

HÉLLYDA DE SOUZA BEZERRA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS E AO
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

**NATAL/RN
2021**

HÉLLYDA DE SOUZA BEZERRA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS E AO
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a) Isabelle Ribeiro
Barbosa

Natal/RN
2021

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Prof. Alberto Moreira Campos - Departamento de Odontologia

Bezerra, Hellyda de Souza.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental / Hellyda de Souza Bezerra. - 2021.

195f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2021.

Orientador: Profa. Dra. Isabelle Ribeiro Barbosa.

1. Saúde Mental - Tese. 2. Revisão Sistemática - Tese. 3. Acesso aos serviços de saúde - Tese. 4. Análise de Gênero na Saúde - Tese. 5. Estudos Transversais - Tese. I. Barbosa, Isabelle Ribeiro. II. Título.

HÉLLYDA DE SOUZA BEZERRA

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos meus pais, que tanto lutaram por uma educação de qualidade para os seus filhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me sustenta e renova minha fé a cada amanhecer.

Ao meu pai, que nunca mediu esforços para me proporcionar a melhor educação que ele poderia me dar, acreditando na minha capacidade mesmo quando eu mesma não acreditei.

À minha mãe, por sempre acreditar meus sonhos, por tanto amor e dedicação a cada dia, ajudando assim para que eu consiga alcançar minhas metas.

Ao meu irmão, que sempre esteve disponível para me ajudar, independente do problema.

Ao meu marido, que faz o possível e o impossível para me deixar feliz, contribuindo para uma jornada mais leve. Obrigada por tanto amor e companheirismo!

Às amigas que o doutorado me deu: Emelynne, Aryelly e Talita, que foram “ombro amigo” em todos os momentos em que a jornada se tornou pesada. Vocês contribuíram para que eu chegasse até aqui!

Agradeço em especial, a minha orientadora Dr^a Isabelle Ribeiro, que antes mesmo do meu ingresso no doutorado, já era uma inspiração para mim, e que durante a jornada do doutorado, sempre esteve disponível, me ajudando e me auxiliando em tudo que eu necessitei. Obrigada por tantos conhecimentos repassados e por contribuir com tanta qualidade na minha formação!

A caminhada do doutorado foi árdua e desgastante, mas sem cada um de vocês, teria sido impossível.

RESUMO

Introdução: os transtornos mentais são um grave problema de saúde pública, com alta prevalência no Brasil e em todo mundo. Os transtornos mentais comuns envolvem os transtornos de depressão e ansiedade, acometendo principalmente mulheres. O acesso oportuno aos serviços de saúde mental traz o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz, minimizando complicações e diminuindo os números de adoecimento mental. **Objetivo:** Identificar os fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental no Brasil e no mundo. **Método:** Trata-se de um estudo de diferentes métodos. 1) revisão sistemática de estudos transversais sobre a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres, com buscas nas bases de dados PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl; 2) revisão sistemática de estudos transversais sobre a diferença na prevalência do acesso aos serviços de saúde mental entre mulheres e homens, com buscas nas bases de dados PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl; 3) Estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil do ano 2013, com indivíduos de 18 anos ou mais, que analisou a prevalência dos sintomas do sofrimento mental na população brasileira e a associação entre as características individuais e o contexto social, em uma análise multinível; 4) Estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, incluindo indivíduos de 15 anos ou mais para analisar os fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão no Brasil. **Resultados:** Na revisão sistemática sobre prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres, foram incluídos 19 estudos, os principais fatores associados relatados foram o desemprego, dívidas, baixa renda econômica, ser dona de casa, tabagismo, menor nível educacional, baixa autoavaliação em saúde, ser solteira, divorciada ou viúva. O risco de viés dos estudos foi classificado como baixo e moderado. Na segunda revisão sistemática, sobre diferenças de acesso entre homens e mulheres, 11 estudos foram incluídos. A prevalência do acesso aos serviços de saúde mental entre as mulheres variou de 5,2% a 56,5%; entre os homens foi de 2,9% a 47%. Os homens obtiveram maior prevalência de acesso apenas nos serviços para tratamento de uso de álcool e drogas. No primeiro estudo transversal, os pensamentos depressivos estiveram associados a adultos jovens e de meia-idade, do sexo feminino, com baixo nível de instrução, sem companheiro, fumantes ou ex-fumantes e que não possuem plano privado de saúde; pertencer às classes D-E e viver em estados com menor expectativa de anos de estudo se mostrou como fator de proteção. Resultados semelhantes foram encontrados para o desfecho decréscimo da

energia vital e sintomas somáticos. Já prevalência do acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão foi de 14,9% (IC95% 13,6-16,2), e foi associado aos indivíduos de 15-29 anos (RP=1,52) e 30-59 anos (RP=1,22), sem instrução (RP=1,43), que avaliam sua saúde como regular/ruim/muito ruim (RP= 1,26), que possuem alguma limitação das atividades habituais por causa da depressão (RP=2,71), que tiveram a última consulta de 6 meses a menos de 2 anos (RP=2,63) e há mais de 2 anos (RP=2,25). **Conclusão:** é necessário um fortalecimento e redirecionamento das políticas públicas de saúde mental, no intuito de atender às necessidades individuais das pessoas mais vulneráveis e com fatores de risco, ofertando acesso oportuno aos serviços de saúde e diminuindo o sofrimento mental, bem como a prevalência de transtornos mentais no Brasil e no mundo.

Palavras-chave: Saúde Mental; Revisão Sistemática; Acesso aos serviços de saúde; Análise de Gênero na Saúde; Estudos Transversais.

ABSTRACT

Introduction: mental disorders are a serious public health problem, with high prevalence in Brazil and worldwide. Common mental disorders involve depression and anxiety disorders, mainly affecting women. Timely access to mental health services brings early diagnosis and effective treatment, minimizing complications and reducing the number of mental illnesses. **Objective:** To identify factors associated with mental disorders and access to mental health services in Brazil and worldwide. **Method:** This is a study of different methods. 1) systematic review of cross-sectional studies on the prevalence and factors associated with common mental disorders in women, with searches in PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl databases; 2) systematic review of cross-sectional studies on the difference in the prevalence of access to mental health services between women and men, with searches in the PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl databases; 3) Cross-sectional study with data from the 2013 National Health Survey of Brazil, aged 18 years or older, which analyzed the prevalence of symptoms of mental distress in the Brazilian population and the association between individual characteristics and social context, in an analysis multilevel; 4) Cross-sectional study with data from the 2019 National Health Survey, including 15 years or more to analyze factors associated with poor access to health services for the treatment of depression in Brazil. **Results:** In the systematic review on the prevalence and factors associated with common mental disorders in women, 19 studies were included, the main associated factors were unemployment, debt, low economic income, being a housewife, smoking, lower educational level, low self-assessment in health, being single, divorced or widowed. The risk of bias of the studies was classified as low and moderate. In the second systematic review, on access differences between men and women, 11 studies were included. The prevalence of access to mental health services among women ranged from 5.2% to 56.5%; among men it was 2.9% to 47%. Men had a higher prevalence of access only to services for the treatment of alcohol and drug use. In the first cross-sectional study, depressive thoughts were associated with young and middle-aged female adults, with a low level of education, without a partner, accident or ex-treatment, and without a private health insurance plan; belonging to classes D-E and living in states with lower expectations of years of education if informed as a protective factor. Similar results were found for the outcome of decreased vital energy and somatic symptoms. The prevalence of poor access to health services for the treatment of depression was 14.9% (95%CI 13.6-16.2), and it was associated with individuals aged 15-29 years (PR = 1.52) and 30-59 years old (PR = 1.22), without education (PR = 1.43), who assess their health as regular/poor/very bad

(PR = 1.26), who have some limitation in their usual activities because of depression (PR = 2.71), who had the last visit from 6 months to less than 2 years (PR = 2.63) and for more than 2 years (PR = 2.25). **Conclusion:** it is necessary to strengthen and redirect public mental health policies, not aiming to meet the individual needs of the most vulnerable people with risk factors, offering timely access to health services and reducing mental suffering, as well as prevalence of mental disorders in Brazil and worldwide.

Keywords: Mental Health; Systematic Review; Health Services Accessibility; Gender Analysis in Health; Cross-Sectional Studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Determinantes Sociais de Dahlgren e Whitehead

Figura 2: Fonte de dados, variáveis e níveis de análise empregados no modelo de Regressão de Poisson multinível.

Figura 3: Fluxograma da seleção de artigos, Brasil, 2019.

Figura 4: Risco de Viés, 2019.

Figura 5: Fluxograma da seleção de artigos, Brasil, 2021.

Figura 6: Risco de Viés, 2021.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Características dos estudos incluídos em revisão sistemática de prevalência e fatores associados em mulheres com transtornos mentais comuns.

Tabela 02: Características dos estudos incluídos em revisão sistemática de prevalência da diferença no acesso entre homens e mulheres em serviços de saúde mental.

Tabela 03- Associação bivariada entre os desfechos e as variáveis independentes de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil 2013.

Tabela 04- Análise de Regressão de Poisson Multinível para o desfecho “Pensamentos Depressivos” na Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil de 2013.

Tabela 05- Análise de Regressão de Poisson Multinível para o desfecho “Decréscimo da energia vital e sintomas somáticos” na Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil de 2013.

Tabela 06: Prevalência do acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão de acordo com as variáveis sociodemográficas e de condições de saúde no Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Tabela 07: Razão de prevalências bruta e ajustada do acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão de acordo com as variáveis sociodemográficas e de condições de saúde no Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

APS: Atenção primária à Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CID-10: Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde

CNDSS- Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde

DSS- Determinantes sociais da saúde

IDH: índice de desenvolvimento humano

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PIB- Produto Interno Bruto

PAISM- Política de Atenção Integral à Saúde da mulher

PNAISM- Programa de atenção Integral à saúde da mulher

PNASH- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNS- Política Nacional de Saúde

RAPS- Redes de Atenção Psicossocial

SUS- Sistema Único de Saúde

TMC- Transtornos mentais comuns

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS ...	20
2.1.1	Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns (TMC)	24
2.1.2	Determinantes Sociais em Saúde e os transtornos mentais	29
2.2	PANORAMA MUNDIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A OFERTA E O ACESSO AOS SERVIÇOS	35
2.3	DETERMINANTES SOCIAIS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: EM DESTAQUE O PAPEL DO GÊNERO	45
3	OBJETIVOS	55
3.1	Objetivo geral	55
3.2	Objetivos específicos	55
4	MÉTODO	56
4.1	Seção 1: Revisão Sistemática	56
4.1.1	Critérios de elegibilidade	56
4.1.2	Fontes de informações	56
4.1.3	Seleção dos estudos	57
4.1.4	Processo de coleta de dados	57
4.1.5	Avaliação do risco de viés	57
4.2	Seção 2: Estudo de Revisão Sistemática da Literatura	58
4.2.1	Critérios de elegibilidade	58
4.2.2	Fontes de informações	58
4.2.3	Seleção de estudos	59
4.2.4	Processo de coleta de dados	59
4.2.5	Avaliação do risco de viés	59
4.3	Seção 3: Estudo Transversal	60
4.3.1	População-alvo	60
4.3.2	Cálculo amostral	60
4.3.3	Variáveis dos estudos e coleta de dados	60
4.3.4	Análise de dados	63
4.3.5	Aspectos éticos	64
4.4	Seção 4: Estudo transversal	64
4.4.1	População-alvo	64
4.4.2	Cálculo amostral	64
4.4.3	Variáveis do estudo e coleta de dados	65
4.4.4	Análise de dados	66
4.4.5	Aspectos éticos	66

5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1	ARTIGO 1- PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNIS MENTAIS COMUNS EM MULHERES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	67
5.2	ARTIGO 2- DIFERENÇA NO ACESSO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL POR MULHERES E HOMENS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	98
5.3	ARTIGO 3- FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO PRECÁRIO A SERVIÇOS DE SAÚDE PARA TRATAMENTO DE DEPRESSÃO NO BRASIL	132
5.4	ARTIGO 4- FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO PRECÁRIO A SERVIÇOS DE SAÚDE PARA TRATAMENTO DE DEPRESSÃO NO BRASIL	151
6	CONCLUSÃO	168
	REFERÊNCIAS	171
	APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE PESQUISA DOS BANCOS DE DADOS DO ARTIGO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	189
	APÊNDICE B – ARTIGOS EXCLUÍDOS DO ARTIGO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	190
	APÊNDICE C – ESTRATÉGIA DE PESQUISA DOS BANCOS DE DADOS DO ARTIGO: DIFERENÇA NO ACESSO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL POR MULHERES E HOMENS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	192
	APÊNDICE D – ARTIGOS EXCLUÍDOS DO ARTIGO: DIFERENÇA NO ACESSO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL POR MULHERES E HOMENS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	193

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais constituem-se como um dos principais problemas de adoecimento no contexto global atual. Estima-se que em média 30% da população mundial adulta atendam aos critérios diagnósticos para algum transtorno mental, atingindo milhões de pessoas, principalmente nos países de baixa e média renda, sendo responsáveis por um terço do adoecimento em todo o mundo (WHO, 2017; STEEL et al., 2014; GOMES et al., 2019).

No início deste século, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), destacaram o crescente aumento na prevalência de transtornos mentais na população. Estima-se que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem em todo o mundo por transtornos mentais ou neurobiológicos, representando quatro das dez principais causas de incapacitação, quando se considera o total de anos perdidos. É a terceira principal causa da carga global de doenças em 2004 e a previsão é de que subirá ao primeiro lugar até 2030 (WHO, 2012).

Embora estejam presente em todos os países, as culturas influenciam na epidemiologia dos transtornos mentais, causando um alto impacto na sociedade. Estima-se que a carga global de doenças mentais é equivalente a 32,4% dos anos vividos com incapacidade, o que gera altos custos financeiros para as políticas de saúde (VIGO et al., 2016).

Apesar de nos últimos anos os transtornos mentais possuírem aumento em seus números em todo o mundo, a maior proporção de indivíduos com adoecimento mental está presente na região Sudeste da Ásia, na região Oeste do Pacífico e na região Africana (WHO, 2017).

No Brasil, os transtornos mentais representam um número elevado de casos de adoecimento, sendo a principal fonte de carga de doença em relação as doenças crônicas não transmissíveis (WHITEFORD et al., 2013), principalmente por transtornos depressivos, gerando graves problemas para a saúde pública (ANDRADE et al., 2012). Uma pesquisa realizada em São Paulo mostrou que a prevalência vitalícia encontrada para qualquer transtorno mental foi de 44,8% (VIANA, ANDRADE, 2012). Essa elevada prevalência pode ser explicada pelo fato de o Brasil apresentar características demográficas e econômicas que têm sido apontadas como fatores de risco para o aumento da incidência e persistência de transtornos mentais na população geral, principalmente a população adulta (GBD, 2016).

Um estudo realizado em quatro capitais brasileiras, mostra que mais de 50% dos atendimentos realizados em serviços de saúde foram voltados para transtornos mentais comuns.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **15**

Estes transtornos estiveram associados principalmente a mulheres, desempregados, pessoas de baixa escolaridade e baixa renda (GONÇALVES et al., 2014).

Apesar de existirem diversos transtornos mentais com impactos e magnitudes diferentes no mundo, os transtornos mentais comuns (TMC) vem se destacando pela elevada prevalência. Os TMC são um problema frequente em todos os países nos últimos anos, sendo caracterizados a partir do aparecimento de sintomas como irritabilidade, insônia, fadiga, dificuldades na memória, além de sintomas como ansiedade, depressão e pensamentos sobre suicídio. (STEEL et al., 2014; COUTINHO et al., 2017).

Os TMC podem chegar a afetar qualquer indivíduo, podendo ou não mostrarem sintomas aparentes. Golberg e Huxley (1992) foram os primeiros a pesquisarem sobre este tipo de doença e sugeriram a descrição “transtornos mentais comuns” para o grupo de transtornos mentais mais frequentes, que são a depressão não psicótica e a ansiedade. Estudos mostram elevadas porcentagens de depressão e ansiedade, com prevalências que se diferenciam nas diferentes regiões do mundo, tendo seus maiores valores na Europa e na América Latina (BAXTER et al., 2013a).

Uma em cada 5 pessoas poderá desenvolver TMC no decorrer de sua vida, afetando principalmente o gênero feminino (STEEL et al., 2014; BORGES et al., 2015; WHO, 2017). Isso pode ser explicado em decorrência dos fatores socioculturais ligados ao gênero, sendo este mais exposto a maior sobrecarga de trabalho doméstico, violência doméstica, estressores intradomiciliares, cuidados com os filhos e com o marido, além dos múltiplos papéis da sociedade, como as atividades do lar e do trabalho, diversas vezes se submetendo a remunerações precárias (LEITE et al., 2017). Além dos fatores socioeconômicos, do estilo de vida e da situação de saúde, o adoecimento mental nas mulheres também está ligado as alterações hormonais, que ocorrem principalmente nos períodos de maiores alterações neuroendócrinas (período pré-menstrual, pós-parto e menopausa), gerando sintomas emocionais instáveis (JOEL et al., 2015).

Apenas uma pequena parte dos indivíduos que possuem transtornos mentais possui acesso aos serviços de saúde. Essa lacuna no tratamento é ainda maior em países de baixa e média renda, devido aos sistemas de saúde pública, que não conseguem atender à necessidade dos indivíduos (SHIDHAYE et al., 2015). Além dos determinantes sociais que geram diversas iniquidades de acesso, o gênero também se constitui como um facilitador ou dificultador para utilização dos serviços de saúde, nos quais, o gênero feminino possui menores barreiras e maior acesso, incluindo os serviços de saúde mentais (FIORATI et al., 2016).

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **16**

O estigma e o preconceito em relação aos transtornos mentais existem em todo o mundo, e isso é consequência da falta de informação da população a respeito das doenças mentais. Logo, indivíduos com transtornos mentais sofrem a partir de atitudes preconceituosas da sociedade, afetando diretamente a sua forma de buscar ajuda, bem como seu acesso nos serviços de saúde, trazendo consequências para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental (ECONOMOU et al., 2012; KATO et al., 2013).

O acesso precário é uma das grandes problemáticas das políticas públicas no Brasil, principalmente para os transtornos mais frequentes, como a depressão. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é o transtorno mental mais prevalente, causando grandes consequências no cotidiano do indivíduo que a possui. Além disso, a depressão será a primeira causa de anos de vida saudáveis perdidos em mulheres com idade reprodutiva residentes em países em desenvolvimento (WHO, 2009).

O acesso oportuno aos serviços de saúde mental é primordial para um diagnóstico precoce e diminuição das complicações dos transtornos. As Políticas de saúde públicas devem ser capazes de atender às necessidades dos indivíduos que possuem fatores associados à depressão, oferecendo a estes um acesso de qualidade (HENGARTNER et al., 2016).

Apesar de, no decorrer dos anos, ter existido vários avanços nas políticas públicas de saúde mental no Brasil e no mundo, ainda existem dificuldades para o acesso ao tratamento da depressão e de outros transtornos mentais, principalmente em regiões de menor desenvolvimento e com menores condições econômicas. A dificuldade para o acesso e tratamento dos transtornos mentais também está interligada à localização geográfica, pois os serviços de saúde localizados em regiões distantes podem se constituir como barreiras para o seu acesso. No Brasil, muitos indivíduos vulneráveis, que vivem em regiões com recursos limitados, possuem muitas barreiras para receber cuidados adequados para a depressão e outros transtornos (DIMENSTEIN et al., 2021).

Mesmo diante das dificuldades no acesso, o Brasil é o único país da América latina, que desde 1988 possui um sistema de saúde com cobertura e acesso universal. Desde então, o Brasil tentou ampliar o acesso para toda a população, favorecendo a melhoria das condições de saúde. É um sistema baseado em uma concepção abrangente de universalidade, que já prevê cobertura e atenção integral à saúde para toda a população (GIOVANELLA et al., 2018).

Apesar de diversos avanços nas políticas de saúde mental brasileira, a implementação da Rede de atenção psicossocial (RAPS) em 2011, tem como um de seus objetivos a ampliação do acesso da população à atenção psicossocial, a promoção do acesso aos pontos de atenção da

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **17**

população alvo e de sua família, garantindo a articulação e integração destes, e promovendo o cuidado qualificado através do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências, junto à proposta de transformação do paradigma de exclusão/segregação de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2011).

O acesso precário é uma das problemáticas que necessita de uma resolução imediata, principalmente para os indivíduos com depressão, que constituem a maior parcela da população doente por transtornos mentais, pois a ausência do acesso oportuno, gera complicações no processo de adoecimento devido à demora para o início do tratamento. O acesso aos serviços de saúde apresenta diversas iniquidades, sendo uma delas a questão ligada ao gênero, beneficiando principalmente as mulheres e tendo como uma de suas consequências, a invisibilidade do homem em seu processo de saúde-doença.

Considerando-se a alta prevalência de transtornos mentais no Brasil e noutros países em desenvolvimento, a alta prevalência de mulheres com TMC, as disparidades de acesso entre homens e mulheres e o acesso precário aos serviços de saúde mental para depressão, são necessários novos estudos que consigam avaliar de forma específica os principais fatores associados ao sofrimento mental no Brasil a estes desfechos.

Dessa forma, esta tese foi baseada nas seguintes perguntas de pesquisa: qual a prevalência dos sintomas do sofrimento mental na população brasileira e a associação entre as características individuais e o contexto social? Qual a prevalência do TMC em mulheres adultas e quais são os fatores associados? Existe diferença no acesso aos serviços de saúde mental entre mulheres e homens? Quais os fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão no Brasil?

São levantadas as hipóteses de que características individuais como gênero, renda, escolaridade, entre outros, bem como os contextos sociais em que estes indivíduos estão envolvidos, estão associados ao sofrimento mental, aos TMC em mulheres e o acesso precário ao tratamento da depressão. Além disso, também é levantada a hipótese de que as mulheres possuem maior acesso aos serviços de saúde do que os homens.

As respostas a estes questionamentos permitirão o fortalecimento das políticas públicas e o planejamento de novas ações de saúde mental, no intuito de prevenir os riscos de adoecimento nos brasileiros, a partir do estudo sobre os fatores associados ao sofrimento mental; e diminuir os fatores de riscos de TMC em mulheres, a partir do conhecimento de sua prevalência e de seus fatores associados. Além disso, também será possível refletir sobre como

se dá o acesso aos serviços de saúde mental para homens e mulheres, bem como os fatores associados ao acesso precário ao tratamento de depressão no Brasil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo inclui o aporte teórico-conceitual para fundamentação desta tese e está estruturado em três seções. Inicialmente, serão abordados os aspectos epidemiológicos relacionados aos transtornos mentais no mundo, trazendo os estudos que apresentam dados e o impacto dos principais transtornos mentais e de seus determinantes sociais. Em seguida, é apresentado o panorama mundial das políticas de saúde mental e as consequências para a oferta e o acesso aos serviços de saúde. Por fim, são discutidos os determinantes sociais do acesso aos serviços de saúde mental, destacando o papel do gênero.

