psiq. Clín.**, v. 36, n. 2, p. 58-76, 2009b.

BAUMEISTER, S. E. *et al.* Change in depressive symptoms and mental health-related quality of life in northeast Germany between 1997-2001 and 2008-2012. **Int. J. Public Health**, v. 60, p. 33-39, 2015.

BEZERRA, E. B. N. *et al.* O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 169-188, 2018.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. Hospital Information Systems and their application in public health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 19-30. 2006.

BOLLEN, J. *et al.* Os efeitos da inflamação aguda no funcionamento cognitivo e no processamento emocional em humanos: uma revisão sistemática de estudos experimentais. **J. Psychos Res.**, v. 94, p. 47-55, 2017.

BONADIMAN, C. S. C. *et al.* A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, n. suppl. 1, p. 191-204, mai. 2017.

BOSMANS, J. E. *et al.* Health care costs of depression in primary care patients in The Netherlands. **Family practice**, v. 27. n. 5, p. 542-548, 2010.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 30 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União:** Seção 1. Brasília, DF, n. 112, p.59-62, 24 maio. 2016. Disponível em: <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/13/para-conhecimento/cns-resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012>. Acesso em: 18 mai. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: out. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012.** Dispõe sobre as alterações na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:



[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html). Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013**. Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1966\\_10\\_09\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1966_10_09_2013.html). Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 23 jul 2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089\\_23\\_12\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011.html). Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017 para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 18 mai. 2019.

BRITO, V. C. A. *et al.* Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, 2022.

BYFORD, S. *et al.* Impact of treatment success on health service use and cost in depression: longitudinal database analysis. **Pharmacoeconomics**, v. 29, n. 2, p. 157–170, 2011.

CALL, J. B.; SHAFER, K. Gendered Manifestations of Depression and Help Seeking Among Men. **Am. J. Mens. Health**, v 12. n. 1, p. 41-51, jan. 2018.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 16-22, ago. 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240181004>. Acesso em: 27 out. 2017.

CHANG, S. M.; HONG, J. P.; CHO, M. J. Economic burden of depression in South Korea. **Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 47, p. 683–689, 2012.

CHEN, S. *et al.* Association of depression with pre-diabetes, undiagnosed diabetes, and previously diagnosed diabetes: a meta-analysis. **Endocrine**, v. 53, n. 1, p. 35-46, 2016.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. *et al.* Incremental health expenditure and lost days of normal activity for individuals with mental disorders: results from the São Paulo Megacity Study. **BMC Public Health**, v. 15, p. 745, 2015.

CHISHOLM, D. *et al.* Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **Lancet Psychiatry**, n. 3, v. 5, p. 415-424, 2016.

COELHO NETO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. Educ. Saúde**. v. 18, n. 3, 2020.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, 2019.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1727-1738, 2021.

EGELAND, M.; ZUNSZAIN, P. A.; PARIANTE, C. M. Mecanismos moleculares na regulação da neurogênese adulta durante o estresse. **Nat. Rev. Neurosci**, v. 16, p. 189-200, 2015.

EKMAN, M. *et al.* The societal cost of depression: evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. **Journal of affective disorders**, v. 150, n. 3, p. 790–797, 2013.

FEITOSA, C. D. A.; FERNANDES, M. A. Afastamentos laborais por depressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, 2020.

FEITOSA, K. M. A. *et al.* (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 40-54, abr. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151636872012000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872012000100004&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 24 out 2017.

FERREIRA, A. S. *et al.* Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 4, p. 321-328, 2016.

FREEDLAND, K. E.; CARNEY, R. M. Depression as a risk factor for adverse outcomes in coronary heart disease. **BMC Med**, v. 11, p. 131, 2013.

FREEMAN, P. R. *et al.* Utilization of prescription drug monitoring programs for prescribing and dispensing decisions: Results from a multi-site qualitative study. **Res Social Adm Pharm**, v. 15, n. 6, p. 754-760, 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Organização Pan -Americana da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v. 1, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2009.

GABRIEL, F. C. *et al.* Pharmacological treatment of depression: A systematic review comparing clinical practice guideline recommendations. **PLoS ONE**, v.15, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231700>. Acesso em: 29 mai. 2021.

- GAMA, J. R. A. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1397-1417, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400008>. Acesso em: 15 ago. 2019.
- GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. D. Health regionalization in Amazonas: progress and challenges. **Cien. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017.
- GELENBERG, A. J. *et al.* **Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder**, Washington, D.C.: American Psychiatry Association, 3 ed., 2010.
- GONZÁLEZ-SUÑER, L. *et al.* Use of Mental Health Services for Patients Diagnosed with Major Depressive Disorders in Primary Care. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 3, p. 885, 2021.
- GREENBERG, P. E. *et al.* The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010). **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 76, n. 2, p. 155-162, 2015.
- GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 19, n. 04, p. 691-701, 2016.
- HAMMEN, C. Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, v. 14, p. 1–28, 2018.
- HARRIS, T. O. *et al.* Cortisol matinal como fator de risco para transtorno depressivo maior subsequente em mulheres adultas. **Br. J. Psychiatry**, v. 177, p. 505-510, 2000.
- HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. **The global economic burden of noncommunicable diseases**. Geneva: World Economic Forum, 2011.
- HERRMAN, H. *et al.* Reducing the global burden of depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. **Lancet**, v. 393, p. 42–43, 2019.
- HIDAKA, B. H. Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. **Journal of Affective Disorders**, v. 3, n. 140, p. 205-214, nov. 2012.
- HUSSON, O.; MOLS, F.; POLL-FRANSE, L. V. The relation between information provision and healthrelated quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. **Ann Oncol**, v. 22, n. 4, p. 761-72, 2011.
- IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 ago. 2021.
- IBGE. **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA: Inflação**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php>. Acesso em: 15 jun. 2021.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade: 2010-2011**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2012. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb\\_2011.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2011.pdf). Acesso em: 16 ago. 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2014.

IBGE. **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: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2020b.

IHME. **GBD Compare**. Seattle (WA): University of Washington, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: 27 ago. 2021.

INSS. **Auxílio-Doença**. Brasília: INSS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/auxilios/auxilio-doenca/auxilio-doenca>. Acesso em: 23 jul. 2021.

JANE-LLOPIS, E. *et al.* Reducing the silent burden of impaired mental health. **J. Health Commun**, v.16, suppl 2, p.59-74, 2011.

KENDLER, K. S.; KARKOWSKI, L. M.; PRESCOTT, C. A. Relação causal entre eventos estressantes da vida e o início de depressão maior. **Am. J. Psychiatry**, v. 156, p. 837-841, 1999.

KENNEDY, S. H. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016: clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. **Pharmacological Treatments**. **Can. J. Psychiatry**, Canada, v. 61, n. 9, p. 540-560, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0706743716659417> PMID: 27486148. Acesso em: 22 ago. 2021.

KESSLER, R. C. Os efeitos dos eventos estressantes da vida na depressão. **Annual Review of Psychology**, v. 48, p. 191-214, 1997.

KESSLER, R. C. The costs of depression. **Psychiatr Clin North Am.**, v. 35, n. 1, p. 1-14, mar. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22370487/>. Acesso em: 26 ago. 2019.

KESSLER, R. C.; BROMET, E. J. The epidemiology of depression across cultures. **Annu Rev Public Health**, v. 34, p. 119-138, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4100461/pdf/nihms588335.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

KESSLER, R. C. *et al.* Diferenças de idade na prevalência e comorbidade de episódios depressivos maiores do DSM-IV: resultados da Iniciativa de Pesquisa Mundial de Saúde Mental da MS. **Deprimir Ansiedade**. v. 27, p. 351-364, 2010.

KIM, S. G. *et al.* The economic burden of cancer in Korea in 2002. **European Journal Cancer**, v. 17, n. 2, p. 136-144, 2008.

KLEINE-BUDDE, K. *et al.* The cost of depression - a cost analysis from a large database. **Journal of affective disorders**, v. 147, n. 1-3, p. 137-143, 2013.

KLENGEL, T.; BINDER, E. B. Epigenética de transtornos psiquiátricos relacionados ao estresse e interações gene x ambiente. **Neuron**, v. 86, p. 1343-1357, 2015.

KNORR, U. *et al.* Cortisol salivar em pacientes deprimidos versus pessoas de controle: uma revisão sistemática e meta-análise. **Psychoneuroendocrinology**, v. 35, p. 1275-1286, 2010.

KRAUS, C. *et al.* Serotonina e neuroplasticidade - ligações entre a fisiopatologia molecular, funcional e estrutural na depressão. **Neurosci Biobehav Rev**, v. 77, p. 317-326, 2017.

LIMA, L. D. *et al.* Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, sup. 2, 2019.

LOBATO, L. V. C.; COSTA, A. M. R.; FRIZON, M. L. Pension reform: the fatal blow to Brazilian social security. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 05-14, 2019.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude soc [Internet]**, v. 26, n. 1, jan. 2017.

MALHI, G. S.; MANN, J. J. Depression. **The Lancet**, v. 24, n. 392, p. 2299-2312, nov 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30396512/>. Acesso em: 27 abril. 2021.

MAYNART, W. H. C. *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 4, ago. 2014.