2.1 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS

A epidemiologia do adoecimento mental não é uma temática discutida apenas na atualidade. Menezes (1996) mostra em sua pesquisa, que no século XIX já existiam estatísticas ligadas ao adoecimento por transtornos mentais. Milhões de pessoas sofrem em todo o mundo em decorrência de patologias mentais e esses números vem aumentando progressivamente, causando diversos problemas na atualidade (BAXTER et al., 2013a).

Um transtorno mental é uma patologia que pode afetar a cognição, a regulação emocional e o comportamento da pessoa. Essas alterações podem gerar consequências para sua vida social, laboral e acadêmico, podendo resultar em prejuízos pra própria pessoa e em sofrimento pra quem convive com ela. (APA, 2013). Os transtornos mentais podem possuir uma grande variação de sintomas, mas que se distinguem por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relações diferenciadas com outras pessoas (VANDENBOS, 2010; WHO, 2001).

Segundo à Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993), em seu quinto capítulo, os transtornos mentais e comportamentais incluem:

Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde (CID-10)	
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa;
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F30-F39	Transtornos do humor [afetivos]
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos
F60-F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
F70-F79	Retardo mental
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico
F90-F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência
F99	Transtorno mental não especificado

Além de causarem um grande impacto no contexto da morbidade, os transtornos mentais causam prejuízos na funcionalidade e na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, pois, aproximadamente 90% dos problemas de saúde mental apresentam manifestações de sintomas de depressão, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, disfunção de memória e de concentração (COUTINHO et al., 2014).

Os problemas de origem mental são responsáveis por uma carga significativa de doenças em todo o mundo, correspondendo a um terço do total de morbidades em nível global. Devido ao aumento de seus números, estas geram altos custos para saúde em todo o mundo, logo, são consideradas um grave problema de saúde pública (BAXTER et al., 2013a). É estimado que muitos adultos no contexto mundial se enquadrem nos sinais e sintomas para diagnóstico de algum transtorno mental. Além disso, cerca de 80% daqueles que sofrem com transtornos mentais, vivem em países de baixa e média renda (STEEL et al., 2014).

Um estudo recente evidenciou que a carga global de doenças mentais representa 32,4% dos anos vividos com deficiência e 13% dos anos vividos com incapacidade (VIGO et al., 2016). É importante destacar, que boa parte dos adoecimentos mentais, não são tratados, levando a implicações sociais e econômicas importantes, ocasionando também consequências nas atividades do cotidiano destes indivíduos (QUADROS et al., 2020).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciaram o grande aumento da prevalência de transtornos mentais na população, estimando-se que mais de 400 milhões de pessoas possuem transtornos mentais em todo o mundo. A depressão, o abuso de álcool, o transtorno bipolar e a esquizofrenia são os transtornos mentais que se encontram entre as 20 principais causas de incapacidade (WHO, 2008; WHO, 2012).

Estima-se que a prevalência global de transtornos mentais em adultos seja entre 12,2%-48,6% e a prevalência de 12 meses entre 4.3% e 26.4%. Esta prevalência varia conforme a região e os fatores sociodemográficos onde os indivíduos estão inseridos (DEMYTTENAERE et al., 2004). Na América Latina e no Caribe, os transtornos mentais e comportamentais, incluindo os que envolvem o uso de substâncias, representam 10,5% da carga global da doença (KOHN et al., 2005), África e a região do Sudeste Asiático se destacam como as regiões com maior proporção de TMC em todo o mundo (OMS, 2017), já a África e Oriente Médio, são regiões que possuem a maior taxa de anos perdidos por incapacidade em decorrência dos transtornos mentais (WHITEFORD et al., 2015).

Pesquisas recentes mostram uma alta prevalência de transtornos mentais em diversos países. Na Coreia, a prevalência dos transtornos mentais é de 27,6%, (CHO et al., 2015), no Japão é de 22% (ISHIKAWA et al., 2018), em Singapura de 13,9% (SUBRAMANIAM et al., 2019) e no Canadá de 13,6% (PALAY et al., 2019).

Os Estados Unidos também se destacam como um país com elevado número de transtornos mentais, pois 1 em cada 5 adultos (18,5%) possui alguma doença mental. Além disso, a projeção do país é que quase metade da população americana sofrerá de alguma doença mental no decorrer de sua vida (US, 2013).

Dados brasileiros recentes mostraram que os transtornos de depressão e ansiedade respondem, respectivamente, pela quinta e sexta causas de anos de vida vividos com incapacidade. Além disso, nas últimas décadas, os dados trazem que além dos adultos, crianças e adolescentes também apresentaram maior adoecimento por transtornos mentais (LOPES, 2020). Um estudo de base populacional conduzido em São Paulo (São Paulo Megacity Mental

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **22**

Health Study) mostrou que a idade média de início de transtornos psiquiátricos é mais precoce para os transtornos de ansiedade (13 anos de idade), quando comparados aos transtornos de abuso de substâncias (24 anos) e transtornos do humor (36 anos) (VIANA, ANDRADE, 2012).

No Brasil, não há estudos recentes que tragam a prevalência geral de transtornos mentais em adultos (SALUM et al., 2020). Estimativas do final da década de 1990 indicaram que os transtornos mentais representaram 34% de toda a morbidade, e entre as doenças não transmissíveis, os transtornos mentais foram a principal causa de anos de vida perdidos para morte prematura ou incapacidade (SCHRAMM et al., 2004).

Bonadiman et al. (2017), trazem em seu recente estudo, que o Brasil possui um percentual de 9,5% de anos vividos com incapacidade devido transtornos mentais. Esse número é atribuído principalmente aos transtornos decorrentes ao uso de álcool e substâncias psicoativas. Um estudo realizado no ano de 2012, foi realizado no estado de São Paulo, em que mostrou uma prevalência de transtornos mentais de 30% (20% de ansiedade, 11% de humor, 4,2% de controle de impulso, 3,6% substância/droga), dos quais, 10% foram considerados graves. Além disso, esse estudo mostrou que apenas 23,2% dos transtornos graves recebem algum tratamento de saúde mental (ANDRADE et al., 2012).

O Brasil possui características demográficas e socioeconômicas que podem levar a serem consistentes o suficiente para aumentar a incidência e prevalência dos transtornos mentais nos brasileiros (GBD, 2018). As últimas décadas foram marcadas com mudanças importantes na urbanização e aumento dos contingentes populacionais vivendo em locais sem condições estruturais e não assistidos pelas políticas públicas. O aumento da violência urbana, a precarização do trabalho, a mudança e desigualdade social, econômica e cultural dos brasileiros são fatores que podem estar ligados ao adoecimento mental, (IBGE, 2018). No entanto, são necessários mais estudos recentes que tragam dados atuais sobre a prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira (SALUM et al., 2020).

Quanto aos transtornos mentais no contexto da pandemia de COVID-19, dados com a população da China, primeiro país que adotou a quarentena e o isolamento social como medidas protetivas, evidenciam que há possíveis consequências psicológicas do isolamento social em massa. Os resultados mostraram maior índice de ansiedade, depressão, uso nocivo de álcool e menor bem-estar mental (AHMED et al., 2020). No entanto, um estudo realizado no Brasil, mostrou que durante um estreito período de isolamento social em São Paulo em maio de 2020, não houve nenhuma grande mudança em relação aos números dos distúrbios psiquiátricos e sintomas detectado em comparação com avaliações anteriores em 2008-2010 e 2016-2018. No

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **23**

entanto, são necessários novos estudos que possam avaliar os impactos mentais da pandemia de COVID-19 no decorrer do tempo (BRUNONI et al., 2021).

No contexto mundial, independente da região onde os indivíduos estejam inseridos, as patologias de origem mental que mais atingem a população, são os transtornos mentais comuns (TMC) (OMS, 2017).

2.1.1 Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns (TMC)

Goldberg e Huxley (1992) criaram a expressão TMC para caracterizar os transtornos mentais menos severos, habitualmente encontrados na população geral. TMC é a expressão que tem sido cientificamente mais utilizada, embora também se utilizem transtornos mentais menores, transtornos psiquiátricos menores ou morbidades psiquiátricas menores (ALARCON, 2014).

Os TMC são condições clinicamente significativas com características de alterações do humor, do modo de pensar ou de comportamentos, associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. São compostos por quadros não psicóticos, depressivos e ansiosos, dificuldade de concentração, queixas somáticas, fadiga, irritabilidade e insônia. Os quadros de TMC não preenchem todos os critérios diagnósticos formais propostos no Diagnostic and Statistical Manual, 5ª Edição (DSM-V) e na CID-10 (MARAGNO; GOLDBAUM; GIANINI et al. 2006; ARAUJO; NETO, 2014); no entanto, podem levar as pessoas a uma incapacidade funcional comparável aos quadros crônicos causados por transtornos mentais bem estabelecidos (MOTA; SILVA; AMORIM, 2020).

Existem muitas críticas em relação aos diagnósticos em relação ao DSM, pois esta classificação trata os transtornos mentais como mera descrição patológica, no entanto, muitos destes poderiam ser chamados de transtornos da vida, por tratar-se de dificuldades do cotidiano. (MARTINHAGO; CAPONI, 2019).

A expressão TMC refere-se a duas categorias principais de diagnóstico: transtornos depressivos e transtornos de ansiedade. Esses distúrbios são altamente prevalentes na população, por isso são chamados de "comuns", possuindo impacto no humor ou nos sentimentos das pessoas afetadas (OMS, 2017).

Os TMC estão associados aos contextos sociais, econômicos, culturais e psicológicos. São fatores de risco: a situação socioeconômica, familiar, histórico ou diagnóstico de

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **24**

comorbidades, a perspectiva do prognóstico, o tratamento, a hospitalização e a ausência de rede de apoio para o enfrentamento da doença (MORENO, 2012).

Os TMC afetam pessoas de diversas faixas etárias, no entanto, as maiores taxas se encontram na população adulta. Além disso, estes transtornos são mais prevalentes entre mulheres, indivíduos com baixa escolaridade, baixa renda, idosos, sujeitos com percepção de apoio emocional deficitário, e nos indivíduos que possuem condições de vida precárias (COSTA; LUDERMIR, 2005; PARREIRA et al., 2017; SOARES; MEUCCI, 2020; BEZERRA et al., 2021).

A depressão e os transtornos de ansiedade são considerados os TMC com maior prevalência no mundo. O número total estimado de pessoas vivendo com transtornos depressivos e de ansiedade aumentou de 2005 a 2015, o que é atribuível ao crescimento global da população global, ao envelhecimento, bem como um aumento proporcional das faixas etárias em que a depressão é mais prevalente (OMS, 2017).

Steel et al (2014) trazem em sua revisão sistemática e metanálise uma prevalência mundial de TMC de 17,6% para um adulto nos últimos 6 meses e de 29,2% ao longo de toda a vida. Essa prevalência apresenta-se maior em regiões com menores condições econômicas. Além disso, o estudo destaca que uma em cada cinco pessoas experimentou um transtorno mental comum em um período de 12 meses em 155 inquéritos populacionais, realizados em 59 países.

A prevalência dos TMC oscila nas diferentes regiões do mundo, podendo variar conforme o contexto em que os indivíduos estão inseridos. Os valores mínimos e máximos variam respectivamente, de 14,5 a 15,5% na Ásia; 73,6 a 81,8% na Europa; 49,8 a 69,7% na América Latina; e 47,0 a 43,7% no Norte da África (BAXTER et al., 2013a).

O Brasil apresenta aumento nos números de indivíduos que possuem adoecimento mental por TMC. Estatísticas recentes mostraram que a depressão e os transtornos de ansiedade possuem alta prevalência (GBD, 2018).

Os números relacionados ao TMC no Brasil possuem variações de acordo com a região. O Estado de São Paulo, 43,1% da população possui grandes chances de desenvolver um TMC (COUTINHO; MATIJASEVICH; MENEZES, 2014). Um estudo recente desenvolvido na região Sudeste do Brasil, mostra que a prevalência na região é 23,2% (SOUZA et al., 2017). Na Bahia, o estudo de Silva et al. (2018) indica uma prevalência de 55,8%, demonstrando que a região do Nordeste possui maior prevalência, se comparado com outras regiões do Brasil.

Os problemas de saúde ligados aos transtornos depressivos, são os principais contribuintes para a carga global da doença. Estima-se que houve mais de 253 milhões de casos de transtorno depressivo grave no ano de 2013 em todo o mundo. Além disso, a prevalência global de depressão e sintomas depressivos, vem aumentando nas últimas décadas (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY, 2015).

São sinais e sintomas de depressão: sentir-se deprimido a maior parte do tempo, interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina, sensação de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, fadiga ou perda de energia, distúrbios do sono (insônia ou hipersonia praticamente diárias), agitação ou retardo psicomotor, perda ou ganho significativo de peso, ideias recorrentes de morte ou suicídio (BOING et al., 2012).

A depressão possui etiologia multifatorial, no entanto, existem teorias biológicas e psicológicas que tentam explicar sua origem. A teoria biológica traz que a depressão pode ocorrer devido a déficit de noradrenalina, distúrbios endócrinos, alterações na estrutura cerebral, distúrbios relacionados ao sono ou influência genética. Quanto as teorias psicológicas, estas mostram a depressão com base na psicanálise, mais especificamente em modelos comportamentais, modelos cognitivos, modelos socioculturais, modelo de autocontrole, teoria interpessoal e eventos estressantes da vida (BERNARAS; JAUREGUIZAR; GARAIGORDOBIL, 2019).

O número de casos de depressão aumentou 18,4% de 2005 para 2015, chegando a 322 milhões de pessoas em 2015. No contexto mundial, cerca de metade das pessoas que possuem depressão estão localizadas no Sudeste Asiático e região do pacífico ocidental. A depressão atinge mais mulheres (5,1%) do que homens (3,6%) (WHO, 2017).

A prevalência global de depressão e sintomas depressivos varia de 20% a 25% nas mulheres e de 7% a 12% nos homens. No entanto, essa taxa é modificada conforme a localização geográfica. Nos últimos anos, a taxa de prevalência da depressão variou entre 8% e 12% na maioria dos países. A depressão é o transtorno mental considerado como a principal causa de incapacidade dos indivíduos no mundo, quando se considera o total de anos perdidos (8,3% dos anos para homens e 13,4% para mulheres), além disso, ela também é a terceira principal causa da carga global de doenças. A previsão é de que subirá ao primeiro lugar até 2030 (OMS, 2002; OMS, 2008; OMS, 2013).

A depressão e os sintomas depressivos são um problema de saúde pública mundial. Um estudo realizado em 17 países evidenciou que, em média, cerca de 5%, dos participantes

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **26**

relataram ter um episódio depressivo no ano anterior ao estudo, e uma em cada cinco pessoas desenvolvem Transtorno Depressivo Maior (TDM) durante algum momento de sua vida (WHO, 2012).

A prevalência de depressão e sintomas depressivos ao longo da vida é maior nos países em desenvolvimento (33,0%) do que nos países desenvolvidos (24,0%), bem como nas estimativas de prevalência de 12 meses em países desenvolvidos (5,5%) e em desenvolvimento (5,9%) encontradas no estudo de Kessler et al (2010).

Segundo Razzouk (2016), o Brasil lidera o ranking de prevalência de depressão entre as nações em desenvolvimento, com uma frequência de 10 a 18% no período de doze meses, representando 20 a 36 milhões de pessoas afetadas, o equivalente a 10% das pessoas com depressão no mundo (WHO, 2017).

Uma revisão sistemática que teve como um dos seus resultados, a morbidade da depressão em brasileiros, mostrou que um em cada sete adultos tem sintomas depressivos e que um em cada 12 adultos tem transtorno depressivo grave de 12 meses. A prevalência foi duas vezes maior em mulheres do que em homens para sintomas depressivos, e três vezes maior para a prevalência de um ano de transtorno depressivo grave (SILVA et al. 2014).

A Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimou que 10,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram a depressão como diagnóstico no ano de 2013. As Regiões Sul e Sudeste apresentaram percentuais acima do percentual nacional, 15,2% e 11,5%, respectivamente, a Região Norte apresentou a maior proporção, 31,2% (IBGE, 2020).

O estudo de Stopa et al. (2015) traz que a prevalência de autorrelato de diagnóstico de depressão em adultos no Brasil foi de 7,6%. Como já citado, a prevalência de depressão pode variar em um mesmo país. Em um estudo realizado no Nordeste brasileiro, a prevalência de depressão estimada foi de 5% a 10% de todos os pacientes atendidos na atenção primária, destes, apenas um cita a doença como motivo da consulta, e em até 50% das vezes o problema não é detectado pelos profissionais (COSTA, 2015).

O boletim da Secretaria municipal de saúde de São Paulo (2008) mostrou que adultos residentes no município de São Paulo, apresentaram prevalência de autorrelato de depressão de 19,8%. Já o estudo de Boing et al (2014) realizado em Florianópolis, trouxe que a prevalência de depressão foi de 16,2%.

Além do aumento dos números de indivíduos com depressão, os transtornos de ansiedade atingem 264 milhões de pessoas em todo o mundo e assim como a depressão, atingem

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **27**

mais mulheres (4,6%) do que homens (2,6%). A prevalência mundial de ansiedade é de 3,6%, alcançando maiores proporções principalmente na região do sudeste asiático e no continente americano (WHO, 2017).

A ansiedade é uma condição emocional que traz sintomas de apreensão, vindo acompanhada de sentimento de impotência, com sensação de perigo diante de uma situação real ou até mesmo imaginária, marcada por sensações corporais desagradáveis, tais como sudorese, taquicardia, aperto no tórax, medo intenso (BATISTA & OLIVEIRA, 2005).

Os transtornos de ansiedade geralmente prejudicam a vida diária dos indivíduos, pois estes deixam de realizar atividades de sua rotina por medo das crises ou sintomas. Muitas vezes as pessoas com ansiedade não conseguem realizar suas atividades sozinhas, necessitando da participação de outras pessoas, o que pode afetar a qualidade de vida e diminuir o grau de independência (MACHADO et al., 2016).

A prevalência de indivíduos que apresentam sintomas de ansiedade, sem considerar os critérios para diagnóstico, é de 52% quando convivem em um meio social. Essa prevalência varia de 15% a 56% a partir da descrição dos sinais e sintomas dos indivíduos. Levando-se em consideração os critérios para o diagnóstico, a partir do Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais -DSM-5, o Transtorno de Ansiedade apresenta uma variância entre 1,2% a 15% em indivíduos que vivem em comunidade e 1% a 28% no cenário clínico (NARDI et al., 2016).

A partir de uma revisão sistemática utilizando 87 estudos de 44 países, foi encontrada uma prevalência de ansiedade de 7,3% no mundo, destacando uma prevalência de 5,3% nos países africanos e de 10,4% nos países europeus (BAXTER et al. 2013b). Os Estados Unidos é um dos países que possui um aumento dos números de casos de ansiedade, no qual sua prevalência é de 9% ao longo da vida e de 2% nos últimos doze meses (KESSLER et al., 2012).

Outros estudos também trazem maiores prevalências de ansiedade, em países como Colômbia (15,6%), Chile (21, 4%) (ÚRZUA et al., 2020) e Rússia (46,3%) (SHAL'NOVA et al., 2014). O Paquistão também se destaca por uma prevalência global de 27,4% para transtornos de ansiedade e depressão (FAROOQ et al., 2019). A ansiedade é um transtorno mental que possui maior prevalência em países em desenvolvimento (MACHADO et al., 2016).

No Brasil, o transtorno de ansiedade está presente em 9,3% da população geral, possuindo o maior número de casos de ansiedade entre todos os países (WHO, 2017). Um estudo realizado com adultos no Brasil, traz uma prevalência de 27,4% para os transtornos de ansiedade, em que o sexo feminino apresentou maior prevalência (32,5%) do que o sexo

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde
mental **28**

masculino (21,3%). O estudo de Mondin et al (2013), que incluiu uma amostra com idade entre 18 a 24 anos, traz em seus resultados uma prevalência de 12,3% para os transtornos de ansiedade.

A prevalência da ansiedade pode variar nas diferentes regiões do Brasil. Um estudo realizado na região Sul do Brasil, trouxe uma taxa de 9,7% para transtornos de ansiedade (MOLINA et al., 2014). Um estudo com uma população jovem, realizado no Nordeste do Brasil, demonstrou que 62,9% destes apresentavam sintomas ansiosos, mas não tinham diagnóstico de ansiedade (FERNANDES et al., 2018). Estudos realizados em São Paulo, trazem que os transtornos ansiosos representaram as condições psiquiátricas mais frequentes na população, com uma prevalência estimada de 19,9% nos últimos 12 meses (ANDRADE et al., 2012) e 28,1% ao longo da vida (VIANA, ANDRADE, 2012).

Além da epidemiologia, é necessário compreender os fatores ligados ao desenvolvimento do adoecimento mental. O processo saúde-doença dos transtornos mentais está interligado ao contexto social e do modo de produção em que está inserido. No entanto, é necessário analisar os processos estruturais de cada sociedade, decorrentes de determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção. Pois, cada contexto traz um modo de produção específico, abrangendo determinadas classes sociais e suas frações. De acordo com o contexto, as organizações sociais e o modo de produções, podem aumentar o sofrimento psíquico e conseqüentemente, o desenvolvimento de transtornos mentais (VIAPIANA et al., 2018)

Diversos fatores podem estar relacionados com a piora dos sintomas da ansiedade no mundo, como dificuldades no acesso aos serviços, nível de escolaridade, menor renda, a presença de outra doença mental, como a depressão, estilo e qualidade de vida, dentre outros fatores. Conhecer os fatores de risco e os determinantes da saúde para os transtornos mentais é essencial para minimização dos sintomas (MANGOLINI; ANDRADE; WANG, 2019).

2.1.2 Determinantes Sociais em Saúde e os transtornos mentais

Os determinantes sociais da saúde (DSS) podem ser definidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CDSS, 2006).

O adoecimento e a doença remetem a uma produção social, que vai além do modelo biomédico de saúde, isto porque se deve considerar os DSS como a base para serem

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **29**

desenvolvidas, criadas e planejadas as políticas públicas de Saúde (COSTA; BEM; GODINHO, 2020).