MEHTA, K. *et al.* Depression in the US population during the time periods surrounding the great recession. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 76, p. 499-504, 2015.

MENDES, A. C. G. *et al.* Avaliação do sistema de informações hospitalares - SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 9, n. 2, p. 67-86, 2000.

MENEZES, I. C.; JURUENA, M. F. Diagnóstico de depressões unipolares e bipolares e seus especificadores. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, n. supl.1, p. 64-71, fev. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127540>. Acesso em: 17 set. 2021.

MENGUE, S. S. *et al.* Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. supl. 2, 2016.

MERCEDES, B. P. C. *et al.* Economic burden of depression in Brazil: a cost-of-illness study based on productivity losses and healthcare costs between 2010 to 2018. **Expert Review Of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, London, Taylor & Francis Group, p. 1-9, 2022.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Serviço de Informação ao Cidadão**. Brasília: Ministério da Economia, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/cvm/pt-br/aceso-a-informacao-cvm/servico-de-informacao-ao-cidadao>. Acesso em: 16 de junho de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acesso em: 22 ago. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD). Secretaria de Atenção Primária a Saúde (Saps). **Dados da rede de atenção psicossocial (raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. Brasília: Ministério da Saúde, [2021?a]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>. Acesso em: 26 ago. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linhas de Cuidado. **Depressão no Adulto**. Brasília, Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/depressao/>. Acesso em: 15 de jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados**. Brasília: Informativo eletrônico ano 10, nº 12, out. 2015. Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental). Acesso em: 12 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica n. 34**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde: Manual de Operação do Sistema**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos\\_medicalizacao\\_recomendacoes\\_estrategia\\_1ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf). ISBN 978-85-334-2688-7. Acesso em: 16 ago. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2020** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, [2021?b]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/medicamentos-renom>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Série G, Estatística e Informação em Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 14, 2010.

MINISTERIO DE SALUD. **Guia de Practica clinica: deteccion temprana y diagnostico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos: atencion integral de los adultos con diagnosticode episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente**. Colombia: Ministerio de Salud, 2013. Disponível em: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_500/GPC\\_td/gpc\\_td.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_td/gpc_td.aspx). Acesso em: 27 out. 2017.

MINSAL. **Guia clinica AUGE depression en personas de 15 años y mas [Internet]**. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Serie Guias Clinicas, 2013. Disponível em: [http://supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-652\\_recurso\\_1.pdf](http://supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-652_recurso_1.pdf). Acesso em: 27 out. 2017.

MONCRIEFF, J. *et al.* A teoria da serotonina da depressão: uma revisão sistemática das evidências. **Mol Psiquiatria**, 2022.

MORENO-AGOSTINHO, D. *et al.* Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 281, p. 235–243, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33338841/>. Acesso em: 17 ago. 2021.

MORENO, R. A. Interoperabilidade de Sistemas de Informação em Saúde. **J. Health Inform.**, v. 8, p. 1-2, 2016.

MUNHOZ, T. N. *et al.* A nationwide population-based study of depression in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 192, p. 226-233, 2016.

NASI, C.; SCHNEIDER, J. F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1157-63, 2011.

NASSER, F. J. *et al.* Doenças Psiquiátricas e o Sistema Cardiovascular: Interação Cérebro e Coração. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 29, n. 1, p. 65-75, 2016.

NICE. Depression in adults: recognition and management. NICE guideline, National Institute for Health and Care Excellence, 2009. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence>. Acesso em: 18 set. 2021.

NIELSEN, M. B. *et al.* Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. **European journal of public health**, v. 21, n. 6, p. 806–811, 2011.

NIHALANI, N.; SIMIONESCU, M.; DUNLOP, B. W. Depression: phenomenology, epidemiology, and pathophysiology. **Depression: treatment strategies and management**. Florida: CRC Press, Boca Raton, 2016.

NIMH. **Depression**. U.S., National Institute of Mental Health, fev. 2018. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>. Acesso em: set. 2021.

NOORBALA, A. A. *et al.* Trends of mental health status in Iranian population aged 15 and over between 1999 and 2015. **Archives of Iranian Medicine**, v. 20, n. 11 Suppl. 1, p. 2-6, 2017.

OECD. **Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work**. Paris: OECD Publishing, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264228283-en>. Acesso em: 26 mai. 2019.

OKUMURA, Y.; HIGUCHI, T. Cost of depression among adults in Japan. **The primary care companion for CNS disorders**, v. 13, n. 3, 2011.

OLFSON, M.; BLANCO, C.; MARCUS, S. C. Treatment of adult depression in the United States. **JAMA Intern. Med.**, v. 176, p. 1482-1491, 2016.

OLIVEIRA, M. A. P.; PARENTE, R. C. M. Estudos de coorte e caso-controle na era da Medicina baseada em evidência. **BJVS**, v. 3, n. 3, p. 115-125, 2010.

OLIVEIRA, M. L.; SANTOS, L. M. P.; SILVA, E. N. Bases metodológicas para estudos de custos da doença no Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 27, n. 5, p. 585–595, 2014.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão**. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: EDUSP - Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: mai. 2019.

OMS. **Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental**. Brasil, Organização Mundial da Saúde, Folha informativa - Depressão, 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095). Acesso em: 17 abr. 2019.

OMS. **Depressão** (Português). Organização Mundial da Saúde, [2021?]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: jul. 2021.

OMS. **MI-GAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e para uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/IG\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, suppl 1, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004>. Acesso em: 02 set. 2021.



PAJAK, A. *et al.* Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study. **Eur. J. Prev. Cardiol.**, v. 20, n. 2, p. 331-40, 2013.

PAHO. **The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas**. Washington, D.C: Pan American Health Organization, 2018.

PETERSON, R. E. *et al.* A análise genética molecular subdividida pela exposição à diversidade sugere heterogeneidade etiológica na depressão maior. **Am. J. Psychiatry**, v. 175, p. 545-554, 2018.

PETRAK, F. *et al.* Depression and diabetes: treatment and health-care delivery. **Lancet Diabetes Endocrinol.**, v. 3, p. 472–485, 2015.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S.; FIGUEIREDO, A. W. S. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, p. 1859-1870, 2018.

PIZZAGALLI, D. A. Depressão, estresse e anedonia: em direção a uma síntese e modelo integrado. **Ann Rev Clin Psychol**, v. 10, p. 393-423, 2014.

RASELLA, D. *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLOS Medicine**, v. 15, n. 5, p. 1-20, 2018.

RAZZOUK, D. Porque o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da saúde? **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n. 25, v. 4, p. 845-848, out-dez 2016.

RAZZOUK, D.; ALVAREZ, C.; MARI, J. O impacto econômico e o custo social da depressão. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed; p. 27-37, 2009.

REIS, L. N. *et al.* Probabilidades de internação psiquiátrica de pacientes de um ambulatório de saúde mental. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 11, n. 2, p. 61-69, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/104738>. Acesso em: 11 out. 2017.

RICE, D. P. Estimating the cost of illness. **Am. J. Public. Health**, v. 57, n. 3, p. 424-40, 1967.

ROELEN, C. A. *et al.* Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when?. **Journal of occupational rehabilitation**, v. 22, n. 3, p. 409–417, 2012.

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROY, T.; LLOYD, C. E. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. **J. Affect Disord**, v. 142, n. Suppl, p. 8-21, 2012.

- SALLES, M. M.; BARROS, S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, abr.-jun. 2013.
- SALVADOR-CARULLA, L. *et al.* Costs of depression in Catalonia (Spain). **Journal of affective disorders**, v. 132, n. 1-2, p. 130-138, 2011.
- SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.
- SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. The Right to healthcare and fiscal austerity: the Brazilian case from an international perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.
- SCHIEL-ADLUNG, X.; SANDNER L. Paid sick leave: incidence, patterns and expenditure in times of crisis. **International labour organization**, v. 27, p. 1–25, 2010.
- SCHMAAL, L. Anormalidades corticais em adultos e adolescentes com depressão maior com base em varreduras cerebrais de 20 coortes em todo o mundo no Grupo de Trabalho de Transtorno Depressivo Maior ENIGMA. **Mol Psychiatry**, v. 22, p. 900-909, 2016.
- SEIDLER, Z. E. *et al.* The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. **Clin. Psychol. Rev.**, v. 49, p. 106-118, nov. 2016.
- SETIAWAN E. *et al.* Papel da densidade da proteína translocadora, um marcador de neuroinflamação, no cérebro durante os episódios depressivos maiores. **JAMA Psychiatry**, v. 72, p. 268-275, 2015.
- SILVA, E. N.; POWELL-JACKSON, T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000-2014. **BMJ global health**, v. 2, n. 2, 2017.
- SILVA, E. N.; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. Identificação, mensuração e valoração de custos em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 437-439, 2016.
- SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Sickness absence due to mental disorders and psychosocial stressors at work. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 735-44, 2015.
- SILVA, N. S.; CAMARGO, N. C. S.; BEZERRA, A. L. Q. Assessment of the procedures record by professionals of Psychosocial Care Centers. **Rev. Bras. Enferm. [Internet]**. v. 71, n. Suppl 5, p. 2191-2198, 2018.
- STETLER, C.; MILLER, G. E. Depressão e ativação hipotálamo-hipófise-adrenal: um resumo quantitativo de quatro décadas de pesquisa. **Psychosom Med.**, v. 73, p. 114-126, 2011.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n.1. p. 25-59, jan.-abr. 2002.