O equilíbrio saúde-doença é determinado por uma multiplicidade de fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológico-genéticos conhecidos internacionalmente. Apesar da inquestionável influência de fatores externos ao indivíduo, nem sempre esses fatores que influenciam no processo de saúde e doença foram incluídos na formulação de políticas relacionadas com a saúde. (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

A importância de discutir sobre os determinantes sociais é realizada no sentido de encontrar a relação entre a forma como está organizada determinada sociedade e a condição de saúde de sua população. Pesquisar sobre iniquidades em saúde é imprescindível, pois é possível compreender as desigualdades de saúde entre os diferentes grupos populacionais. As desigualdades em saúde, além de geradoras de injustiça, são sistemáticas, podendo, no entanto, ser evitadas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Alguns modelos descrevem e explicam a relação entre os diferentes fatores que influenciam a determinação da saúde. Dentre os diversos modelos existentes, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead, (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA et al., 2017), descrito na figura 1.



Fonte: Carrapato, Correia, Garcia, 2017

Figura 1: Modelo de Determinantes Sociais de Dahlgren e Whitehead

Este modelo explica os mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais, que predominam na sociedade como um todo. Os determinantes da saúde estão localizados em diferentes níveis, sendo os indivíduos como o centro do modelo (com as características individuais de idade, gênero e fatores genéticos) (CARVALHO, 2012).

No primeiro nível, são encontrados os fatores relacionados com os estilos de vida (com potencial para serem alterados por ações baseadas em informação). No seguinte, estão as redes de apoio sociais e comunitárias, fundamentais para a saúde da sociedade. No nível mais distal estão representados os determinantes ao nível macro (macrodeterminantes), relacionados com aspectos econômicos, ambientais, culturais da sociedade em geral. Estes possuem grande capacidade de influenciar os fatores dos níveis subjacentes (CARVALHO, 2012).

De modo geral, a lógica dos determinantes sociais da saúde pretende minimizar as iniquidades em saúde, melhorar a saúde e melhorar o bem-estar, promover o desenvolvimento e alcançar as metas de saúde da população (CARVALHO, 2012).

Determinantes da saúde mental e transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, como a capacidade de gerenciar pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros, mas também fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como políticas nacionais, proteção social, padrões de vida, condições de trabalho e apoios sociais da comunidade. A exposição à adversidade em uma idade jovem é um fator de risco evitável para transtornos mentais (WHO, 2013).

Os transtornos mentais estão distribuídos de forma desigual, pois as pessoas socialmente desfavorecidas, tendem a serem mais acometidas pelas doenças mentais (BOSI et al., 2014). Quanto às questões individuais, os estudos trazem que mulheres, indivíduos com baixa escolaridade, baixa renda, adultos e idosos, pessoas com comorbidades e que possuem condições de vida precárias são mais susceptíveis ao adoecimento por transtornos mentais (PARREIRA et al., 2017; SOARES; MEUCCI, 2020; BEZERRA et al., 2021).

Esses indivíduos, muitas vezes, continuam tendo piora em seus sintomas devido dificuldades nos atendimentos dos serviços de saúde, principalmente quando se trata de gênero, pois na maioria das vezes, o sexo feminino é tido como aquele que é preditor da necessidade de maior cuidado (COSTA-JUNIOR; COUTO; MAIA, 2016). Para minimizar as iniquidades em saúde, deve ser considerada a reestruturação de serviços e políticas públicas que consigam

prevenir o adoecimento a partir dos fatores individuais da população, levando em consideração a idade, gênero e as demais características (MALTA et al., 2017).

Indivíduos adultos jovens geralmente possuem maiores taxas de adoecimento por transtornos mentais. A rotina muitas vezes exaustiva do adulto jovem, bem como as dificuldades da transição da vida adulta, tendo como consequências, condições estressantes, favorecendo ao adoecimento mental (ORELLANA et al., 2020). Com o aumento da expectativa de vida dos idosos, crescem as prevalências de doenças crônicas, e com elas, o aumento da maior propensão para limitações físicas, de perdas cognitivas, de declínio sensorial e de propensão a acidentes e a isolamento social. Estes aspectos físicos podem gerar limitações das atividades do cotidiano dos idosos, e com isso, gerar sintomas de tristeza, desânimo e depressão (CLEMENTE et al., 2011).

O gênero feminino também está relacionado a maior prevalência de transtornos mentais. Isso está associado aos determinantes sociais e culturais em que as mulheres estão inseridas, sendo estas submetidas a diversos papéis na sociedade, favorecendo o aparecimento de sintomas como estresse, ansiedade, depressão, dentre outros. Além disso, as flutuações hormonais que estas possuem, também favorecem o aparecimento de sinais e sintomas que se configuram como esgotamento mental (RUBINOW; SCHMIDT, 2019; MA et al., 2019).

Baixos níveis educacionais e de renda também estão associados aos transtornos mentais. A baixa escolaridade pode levar a uma dificuldade na capacidade de lidar com adversidades, assim como nas possibilidades de geralmente possuir condições socioeconômicas mais baixas, como trabalhos desgastantes, renda baixa, condições de moradia precárias etc. Essas condições geram desgaste emocional em grande parte dos indivíduos (COSTA-JUNIOR, 2010).

Além da baixa renda, o baixo nível escolar também propicia menor possibilidade de inserção no mercado de trabalho e/ou trabalhos com condições precárias e baixa remuneração. Estes fatores, geralmente, estão associados, sendo relacionados também aos indivíduos com transtornos mentais, principalmente aos TMC (KASPPER; SCHERMANN, 2014).

A raça/cor negra também está associada a uma maior proporção de adoecimento mental, principalmente em mulheres. Mulheres negras geralmente possuem menores oportunidades educacionais, financeiras e sociais, influenciando na sua posição econômica e social (TURNER; AVISON, 2003).

A situação conjugal é outro fator importante e determinante no adoecimento por transtornos mentais. A ausência de companheiro constitui fator de risco para transtornos

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **32**

mentais, principalmente para a depressão, devido à falta de suporte social do parceiro. Da mesma forma, a presença de um companheiro está relacionada a um fator de proteção, principalmente para as mulheres (LANCASTER et al., 2010).

Quanto à presença de comorbidades, os determinantes e condicionantes sociais intensificam o surgimento das doenças crônicas e dos agravos decorrentes dessas. Logo, as comorbidades têm um grande potencial de causar sofrimento mental, pois as limitações que muitas vezes são causadas por estas, podem levar a um desgaste emocional, condicionando o aparecimento do adoecimento mental (FRANÇA et al., 2021).

Lopes (2020) discutiu em seu estudo diversos determinantes sociais da saúde, demonstrando que pesquisas conduzidas no Brasil forneceram um conjunto de evidências científicas que mostram que a adversidade social, as desigualdades ambientais e econômicas, a posição socioeconômica do nascimento, a mobilidade social e o estilo de vida são importantes determinantes para a saúde mental dos brasileiros. Estes resultados demonstram a urgência de maiores investimentos em saúde mental no Brasil, de uma forma geral, mas, principalmente, uma maior atenção para os primeiros anos de vida e da adolescência, cujo aparecimento de tais transtornos possa, além de acarretar prejuízos na vida social e escolar, levar a um ciclo crônico de adversidades e problemas ao longo da vida.

A desigualdade socioeconômica afeta tanto na qualidade de vida do indivíduo quanto no estresse que pode acometê-lo. Esses são dois dos principais responsáveis para desenvolvimento de transtornos mentais na população, atuando como um fator predisponente, ou um fator de piora (BARRETO et al., 2019).

O acesso e a qualidade das condições de vida relativas à renda e emprego, habitação, transporte, educação, assistência social, serviços de saúde impactam no bem-estar e na saúde mental do indivíduo e sua família (DIMENSTEIN et al., 2017).

A desigualdade econômica e social afeta o desenvolvimento dos transtornos mentais no contexto mundial. Uma revisão sistemática de estudos conduzidos em países de baixa e média renda reportou que mais de 70% dos 115 artigos revistos mostraram que os diferentes níveis de pobreza estiveram associados ao desenvolvimento dos transtornos mentais (LUND et al., 2010).

Outro fator que também está associado ao adoecimento mental é a rede familiar e comunitária fragilizada. O estudo de Moreira, Onocko-Campos (2017) evidencia que as relações familiares atuais se resumem a atividades cotidianas para alimentação e higiene pessoal, existindo pequenas interações sociais entre os familiares do mesmo lar. Essa rede de

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **33**

apoio fragilizada leva esses sujeitos a não ter amparos e suporte afetivo, o que pode levar a piora dos sintomas dos transtornos mentais.

Condições precárias de moradia, como local pequeno, com pouca ventilação, insalubre, localizada em periferias, são conjunturas que causam sofrimento mental (PASTERNAK, 2016). Além das condições de moradia, o desemprego e as condições de trabalho também estão associados ao adoecimento psíquico, principalmente em indivíduos que possuem jornadas de trabalho extensas com baixas remunerações (ROCHA et al., 2020).

É preciso destacar que os DSS representam a base das iniquidades em saúde, representando os vários aparatos sociais, políticos, econômicos, culturais e biopsicossociais, os quais dificultam o acesso e o cuidado a saúde. Dessa forma, devem ser considerados os fatores individuais e que o processo saúde-doença não se limita apenas ao biológico, pois também está relacionado com a injustiça social e aos direitos humanos, podendo estas iniquidades serem evitadas, existindo um menor adoecimento (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

Para minimizar o adoecimento a partir dos DSS é preciso investir em políticas públicas mais amplas, que visam à diminuição da estratificação social, bem como em políticas específicas de saúde, na garantia da equidade, universalidade e integralidade, além destas, também é necessário programas transversais de fortalecimento comunitário e aumento do capital social que valorizem os vínculos sociais e a participação popular nas tomadas de decisões acerca do planejamento e controle social das políticas públicas (SOUSA et al., 2015).

Dessa forma, é preciso reconhecer os limites de uma perspectiva unicamente fundamentada na correlação de fatores macrossociais fragmentados, a exemplo de políticas econômicas e sociais voltadas para modificar a estratificação social ou que interfiram nas condições de exposição e vulnerabilidade de grupos sociais específicos (SOUSA et al., 2015).

2.2 PANORAMA MUNDIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A OFERTA E O ACESSO AOS SERVIÇOS;

A partir da política de saúde mental iniciada nos anos 1980, o Brasil conquistou um lugar de destaque na área da saúde mental global. Esse lugar de destaque, amplamente reconhecido em nível mundial, é consequência de o Brasil ter sido um dos primeiros, fora do grupo dos países de maiores recursos, a estabelecer uma política nacional de saúde mental e de tê-la implementado e desenvolvê-la com êxito apreciável durante mais de 30 anos (CALDAS; HORVITZ-LENNON, 2010).

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **34**

No entanto, ao longo de todos esses anos, foram construídos consensos políticos necessários para assegurar a continuidade da política inicial e para diversificar os seus objetivos. Inicialmente foi centrada na substituição do modelo baseado no hospital psiquiátrico por um novo sistema de serviços baseados na comunidade e na proteção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental. A política de saúde mental brasileira, à medida que foi se fortalecendo, foi também criando outros objetivos, como a prevenção dos transtornos mentais, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, e as estratégias contra as dependências de álcool e outras drogas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015; ALMEIDA, 2019).

Em meados dos anos 1970, o Brasil necessitava urgentemente do desenvolvimento de uma política nacional de saúde mental. O sistema psiquiátrico era baseado principalmente em um grande número de hospitais psiquiátricos, caracterizados pela baixa qualidade de cuidados e a ocorrência frequente de violações dos direitos humanos. As primeiras reformas tiveram um papel importante no desenvolvimento de um modelo adaptado às especificidades do contexto brasileiro, dando contribuições valiosas para os primeiros passos na construção da política nacional de saúde mental brasileira. Essa política viria, no decurso dos anos 1980, a integrar-se ao processo de redemocratização iniciado nesse período no país e a se fortalecer progressivamente ao nível legislativo, administrativo e financeiro (ALMEIDA, 2019).

As reformas inicialmente focaram na melhoria das condições de vida e na promoção de um processo de desinstitucionalização. Os principais objetivos foram centrados na substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários, tendo como núcleo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se inspiravam nos centros de saúde mental desenvolvidos na Itália e em outros países europeus. O desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil esteve estreitamente associado à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira (ALMEIDA, 2019).

A participação de todos os setores da sociedade foi outra característica importante da reforma brasileira. Houve conferências nacionais de saúde mental com milhares de participantes, incluindo profissionais, usuários e famílias, que tiveram um papel fundamental no desenvolvimento da política de saúde mental. Também devem ser citados os ativistas sociais e culturais, que foram frequentemente aliados decisivos, além da participação dos usuários (ALMEIDA, 2019).

O modelo manicomial foi destituído partir da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma, e a instituição da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que buscou construir um modelo de atenção integral mais humanizado na rede pública especializada na área, mudando-se o foco de atuação, antes centrado na hospitalização, para o tratamento aos usuários em espaços de ressocialização (BRASIL, 2001; CRUZ et al., 2020).

O processo de desinstitucionalização foi longo, planejado e progressivo. Entre 2002 e 2011, os hospitais com mais de 400 leitos, que tinham 30% do total, sofreram uma redução gradual para 10,5%, enquanto os hospitais menores, com menos de 160 leitos, que tinham apenas 22% do total de leitos em 2002, aumentaram gradualmente a sua participação, de modo que, em 2011, alcançaram 52% do total do número de leitos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015).

O Programa de Volta Para Casa, bem como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) deram início a um processo regular de avaliação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados conveniados ao SUS no ano de 2002, o que promoveu o fechamento de centenas de hospitais e alguns milhares de leitos absolutamente inadequados para a assistência à saúde da pessoa em sofrimento psíquico (AMARANTES; NUNES, 2018).

Para a substituição do modelo hospitalocêntrico foram criados os Centros de Atenção psicossocial (CAPS). Os CAPS foram criados para responder às principais necessidades de cuidados dos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes. No ano de 2002, novas categorias de CAPS começaram a ser criadas, com o objetivo de atender populações com necessidades específicas. Assim, foram inseridos à rede de saúde do SUS os CAPS-I, para prestar atendimento a crianças e adolescentes, e os CAPS-AD, para atender pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e abuso de substâncias. Em 2006, havia 673 CAPS para adultos e 66 CAPS especiais para crianças e adolescentes. Em 2014, existia um total de 2.209 CAPS 2, e em 2017 esse número subiu para 2.462 9 (BRASIL, 2017a; ALMEIDA, 2019).

No decorrer dos últimos 20 anos, houve a implementação de diversos CAPS, no entanto, 2018 foi o período que houve menos cadastros: apenas 30, seguido de 2019 e 2020, com 78 e 94, respectivamente. Já os anos da série com mais serviços implantados pelo governo federal foram 2006, com 272 unidades habilitadas, e 2012, com 196 (DESISTITUTE, 2021).

Outros serviços primordiais para os indivíduos também foram instituídos, como os serviços residenciais terapêuticos, que abrigam indivíduos com adoecimento mental. Esse serviço tornou-se fundamental para a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência.

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **36**

No ano de 2004, havia 265 serviços residenciais, com 1.363 residentes. Em 2014, foram registrados 610 residências terapêuticas com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas. Além disso, o Programa de Volta Para Casa passou a ter 4.349 beneficiários desenvolvendo iniciativas de geração de renda. Em 2017, o número total de serviços residenciais subiu para 489 (BRASIL, 2017a; ALMEIDA, 2019; AMARANTES; NUNES, 2018).

A RAPS também merece destaque no contexto da saúde mental brasileira. A Política Nacional de Saúde Mental institui a RAPS propondo um modelo de atenção à saúde mental integral, baseando seu atendimento na comunidade, e no território, visando uma aproximação do indivíduo em sofrimento psíquico com a equipe de saúde, na busca por atendimento psiquiátrico. Os profissionais que fazem parte da equipe de trabalhadores da saúde buscam a integralidade das ações e intersetorialidade no atendimento, formando assim, uma equipe multidisciplinar. Fazem parte da RAPS: Agentes Comunitários de Saúde; Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem; Assistentes Sociais; Psicólogos; Pedagogos; Terapeutas Ocupacionais; Médicos da Família e Médicos Psiquiatras, cabendo ainda a inserção de: fisioterapeutas; fonoaudiólogos e profissionais de educação física (BRASIL, 2011).

A RAPS é fundamental para um melhor acesso aos serviços de saúde mental, pois uma das estratégias para o seu bom funcionamento, é trabalhar a partir de fluxos reguladores, conduzindo encaminhamentos e articulações com os serviços de saúde. O trabalho na RAPS deve ser desenvolvido por meio de linhas de Cuidado, que se baseiam em diretrizes clínicas e delimitam quais são os modos de articulação dos serviços disponíveis em determinado território e das práticas em saúde (BRASIL, 2015).

Após a vários anos da reforma psiquiátrica e da tentativa de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, em 2016, registram-se retrocessos importantes no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, com o objetivo de remanicomialização do cuidado em saúde mental, cujas normativas foram compiladas na Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que ficou conhecida como a “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. A partir desta, começou a existir o incentivo à abertura de leitos e à internação em hospitais psiquiátricos, a retomada dos ambulatórios de saúde mental, acompanhado do fortalecimento do financiamento das Comunidades Terapêuticas em detrimento dos CAPS ad, Unidades de Acolhimento e demais dispositivos da RAPS (CRUZ et al, 2020; GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Alguns estudos mostram (LUSSI et al., 2019; GUIMARÃES; ROSA, 2019), que mudanças como estas, ocorridas nos últimos anos na política de saúde mental do Brasil, representam um retrocesso para a atenção psicossocial, ferindo os princípios do respeito aos direitos humanos, garantia de autonomia, liberdade e exercício da autonomia.

As mudanças ocorridas na Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, apresentam contradições às evidências científicas, o texto da nova política de saúde mental não inclui uma única referência das inúmeras publicações científicas produzidas nos últimos anos, da epidemiologia psiquiátrica, da investigação de políticas e de serviços de saúde mental e da ciência de implementação, que constituem, hoje em dia, o suporte conceptual e científico das políticas de saúde mental. As mudanças propostas na nota técnica, ignoram totalmente as evidências que provam a necessidade de basear a promoção, a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais em uma abordagem de saúde pública, sistêmica e intersetorial, o texto mostra uma assistência totalmente ultrapassada, de que se pode construir uma política de saúde mental apenas com base no foco clínico (ALMEIDA, 2019).

A trajetória da saúde mental voltada para tratamento de álcool e outras drogas também passou por diversas modificações, com inserção de diversos programas em prol de tentar minimizar este problema, principalmente nos homens, gênero mais afetado. Hoje, a problemática do uso de álcool e drogas é considerada questão de saúde pública e mental, tendo maior oferta e demanda nos serviços (VARGAS; CAMPOS, 2019).

Apesar de muitas vezes o acesso aos serviços de saúde mental serem prejudicados de acordo onde estes estão inseridos, um estudo recente realizado em estados Nordestinos demonstrou um importante processo de interiorização da atenção em saúde mental, a partir do aumento da cobertura da atenção primária. Este resultado é pautado pelo princípio da equidade, pois a medida em que os vazios assistenciais vêm sendo diminuídos nos territórios mais vulneráveis, isto possibilita que um gradiente mais amplo de necessidades em saúde mental seja satisfeito. No entanto, neste mesmo estudo o componente da Atenção Hospitalar foi insuficiente no que se refere ao processo de interiorização e expansão do acesso em hospitais gerais, desafio que é mais forte nos cenários atuais de remanicomialização, ainda mais acompanhado com o desmonte das equipes de atenção primária (DIMENSTEIN et al., 2021).

As capitais e as áreas metropolitanas possuem historicamente populações vulneráveis em seus territórios periféricos, nas quais apresentam vazios assistenciais importantes, embora concentrem o maior número de serviços de APS/RAPS. No entanto, uma das razões para esta vulnerabilidade nos padrões de equidade em saúde, é a predominância de oferta de serviços

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **38**

especializados nessas áreas, além do não fechamento dos hospitais e a grande oferta de leitos psiquiátricos. A partir dos dados de cobertura, as capitais e grandes centros parecem ter mais dificuldades para efetivar o cuidado territorial em saúde mental, perpetuando na oferta de serviços o modelo hospitalocêntrico e suas consequências. Isso reflete, conseqüentemente, na dificuldade do acesso aos serviços de saúde mental na atenção primária (DIMENSTEIN et al., 2021).

A alta prevalência de transtornos mentais no Brasil mostra a necessidade de mais investimentos para lidar com o problema no país, especialmente na atenção primária (GONÇALVES et al., 2014; ONOCKO-CAMPOS et al., 2018), proporcionando um acesso mais abrangente e qualificado aos usuários em diferentes estágios de vida e com apoio especializado para grupos prioritários, como mulheres, por exemplo, bem como programas de prevenção ao suicídio entre jovens e adolescentes. A qualificação dos serviços de saúde mental no Brasil diminui os números de adoecimento por transtornos mentais, além de ajudar a reduzir os gastos evitáveis no setor saúde (EATON et al., 2011; PRINCE et al., 2007; BIRNBAUM et al., 2010).

O Brasil investiu cerca de 2,5% do seu orçamento com as políticas de saúde mental nos últimos anos. É necessário, aumentar o orçamento da saúde mental para este país poder disponibilizar de melhores recursos para atender os indivíduos com transtornos mentais. Além disso, o crescimento do gasto com a saúde mental mostra-se menor do que o crescimento do gasto total do Ministério da Saúde (GONÇALVES et al., 2012).

O Brasil em sua criação e implementação de uma política de saúde mental levou a uma profunda transformação do sistema nacional de saúde mental, obtendo melhorias significativas na acessibilidade e qualidade dos cuidados dessa área. Apesar de várias evoluções, o modelo de atenção à saúde mental no Brasil ainda possui problemáticas a serem reestruturadas para uma atenção qualificada. Dificuldades estruturais, de oferta e demanda e de profissionais capacitados apresentam barreiras para um acesso e tratamento adequado. É necessário estruturar uma política centrada nas necessidades prioritárias das populações, alinhada com os instrumentos internacionais de direitos humanos (POZ et al., 2012; ALMEIDA, 2019).

É necessário avaliar as mudanças da nova política nacional de saúde mental por seu conteúdo e pela forma que estão sendo implementadas. Quanto as questões de conteúdo, ela representa uma contradição do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica brasileira. Considerando a forma de implementação, ela foi imposta sem qualquer debate com os profissionais e pesquisadores do campo da atenção psicossocial, ignorando instâncias legais

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **39**

como o Conselho Nacional de saúde e as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas (CRUZ et al., 2020).