TEODORO, E. F.; SIMOES, A.; GONCALVES, G. A. DSM-5 e as alterações dos transtornos de humor: uma análise crítica à luz da teoria psicanalítica. **Mental**, Barbacena, v. 13, n. 23, p. 52-78, jun. 2021. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272021000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272021000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jan. 2023.

THORNICROFT, G. et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. **British journal of psychiatry**, v. 210, p. 119-124, 2017.

TRANGLE, M. et al. Adult depression in primary care. [Bloomington]: Institute for Clinical Systems Improvement, [2016?].

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. 19, 2017.

TWIST, K. et al. Comparison of depressive symptoms in type 2 diabetes using a two-stage survey design. **Psychosom Med.**, v. 75, p. 791–797, 2013.

UCHIDA, S. et al. O trabalhar em serviços de saúde mental: entre o sofrimento e a cooperação. **Laboreal**, v. 7, n. 1, p. 28-41, 2011.

VANNI, T. et al. Avaliação econômica em saúde: aplicações em doenças infecciosas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2543-2552, 2009.

VASCONCELOS, E. M. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental II: Uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. **Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 21, p. 48-65, 2017.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 57, p. 313-323, 2016.

VIANA ALÁ, B. A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Cien. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

VOS, T. et al. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1545-1602, out. 2016.

WALKER, E. R.; MCGEE, R. E.; DRUSS, B. G. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 4, p. 334-41, 2015.

WEINBERGER, A. et al. Trends in depression prevalence in the usa from 2005 to 2015: Widening disparities in vulnerable groups. **Psychological Medicine**, v. 48, n. 8, p. 1308-1315, jun. 2018.

WILLIAMS JÚNIOR, J.; MASLOW, G. Seize the day to implement depression guidelines. **Ann. Intern. Med.**, v. 164, p. 372–373, 2016.

WILLNER, P.; SCHEEL-KRUGER, J.; BELZUNG, C. The neurobiology of depression and antidepressant action. **Neurosci Biobehav Rev.**, v. 37, p. 2331-2371, 2013.

WHITEFORD, H. A.; BAXTER, A. J. The global burden of disease 2010 study: what does it tell us about mental disorders in Latin America? **Rev Bras Psiquiatr**, v. 35, n. 2, p. 111-112, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Calouste Gulbenkian Foundation**. Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. Geneva; World Health Organization, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112830/1/9789241506793\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112830/1/9789241506793_eng.pdf?ua=1). Acesso em: abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ficha Informativa sobre Depressão**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 15 mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Topics. Depression**. Geneva: World Health Organization, [2022?a] Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1). Acesso em: 15 mai. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022b.

YAMABE, R. *et al.* Health-related quality of life outcomes, economic burden, and associated costs among diagnosed and undiagnosed depression patients in Japan. **Clinicoecon Outcomes Res**, v. 11, p. 233-243, 2019.

ZANARDO, G. L. P.; BIANCHESSI, D. L. C.; ROCHA, K. B. Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre – RS. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, dez. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n3/a06.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.

ZHANG, L. *et al.* Medication use patterns, health care resource utilization, and economic burden for patients with major depressive disorder in Beijing, People's Republic of China. **Neuropsychiatric disease and treatment**, v. 12, p. 941–949, 2016.

## APÊNDICE A

Para estimar o custo da depressão advindos dos CAPS entre os anos de 2013 a 2018, foram estimados o quantitativo de atendimentos específicos para este transtorno levando-se conta o total de atendimentos gerais para cada respectivo ano no serviço de saúde.

Para encontrar o valor do custo, os seguintes passos foram seguidos: identificação do número de CAPS por modalidade, excluindo os custos do CAPS i por se tratar de serviço com atendimentos a crianças e adolescentes; de acordo com o número geral de CAPS a cada ano, foi realizado a multiplicação pelo valor repassado pelo Ministério da Saúde mensalmente a cada modalidade e multiplicado por doze meses.

Em seguida, realizou-se a somatória dos custos para todas as modalidades de CAPS no respectivo ano, obtendo-se o valor que foi gasto por esses serviços. De posse do valor geral atribuído ao respectivo ano, assim como o número de atendimentos gerais realizados, e em específico para os pacientes com depressão, a proporção do custo foi obtida. Como segue:

### Exemplo estimativa custo depressão SIA/SUS

ANO - 2013	
<b>Nº Total CAPS*</b>	1789
<b>Atendimentos gerais</b>	1.741.199
<b>CUSTO GERAL**</b>	R\$ 1.050.398.439,12
<b>Atendimentos Depressão</b>	217.693
<b>Proporção de atendimentos</b>	11,6%
<b>Estimativa custo em reais</b>	R\$ 140.489.363,76

\* incluindo todas as modalidades assistenciais

\*\* valores em Real (R\$) e corrigidos pela Inflação do ano.

O financiamento dos CAPS, são realizados mensalmente, por meio de repasse financeiro fixo aos serviços credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas, levando em consideração sua modalidade assistencial. Este recurso é estabelecido por meio da Portaria 3089, de 23 de dezembro de 2011(BRASIL, 2011) e Portaria 1966, de 10 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013).

## APÊNDICE B

Dados representativos da Figura 8 – Taxa de indivíduos atendidos nos CAPS por Unidade Federativa, 2013 e 2019, Brasil.

2013			Taxa indivíduos atendidos por 100 mil habitantes	2019			Taxa indivíduos atendidos por 100 mil habitantes	Crescimento indivíduos atendidos 2019 - 2013
UF	Nº indivíduos atendidos	População IBGE		UF	Nº indivíduos atendidos	População IBGE		
AC	130	805014	16	AC	657	881935	74	58
AL	6.683	3247944	206	AL	10.982	3337357	329	123
AM	1.730	3751293	46	AM	4.978	4144597	120	74
AP	0	744809	0	AP	6	845731	1	1
BA	15.800	14505213	109	BA	31.564	14873064	212	103
CE	18.534	8791846	211	CE	31.715	9132078	347	136
DF	216	2765696	8	DF	1525	3015268	51	43
ES	1.389	3736386	37	ES	2.070	4018650	52	14
GO	5.686	6415383	89	GO	13.928	7018354	198	110
MA	4.833	6836179	71	MA	12.177	7075181	172	101
MG	22.681	20371328	111	MG	55.909	21168791	264	153
MS	4.568	2589069	176	MS	11.502	2778986	414	237
MT	4.591	3226030	142	MT	16.237	3484466	466	324
PA	11.438	8054419	142	PA	27.009	8602865	314	172
PB	6.997	3890494	180	PB	11.164	4018127	278	98
PE	5.279	9189087	57	PE	14.684	9557071	154	96
PI	3.304	3221407	103	PI	12.377	3273227	378	276

<b>PR</b>	18.971	10908262	174	<b>PR</b>	27.891	11433957	244	70
<b>RJ</b>	4.911	16616344	30	<b>RJ</b>	5.200	17264943	30	1
<b>RN</b>	2.776	3332952	83	<b>RN</b>	4.599	3506853	131	48
<b>RO</b>	2.532	1657620	153	<b>RO</b>	7.044	1777225	396	244
<b>RR</b>	72	491066	15	<b>RR</b>	767	605761	127	112
<b>RS</b>	11.607	11066527	105	<b>RS</b>	19.965	11377239	175	71
<b>SC</b>	15.575	6620186	235	<b>SC</b>	25.596	7164788	357	122
<b>SE</b>	1.370	2173452	63	<b>SE</b>	3.873	2298696	168	105
<b>SP</b>	44.843	43528708	103	<b>SP</b>	99.092	45919049	216	113
<b>TO</b>	1.177	1467474	80	<b>TO</b>	3.151	1572866	200	120