É essencial, ao mesmo tempo, envolver na sua implementação todos os atores relevantes do campo da saúde mental. Nesse contexto, é primordial dar continuidade aos progressos já alcançados com base na lei de saúde mental do país e nas recomendações técnico-científicas das organizações internacionais competentes nessa área (POZ et al., 2012; ALMEIDA, 2019).

Apenas uma pequena parte das pessoas acometidas por transtornos mentais em todo o mundo tem acesso ao tratamento (EVANS-LACKO et al., 2018). Estima-se que para possuir uma boa cobertura e acesso adequado aos serviços, os países devem investir de 5 a 10% do seu investimento em gastos com a área da saúde mental (CHISHOLM et al., 2006). Atualmente, esta área representa uma proporção excessivamente baixa da assistência ao desenvolvimento global para a saúde (menos de 0,5% de investimento financeiro) (CHARLSON et al., 2017). Essa problemática é pior em pessoas com menores condições econômicas e nos países de baixa renda (STEELE et al., 2007; ORMEL et al., 2008). Isso está relacionado com as políticas de saúde dos países, pois uma das barreiras para a construção de sistemas eficazes de saúde mental é a escassez de dados confiáveis que refletem as principais necessidades da população, incluindo daquelas pessoas que mais se beneficiariam com cuidados especializados em saúde mental (SALUM et al., 2020).

Em muitos países os indivíduos com transtornos mentais são tratados em clínicas especializadas e/ou em hospitais psiquiátricos. Os serviços na atenção primária à saúde são ineficazes ou não existem. No entanto, grande parte da população também não tem acesso aos serviços especializados em saúde mental, o que leva a mais da metade dos indivíduos com transtornos mentais a não conseguirem realizar tratamento algum (EATON et al., 2011; WHITEFORD et al., 2015).

Alguns países conseguiram avançar significativamente na legislação da reforma em saúde mental e na mudança para a desinstitucionalização. Os desafios para a integração da atenção à saúde mental na atenção primária à saúde dentro dos países de média e baixa renda incluem uma infraestrutura limitada, escassez de recursos humanos, consciência limitada da comunidade sobre a saúde mental, pobreza, privação social, altas taxas de comorbidade com problemas de saúde físicos, estigmas e discriminação contra pessoas que vivem com doenças mentais. No entanto, apesar de todas essas dificuldades, muitos países estão conseguindo

melhorar suas políticas de saúde mental (EATON et al., 2011; HANLON et al., 2014; COLLINS et al., 2011).

Em 2013, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou o Plano de Ação Integral da Saúde Mental para 2013-2020, que comprometeu os Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU) a fornecerem cuidados de saúde mental integrados à atenção primária tanto para os TMC quanto para os transtornos mentais graves. Um ponto de destaque no plano é que todos os países deveriam alcançar até 2020 o objetivo de fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos de saúde mental e assistência social em ambientes comunitários (WHO, 2013). Assim, os membros da ONU comprometeram-se a transformar seus sistemas de atenção primária em saúde em serviços comunitários para incluir o diagnóstico e o tratamento de doenças mentais graves e TMC, assim como a promoção e prevenção da saúde mental (SAXENA; FUNK; CHISHOLM, 2013; WAINBERG et al., 2017).

Devido ao panorama epidemiológico e ao elevado investimento financeiro, em 2015 a OMS incluiu a saúde mental como um dos objetivos para o desenvolvimento sustentável, fazendo com que a saúde mental seja uma prioridade de saúde, humanitária e de desenvolvimento. Com isso, os países devem aumentar seus investimentos financeiros na área, proporcionando uma cobertura ideal de saúde mental (WHO, 2016). McDaid et al (2005) referem que maiores investimentos em saúde mental é fundamental para o tratamento, pois países que possuem menores recursos voltados para saúde mental, detém muitos indivíduos que não dispõem de acesso ao tratamento.

O Chile é um dos países que possui uma política de saúde mental organizada, na qual possui programas específicos para transtornos mentais na atenção primária, como o programa nacional de tratamento para depressão, onde psicólogos, clínicos gerais e outros especialistas trabalham em conjunto para fornecer uma terapia psicofarmacológica e intervenções psicossociais. Além deste programa, outros serviços de saúde mental são desenvolvidos para prevenção e promoção da saúde dos indivíduos com transtornos mentais no contexto da atenção primária (ARAYA; ALVARADO; MINOLETTI, 2009). Atualmente o Chile investe em uma rede de saúde mental caracterizada por seus múltiplos dispositivos para atender os indivíduos em suas mais diversas necessidades relacionadas ao sofrimento mental (CARRASCO, 2016).

Os sistemas de saúde da América Latina, como os do México, Brasil e Chile, em geral, estão enraizados nos princípios da equidade e responsabilidade, tentando estabelecer o direito à saúde em suas constituições, incluindo a tentativa de promover um acesso adequado e de qualidade. No entanto, muitas vezes isso é impedido pelo orçamento destes países e/ou a falta

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **41**

de organização das políticas públicas (DÍAZ-CASTRO et al., 2017). A proporção do orçamento de saúde gasto em saúde mental nos países avaliados na América latina, é em média inferior a 2,0%, e 67% dessa dotação orçamentária vai para hospitais psiquiátricos. Por exemplo, em seis países da América Central e na República Dominicana, apenas 1,6% do orçamento da saúde é destinado à saúde mental. Dessa pequena proporção, nada menos que 75% são destinados a hospitais psiquiátricos. Isso demonstra a necessidade não só de aumentar os recursos financeiros para os serviços de saúde mental, mas também de reorganizar as políticas públicas de saúde mental, modificando o foco para os serviços de atenção primária à saúde, pois boa parte da população com transtornos mentais não consegue acesso aos serviços de saúde (WHO, 2011; OPAS, 2012).

Boa parte dos países americanos investe muito pouco em saúde mental, em média 44,4% desses países, entre eles o Brasil, gastam entre 2,0% e 5,0% do seu orçamento em saúde mental (GONÇALVES et al., 2012). Quase metade dos norte-americanos possui uma doença mental. Apesar de tentar estabelecer os serviços de saúde mental na atenção primária, a saúde mental dos Estados Unidos permanece fragmentada, principalmente em serviços especializados (TRIVEDI et al., 2015). Os Estados Unidos decidiram tomar medidas voltadas para reorganização do sistema de saúde mental, no qual houve diminuição do orçamento do governo destinado a hospitais psiquiátricos e um aumento da participação privada. Estas estratégias junto com a falta de atendimento na atenção primária, criou outro problema: o aumento dos números dos atendimentos nas emergências hospitalares e o abandono do tratamento dos transtornos mentais (FRUEH et al., 2012).

Dados sobre o acesso aos serviços de saúde mental nos Estado Unidos, mostram que 70% dos indivíduos com diagnóstico de alguns transtornos mentais não receberam tratamento adequado (WITTAYANUKORN et al., 2014). Assim como os sistemas de saúde norte-americanos, os sistemas australianos também possuem a participação de iniciativas privadas. Apesar disso, esses sistemas têm enfrentado outros problemas, como a falta de pessoal especializado e a difícil articulação entre atenção primária e especializada (CALLALY; ARYA; MINAS, 2005; FRUEH et al., 2012).

O Canadá apresenta uma alta taxa de adoecimento mental, com o aumento de seus números nos últimos anos. No entanto, sua política de saúde mental ainda está em progresso, pois em certas regiões do país, seus habitantes demoram até 18 meses para conseguirem uma consulta com um especialista em saúde mental, o que dificulta o acompanhamento e tratamento dos transtornos mentais. Em 2017 houve uma proposta de investimento de 5 bilhões de dólares

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **42**

para serem investidos em saúde mental no decorrer de 10 anos. A partir disso, espera-se que a população do Canadá possa ter um melhor acesso aos serviços de saúde mental, principalmente para a população jovem, que possuem uma alta prevalência de transtornos mentais no país (em média 500.000 jovens), e no momento, não estão recebendo nenhum tipo de tratamento (GOVERNMENT OF CANADA, 2017).

Na Europa, Portugal é o país de maior destaque com maior número de transtornos mentais, no entanto, devido às lacunas do acesso aos serviços de saúde tanto em termos de diagnóstico e tratamento, apenas 35% dos pacientes com qualquer tipo de transtorno de humor tiveram consulta no mesmo ano do início do transtorno, correspondendo a um atraso mediano de cinco anos. Apenas 37,8% da população com depressão, receberam qualquer tipo de tratamento no ano de início do transtorno, o que corresponde a um atraso mediano de quatro anos (DGS, 2014). Dados portugueses do ano de 2015 mostram que menos de 0,8% do gasto total com saúde é destinado à saúde mental, tornando Portugal um dos países com menor financiamento para esse tipo de cuidado. Considerando que menos de 10% do produto interno bruto (PIB) português é destinado à saúde, é evidente o subfinanciamento crônico dos cuidados de saúde mental deste país (ESTRELA et al., 2020).

A China é um país que avançou muito nas políticas de saúde mental, criou programas para melhorar o acesso, reduzir o estigma da doença mental e incorporou cuidados ao indivíduo com doença mental e comorbidades. No entanto, mesmo com esses avanços e sendo um país desenvolvido, ainda possui baixa cobertura de serviços de saúde mental para atender TMC e transtornos mentais graves. Essa cobertura é ainda menor nas áreas rurais (PATEL et al., 2016). Apesar de a China vir tentando modificar sua estrutura de atendimento aos pacientes com transtornos mentais, esta ainda necessita de um maior investimento financeiro nesta área, para que assim exista um aumento de serviços comunitários, qualificação dos profissionais e implementação de práticas interprofissionais e melhora de cobertura em regiões rurais (LIANG et al., 2018).

Assim como a China, a Índia é um dos países mais populosos do mundo e possui elevado número de indivíduos com transtornos mentais. Existem poucos programas de prevenção, pois na Índia o tratamento é direcionando em serviços especializados. Além disso, o acesso aos serviços de saúde mental no país ainda é um grande desafio, pois cerca de 40% da população necessita se deslocar mais de 10 km para chegar até os serviços de saúde. Apesar de todos os problemas, o país está tentando avançar em melhorias para a saúde, embora não exista um grande investimento em políticas públicas de saúde mental. A Índia também possui um

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **43**

grande crescimento no investimento do setor privado na área da saúde, no entanto, ainda existe resistência em investimentos em saúde mental, pois para o setor privado, esta é uma área pouco lucrativa (PATEL et al., 2016).

Devido ao grande adoecimento por transtornos mentais em alguns países da África e Ásia, foi desenvolvido um projeto chamado “Esmeralda”, realizado em quatro regiões africanas (Etiópia, Nigéria, África do Sul e Uganda) e em duas regiões do Sul da Ásia (Índia e Nepal). Este projeto inclui várias linhas de pesquisa, no entanto, uma destas linhas é o fortalecimento do sistema de saúde mental destes países (CHISHOLM et al., 2019).

Além disso, o projeto Esmeralda buscou investigar sobre o financiamento da saúde mental para gerar novas informações e evidências sobre o que realmente constitui um nível adequado de investimento, pesquisando a extensão e o impacto do acesso ou cobertura inadequada dos serviços de saúde mental sobre o bem-estar dos indivíduos com transtornos, para que a partir disso, sejam vistas opções para um financiamento mais sustentável da saúde no futuro. A partir dos poucos resultados divulgados do projeto, foi mostrado ser necessário um maior investimento financeiro para cumprir as metas de saúde mental acordadas nacionalmente entre os países incluídos (CHISHOLM et al., 2019).

A África do Sul possui um investimento em saúde mental de em média 5% (o valor mínimo esperado), os recursos são distribuídos de forma desigual. A assistência hospitalar em psiquiatria é o principal serviço de saúde para saúde mental, compreendendo 86% dos gastos. Os recursos investidos nos serviços de atenção primária são mínimos neste país, o que reflete em uma assistência em saúde com pouca prevenção e centrada nos serviços especializados e hospitalocêntrico (DOCRAT et al., 2019).

Diante de todos os dados, observa-se que as políticas de saúde mental no contexto mundial ainda precisam evoluir e se organizarem para prestarem uma assistência de qualidade e um acesso adequado aos indivíduos com transtornos mentais. No entanto, os países de média e baixa renda são os que possuem maior prejuízo em adoecimento, pois detém baixos níveis de serviço e cobertura financeira, gerando diminuição na oferta de serviços de saúde mental. Além disso, as pessoas com esses transtornos podem desconhecer sua condição, podem não saber sobre oportunidades de tratamento adequadas, podem passar despercebidas ou podem não estar dispostas a procurar ajuda por conta da discriminação e estigmatização percebidas ou reais. Quanto à oferta, os recursos disponibilizados pelos governos para a prestação de serviços comunitários de saúde mental são mínimos, pois os recursos disponibilizados são tipicamente

direcionados para serviços institucionais mais especializados (THORNICROFT et al., 2016; WHO, 2014).

Os transtornos mentais representam uma ameaça ao bem-estar do indivíduo, as famílias e à economia dos países, diante disso, os governos têm a responsabilidade de garantir que os custos de cuidados em saúde mental sejam inteiramente atendidos através de mecanismos de proteção financeira adequados, para que com isso, estes indivíduos possuam minimamente um acesso oportuno aos serviços de saúde para seu tratamento (CHISHOLM et al., 2019).

A OMS criou o projeto QualityRights, para capacitar os próprios usuários e organizações da sociedade civil na defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais e psicossociais. O projeto é caracterizado por um conjunto de propostas/ações/programas que defendem os direitos das pessoas com transtornos mentais em diferentes países do mundo, incluindo o Brasil. É composto por um conjunto de ferramentas de garantia de qualidade de serviços e direitos humanos dos usuários para ser utilizado, tanto em países de baixa, quanto de média e alta renda. Ele analisa a qualidade da assistência e dos direitos humanos em serviços comunitários e hospitalares através de uma abordagem participativa, envolvendo técnica e eticamente pessoas com problemas de saúde mental ou em uso de substâncias psicoativas, seus familiares, profissionais de saúde e gestores. Além disso, um dos seus objetivos, é a capacitação dos usuários do serviço, bem como de familiares e profissionais de saúde através das melhores práticas de tratamento nos padrões internacionais (PITTA et al., 2015).

Serviços de saúde mental adequados e que respondam às necessidades dos indivíduos e respeitem o direito dos cidadãos, podem ser alcançados ao longo do tempo por meio de planejamento estratégico, avaliação anual e melhoria direcionada da qualidade nos serviços de saúde mental prestados. Além disso, é necessária uma avaliação dos indicadores de qualidade nos serviços de saúde mental, de modo a identificar e revelar as necessidades dos grupos sociais desfavorecidos, para facilitar a intervenção política para garantir o acesso universal e igualitário aos serviços para a população com transtornos mentais ou fatores de risco para eles (KILBOURNE et al., 2018).

2.3 DETERMINANTES SOCIAIS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: EM DESTAQUE O PAPEL DO GÊNERO

A definição de acesso é complexa e muitas vezes utilizada de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que pode variar entre pesquisadores e pode mudar ao longo de tempo e de seu contexto. A palavra empregada também pode variar. Alguns autores, como Donabedian (2003), empregam o substantivo acessibilidade. Donabedian (2003) define este termo como um dos aspectos da oferta de serviços, relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Destaca-se que a acessibilidade é mais abrangente do que a disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. A acessibilidade corresponde às características dos serviços e o impacto que exercem na população. No entanto, outros autores preferem utilizar a palavra “acesso” (ato de ingressar, entrada ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde) (ADAY; ANDERSEN, 1974).

Muitos autores conceituam a palavra acesso direcionada em quatro elementos (dimensões) principais: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Porém, muitas vezes estes conceitos podem ser confundidos com o conceito de equidade em saúde (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

A disponibilidade se refere à existência ou não do serviço de saúde no local e no momento apropriado, englobando de forma ampla a relação geográfica e o indivíduo que necessita, incluindo distância e opções de transporte e funcionamento dos serviços. A informação é outra dimensão essencial, pois estar bem informado significa que há uma boa relação entre o serviço e os indivíduos, o que tem como consequência, o bom uso dos serviços de saúde. A capacidade de pagamento é a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos, este engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde, incluindo despesas com consultas médicas, medicamentos, exames, entre outros. A aceitabilidade é a relação entre os serviços prestados e o modo em que eles são percebidos pelos indivíduos que os necessitam. É uma dimensão mais complexa de ser compreendida, no entanto, também envolve atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos, influenciadas por idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica, entre outros. O respeito entre os profissionais de saúde e os usuários também pode ser definido por aceitabilidade (MCINTYRE et al., 2007).

Outros autores, como Andersen (1995), conceituam acesso como a utilização dos serviços de saúde, que se refere à entrada no serviço e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes. Ele divide o acesso em duas formas: o acesso potencial, caracterizado pela presença no âmbito dos

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **46**

indivíduos de fatores capacitantes do uso de serviços; e o acesso realizado, que representa a utilização de fato desses serviços, e é influenciado por outros fatores, além dos que explicam o acesso potencial.

Para Andersen (1973) o acesso é atribuído por três fatores individuais: fatores predisponentes (existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde, como variáveis sociodemográficas, idade, gênero, raça, hábitos, etc), os capacitantes (condicionados pela renda, cobertura securitária pública ou privada, e pela oferta de serviços) e de necessidades de saúde (necessidades de saúde que podem ser explicadas pelas condições diagnosticadas por profissionais ou pela autopercepção).

Penchansky & Thomas (1987) trazem outros atributos ao conceito de acesso, incluindo: disponibilidade (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; acessibilidade, identificada como uma dimensão do acesso (inclui características da oferta que atua entre características dos indivíduos e o uso de serviços, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes); acolhimento, que representa a ligação entre a maneira como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade destes para se adaptarem a essa organização. A capacidade de compra é definida pela relação entre as maneiras de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas pagarem por esses serviços. E por fim, a aceitabilidade, que demonstra as atitudes dos indivíduos e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um (PENCHANSKY; THOMAS, 1987; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

As desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos pelas políticas de saúde. Apesar da realidade cruel do acesso aos serviços de saúde, de acordo com necessidades socialmente determinadas, é possível garantir o acesso universal e equitativo através de políticas públicas de saúde que entendam o contexto dos DSS (ASSIS; JESUS, 2012).

Os DSS estão relacionados às condições sociais, econômicas, étnico-raciais, culturais, psicológicas e comportamentais que estão diretamente ligadas à ocorrência de adoecimento da população e seus fatores de risco (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O Acesso aos serviços de saúde mental possui disparidades no contexto mundial, podendo ser influenciado por diversos fatores, como, por exemplo, pelos DSS. Os DSS interferem diretamente no bem-estar do indivíduo e no seu adoecimento mental, influenciando também nas iniquidades em saúde, pois indivíduos com menores condições sociais e

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **47**

econômicas tem maior probabilidade de ter um menor acesso aos serviços de saúde mental (DEFERIO et al., 2019). Indivíduos com melhores condições econômicas, quando não conseguem acesso aos serviços de saúde públicos, buscam alternativas, como os serviços de saúde privados, nesse contexto, o maior nível econômico gera uma maior facilidade para utilizar os serviços de saúde (SISSON et al., 2011).

A pobreza está ligada as barreiras no acesso aos serviços de saúde mental, tanto nos serviços de atenção primária, quanto nos serviços de saúde mentais especializados verificando-se sérias limitações, principalmente nas populações menos favorecidas (WHO, 2008).

O acesso e a qualidade das condições de vida relativas à renda e emprego têm impacto direto no bem-estar e na saúde mental do indivíduo e de sua família. Em cenários com desigualdades sociais e pessoas vivendo em extrema pobreza, há, conseqüentemente, grupos populacionais que são mais expostos a riscos para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais e conseqüentemente com menor oportunidade de acesso aos serviços (DIMENSTEIN et al., 2017).

A região em que o indivíduo habita também é um determinante no acesso. Cidades localizadas em capitais e grandes centros urbanos possuem um número maior de serviços de saúde mental, com maior demanda e oferta de serviços, diferente das regiões rurais, nas quais possuem menores números de serviços de saúde mental e serviços que possuem localizações geográficas mais distantes (MACEDO et al., 2017).

A escolaridade também é um fator que interfere no acesso aos serviços de saúde mental. O menor grau de instrução faz com que os indivíduos não reconheçam a importância de procurarem os serviços de saúde mental a partir dos sinais e sintomas, postergando a procura pelo atendimento e tendo complicações em relação à doença. Logo, indivíduos com maior escolaridade, tendem a ter uma percepção do processo de adoecimento, levando estes a buscarem ajuda nos serviços de saúde mental (LOPES et al., 2016).

Raça e etnia também estão ligadas ao acesso aos serviços de saúde mental. Índios possuem maiores dificuldades ao acesso aos serviços de saúde devido as barreiras geográficas, linguísticas e culturais (GOMES; ESPERIDÃO, 2017), já a população negra, possui de forma geral, vulnerabilidades socioeconômicas, o que interfere no acesso aos serviços de saúde (SILVA et al., 2020).

Diversos determinantes sociais da saúde interferem no acesso aos serviços de saúde mental. No entanto, o gênero é um fator que causa grandes disparidades no acesso a estes serviços, pois diversos estudos mostram que as mulheres possuem maior acesso e utilização

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **48**

dos serviços de saúde mental em relação aos homens (LOPES et al., 2016; BOTTON et al., 2017; LEITE et al., 2017).

Historicamente, o cuidado em saúde sempre foi voltado para mulheres e crianças. A mulher era assistida e vista prioritariamente com foco no ciclo reprodutivo e gravidez pelo sistema de saúde, deixando de lado suas necessidades individuais (MACHIN et al., 2011). A mulher vista na perspectiva do sexo “frágil” e o homem visto como “forte”, fazem com que as práticas de autocuidado sejam maiores para as mulheres, e que os homens sejam negligentes com seus sinais e sintomas, pois eles devem possuir um estereótipo de força e virilidade. Além disso, devido às perspectivas culturais, o homem também evita procurar os serviços de saúde devido ao medo de descobrir que sua saúde é vulnerável. Fatores como este fazem com que a expectativa de vida masculina seja menor que a feminina em alguns países. Ademais, tanto historicamente, quanto culturalmente, os hábitos de prevenção e autocuidado estão associados ao gênero feminino (STREY; PULCHERIO, 2010).