**APÊNDICE C - COBERTURA PRESUMIDA CAPS POR UNIDADE FEDERATIVA DO BRASIL – 2013**

Estado	CAPS I	CAPSI REF	CAPSIPOP	CAPS II	CAPSII REF	CAPSPOP	CAPS III	CAPSIII REF	CAPSIPOP
AC	0	50.000	0	1	100.000	100000	0	150.000	0
AL	45	50.000	2250000	6	100.000	600000	0	150.000	0
AM	13	50.000	650000	4	100.000	400000	1	150.000	150000
AP	0	50.000	0	0	100.000	0	0	150.000	0
BA	139	50.000	6950000	37	100.000	3700000	3	150.000	450000
CE	54	50.000	2700000	35	100.000	3500000	7	150.000	1050000
DF	1	50.000	50000	3	100.000	300000	0	150.000	0
ES	9	50.000	450000	7	100.000	700000	0	150.000	0
GO	26	50.000	1300000	13	100.000	1300000	2	150.000	300000
MA	40	50.000	2000000	15	100.000	1500000	2	150.000	300000
MG	98	50.000	4900000	46	100.000	4600000	11	150.000	1650000
MS	11	50.000	550000	5	100.000	500000	1	150.000	150000
MT	26	50.000	1300000	3	100.000	300000	0	150.000	0
PA	37	50.000	1850000	16	100.000	1600000	2	150.000	300000
PB	44	50.000	2200000	7	100.000	700000	5	150.000	750000
PE	38	50.000	1900000	22	100.000	2200000	4	150.000	600000
PI	36	50.000	1800000	7	100.000	700000	1	150.000	150000
PR	42	50.000	2100000	23	100.000	2300000	3	150.000	450000
RJ	36	50.000	1800000	44	100.000	4400000	3	150.000	450000
RN	16	50.000	800000	10	100.000	1000000	1	150.000	150000
RO	13	50.000	650000	5	100.000	500000	0	150.000	0
RR	5	50.000	250000	1	100.000	100000	1	150.000	150000
RS	71	50.000	3550000	41	100.000	4100000	0	150.000	0
SC	52	50.000	2600000	13	100.000	1300000	2	150.000	300000
SE	24	50.000	1200000	4	100.000	400000	3	150.000	450000
SP	70	50.000	3500000	86	100.000	8600000	35	150.000	5250000
TO	6	50.000	300000	4	100.000	400000	0	150.000	0



Continuação

CAPS AD	CAPS ADREF	CAPSAD POP	CAPS AD III	CAPS ADIII REF	CAPS ADIII POP
0	100.000	0	1	150.000	150000
2	100.000	200000	1	150.000	150000
1	100.000	100000	0	150.000	0
1	100.000	100000	1	150.000	150000
14	100.000	1400000	3	150.000	450000
17	100.000	1700000	8	150.000	1200000
4	100.000	400000	2	150.000	300000
4	100.000	400000	1	150.000	150000
7	100.000	700000	1	150.000	150000
7	100.000	700000	0	150.000	0
18	100.000	1800000	9	150.000	1350000
3	100.000	300000	0	150.000	0
5	100.000	500000	0	150.000	0
6	100.000	600000	1	150.000	150000
6	100.000	600000	4	150.000	600000
11	100.000	1100000	2	150.000	300000
3	100.000	300000	2	150.000	300000
20	100.000	2000000	3	150.000	450000
19	100.000	1900000	1	150.000	150000
5	100.000	500000	1	150.000	150000
1	100.000	100000	0	150.000	0
0	100.000	0	0	150.000	0
22	100.000	2200000	4	150.000	600000
10	100.000	1000000	0	150.000	0
3	100.000	300000	0	150.000	0
70	100.000	7000000	12	150.000	1800000
0	100.000	0	2	150.000	300000

2013

Estado	População presumida	População IBGE	Cobertura Presumida
AC	250000	805014	31%
AL	3200000	3247944	99%
AM	1300000	3751293	35%
AP	250000	744809	34%
BA	12950000	14505213	89%
CE	10150000	8791846	115%
DF	1050000	2765696	38%
ES	1700000	3736386	45%
GO	3750000	6415383	58%
MA	4500000	6836179	66%
MG	14300000	20371328	70%
MS	1500000	2589069	58%
MT	2100000	3226030	65%
PA	4500000	8054419	56%
PB	4850000	3890494	125%
PE	6100000	9189087	66%
PI	3250000	3221407	101%
PR	7300000	10908262	67%
RJ	8700000	16616344	52%
RN	2600000	3332952	78%
RO	1250000	1657620	75%
RR	500000	491066	102%
RS	10450000	11066527	94%
SC	5200000	6620186	79%
SE	2350000	2173452	108%
SP	26150000	43528708	60%
TO	1000000	1467474	68%
<b>BRASIL</b>	<b>141200000</b>	<b>200004188</b>	<b>71%</b>