Quanto as políticas públicas de saúde, o Brasil é um país de destaque em políticas públicas voltadas para a saúde da mulher no âmbito do SUS. A implementação do primeiro programa de saúde pública para a mulher no Brasil ocorreu em 1983, com a criação do Programa de assistência em atenção integral à saúde da mulher (PAISM), posteriormente, no ano de 2004, o programa ganhou novas propostas e evoluções, se transformando em Política nacional da atenção integral à saúde da mulher (PNAISM), saindo do foco reprodutivo e tentando levar em considerações demais necessidades da mulher. A política foi evoluindo, surgindo diversos programas para saúde da mulher, voltados para reprodução, câncer do colo do útero, de mamas, puerpério, menopausa, dentre outros. Quanto as políticas públicas voltadas para os homens, apenas em 2009 foi lançada a Política Nacional de Atenção integral à saúde do homem (PNAISH). Logo, verifica-se que as políticas públicas de saúde também são voltadas em sua maioria para o gênero feminino e os cuidados em todas as suas fases de vida (COUTO; GOMES, 2012).

Além das políticas e programas em maior quantidade voltados para a saúde da mulher, pelo fato das mulheres serem mais presentes nos serviços de saúde, os profissionais de saúde também estão mais adeptos e qualificados para atender este gênero, desta forma, os serviços de saúde são mais preparados para o atendimento deste grupo, o que envolve atendimentos de prevenção, promoção e tratamento de saúde da mulher. Logo, são poucos os atendimentos voltados para a saúde do homem. Esse tipo de atendimento voltado por gênero são uma das causas das iniquidades no acesso (FIORATI et al., 2016)

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **49**

A maior prevalência de adoecimento mental ocorre entre as mulheres, logo, isso leva o gênero feminino a procurar mais os serviços de saúde, possuindo um maior acesso, dessa forma, é necessário compreender os fatores ligados ao adoecimento mental das mulheres, para uma compreensão do acesso (LOPES et al., 2016; BOTTON et al., 2017; LEITE et al., 2017).

O fato de as mulheres possuírem maior adoecimento mental do que homens, pode ser explicado pela influência de pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos, ou pela forma diferencial entre gêneros de lidar com problemas e buscar soluções. Outro argumento que é amplamente divulgado para explicar as diferenças de gênero no acesso, é que as mulheres possuem maior facilidade de identificar sintomas, admitir que estejam deprimidas e de buscar ajuda, o que muitas vezes não é buscado pelos homens (ANDRADE, 2006).

O adoecimento mental das mulheres também está ligado a fatores hormonais. Esteroides presentes nas mulheres, como o estrógeno, agem na alteração do humor, o que pode estar relacionado com a maior prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade no sexo feminino. A modificação dos hormônios gonadais teria alguma influência na modulação do sistema neuroendócrino feminino, da menarca à menopausa. (ANDRADE et al., 2006).

Além disso, o estudo de Dunn e Steiner (2000) mostrou a hipótese de susceptibilidade biológica para explicar a diferença nas prevalências de transtornos de humor entre os gêneros. Segundo esses autores, haveria, na mulher, um desequilíbrio na interação entre o eixo hipotálamo hipotalâmico-gonadal e outros neuromoduladores, logo o ritmo neuroendócrino relacionado à reprodução na mulher seria vulnerável à mudança e altamente afetado por fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos. Os sintomas dos transtornos mentais aumentam no período pré-menstrual, pós-parto e menopausa, ocorrendo alterações neuroendócrinas que não ocorrem nos homens (JOEL et al., 2015). Com a piora dos sintomas, muitas vezes as mulheres são tendenciadas a buscar ajuda (SENICATO et al., 2018)

Mulheres possuem pior estado de adoecimento e sofrimento mental. Isso também está relacionado ao contexto em que estas estão inseridas, pois existe a situação de mulheres brancas de classe média em países de alta renda tendo alcançado o topo da hierarquia política, financeira e científica. Estas possuem melhores condições sociais e financeiras, tendo seu acesso facilitado e oportuno aos serviços de saúde. Por outro, observa-se que também existe a sobrerrepresentação do sexo feminino entre as populações pobres, segregadas a trabalhos precários, menos remunerados e regulamentados, em contextos nos quais os papéis de gênero são mais rígidos e onde é prevalente a violência por parceiro íntimo, ocasionando o maior

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **50**

adoecimento mental e dificuldades no acesso aos serviços (BRAVEMAN et al et al., 2011; GALVÃO et al., 2021).

As mudanças atuais do mundo do trabalho, o aumento do desemprego masculino versus o emprego das mulheres, trazendo para elas uma somatória de atribuições tradicionais de gênero e novas identidades, com jornadas muitas vezes duplas e extensas de trabalho. Além disso, dividir o trabalho, com as atividades do lar e filhos, gera uma sobrecarga mental, com sintomas de fadiga, estresse, desânimo e posteriormente o adoecimento mental e a maior utilização dos serviços de saúde (GIFFIN, 2002; LUDEMIR, 2008).

Além do adoecimento mental pelo desgaste ocasionado pela múltipla rotina, mulheres que não trabalham e vivem para cuidar e do lar e da família, também possuem mais números de acesso aos serviços de saúde mental. Isso está relacionado ao fato destas mulheres não se sentirem úteis, terem menor autonomia e se acharem invisíveis pela sociedade. Além disso, estas não possuem o reconhecimento da família e da sociedade, por não exercerem um papel econômico, causando sintomas de adoecimento mental. O aspecto financeiro que o trabalho remunerado proporciona, a ocupação, e a escolaridade, também pode possibilitar às mulheres maior autonomia e poder de decisão, o que coopera com a autoestima, e conseqüentemente melhora a satisfação com a vida (JURADO et al., 2014; SANTOS; DINIZ, 2018; SENICATO et al., 2018).

Mulheres com transtornos mentais em sua maioria são solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas, logo estas estão relacionadas a um baixo apoio social, o que as leva a buscarem ajuda nos serviços de saúde. A satisfação com o casamento está relacionada ao apoio social (ROBLES et al., 2014). Este pode diminuir os efeitos dos transtornos mentais. O casamento ou uma relação estável proporciona aos indivíduos compartilharem uma ampla variedade de atividades, como refeições, tarefas domésticas, cuidado com os filhos, lazer, descanso etc. A ausência de apoio social pode gerar angústia psicológica e comprometimento da saúde física (SENICATO et al., 2018).

Relacionamentos considerados instáveis, que não geram segurança, principalmente para mulher, geram adversidades, situações de estresses, trazendo dificuldades para a relação, como atribuir ao parceiro a responsabilidade de resolver as demandas internas próprias, ciúme patológico, processos de idealização, exigências e expectativas exageradas e delírios amorosos. Essas situações podem levar ao adoecimento psíquico (SCHLÖSSER, 2014).

Durante muito tempo as condições de adoecimento mental e procura das mulheres pelos serviços de saúde foram ligadas apenas a fatores biológicos (BARBOSA et al., 2014). No

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **51**

entanto, atualmente, as determinações sociais destacam-se ainda mais no processo de adoecimento do gênero feminino. Além do adoecimento por fatores ligados a condições sociais e econômicas, a prevalência do adoecimento mental também está aumentando devido à violência doméstica. A exposição a eventos de vida traumáticos e estressantes, como, por exemplo, de ambientes familiares instáveis e violência doméstica, de forma única ou sistemática é apontada como um fator preponderante para alterações emocionais negativas na saúde mental. A violência doméstica causa um sofrimento psíquico importante e é uma das causas que levam as mulheres a buscarem ajuda psicológica (TEIXEIRA; PAIVA, 2021; ALVES; RODRIGUES, 2010).

A desigualdade de gênero é um fator histórico e cultural, posto que a mulher foi colocada em posição de submissão e discriminação e, em muitos casos, escravizada e objetificada há muitos anos. A violência de gênero foi reforçada pelo patriarcado ao longo do tempo, baseada na ideia de poder do masculino e de subordinação do feminino. Nesse contexto, a força é uma forma repressora para manter essa desigualdade. A desigualdade e a violência de gênero influenciam e reforçam os casos de violência doméstica contra a mulher. (TELES; MELO, 2017).

Dados da Organização Pan-americana de saúde (OPAS, 2018), mostram que 35% das mulheres no mundo (uma a cada três mulheres) já sofreu violência doméstica. A violência física, mental, sexual e reprodutiva pode afetar de forma negativa a vida das mulheres, desencadeando o sofrimento mental em médio ou longo prazo. Na maioria dos casos, essa violência é cometida por seus parceiros, o que faz com que ocorra em mais de um episódio.

Outro fator social, que também gera o adoecimento mental em mulheres no contexto atual, é a influência das redes sociais. Os conteúdos publicados e assistidos pelos usuários reforçam o narcisismo, padrões de vida elevados, de consumo e o status, contribuindo com o aumento na prevalência de vários transtornos psiquiátricos, incluindo sintomas depressivos, ansiedade e baixa autoestima (LIRA et al., 2017; ABJAUDE et al., 2020). Além desses, as mulheres buscam os padrões corporais e estéticos divulgado nas redes sociais, o que muitas vezes não corresponde à imagem real de quem publica o conteúdo, o que também contribui para o desenvolvimento de distúrbios de autoimagem, insatisfação corporal e consequentemente, distúrbios ansiosos e depressivos (LIMA; SILVA, 2021).

Mulheres negras também possuem alta prevalência de transtornos mentais e elevado uso dos serviços de saúde. A maior prevalência de adoecimento por TMC são em mulheres de cor negra ou parda, com baixo nível de escolaridade e baixa renda (ARAÚJO et al., 2005).

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **52**

Além disso, as mulheres negras também estão mais propensas a discriminação, estupros e violência doméstica (ESQUEDA; HARRISON, 2005), o que causa piores níveis de saúde mental e adoecimento. No entanto, estas mulheres possuem muitas vezes um processo de adoecimento silenciado pelo medo da discriminação, o que leva a procurarem o acesso aos serviços de saúde mental quando os sintomas já evoluíram (MARTINS et al., 2020).

As mulheres se destacam em relação ao acesso aos serviços de saúde mental em relação aos homens. No entanto, a exceção ocorre nos serviços de saúde mental para tratamento de álcool e drogas. Mesmo com o crescimento do número de mulheres usuárias de álcool e drogas, os homens ainda consomem e usam uma maior quantidade dessas substâncias, consequentemente estes adoecem mais por transtornos ligados a álcool e drogas (CAMPOS et al., 2017; PAIVA et al., 2021). O maior acesso aos serviços de saúde para tratamento de álcool e drogas pelos homens, também possui algumas problemáticas, pois muitas vezes esses serviços possuem alta demanda e baixa oferta de vagas, o que leva a um maior tempo para o início do tratamento (WANG et al., 2017).

As mulheres costumam ter maior facilidade ao procurarem os serviços de saúde e se expressarem, relatando e demonstrando sentimentos de tristeza, desânimo, fadiga, irritabilidade, insônia, entre outros. Essa busca por ajuda, muitas vezes de forma precoce, nos serviços de saúde, também influencia em uma forma de acesso mais facilitado (SANTOS, 2018).

Os problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde a partir dos DSS precisam ser resolvidos através de ações intersetoriais e transversais em todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

As iniquidades em saúde causadas pelo gênero e a forma com que são assistidos nos serviços os homens e mulheres, acabam inúmeras vezes, por colocar em risco a saúde desses sujeitos, pois os programas e políticas de saúde ainda privilegiam cuidados estereotipados para cada um dos sexos. É imprescindível a necessidade de mudança no posicionamento das estratégias de prevenção e promoção da saúde, bem como as formas de intervenção enquanto profissionais da saúde. As questões de gênero precisam ser entendidas e praticadas como um conteúdo transversal a todas as temáticas da saúde, e não vinculado a grupos ou a campanhas

específicas. O desconhecimento da amplitude das temáticas de gênero está tornando muitas demandas, de homens e de mulheres invisíveis (BOTTON et al., 2017).

As iniquidades em saúde nos serviços de saúde mental relacionadas ao gênero, está causando importantes consequências, como complicações nos transtornos mentais devido a dificuldades para diagnóstico precoce e início do tratamento. São necessárias mudanças e reestruturações nas políticas públicas de saúde mental para que os indivíduos acometidos por transtornos mentais, possam ter um acesso rápido e oportuno (LUDEMIR, 2008).

Os aspectos culturais que fazem com que os homens procurem menos os serviços de saúde, traz como consequências, a não adaptação destes serviços para esse gênero. Aspectos como o horário de funcionamento dos estabelecimentos de atendimento à saúde versus horário de trabalho do usuário no mercado de trabalho e o fato de muitas vezes o homem não expressar seus problemas ou relatar não possuir nenhuma doença, dificulta a adequação dos serviços e dos profissionais de saúde. No entanto, é necessário que os serviços busquem formas de se adaptar e criar ações para atender a todos os gêneros (LEVORATO et al., 2014).

Os transtornos mentais se constituem como uma problemática mundial, onde a prevalência pode variar dependendo da região e do contexto no qual os indivíduos estão inseridos. Os TMC com sua alta prevalência e seus sinais e sintomas de sofrimento mental, afetam o cotidiano destes indivíduos, trazendo para estes, limitações para desenvolverem suas atividades. Os transtornos mentais, bem como o acesso aos serviços de saúde para tratamento destes, estão associados a diversos determinantes sociais da saúde, principalmente os relacionados a gênero e vulnerabilidades sociais.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental no Brasil e no mundo

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres adultas;
- Analisar a diferença na prevalência do acesso aos serviços de saúde mental de acordo com o gênero;
- Analisar como as características individuais e o contexto social, juntos, estão associados aos sintomas de sofrimento mental na população brasileira;
- Analisar os fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão no Brasil.

4. MÉTODO

Os artigos que compõem esta tese contemplam diferentes métodos. Logo, este tópico está dividido em 4 seções que descrevem, detalhadamente, cada um deles.

4.1 Seção 1: Estudo de Revisão Sistemática da Literatura

Foi realizado um estudo de revisão sistemática da literatura sobre a prevalência os fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres, que seguiu as recomendações do Check-list PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), para o seu relato e para a construção do protocolo, registrado no PROSPERO (CRD42020168231). A pergunta focada da pesquisa foi “Qual a prevalência do TMC em mulheres adultas e quais são os fatores associados?”.

4.1.1- Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos transversais que apresentassem a prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em mulheres acima de 18 anos. Foram excluídos estudos com (1) homens, crianças e mulheres grávidas; (2) mulheres menores de 18 anos; (3) outros transtornos mentais e/ou doenças; (4) estudos que não apresentaram prevalência e/ou fatores associados, ou que não apresentaram dados suficientes para cálculo; (5) estudos de coorte, estudos de caso-controle, estudos de diagnóstico, ensaios clínicos, revisões, carta ao editor, resumos de conferências e artigos de opinião.

4.1.2- Fontes de informações

Foi realizada busca nas bases de dados PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl, além da busca no Google Scholar e Open Grey. As pesquisas foram realizadas sem restrição de idioma ou data de publicação. Na estratégia de busca nas bases bibliográficas um bibliotecário foi consultado; foram utilizados os *MeSH terms* e palavras chaves “Women” e “Mental Disorders”, “Women's Groups” e “behavior disorders” e a palavra-chave “common mental disorders”. Foi ainda realizada a consulta aos *experts* via correio eletrônico para identificação de novas referências.

Os resultados obtidos nas bases de dados foram inseridos no gerenciador de referências Mendeley Desktop® versão 1.19.4 para a eliminação de duplicatas. Em seguida, os artigos resultantes foram transferidos para o software Rayyan QCRI® para serem triados a partir do título e abstract. As buscas foram realizadas no dia 12 de Dezembro de 2019.

4.1.3- Seleção de estudos

A leitura de títulos e resumos foi realizada e aqueles que cumpriram os critérios de elegibilidade foram lidos na íntegra, sendo todas as etapas realizadas por dois pesquisadores independentes (HSB e RMA). Foram realizadas as reuniões de consenso para resoluções de conflitos nas duas etapas, não houve necessidade de consulta ao terceiro revisor (IRB).

Após a triagem inicial, os resultados obtidos foram submetidos a leitura textual completa no software Rayyan QCRI® utilizado para manter o cegamento da pesquisa, a partir dos critérios de elegibilidade. Desta análise, obtiveram-se os estudos a serem incluídos nesta revisão sistemática.

4.1.4- Processo de coleta de dados

Os dados coletados dos estudos incluídos pelo primeiro e segundo autor de forma independente (HSB e RMA) foram autores, ano de publicação, cidade, país, tamanho amostral, idade dos participantes, prevalência do TMC, métodos e instrumentos de identificação dos transtornos mentais comuns e os fatores associados na análise ajustada. Foram realizadas as reuniões de consenso para resoluções de conflitos nas duas etapas, não houve necessidade de consulta ao terceiro revisor (IRB).

4.1.5- Avaliação do risco de viés

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada pela ferramenta de avaliação crítica de estudos transversais para o uso em revisão sistemática do Instituto Joanna Briggs (2008) (Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Joanna Briggs).

As oito questões foram classificadas pelos autores com “Yes”, “No”, “Unclear” or “Not/Applicable” pelo primeiro e segundo revisor de forma independente. Quando houve necessidade, foi realizada uma reunião de consenso. Foi realizada a classificação dos resultados do risco de viés em (1) baixo risco, se os estudos atingissem mais de 70% de pontuação "sim";

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **57**

(2) risco moderado, se a pontuação "sim" estiver entre 50% e 69%; e (3) alto risco de viés, se a pontuação "sim" for inferior a 49% (POLMANN et al. 2019). As figuras do risco de viés foram feitas com o software Review Manager 5.3 (RevMan 5.3, The Nordic Cochrane Centre, Copenhagen, Denmark).

4.2 Seção 2: Estudo de Revisão Sistemática da Literatura

Foi realizado um estudo de revisão sistemática da literatura sobre a diferença na prevalência do acesso aos serviços de saúde mental de acordo com o gênero, que seguiu as recomendações do Check-list PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), para o seu relato e para a construção do protocolo, registrado no PROSPERO (CRD42020168231). A pergunta focada da pesquisa foi “existe diferença no acesso aos serviços de saúde mental entre mulheres e homens?”

4.2.1- Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos transversais que apresentassem a prevalência do acesso aos serviços de saúde mental entre mulheres e homens. Foram excluídos estudos com (1) crianças e mulheres grávidas; (2) outros serviços de saúde; (3) mulheres e homens que se identificam por características de gênero não biológicas (4) estudos que não apresentaram prevalência da acessibilidade ou que não apresentaram dados suficientes para cálculo; (5) estudos de coorte, estudos de caso-controle, estudos de diagnóstico, ensaios clínicos, revisões, carta ao editor, resumos de conferências e artigos de opinião.

4.2.2- Fontes de informações

Foi realizada busca nas bases de dados PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl, além da busca no Google Scholar e Open Grey. As pesquisas foram realizadas sem restrição de idioma ou data de publicação. Para elaboração da estratégia de busca nas bases bibliográficas, dois bibliotecários foram consultados; foram utilizados os *MeSH terms* e palavras chaves “Health Services Accessibility”, “Accessibility to Health Services”, “Universal Access to Health Care Services”, “Access to Health Services”, “Access to Health Care”, “Equity in Access to Health Services”, “Community Mental Health Services”, OR “Mental Health Services”, “Psychosocial Care Center”, “Women”, “Men”.

Os resultados obtidos nas bases de dados foram inseridos no gerenciador de referências Mendeley Desktop® versão 1.19.4 para a eliminação de duplicatas. Em seguida, os artigos resultantes foram transferidos para o software Rayyan QCRI® para serem triados a partir do título e resumo. As buscas foram realizadas no dia 10 de Março de 2021.

4.2.3- Seleção de estudos

A leitura de títulos e resumos foi realizada e aqueles que cumpriram os critérios de elegibilidade foram lidos na íntegra, sendo todas as etapas realizadas por dois pesquisadores independentes (HSB e IIA). Foram realizadas as reuniões de consenso para resoluções de conflitos nas duas etapas, e não houve necessidade de consulta ao terceiro revisor (IRB).

Após a triagem inicial, os estudos obtidos foram submetidos a leitura textual completa no software Rayyan QCRI®, sendo o aplicativo utilizado para manter o cegamento da pesquisa. Nesta análise, a partir dos critérios de elegibilidade, foram obtidos os estudos a serem incluídos nesta revisão sistemática.

4.2.4- Processo de coleta de dados

Os dados foram coletados dos estudos de forma independente pelo primeiro e segundo autor (HSB e IIA). Foram extraídos dados dos autores, ano de publicação, país, tamanho amostral, porcentagens de mulheres da amostra, idade e média de idade dos participantes, tipo de serviço de saúde, o tipo de avaliação do acesso, prevalência do acesso e as medidas de associação. Foram realizadas as reuniões de consenso para resoluções de conflitos nesta etapa, e não houve necessidade de consulta ao terceiro revisor (IRB).

4.2.5- Avaliação do risco de viés

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada pela ferramenta de avaliação crítica de estudos transversais para o uso em revisão sistemática do Instituto Joanna Briggs (Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Joanna Briggs). As oito questões foram classificadas pelos autores com “Yes”, “No”, “Unclear” pelo primeiro e segundo revisor de forma independente. Quando houve necessidade, foi realizada uma reunião de consenso. Foi realizada a classificação dos resultados do risco de viés em (1) baixo risco, se os estudos atingissem mais de 70% de pontuação "sim"; (2) risco moderado, se a pontuação "sim" estiver entre 50% e 69%; e (3) alto risco de viés, se a pontuação "sim" for inferior a 49%

(POLMANN et al. 2019). As figuras do risco de viés foram feitas com o software Review Manager 5.3 (RevMan 5.3, The Nordic Cochrane Centre, Copenhagen, Denmark).

4.3 Seção 3: Estudo Transversal

Inicialmente foi realizado um estudo de associação entre variáveis dependentes que expressam a presença de sintomas relacionados ao sofrimento mental comum e variáveis independentes individuais e contextuais, ajustadas em um modelo de Regressão de Poisson Multinível, onde o primeiro nível corresponde às variáveis individuais e o segundo nível corresponde às variáveis contextuais relativas à Unidade da Federação.

4.3.1 População-alvo

Esse estudo utilizou a base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil do ano 2013. A pesquisa, de âmbito nacional, foi realizada a fim de conhecer e caracterizar o perfil da população brasileira, a partir da situação de saúde, estilo de vida, vigilância de doenças crônicas, fatores de risco, acesso e o uso dos serviços de saúde, através de inquérito de base domiciliar. A população-alvo da PNS foi composta por pessoas acima de 18 anos de idade, residentes em domicílios particulares do território nacional.

4.3.2 Cálculo amostral

O processo de amostragem foi realizado em conglomerados de três estágios, dos quais os setores censitários formaram as unidades primárias de amostragem, o domicílio foi a unidade secundária e o morador adulto (≥ 18 anos de idade) formaram as unidades terciárias. Foram selecionados 64.308 indivíduos, com uma taxa de resposta de 86%. Assim, a PNS coletou informação válida para 205 mil moradores, dados representativos para 200,6 milhões de brasileiros. Todos os detalhes metodológicos da PNS foram descritos em outros estudos (HANLON et al., 2018; VAN DER et al., 2016).

4.3.3 Variáveis do estudo e coleta de dados

As duas variáveis dependentes foram construídas tomando como base o conjunto de sintomas relacionados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) e da denominação das classes dos sintomas descritos no *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), já validada em diversos

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **60**

países (VAN DER et al., 2016; NETSEREAB et al., 2018; SANTOS et al., 2009; GONÇALVES et al., 2008) inclusive no Brasil (SANTOS et al., 2009; GONÇALVES et al., 2008), e originalmente desenvolvida por Harding et al (1980), para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais relacionados aos TMC.

Para construção das variáveis dependentes, foram selecionadas oito questões do Módulo N da PNS, que tratam da percepção do estado de saúde. Para elaborar a variável dependente denominada “**Decréscimo da energia vital e sintomas somáticos**”, foram consideradas as respostas afirmativas a pelo menos quatro dessas cinco perguntas, independente da frequência de ocorrência dos sintomas: (a) N10- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?* (b) N11- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?* (c) N15- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a)?* (d) N13- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?* (e) N14- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?* Dentre as alternativas de resposta, o indivíduo tinha a opção de relatar a ausência de qualquer um desses sintomas.

A segunda variável dependente, denominada “**Pensamentos depressivos**”, foi construída a partir da resposta afirmativa a todas as seguintes questões, independente da frequência com que os sintomas ocorreram: (a) N16- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) se sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?* (b) N17- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?* (c) N12- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?* Dentre as alternativas de resposta, o indivíduo tinha a opção de relatar a ausência de qualquer um desses sintomas.

Das 60202 respostas válidas ao questionário da PNS, 5517 indivíduos responderam positivamente para as perguntas acima descritas que caracterizam a variável “decréscimo da energia vital e sintomas somáticos”, e 4574 indivíduos responderam positivamente para as características da variável “pensamentos depressivos”.

As variáveis independentes individuais utilizadas no estudo foram: faixa etária (18-24 anos; de 25-39 anos; de 40-59 anos; 60 anos ou mais); sexo (masculino; feminino); nível de educação: Iltrado (sem instrução e ensino fundamental incompleto); primário (ensino fundamental completo e ensino médio incompleto); secundário (ensino médio completo e ensino superior incompleto); ou, superior (ensino superior completo); situação conjugal (Vive com um companheiro; não vive com nenhum companheiro); consumo de tabaco (Não fuma; fumante; Ex-fumante); consumo de bebida alcoólica (Não ingere bebida alcóolica; ingere bebida alcóolica); se possui plano privado de saúde, médico ou odontológico (Não; sim) e a estratificação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (APEP) (classes A e B; classe C; classes D e E). Esse conjunto de variáveis garante a inclusão de características individuais, hábitos de vida e condições socioeconômicas.

Para o nível contextual, foram incluídas variáveis socioeconômicas que podem influenciar na autopercepção do estado de saúde. Para este estudo, o nível contextual considerados foram as unidades da Federação (estados). Foi incluído o Índice de Gini, representando a desigualdade de renda; para o contexto educacional, foi incluída a expectativa de escolaridade de indivíduos de 18 anos. Foi incluído o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é uma medida combinada de renda, educação e longevidade. As informações socioeconômicas por estado brasileiro foram extraídas do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>), com informações resultantes do Censo demográfico Brasileiro de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A figura 2 mostra a relação entre os desfechos e as variáveis independentes individuais e contextuais.

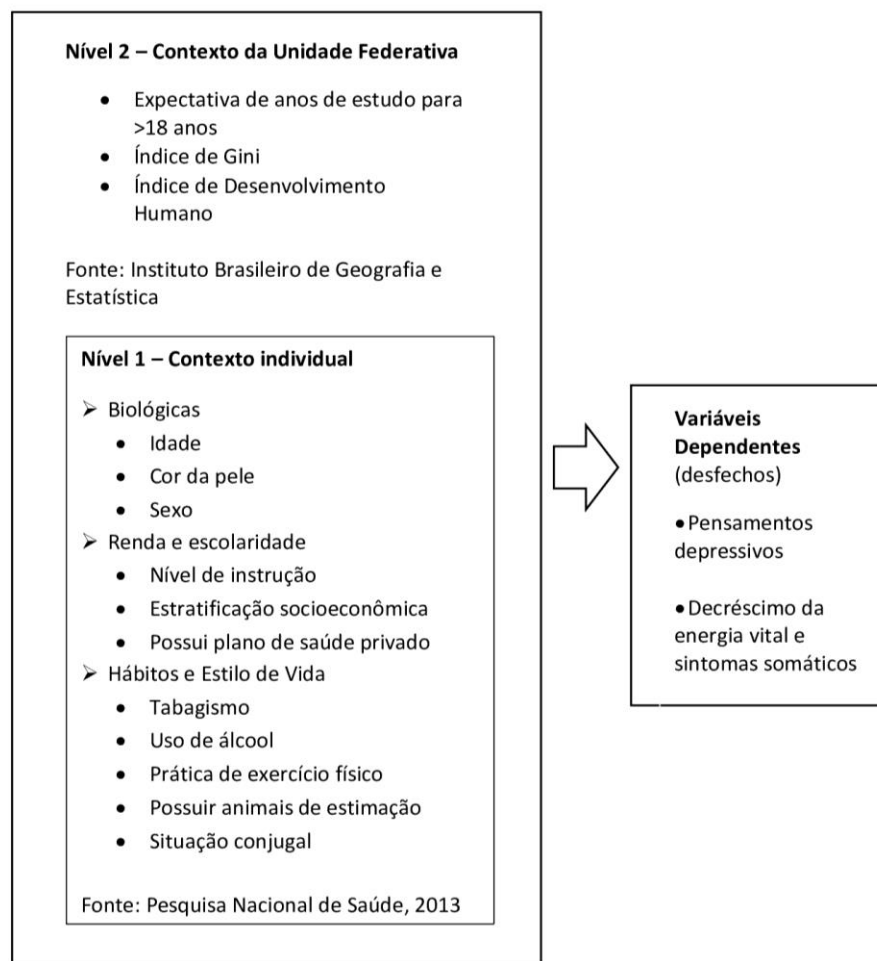


Figura 2: Fonte de dados, variáveis e níveis de análise empregados no modelo de Regressão de Poisson multinível.

4.3.4 Análise de dados

As prevalências foram apresentadas em valores absolutos e relativos em cada categoria e o efeito foi estimado através das Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Variáveis com associações significativas nas análises bivariadas ($p < 0,20$) foram ajustadas no modelo multivariado. Na primeira etapa, o efeito contextual foi avaliado a partir de um modelo nulo usando o teste de razão de verossimilhança para verificar a significância e, posteriormente, dois modelos foram testados, o primeiro apenas com o nível individual, e o modelo final com os níveis individual e contextual, com as variáveis que permaneceram significativas no modelo. A análise dos dados foi realizada no software estatístico STATA 13.

4.3.5 Aspectos Éticos

O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no dia 8 de julho de 2013, sob o no 10853812.7.0000.0008. O presente estudo utiliza dados secundários da PNS disponíveis em sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, sendo dispensado de apreciação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4.4 Seção 4: Estudo Transversal

Este estudo foi conduzido com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2019 (PNS), realizada entre os anos 2019 e 2020, que é um inquérito populacional domiciliar com objetivo de conhecer os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira, e constituir uma base de dados representativa da população brasileira.

4.4.1 População-alvo

A amostra deste estudo foi constituída pelas pessoas com 15 anos ou mais, que foram selecionadas para responder ao inquérito e que autorreferiram possuir diagnóstico para depressão. Para a seleção da amostra foi considerada a resposta à questão Q092 (Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?).

4.4.2 Cálculo amostral

O plano amostral da PNS utiliza a Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisa Domiciliar (SIPD), que permite maior abrangência territorial, e utiliza processo de amostragem por conglomerados em três estágios com amostra aleatória simples. O primeiro estágio é composto pelas Unidades Primárias de Amostragem (setores censitários), o segundo estágio são os domicílios selecionados, e o terceiro estágio são os moradores com 15 anos ou mais que foram selecionados em cada domicílio para responder a pesquisa (IBGE, 2020; Stopa et al., 2020).

Ao final deste processo foram selecionados 108.457 domicílios, dos quais 100.541 estavam ocupados, e destes últimos, 94.114 pessoas optaram por participar voluntariamente da pesquisa. A amostra do presente estudo foi composta por 8.332 indivíduos.

4.4.3 Variáveis do estudo e coleta de dados

A variável dependente, ou desfecho primário do estudo, foi denominada ‘acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão’. O desfecho expressa a necessidade frustrada de atendimento em saúde para o tratamento da depressão, por não ter acesso ao serviço em razão de algum problema de acessibilidade.

Para a elaboração da variável dependente, foi considerada a resposta à questão Q09502 (Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?). Foram considerados os indivíduos que responderam a pelo menos uma destas alternativas: (1) O serviço de saúde é distante ou tem dificuldade de transporte; (2) O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande; (3) Tem dificuldades financeiras; (4) O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas; (5) Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde; (6) Não sabe quem procurar ou aonde ir e (7) Outros motivos.

Entre as variáveis independentes individuais, foram considerados o sexo (masculino ou feminino), a idade (15-29 anos, 30-59 anos, 60 anos ou mais), a raça/cor da pele (brancos, negros – pretos e pardos, indígenas ou asiáticos), nível de escolaridade (sem escolaridade, nível fundamental, nível médio, nível superior), renda domiciliar per capita (até 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, acima de 3 salários). Os fatores individuais facilitadores selecionados foram: se possui cobertura da Estratégia Saúde da Família (sim, não ou não sabe), área de residência (urbano ou rural), autoavaliação do estado de saúde (muito bom/bom; regular/ruim/muito ruim), se possui diagnóstico de outra doença crônica, física ou mental, condição crônica de saúde ou doença de longa duração (sim, não), se possui limitações das atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.) por causa da depressão (sim, não). Entre as variáveis de caracterização do acesso, foram consideradas: última vez que recebeu atendimento médico por causa da depressão (há menos de 6 meses; de 6 meses a menos de 2 anos; há 2 anos ou mais), faz uso de algum medicamento para depressão (sim, não) e faz alguma prática integrativa e complementar (sim, não). Todas as variáveis independentes individuais foram coletadas na base de dados da própria PNS.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **65**

4.4.4 Análise de dados

Por se tratar de um estudo com amostragem complexa, para as análises foi utilizado o peso da amostra e incorporado o efeito do desenho da amostra. Procedeu-se o cálculo da prevalência dos desfechos em relação às variáveis individuais, com apresentação dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Em seguida, foi conduzida análise de Regressão de Poisson bivariada para estimar a razão de prevalências bruta (RP) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%).

As variáveis que apresentaram $p \leq 0,200$ na análise bivariada foram incluídas no modelo de Regressão de Poisson multivariada, a fim de estimar a razão de prevalências (RP) ajustada. Adotou-se o modelo hierárquico e a entrada das variáveis no modelo multivariado foi feita de acordo com a ordem crescente do valor de p. Permaneceram no modelo final apenas as variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas utilizando-se o software Stata versão 13 (Stata Corp., College Station, United States).

4.4.5 Aspectos Éticos

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde sob o Parecer nº 3.529.376, de 23 de agosto de 2019. Os resultados da pesquisa são de domínio público e estão disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão da tese serão apresentados em quatro artigos: uma revisão sistemática sobre a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres; uma revisão sistemática sobre a diferença no acesso de serviços de saúde mental por mulheres e homens; um estudo transversal sobre fatores associados ao sofrimento mental na população brasileira; e um estudo transversal sobre fatores associados ao acesso precário a serviços de saúde para tratamento da depressão no Brasil.

5.1 ARTIGO 1- PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Artigo publicado na revista *Public Health Reviews*, disponível em: <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.1604234>

RESUMO

Objetivo: identificar a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres adultas. **Metodologia:** as pesquisas foram realizadas nos bancos de dados PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl, além da busca no Google Scholar e Open Grey. O protocolo do estudo foi registrado com PROSPERO sob número CRD42020168231. Foram incluídos estudos transversais que apresentassem a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres acima de 18 anos. Foram excluídos estudos com homens, crianças e mulheres grávidas, de outra faixa etária, outros transtornos mentais e outros tipos de estudos. Foram coletados dos estudos informações sobre cidade/país, faixa etária, amostra, prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns. Para avaliação do risco de viés foi utilizado o Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Joanna Briggs. Todas as etapas foram realizadas por avaliadores independentes. **Resultados:** 19 estudos foram incluídos nesta revisão. Para determinação dos transtornos mentais comuns foram utilizados principalmente os questionários SRQ-20, WHOQOL-bref, General Health Questionnaire (GHQ), Kessler 6 (K6) e SF36. A prevalência de TMC variou de 9,6% a 69,3%. Os principais fatores associados relatados foram o desemprego, dívidas, baixa renda econômica, ser dona de casa, tabagismo,

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **67**

menor nível educacional baixa autoavaliação em saúde, ser solteira, divorciada ou viúva. O risco de viés dos estudos foi classificado como baixo e moderado. **Conclusão:** Esta revisão revelou uma variação na taxa de prevalência de TMC em mulheres adultas. São necessárias políticas públicas que criem estratégias e redes de apoio social para prevenir e minimizar o adoecimento mental dessas mulheres.

PALAVRAS CHAVES: Transtornos mentais; Saúde da mulher, Mulher.

ABSTRACT

Objectives: to identify the prevalence and factors associated with common mental disorders in adult women. **Methods:** searches were performed in the PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl, Google Scholar and Open Gray databases. The study protocol was registered with PROSPERO under number CRD42020168231. Cross-sectional studies showing the prevalence of common mental disorders in women over 18 years were included. Studies with men, children and pregnant women of another age group and with other mental disorders and other types of studies were excluded. The Joanna Briggs Institute checklist was used to assess the risk of bias. **Results:** nineteen studies were included in this review. The prevalence of TMC ranged from 9.6% to 69.3%. The main associated factors reported were unemployment, indebtedness, low income, being a housewife, smoking, low education, poor self-rated health, being single, divorced or widowed. The risk of bias in the studies was classified as low and moderate. **Conclusion:** this review revealed a variable prevalence rate of TMC in adult women. Reassessment of public policies is necessary to improve prevention of mental illness in women.

KEY WORDS: Mental disorders; Mental health; Women; Public Health; Epidemiology.

Introdução

Os transtornos mentais são um grave problema de saúde pública, atingindo em todo o mundo, países de baixa, média e alta renda, sendo responsáveis por um terço do adoecimento em nível global. Existem 322 milhões de pessoas que apresentam diagnósticos de transtornos

mentais em todo o mundo. No Brasil, 9,3% da população apresentam sintomas relacionados à ansiedade e 5,8% possuem depressão (Baxter et al. 2013; World Health Organization 2017).

Os Transtornos mentais comuns (TMC) tem como principais sintomas de sofrimento psíquico a ansiedade, depressão e pensamentos sobre suicídio, além de sintomas não psicóticos, como irritabilidade, insônia, fadiga e dificuldades na memória. No entanto, o TMC nem sempre preenchem os critérios formais da classificação internacional das doenças (CID-10) ou do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-V) (Steel et al. 2014; Coutinho et al. 2014)

Os TMC afetam as atividades da vida diária dos indivíduos, prejudicando as relações sociais, familiares e no ambiente do trabalho. Além disso, quando afeta adultos jovens, provocam vulnerabilidade socioeconômica, diminuindo a capacidade produtiva e levando ao isolamento social e aumento da utilização dos serviços de saúde (Quadros et al. 2020).

Uma em cada 5 pessoas poderá desenvolver TMC no decorrer de sua vida, afetando principalmente o sexo feminino (Borges et al. 2015). Isso pode ser explicado por fatores socioculturais ligados ao sexo feminino, sendo este mais exposto à sobrecarga de trabalho doméstico, violência doméstica, estressores intradomiciliares e em razão da mulher se dividir entre os múltiplos papéis da sociedade, como as atividades do lar e do trabalho (Leite et al. 2017).

Além dos fatores socioculturais, as mulheres mostram vulnerabilidade biológica aos sintomas dos TMC, principalmente ligado ao período reprodutivo. A função do estrógeno na modulação do humor explicaria, em partes, a grande prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade na mulher, nos períodos da menarca à menopausa. Além da associação entre humor depressivo e a variação hormonal, como o período pré-menstrual, puerpério e menopausa, o uso dos hormônios presentes nos contraceptivos orais e na terapia de reposição hormonal também influenciam na variação de humor (Andrade et al. 2006). As maiores prevalências de TMC em mulheres também estão associadas a maior facilidade de identificar os sintomas e encontrar ajuda nos serviços de saúde (Lucchese et al. 2014).

O sofrimento psíquico gerado pelo TMC nas mulheres adultas desencadeia menor qualidade de vida e dificuldade de desenvolverem suas atividades diárias. Apesar de compreender os segmentos mais vulneráveis que apresentam TMC, as pesquisas voltadas para a saúde mental, especificamente de mulheres adultas, ainda são escassas (Santos et al. 2019). Identificar a magnitude desse agravo e os grupos mais vulneráveis permite propor políticas públicas voltadas para saúde da mulher e o planejamento de ações de saúde mais efetivas para

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **69**

a prevenção desses transtornos, assim como o incentivo a intervenções multiprofissionais para tratar de forma adequada as mulheres que possuem TMC.

O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados ao TMC em mulheres adultas. Pretende-se responder à pergunta de pesquisa: “Qual a prevalência do TMC em mulheres adultas e quais são os fatores associados?”.

Métodos

Protocolo e registro

Para execução desta revisão sistemática, foi elaborado protocolo e cadastrado no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) sob número CRD42020168231. O PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) (Liberati et al. 2009) foi utilizado como guia de escrita dessa revisão.

Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos transversais que apresentassem a prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em mulheres acima de 18 anos. Foram excluídos estudos com (1) homens, crianças e mulheres grávidas; (2) mulheres menores de 18 anos; (3) outros transtornos mentais e/ou doenças; (4) estudos que não apresentaram prevalência e/ou fatores associados, ou que não apresentaram dados suficientes para cálculo; (5) estudos de coorte, estudos de caso-controle, estudos de diagnóstico, ensaios clínicos, revisões, carta ao editor, resumos de conferências e artigos de opinião.

Fontes de informação

Foi realizada busca nas bases de dados PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl, além da busca no Google Scholar e Open Grey. As pesquisas foram realizadas sem restrição de idioma ou data de publicação. Na estratégia de busca nas bases bibliográficas um bibliotecário foi consultado; foram utilizados os *MeSH terms* e palavras chaves “Women” e “Mental Disorders”, “Women's Groups” e “behavior disorders” e a palavra-chave “common mental disorders” (apêndice 1). Foi ainda realizada a consulta aos *experts* via correio eletrônico para identificação de novas referências.

Os resultados obtidos nas bases de dados foram inseridos no gerenciador de referências Mendeley Desktop® versão 1.19.4 para a eliminação de duplicatas. Em seguida, os artigos

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **70**

resultantes foram transferidos para o software Rayyan QCRI® para serem triados a partir do título e resumo. As buscas foram realizadas no dia 12 de Dezembro de 2019.

Seleção de estudos

A leitura de títulos e resumos foi realizada e aqueles que cumpriram os critérios de elegibilidade foram lidos na íntegra, sendo todas as etapas realizadas por dois pesquisadores independentes (HSB e RMA). Foram realizadas as reuniões de consenso para resoluções de conflitos nas duas etapas, não houve necessidade de consulta ao terceiro revisor (IRB).

Após a triagem inicial, os resultados obtidos foram submetidos a leitura textual completa no software Rayyan QCRI® utilizado para manter o cegamento da pesquisa, a partir dos critérios de elegibilidade. Desta análise, obtiveram-se os estudos a serem incluídos nesta revisão sistemática.

Extração dos dados

Os dados coletados dos estudos incluídos pelo primeiro e segundo autor de forma independente (HSB e RMA) foram autores, ano de publicação, cidade, país, tamanho amostral, idade dos participantes, prevalência do TMC, métodos e instrumentos de identificação dos transtornos mentais comuns e os fatores associados na análise ajustada. Foram realizadas as reuniões de consenso para resoluções de conflitos nas duas etapas, não houve necessidade de consulta ao terceiro revisor (IRB).

Risco de viés

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada pela ferramenta de avaliação crítica de estudos transversais para o uso em revisão sistemática do Instituto Joanna Briggs (2008) (Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Joanna Briggs).

As oito questões foram classificadas pelos autores com “Yes”, “No”, “Unclear” or “Not/Applicable” pelo primeiro e segundo revisor de forma independente. Quando houve necessidade, foi realizada uma reunião de consenso. Foi realizada a classificação dos resultados do risco de viés em (1) baixo risco, se os estudos atingissem mais de 70% de pontuação "sim"; (2) risco moderado, se a pontuação "sim" estiver entre 50% e 69%; e (3) alto risco de viés, se a pontuação "sim" for inferior a 49% (Polmann et al. 2019). As figuras do risco de viés foram

feitas com o software Review Manager 5.3 (RevMan 5.3, The Nordic Cochrane Centre, Copenhagen, Denmark).

Resultados

As buscas resultaram em 56.619 artigos. Após a remoção dos estudos duplicados, 10.892 artigos permaneceram para leitura dos títulos e resumos. Após a etapa de leitura de título e resumo, 74 artigos foram lidos na íntegra, e desses, 54 foram excluídos (apêndice 2). Em relação à literatura cinzenta, nenhum estudo foi incluído. Nenhuma resposta foi obtida pelos experts contatados. Por fim, 19 artigos foram incluídos nesta revisão sistemática (Figura 3).