**APÊNDICE D - COBERTURA PRESUMIDA CAPS POR UNIDADE FEDERATIVA DO BRASIL – 2019**

<b>Estado</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS I REF</b>	<b>CAPS I POP</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS II REF</b>	<b>CAPS II POP</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS III REF</b>	<b>CAPS III POP</b>
AC	5	50.000	250000	1	100.000	100000	0	150.000	0
AL	54	50.000	2700000	7	100.000	700000	0	150.000	0
AM	15	50.000	750000	4	100.000	400000	2	150.000	300000
AP	2	50.000	100000	0	100.000	0	0	150.000	0
BA	181	50.000	9050000	35	100.000	3500000	3	150.000	450000
CE	68	50.000	3400000	30	100.000	3000000	4	150.000	600000
DF	1	50.000	50000	3	100.000	300000	0	150.000	0
ES	12	50.000	600000	8	100.000	800000	1	150.000	150000
GO	45	50.000	2250000	16	100.000	1600000	1	150.000	150000
MA	49	50.000	2450000	17	100.000	1700000	4	150.000	600000
MG	167	50.000	8350000	61	100.000	6100000	20	150.000	3000000
MS	14	50.000	700000	5	100.000	500000	3	150.000	450000
MT	31	50.000	1550000	3	100.000	300000	0	150.000	0
PA	52	50.000	2600000	18	100.000	1800000	1	150.000	150000
PB	64	50.000	3200000	4	100.000	400000	3	150.000	450000
PE	68	50.000	3400000	25	100.000	2500000	3	150.000	450000
PI	43	50.000	2150000	10	100.000	1000000	1	150.000	150000
PR	66	50.000	3300000	26	100.000	2600000	6	150.000	900000
RJ	47	50.000	2350000	50	100.000	5000000	4	150.000	600000
RN	19	50.000	950000	11	100.000	1100000	1	150.000	150000
RO	14	50.000	700000	3	100.000	300000	0	150.000	0
RR	7	50.000	350000	1	100.000	100000	1	150.000	150000
RS	80	50.000	4000000	43	100.000	4300000	1	150.000	150000
SC	63	50.000	3150000	15	100.000	1500000	2	150.000	300000
SE	30	50.000	1500000	4	100.000	400000	3	150.000	450000
SP	106	50.000	5300000	106	100.000	10600000	40	150.000	6000000
TO	10	50.000	500000	2	100.000	200000	0	150.000	0

Continuação

CAPS AD	CAPS AD REF	CAPS AD POP	CAPS AD III	CAPS AD III REF	CAPS AD III POP	CAPS AD IV	CAPS IV REF	CAPS IV POP
1	100.000	100000	0	150.000	0	0	500.000	0
2	100.000	200000	1	150.000	150000	0	500.000	0
1	100.000	100000	1	150.000	150000	0	500.000	0
1	100.000	100000	1	150.000	150000	0	500.000	0
16	100.000	1600000	5	150.000	750000	0	500.000	0
21	100.000	2100000	5	150.000	750000	0	500.000	0
4	100.000	400000	4	150.000	600000	0	500.000	0
4	100.000	400000	1	150.000	150000	0	500.000	0
8	100.000	800000	2	150.000	300000	0	500.000	0
7	100.000	700000	0	150.000	0	0	500.000	0
39	100.000	3900000	23	150.000	3450000	1	500.000	500000
3	100.000	300000	0	150.000	0	1	500.000	500000
5	100.000	500000	0	150.000	0	0	500.000	0
6	100.000	600000	1	150.000	150000	0	500.000	0
5	100.000	500000	9	150.000	1350000	0	500.000	0
12	100.000	1200000	7	150.000	1050000	0	500.000	0
5	100.000	500000	2	150.000	300000	0	500.000	0
24	100.000	2400000	10	150.000	1500000	0	500.000	0
24	100.000	2400000	6	150.000	900000	0	500.000	0
7	100.000	700000	2	150.000	300000	0	500.000	0
1	100.000	100000	0	150.000	0	0	500.000	0
0	100.000	0	1	150.000	150000	0	500.000	0
30	100.000	3000000	13	150.000	1950000	1	500.000	500000
13	100.000	1300000	2	150.000	300000	0	500.000	0
3	100.000	300000	2	150.000	300000	0	500.000	0
78	100.000	7800000	19	150.000	2850000	0	500.000	0
1	100.000	100000	4	150.000	600000	0	500.000	0

## 2019

<b>Estado</b>	<b>População presumida</b>	<b>População IBGE</b>	<b>Cobertura Presumida</b>
AC	450000	881935	51%
AL	3750000	3337357	112%
AM	1700000	4144597	41%
AP	350000	845731	41%
BA	15350000	14873064	103%
CE	9850000	9132078	108%
DF	1350000	3015268	45%
ES	2100000	4018650	52%
GO	5100000	7018354	73%
MA	5450000	7075181	77%
MG	25300000	21168791	120%
MS	2450000	2778986	88%
MT	2350000	3484466	67%
PA	5300000	8602865	62%
PB	5900000	4018127	147%
PE	8600000	9557071	90%
PI	4100000	3273227	125%
PR	10700000	11433957	94%
RJ	11250000	17264943	65%
RN	3200000	3506853	91%
RO	1100000	1777225	62%
RR	750000	605761	124%
RS	13900000	11377239	122%
SC	6550000	7164788	91%
SE	2950000	2298696	128%
SP	32550000	45919049	71%
TO	1400000	1572866	89%
<b>BRASIL</b>	<b>183800000</b>	<b>210147125</b>	<b>87%</b>