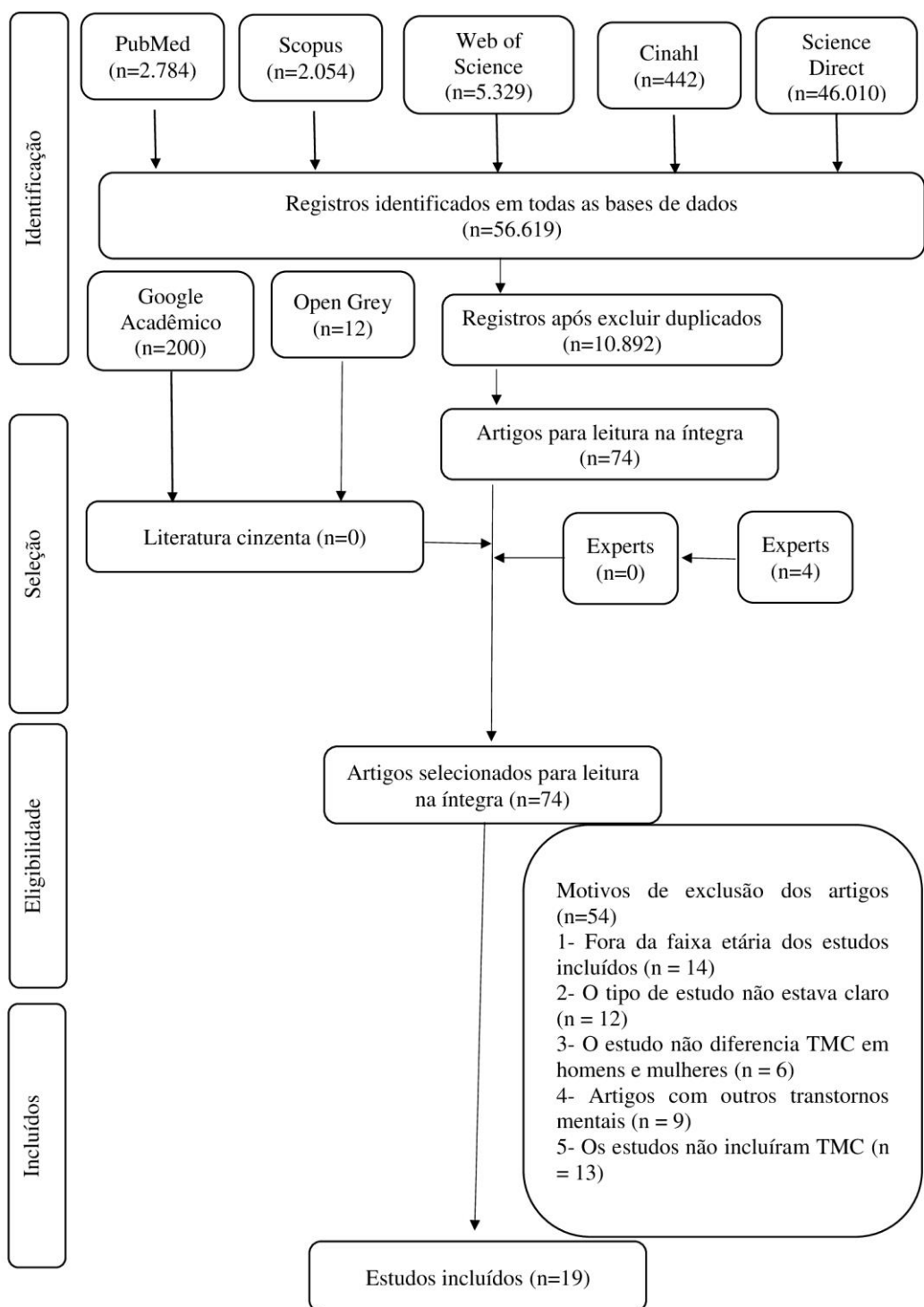


Figura 3: Fluxograma da seleção de artigos, Brasil, 2019.

*Adaptado do PRISMA

Os estudos incluídos (tabela 01) foram publicados nos anos de 2004 (Anseau et al. 2004) a 2018 (Audi et al. 2018; Rocha et al. 2018; Rocha et al. 2018b; Santos et al. 2018). Dos 19 artigos, 8 foram desenvolvidos em países da América do Sul: Brasil (Audi et al. 2018; Borges et al. 2015; Fortes et al. 2011; Jansen et al. 2011, Rocha. 2018; Rocha. 2019; Santos et al. 2018) e Colômbia (Campo-Arias et al. 2011); 01 na América do Norte: Estados Unidos (Duran et al. 2004), 6 países da Europa: Bélgica (Anseau et al. 2004), Itália (Girolamo et al. 2006), França (Cohidon et al. 2009), Grécia (Skapinakis et al. 2013), Espanha (Jurado et al. 2014), Noruega (Gjesdal et al. 2016), 02 países do continente Asiático: Catar (Cohidon et al. 2009), Índia (Soni et al. 2016), 02 países do continente Africano: Gana (Menil et al. 2012) e Kenya (Husain et al. 2016). Os estudos apresentaram diferentes tamanhos de amostra, variando de 234 (Borges. 2015) a 45.399 mulheres (Gjesdal et al. 2016).

Em relação a idade, 07 estudos incluíram mulheres com mais de 18 anos, sem especificar a faixa etária, 05 estudos incluíram mulheres de até 59 anos e 07 estudos incluíram mulheres idosas (a partir de 60 anos). Os estudos de Rocha et al. (2018a) e Rocha et al. (2018b) incluíram mulheres de até 82 anos, com média da idade de 38,96 anos. No estudo de Duran et al. (2004) e Borges et al. (2015), as participantes incluídas tiveram média de 27,8 anos e 45 anos de idade, respectivamente, sendo a menor e maior média de idade das participantes entre os estudos analisados. A maioria dos estudos não incluiu mulheres idosas.

Quanto aos TMC, 09 artigos trouxeram a prevalência especificada para cada um dos transtornos, como transtornos de humor, transtornos depressivos menores, ansiedade e algumas fobias (Anseau et al. 2004; Cohidon et al. 2009; Duran et al. 2004; Ghuloum et al. 2011; Girolamo et al. 2006; Gjesdal et al. 2016; Skapinakis et al. 2013; Santos et al. 2018) e 10 trouxeram um valor único de prevalência para TMC (Audi et al. 2018; Borges. 2015; Campo-Arias et al. 2011; Fortes et al. 2011; Husain et al. 2016; Jansen et al. 2011; Jurado et al. 2014; Rocha. 2018; Rocha. 2019; Soni et al. 2016). A prevalência de TMC variou de 9,6% (Jurado et al. 2014) a 69,3% (Fortes et al. 2011).

Quanto aos instrumentos utilizados para identificar os TMC, 07 estudos (Audi et al. 2018; Borges. 2015; Husain et al. 2016; Jansen et al. 2011; Rocha. 2018; Rocha. 2019; Soni et al. 2016) utilizaram o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Nos demais, outros instrumentos foram utilizados para triagem de transtornos mentais: *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) (Anseau et al. 2004), *International Neuropsychiatric Interview* (Mini) (Cohidon et al. 2009), *General Health Questionnaire* (GHQ-12) (campo-arias;

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **74**

duran et al. 2004, fortes et al. 2011,), o *composite international diagnostic interview* (CIDI) (girolamo et al. 2006), o Gatekeeper (GPs) para serviços de saúde (Gjesdal et al. 2016) e o Kessler 6 (K6) (Menil et al. 2012, jurado et al. 2014).

Os estudos identificaram associação entre o TMC e desemprego (Audi et al. 2018; Girolamo et al. 2006; Jansen et al. 2011; Jurado et al. 2014; Rocha. 2018), ter grande número de dívidas (Duran et al. 2004; Husain et al. 2016), ser dona de casa (Girolamo et al. 2006; Jurado et al. 2014), ser tabagista (Audi et a; Campo-Arias et al. 2011; Jurado et al. 2014), ter menor nível educacional (Duran et al. 2004; Ghuloum et al. 2011; Gjesdal et al. 2016), autoavaliar a saúde como precária (Duran et al. 2004; Soni et al. 2016), ser solteira (Fortes et al. 2011), divorciada (Gjesdal et al. 2016, Skapinakis et al. 2013), viúva (Skapinakis et al. 2013) e ter baixa renda econômica (Fortes et al. 2011; Ghuloum et al. 2011; Jansen et al. 2011). Atividades de lazer foi fator de proteção para TMC (Rocha. 2019).

Tabela 01. Características dos estudos incluídos

Autor	Cidade/país	Idade em anos (média)	Amostra	Método de identificação dos TMC	Prevalência do TMC	Fatores associados (IC 95%)
Anseau et al. (2004)	Bélgica	Maiores de 18 anos	1360	Questionário de transtornos mentais (PRIME-MD)	TH: 35,3%; TDM: 3,8%; TA: 21,9%	*
Duran et al. (2004)	Estados Unidos	18 a 45 anos Média de idade: 27,8 anos	234	Questionário de transtornos mentais (GHQ-12)	TH: 44%; TA: 58%	Dívidas: RP=1.5 (IC95% 1.1-2.1) Baixa autoavaliação da saúde. RP=1.5 (IC95% 1.2- 2.0). Dívidas RP= 1.4(IC 95% 1.1-1.9), Nível educacional baixo (abaixo do ensino médio) RP =1.4(IC 95% 1.1-1.7) e Baixa autoavaliação da saúde RP=1.4(IC95% 1.1-1.6)
Girolamo et al. (2006)	Itália	Maiores de 18 anos	2391	Questionário de transtornos mentais (CIDI)	Prevalência de qualquer transtorno mental: 24,4% Prevalência de TH: 14,9% Prevalência de TA: 16,2%	<u>TH</u> casado anteriormente: OR= 2.0 (IC95% 1.2-3.4) <u>TA</u> Desemprego: OR=2.1 (IC95% 1.1-4.2) <u>TMC</u> Dona de casa: OR=2.1 (IC95% 1.2-4.0) Dona de casa: OR=1.9 (IC95% 1.1-3.1)
Cohidon et al. (2009)	França	Maiores de 18 anos	21.337	International Neuropsychiatric Interview (Mini)	TH: 16%, TA: 25%,	*
Campo-Arias et al. (2011)	Colômbia	18 a 65 anos Média de 38,3 anos	1740	Questionário de transtornos mentais (GHQ-12)	TMC: 15,7%	Consumo abusivo de álcool: OR= 6.4 (IC95% 2.7-15.2) Tabagismo diário: OR=3.3 (IC95% 2.1-5.0) Doenças crônicas: OR= 2.0 (IC95% 1.4-2.8)

						Consumo diário de café: OR=1.3 (IC95% 1.0-1.8).
Fortes et al. (2011)	Brasil	18 a 65 anos	327	Questionário de transtornos mentais (GHQ-12)	TMC em mulheres extremamente pobres: 69,35 TMC em mulheres que não são extremamente pobres: 56,78 %	Estado civil solteiro: OR=1.23 (IC 95% 1.08-1.40), Nível de pobreza: renda familiar per capita menor que US \$ 40 por mês: OR=1.08 (IC95% 0.95-1.24) e mulheres extremamente pobres
Ghuloum et al. (2011)	Catar	18 a 65 anos	893	Questionário autoaplicável e validado pelos autores	CDM:55,6% TDM: 13,3 TA: 10,9% Fobia: 6,6%	<u>TMC</u> faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação e renda mensal da família (P <0,001)
Jansen et al. (2011)	Brasil	18 a 24 anos	880	Questionário de triagem para transtornos mentais comuns (SRQ-20) e Questionário de qualidade de vida (SF-36)	CDM: 32,2%	<u>TMC</u> Pertencer a classe econômica D ou E: OR=2.11 (IC95% 1.67-2.66) Desemprego: OR=1.55 (IC95% 1.24-1.94) Estado geral de saúde: OR=17.6 (IC95% 15.4-19.7)
Menil et al. (2012)	Gana	Maiores de 18 anos; Idade média de 37 anos	2.814	Questionário de transtornos mentais (Kessler 6-(K6)	Este estudo não conseguiu estimar a prevalência da população de transtornos mentais comuns, porque a ferramenta K6, comumente usada para esse fim, ainda não foi indexada no Gana. A pontuação média encontrada no K6 foi de 27,1.	<u>TMC</u> Baixos níveis de educação, pobreza e desemprego (P = 0.001, 0.02, 0.0001 respectivamente).
Skapinakis et al. (2013)	Grécia	18 a 70 anos; Idade média de 42 anos e desvio padrão de 15 anos.	2.466	Questionário de transtornos mentais (CIS-R)	TDM: 3,68%; TA: 8,45%; Todas as fobias: 3,64%	<u>Depressão:</u> Separado: OR=2.10 (IC95% 1.13 –3.90) Viúva: OR=2.44 (IC95% 1.39 – 4.30) Desemprego OR=2.46 (IC95% 1.20 – 5.04) <u>TA:</u> Divorciada: OR=1.89 (IC95% 1.22 – 2.93) Viúva: OR=1.66 (IC95% 1.05 – 2.63)

Jurado et al. (2014)	Espanha	18 a 50 anos	906	Questionário de transtornos mentais Kessler 6-(K6)	CDM: 9,6% em mulheres espanholas CDM: 24,9 % em mulheres migrantes	Divorciada ou viúva: OR=2.1 (IC95% 1.3-3.5) Desempregada ou dona de casa OR=0,59 (IC95% 0.35-1.0) Fumar diariamente: OR=1.4 (IC95% 0.97-2.2) Ser migrante: OR=3,1 (IC95% 2,1-4,6)
Borges. (2015)	Brasil	Maiores de 18 anos, idade média de 45 anos.	365	Questionário de triagem para transtornos mentais comuns (SRQ-20)	CDM: 44,1%.	Menor qualidade de vida nos domínios: físico (P <0.001), psicológico (P = 0.018) e relações sociais (P <0,001)
Soni et al. (2016)	Índia	18 a 45 anos	658	Questionário de triagem para transtornos mentais comuns (SRQ-20)	TMC: 22,8%	Relato de um pior estado de saúde: OR=9.34 (IC95% 5.93 -14.70) e Gasto com renda em saúde: OR=2.25 (IC95% 1,48 a 3.44) Aumento no número de consultas clínicas no ano anterior: OR=1.22 (IC95% 1,05 a 1,42).
Gjesdal et al. (2016)	Noruega	18 a 67 anos	45.399	Modelo de gatekeeper (GPs) para serviços de saúde	Depressão: 43% Ansiedade: 23% Estresse: 75% Problemas para dormir: 24% Todos: 47%	Baixa escolaridade (ensino médio): OR=0.90 (IC95% 0.85- 0.95) Divorciada: OR=1.17 (IC95% 1.10-1.24)
Husain et al. (2016)	Kenya	Maiores de 18 anos	429	Questionário de triagem para transtornos mentais comuns (SRQ-20)	CDM:20%	Dificuldades financeiras: OR=4.3 (IC95% 2.5-7.3) Dificuldades no relacionamento: OR=1.4 (IC95% 0,6-3,4)
Audi et al. (2018)	Brasil	Maiores de 18 anos. Média de 30,8 anos (desvio padrão de 9,6 anos)	1013	Questionário de triagem para transtornos mentais comuns (SRQ-20)	CDM: 66,7%	Desemprego: OR=1.37 (IC95% 1.04-1.80) Tabagismo: OR=1.58 (IC95% 1.18-2.11) Inatividade física: OR=1.56 (IC95% 1.19-2.13) Violência testemunhada na família na infância ou adolescência: OR=1.40 (IC95% 1.05-1.86)

Santos et al. (2018)	Brasil	20 a 59 anos	369	Questionário de triagem para transtornos mentais comuns (SRQ-20) e avaliação de violência por parceiro íntimo (Conflict Tactic Scales -CTS-2)	Sintomas de humor depressivo e ansioso: 79,4% Sintomas somáticos: 78,8% Sintomas de pensamentos depressivos: 78,8% *Os autores calcularam a partir dos resultados do estudo	<u>Sintomas de humor depressivo e ansioso</u> Abuso físico sem sequelas (menor): OR=1.82 (IC95% 1.01-3,30) Abuso físico sem sequelas (severo): OR=2.58 (IC95% 1.06 -6,25) Abuso físico com sequelas (Menor): OR=3.7 (IC95% 1.29-10.63)
Rocha et al. (2018a)	Brasil	19 a 82 anos; Idade média de 38,96	2099	Questionário de triagem para transtornos mentais comuns (SRQ-20)	CDM: 22,7%	Desemprego: OR=1.13 (IC95% 1.08-1.18)
Rocha et al. (2018b)	Brasil.	19 a 82 anos Idade média de 38,96	2099	Questionário de triagem para transtornos mentais comuns (SRQ-20)	TMC: 22,7%	Lazer: OR=0.50 (IC95% 950.35 – 0.72)

Legenda: *Não existem valores de associação; CI: confidence interval; OR: odds ratio; CDM: Common mental disorders; TH: Transtornos de humor; TDM: Transtornos depressivos menores; TA: Transtornos de ansiedade;

Quanto ao risco de viés, os estudos foram classificados entre baixo risco (Anseau et al. 2004, Borges et al. 2015, Campo-arias 2011, Cohidon et al. 2009, Duran et al. 2004, Fortes et al. 2011, Ghuloum et al. 2009, Girolamo et al. 2006, Gjesdal et al. 2016, Husain et al. 2016, Jansen et al. 2011, Jurado et al. 2014, Rocha et al. 2018, Rocha et al. 2018b, Skapinakis et al. 2013, Soni et al. 2016) e moderado risco (Audi et al. 2018, Menil et al. 2016, Santos et al. 2018) (Apêndice 4). Para a maioria dos estudos, a análise dos itens individuais: “identificam os fatores de confusão” e se os estudos “declaram as estratégias para lidarem com os fatores de confusão” pontuaram como alto risco de viés (figura 04).

	Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	Were the study subjects and the setting described in detail?	Was the exposure measured in a valid and reliable way?	Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	Were confounding factors identified?	Were strategies to deal with confounding factors stated?	Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	Were the outcomes measured in a valid and reliable way?
Anseau et al. 2004	+	+	+	+	-	-	+	+
Audi et al. 2018	+	+	+	-	-	-	+	+
Borges et al. 2015	+	+	+	+	-	-	+	+
Campo-arias et al. 2011	+	+	+	+	-	-	+	+
Cohidon et al. 2009	+	+	+	+	-	-	+	+
Duran et al. 2004	+	+	+	+	+	+	+	+
Fortes et al. 2011	+	+	+	+	+	+	+	+
Ghuloum et al. 2009	+	+	+	+	-	-	+	+
Girolamo et al. 2006	+	+	+	+	-	+	+	+
Gjesdal et al. 2016	+	+	+	+	-	-	+	+
Husain et al. 2016	+	+	+	+	-	-	+	+
Jansen et al. 2011	+	+	+	+	+	+	+	+
Jurado et al. 2014	+	+	+	+	+	+	+	+
Menil et al. 2016	+	+	-	+	-	-	+	+
Rocha et al. 2018	+	+	+	+	-	+	+	+
Rocha et al. 2018 b	+	+	+	+	+	-	+	+
Santos et al. 2018	+	+	+	-	-	-	+	+
Skapinakis et al. 2013	+	+	+	+	-	-	+	+
Soni et al. 2016	+	+	+	+	+	+	+	+

Figura 4: Risco de Viés

Discussão

O objetivo desta revisão sistemática foi identificar a prevalência e os fatores associados aos TMC em mulheres adultas. A prevalência do TMC variou de 9,6% a 69,3% e foi associado a fatores individuais, contexto socioeconômico e laboral; 12 estudos tiveram baixo risco de viés, o que mostra boa qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Existem diversos questionários para triagem e diagnósticos de transtornos mentais. Variados fatores estão envolvidos para um bom resultado destes questionários, como sua confiabilidade, validade e alta sensibilidade. Estes devem ser curtos, breves e fáceis de administrar (Kagee et al. 2013). Outro fator que interfere diretamente no resultado, é o treinamento de quem irá aplicá-lo. O uso do instrumento e sua aplicação adequada melhora a capacidade de detecção do TMC. O uso inadequado destes questionários pode levar a triagem inadequada, subestimando ou diminuindo a prevalência de TMC (Bolsoni e Zuardi 2015). Diferentes instrumentos utilizados em populações com cultura, economia e variações linguísticas, podem gerar variações na prevalência de TMC (Kagee et al. 2013), conforme foi visto nesta revisão sistemática.

Quanto às amostras, houve variação entre os estudos incluídos. Todavia, a maioria teve amostras probabilísticas, mantendo os pressupostos de validade interna. Quanto a faixa etária das mulheres, as médias de idades descritas nos estudos incluídos, era de mulheres adultas jovens. O estudo de Souza et al. (2017) traz resultados semelhantes em sua pesquisa, relacionado isso às desvantagens das mulheres mais jovens, que muitas vezes possuem dupla jornada de trabalho e a responsabilidade doméstica, pois a mulher que vivencia o trabalho e o encargo familiar, geralmente, renuncia ao próprio cuidado para cuidar de sua família, levando a ansiedade, frustração, angústia e adoecimento mental.

O estudo de Jurado et al. (2014) identificou que a menor prevalência de TMC (9,6%) ocorreu em mulheres da Espanha. Comparadas às mulheres espanholas, as chances de TMC foram maiores para migrantes latino-americanas, marroquinas e outras mulheres africanas. O estudo sobre a carga global de doenças mentais, incluindo 28 países ao redor do mundo, mostrou que a prevalência de qualquer transtorno mental nos últimos 12 meses foi maior em países da América Latina do que na Espanha e outros países Europeus (Kesler et al. 2009). Grande parte das mulheres com transtornos mentais na Espanha conseguem atendimento na atenção primária em saúde, além do elevado consumo de psicotrópicos pelas mulheres do país,

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **81**

o que pode estar relacionado à baixa prevalência de TMC encontrada nesta revisão sistemática (Henares et al. 2020).

A América Latina foi o continente com maior quantidade de estudos incluídos nesta revisão. Nos últimos anos, os transtornos mentais correspondem a quase um quarto das doenças existentes neste continente, em decorrência da falta de acesso e do seguimento aos tratamentos (Troya et al. 2018). O Brasil é o país da América Latina com maior prevalência de pessoas com depressão e de ansiedade no mundo, com elevada prevalência entre as mulheres (World Health Organization 2017). O estudo de Fortes et al. (2011), realizado no Brasil na cidade de Petrópolis/RJ, foi o estudo com maior prevalência de TMC, com taxa de 69,3% em mulheres extremamente pobres. Essa alta taxa de prevalência no Brasil pode ser explicada por múltiplos fatores, como condições socioeconômicas adversas, altas taxas de desemprego, menor nível de escolaridade e a violência urbana generalizada (Gonçalves et al. 2014).

Existe grande variação na prevalência de transtorno mental em todo o mundo. Stel et al. (2014) mostra que a prevalência global de TMC é de 17,6%, para um adulto nos últimos 12 meses, e de 29,2%, ao longo da vida. Diferentes causas podem estar associadas, no entanto, as maiores taxas de TMC estão nos continentes e países com condições precárias de acesso à saúde (World Health Organization 2017).

A variação para as taxas de prevalência de TMC apresentada entre os estudos podem estar relacionados às diferenças nas características das populações estudadas (raça e etnia, faixa etária, aspectos socioculturais) e às questões metodológicas, como os diferentes instrumentos utilizados para triagem e diferentes pontos de cortes utilizados para o mesmo instrumento.

Quanto aos instrumentos utilizados para triagem do TMC, o SRQ-20 foi o mais utilizado. O estudo de Bolsoni e Zuardi (2015) analisou a confiabilidade e/ou consistência interna de instrumentos breves para rastreamento de múltiplos transtornos mentais, e apontou que o SRQ-20 é um instrumento amplamente utilizado em vários contextos culturais. Esse questionário é validado em diversos países e recomendado pela Organização Mundial da Saúde por preencher os critérios em termos de facilidade de uso e custo reduzido (World Health Organization 1993; Gonçalves et al. 2008). Esse instrumento possui sensibilidade e especificidade, respectivamente, de 83% e 80% e ponto de corte 7/8 para mulheres. Em relação ao ponto de corte, alguns estudos trazem variação considerável, a depender do contexto cultural e temporal em que foi aplicado, com ponto de corte menor para homens (5/6) do que para mulheres (7/8); outros estudos trazem o ponto de corte 7/8 independente do sexo. (Mari e Williams 1986; Santos et al. 2010; Gonçalves et al. 2008).

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **82**

Já o PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) foi utilizado apenas no estudo de Anseau et al. (2004). É um instrumento com bom desempenho diagnóstico em adultos (sensibilidade de 83%, e especificidade de 88% e valor preditivo positivo de 80% para o diagnóstico de qualquer distúrbio psiquiátrico), que avalia grupos de TMC encontrados na população geral: ligados ao humor, ansiedade, somatoformes, álcool e os transtornos alimentares (Spitzer et al. 1995). A partir do PRIME-MD, foi formulado o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), uma versão mais sintetizada e de fácil aplicação em adultos (Santos et al. 2013).

No que se refere aos demais questionários utilizados para triagem de TMC, o International Neuropsychiatric Interview (MINI), o GHQ-12 (General Health Questionnaire), o Composite International Diagnostic interview (CIDI 2.1), e a escala K6 (Kessler-6) são utilizados na população adulta. São fáceis e rápidos de administrar, possuindo confiabilidade e validade satisfatórias, além de apresentarem sensibilidade e especificidade acima de 80% (Amorim et al. 2000; Endsley et al. 2017; Quintana et al. 2012; Kessler et al. 2010). O estudo de Gjesdal et al. (2016) utilizou um modelo de Gatekeeper (GP) Norueguês para triagem do TMC, no qual clínicos gerais formulam o diagnóstico ao final da consulta, a partir da avaliação clínica.

Diante da diversidade de instrumentos existentes para triagem de TMC e da elevada prevalência de TMC em mulheres, é necessário a validação de instrumentos específicos para esta população.

Como encontrado neste estudo e em outras pesquisas, múltiplos fatores estão associados ao TMC em mulheres adultas (Parreira et al., 2017; Senicato et al., 2018; Nunes et al. 2016), como o desemprego (Audi et al. 2018; Girolamo et al. 2006; Jansen et al. 2011; Jurado et al. 2014; Rocha. 2018a), o menor nível educacional (Duran et al., 2004; Ghuloum et al. 2011; Gjesdal et al. 2016) e ter uma baixa renda econômica (Fortes et al. 2011; Ghuloum et al. 2011; Jansen et al. 2011)

A baixa escolaridade está associada ao TMC. Segundo alguns estudos (Bates et al. 2013; Senicato et al. 2018) maior escolaridade gera melhores habilidades cognitivas, conhecimento para tomada de decisões, independência financeira, melhor qualidade na alimentação, lazer e saúde, influenciando diretamente em um melhor estado de saúde física e mental. A baixa escolaridade deixa as mulheres mais propícias a maior dificuldade em conseguir emprego, menor remuneração e principalmente o desemprego (Patel 2003). O desemprego, que muitas vezes é gerado pelo menor número de anos de estudo, gera dificuldades

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **83**

financeiras e sofrimento mental (Santos et al. 2019). Logo, a menor quantidade de anos estudados, o desemprego e a ausência de renda, podem estar relacionados ao desenvolvimento de TMC nas mulheres.

A variável “ser dona de casa” foi um fator associado ao TMC em alguns estudos (Girolamo et al. 2006; Jurado et al. 2014). Muitas mulheres que estão no papel de “dona de casa” se sentem desvalorizadas, com menor autonomia e invisíveis socioeconomicamente, além do não reconhecimento da família e sociedade, por não estarem dentro dos padrões de trabalho produtivo atual, gerando sentimentos presentes nos TMC (Santos e Diniz 2018).

O tabagismo também foi um fator associado ao TMC (Audi et al. 2018; Campo-Arias et al. 2011; Jurado et al., 2014). Apesar do uso do cigarro ser mais frequente entre homens, existe associação ao uso do cigarro em mulheres que se apresentam deprimidas (He et al., 2014). Além disso, algumas pesquisas (Lindström, 2010, Stansfeld et al. 2011; Laaksonen et al. 2005) constataram que a renda mais baixa, baixa escolaridade e não ter companheiro, estão relacionados ao tabagismo. Sugere-se que o nível socioeconômico mais baixo pode induzir estresse e este desencadeia o tabagismo.

O estado civil solteira (Fortes et al. 2011), divorciada (Gjesdal et al. 2016, Skapinakis et al. 2013) e viúva (Skapinakis et al. 2013) foram fatores associados ao TMC entre as mulheres. Segundo o estudo de Senicato et al. (2018), a presença de um companheiro e sua boa relação conjugal gera apoio social, minimizando as situações de estresse da rotina. No casamento, indivíduos compartilham uma ampla variedade de atividades, que incluem refeições, tarefas domésticas, cuidado com os filhos, lazer e descanso. A ausência de um companheiro pode gerar solidão e angústia psicológica.

Quanto a avaliação em saúde, dois estudos incluídos (Duran et al. 2004; Soni et al. 2016) mostraram que mulheres que possuem TMC tem baixa avaliação de sua própria saúde. Em geral, as mulheres possuem outras comorbidades associadas ao TMC, o que pode gerar perda de qualidade de vida (Senicato et al. 2018).

A violência praticada contra a mulher (Audi, 2018; Santos et al. 2018) foi fator associado ao TMC. O estudo de Mendonça e Ludemir (2017) mostrou que a violência psicológica, física e sexual por parceiro íntimo está associada ao TMC e quanto mais grave a agressão, maior o impacto sobre a saúde mental da mulher. O aumento da violência doméstica é um fator que deve ser combatido para a minimização dos sintomas de TMC e outros transtornos mentais.

O artigo de Rocha (2018b) mostrou que ter atividades de lazer é um fator de proteção para TMC. Para Araújo et al. (2007) atividades de lazer são importantes para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, diminuindo sintomas de tristeza, depressão e ansiedade. A prática regular de exercício físico também diminui sintomas de depressão, insônia e melhora a capacidade de atenção (Al-Eisa, 2014). Assim, observa-se que a implementação de horários de lazer e exercícios físicos na rotina, poderia diminuir a prevalência de TMC em mulheres e consequentemente ajudá-las no bem-estar mental e físico.

O TMC nas mulheres adultas possui prevalências e fatores associados relevantes. Reduzir a prevalência de TMC é um desafio para a saúde pública, uma vez que esses casos aumentam a demanda e os custos dos serviços de saúde mental e de outras especialidades, pois além de gerar sofrimento mental, podem contribuir para a piora de outras morbidades associadas, como diabetes, problemas cardíacos, câncer, entre outras doenças. O absenteísmo também é um problema gerado pelo TMC, causando implicações econômicas (Soegaard 2012).

É necessário que as políticas públicas e os programas voltados para a saúde mental da mulher consigam implementar estratégias para triagem de TMC e outros transtornos. É imprescindível conhecer o papel que o sexo feminino, de forma biológica e social, exerce no TMC, e a partir disso, criar estratégias diferenciadas para os gêneros. É necessária a modificação de alguns contextos dos serviços de saúde que atendem mulheres, para que a gestão, profissionais de saúde e comunidade reconheçam que o TMC é um problema de saúde pública, que as mulheres devem ser avaliadas quanto a sua saúde mental rotineiramente na atenção primária em saúde e que sejam implementadas ações que minimizem o impacto desses transtornos na saúde das mulheres (Borges et al. 2015).

Quanto às limitações dos estudos incluídos, por serem estudos transversais, não estimam a causalidade das variáveis estudadas, portanto, não é possível identificar se o TMC influencia os fatores associados ou vice-versa. Além disso, as informações dos estudos são autorreferidas, o que pode gerar viés de informação. A maioria dos instrumentos avalia os sintomas atuais, não permitindo avaliar o seguimento dos sintomas. Outra limitação encontrada foi a não identificação dos fatores de confusão e as estratégias para lidarem com estes fatores, na maioria dos estudos, visto a partir da avaliação do risco de viés.

Acerca da limitação do presente estudo, este incluiu artigos que utilizaram metodologias e amostras distintas, com diversos instrumentos para populações específicas e com pontos de cortes diferentes, o que pode ser a causa da disparidade nas taxas de prevalência. A partir dessa heterogeneidade, não foi possível realizar meta-análise. Apesar das limitações,

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **85**

esta revisão foi realizada com metodologia rigorosa por autores independentes e traz resultados importantes para o direcionamento de políticas em saúde.

Conclusão

Esta revisão revelou uma variação na taxa de prevalência de TMC em mulheres adultas, tendo como 9,6% e 69,3% a prevalência mínima e máxima de TMC, respectivamente. Os estudos incluídos nesta revisão mostraram múltiplos fatores com associação para TMC, no entanto, apenas alguns foram destacados, como o desemprego, a baixa renda econômica, o baixo nível de escolaridade, o tabagismo, o estado civil, as experiências de violência e a baixa autoavaliação de sua saúde. Esses achados foram explicados pela diferença social, econômica, demográfica e acesso aos serviços de saúde de cada país.

Os resultados obtidos nesta revisão representam informações necessárias para a gestão em saúde, podendo servir de base para reflexões sobre as políticas públicas em saúde mental e saúde da mulher. A partir do conhecimento dos fatores associados ao TMC, são necessárias políticas que criem estratégias e redes de apoio social para prevenir e minimizar o adoecimento dessas mulheres. Além disso, novos tipos de estudos são fundamentais para estabelecer relações causais do TMC.

Referências

Ahmad F, Shakya Y, Ginsburg L, Lou W, T.ing P, Rashid M et al (2016) Burden of common mental disorders in a community health centre sample. *Can Fam Physician* 62(12):e758-e766.

Al-Eisa E, Buragadda S, Melam GR (2014) Association between physical activity and psychological status among Saudi female students. *BMC Psychiatry* 14:238. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0238-3>

Amorim P (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 22(3):106-115. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>

Andrade LHS GD, Viana MC, Silveira CM (2006) Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry* 33(2):43-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>.

Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, Vander Mijnsbrugge D (2004) High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* 78(1):49-55. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00219-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00219-7)

Araújo TM, Carmo Junior JJ, Almeida MMG, Pinho OS (2007) Práticas de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes de áreas urbanas. *Rev. Baiana de Saúde Pública* 31(2):294-310.

Audi CAF, Santiago SM, Andrade M da GG, Francisco PMSB (2018) Common mental disorder among incarcerated women: A study on prevalence and associated factors

Augusto VG, Perina KC, Penha DS, Dos Santos DC, Oliveira VA (2016) Temporomandibular dysfunction, stress and common mental disorder in university students. *Acta Ortop Bras* 24:330–3. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-785220162406162873>

Bates LM, Berkman LF, Glymour M (2013) Socioeconomic determinants of women's health: the changing landscape of education, work, and marriage. *Women Health* 22:671-683.

Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA (2013) Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One* 8(6):e65514. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691161/pdf/pone.0065514.pdf> Accessed 5th July 2020

Bell SA, Lori J, Redman R, Seng J. Development of a brief screening tool for women's mental health assessment in refugee settings: A psychometric evaluation (2015) *Int J Nurs Stud* 52(7):1202-1208. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.003>

Bhui K, Bhugra D, Goldberg D (2002) Causal explanations of distress and general practitioners' assessments of common mental disorder among punjabi and English attendees. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37(1):38-45. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8212-9>

Bhui K, Bhugra D, Goldberg D, Dunn G, Desai M (2001) Cultural influences on the prevalence of common mental disorder, general practitioners' assessments and help-seeking among Punjabi and English people visiting their general practitioner. *Psychol Med* 31(5):815-825. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003853>

Bhui K, Warfa N, Jones E (2014) Is violent radicalisation associated with poverty, migration, poor self-reported health and common mental disorders?. *PLoS One* 9(3):e90718. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090718>

Bolsoni LM, Zuardi AW (2015) Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *J. bras. Psiquiatr* 64(1):63-69. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000058>.

Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI (2015) Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 38(3):195–201.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **87**

Braden JB, Zhang L, Zimmerman FJ, Sullivan MD (2008) Employment outcomes of persons with a mental disorder and comorbid chronic pain. *Psychiatr Serv* 59(8):878-885.

Brewis A, Choudhary N, Wutich A (2019) Household water insecurity may influence common mental disorders directly and indirectly through multiple pathways: Evidence from Haiti. *Soc Sci Med* 238:112520. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112520>

Campo-Arias A, Herazo E, Barros-Bermúdez JA, Rueda-Jaimes GE, Díaz-Martínez LA (2011) Common Mental Disorders in Colombian Women. *Revista Colombiana de Psiquiatria* 40(2):244-250.

Chong SA, Abdin E, Sherbourne C, Vaingankar J, Heng D, Yap M et al (2012) Treatment gap in common mental disorders: the Singapore perspective. *Epidemiol Psychiatr Sci* 21(2):195-202. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000771>

Cohidon C, Imbernon E, Goldberg M (2009) Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *Am J Ind Med* 52(2):178. <https://doi.org/10.1002/ajim.20656>

Conway PM, Campanini P, Punzi S, Fichera GP, Camerino D, Francioli L et al (2013) Stress lavorativo, disturbi psichici minori e indice di capacità di lavoro negli addetti al call center di un'azienda italiana [Work stress, common mental disorders and Work Ability Index among call center workers of an Italian company]. *Epidemiol Prev* 37(1):17-28.

Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR (2014) Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS). *Cadernos de Saúde Pública* [on line] 30(9):1875-1883. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00175313>

Cunha, MCV, Carvalho JA, Albuquerque RM, Ludermir AB, Novaes M (2008) Infertilidade: Associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 30(3):201-210. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400009>.

De Silva MJ, Huttly SR, Harpham T, Kenward MG (2007) Social capital and mental health: a comparative analysis of four low income countries. *Soc Sci Med.* 64(1):5-20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.044>

do Carmo MBB, dos Santos LM, Feitosa CA, Fiaccone RL, da Silva NB, dos Santos DN et al (2018) Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? *Revista Brasileira de Psiquiatria* 40:115–122. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2139>

Duran B, Sanders M, Skipper B, Waitzkin H, Malcoe LH, Paine S, Yager J (2004) Prevalence and correlates of mental disorders among Native American women in primary care. *Am J Public Health* 94(1):71-77. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.1.71>

Endsley P, Weobong B, Nadkarni A (2017) The psychometric properties of GHQ for detecting common mental disorder among community dwelling men in Goa, India. *Asian J Psychiatr* 28: 106–10. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.023>

Fahey N, Soni A, Allison J, Vankar J, Prabhakaran A, Simas TAM et al (2016) Education Mitigates the Relationship of Stress and Mental Disorders Among Rural Indian Women. *Ann Glob Health* 82(5):779-787. <http://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.04.001>

Fahey N, Soni A, Allison J, Varma , Anusha P, Simas TAM et al (2016) Higher levels of education mitigate the relationship between perceived stress and positive screening for common mental disorders among women in rural India: results of a cross-sectional study. *Ann Glob Health* 83(3):560. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.04.001>

Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ (2011) Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. *Rev Bras Psiquiatria* 33(2):150-156. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000200010>.

Ghuloum S, Bener A, Abou-Saleh MT (2011) Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. *J Pak Med Assoc* 61(3):216-221.

Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G et al (2006) Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41(11):853-861.

Gjesdal S, Holmaas TH, Monstad K, Hetlevik O (2016) GP consultations for common mental disorders and subsequent sickness certification: register-based study of the employed population in Norway. *Fam Pract.* 33(6):656-662. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw072>

Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al (2014) Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. *Cad. Saúde Pública* 30(3):623-632. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>.

Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F (2008) Avaliação de desempenho do SelfReporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o

Structured Clinical Interview for DSMIV-TR. *Cad Saude Publica* 24(2):380-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>.

Grammatikopoulos I, Skapinakis P, Koupidis S, Bellos S, Theodorakis P, Mavreas V et al (2014) EPA-1708 – Common mental disorders and use of mental health services in the general population in Greece *European Psychiatry* 29:1-1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(14\)78849-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(14)78849-2)

Haghighatdoost F, Feizi A, Esmailzadeh A, Feinle-Bisset C, Keshteli H, Afshar H et al (2019) Association between the dietary inflammatory index and common mental health disorders profile scores. *Clin Nutr* 38(4):1643-1650. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.016>

Hanlon C, Medhin G, Alem A, Araya M, Abdulahi A, Tesfaye M et al (2008) Measuring common mental disorders in women in Ethiopia: reliability and construct validity of the comprehensive psychopathological rating scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43(8):653-659. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0342-0>

He Q, Yang L, Shi S, Gao J, Tao M, Zhang K et al (2014) Smoking and major depressive disorder in Chinese women. *PLoS One* 9(9):e106287. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106287>

Henares Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L (2020) Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas [Mental health in Spain and differences by sex, and by autonomous communities]. *Gac Sanit* 34(2):114-119. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.03.002. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>

Husain N, Mukherjee I, Notiar A, Alavi Z, Tomenson B, Hawara F et al (2016) Prevalence of Common Mental Disorders and its Association with Life Events and Social Support in Mothers Attending a Well-Child Clinic: Findings from Mombasa, Kenya. *SAGE Open* 6(4):215824401667732. <https://doi.org/10.1177/2158244016677324>

Jacka FN, Mykletun A, Berk M, Bjelland I, Tell GS (2011) The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: the Hordaland Health study. *Psychosom Med* 73(6):483-490. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318222831a>

Jacka FN, Maes M, Pasco JA, Williams LJ, Berk M (2012) Nutrient intakes and the common mental disorders in women. *J Affect Disord* 141(1):79-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.018>

Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT, Silva RA (2011) Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad saúde pública* 27(3):440-448. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300005>

- Jurado D, Mendieta-Marichal Y, Martínez-Ortega JM, Agrela M, Ariza C, Gutiérrez-Rojas L et al (2014) World region of origin and common mental disorders among migrant women in Spain. *J Immigr Minor Health* 16(6):1111-1120. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9927-0>
- Kagee A, Saal W, Bantjes J (2018) The relationship between symptoms of common mental disorders and drug and alcohol misuse among persons seeking an HIV test. *AIDS Care* 30(2):219-223. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1361510>
- Kagee A, Saal W, Villiers L, Sefatsa M, Bantjes J (2017) The Prevalence of Common Mental Disorders Among South Africans Seeking HIV Testing. *AIDS Behav* 21(6):1511-1517. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1428-4>
- Kagee A, Tsai AC, Lund C, Tomlinson M (2013) Screening for common mental disorders in low resource settings: reasons for caution and a way forward. *Int Health* 5(1):11-14. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihs004>
- Kallakuri S, Devarapalli S, Tripathi AP, Patel A, Maulik PK (2018) Common mental disorders and risk factors in rural India: baseline data from the SMART mental health project. *BJPsych Open* 4(4):192-198. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.28>
- Kermode M, Bowen K, Arole S, Joag K, Jorm AF (2010) Community beliefs about causes and risks for mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Int J Soc Psychiatry* 56(6):606-622. <https://doi.org/10.1177/0020764009345058>
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS (2009) The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc* 18(1):23-33. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001421>
- Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, Cuitan M et al (2010) Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res* 19(Suppl 1):4–22. <https://doi.org/10.1002/mpr.310>
- Kessler RC, Ustün TB (2004) The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 13:93–121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciorka J, Stokwiszewski J et al (2015) The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure - an EZOP Poland study. *Psychiatr Pol* 49(1):15-27. <http://dx.doi.org/10.12740/PP/30811>

King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S et al (2008) Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry* 192(5):362-367. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039966>

Krueger RF, McGue M, Iacono WG (2001) The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences* 30(7), 1245–1259. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00106-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00106-9)

Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahelma E (2005) Socioeconomic status and smoking: analysing inequalities with multiple indicators. *Eur J Public Health* 15(3):262-269. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki115>

Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio-Lähteenkorva S (2006) Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Soc Sci Med* 63(5):1383-1399. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.027>

Lang IA, Llewellyn DJ, Hubbard RE, Langa KM, Melzer D (2011) Income and the midlife peak in common mental disorder prevalence. *Psychol Med* 41(7):1365-1372. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002060>

Leite JF, Dimenstein M, Dantas CB, Silva EL, Macedo JPS, De Sousa, AP (2017) Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro: uma revisão sistemática. *Avances en Psicología Latinoamericana* 35(2):301-316. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768>

Levav I, Al-Krenawi A, Ifrah A, Geraisy N, Grinshpoon A, Khwaled R et al (2007) Common mental disorders among Arab-Israelis: findings from the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 44(2):104-113.

Liberati A D.G. Altman, J. Tetzlaff, Mulrow C, Gotzschler PC, Loannidis JP, Clarke M et al. (2009) The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration *PLoS Med* 6: p. e1000100. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>

Lima MC, Domingues Mde S, Cerqueira AT (2006) Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev Saude Publica* 40(6):1035-1041. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000700011>

Lindström M (2010) Social capital, economic conditions, marital status and daily smoking: a population-based study. *Public Health* 124(2):71-77. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.01.003>

- Lucchese R, Sousa K, Bonfim SP, Vera I, Santana FR (2014). Prevalence of common mental disorders in primary health care. *Acta Paul Enferm* 27(3):200-207. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400035>
- McCrea RL, Berger YG, King MB (2012) Body mass index and common mental disorders: exploring the shape of the association and its moderation by age, gender and education. *Int J Obes (Lond)* 36(3):414-421. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.65>
- Mendonça MFS, Ludermiter AB (2017) Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Rev Saude Publica* 51:32. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006912>
- Meng X, D'Arcy C (2013) Re: a new discussion for "The projected effect of increasing physical activity on reducing the prevalence of common mental disorders among Canadian men and women: a national population-based community study". *Prev Med* 56(6):420-421. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.11.014>
- Menil V, Osei A, Douptcheva N, Hill AG, Yaro P, De-Graft Aikins A (2012) Symptoms of common mental disorders and their correlates among women in Accra, Ghana: a population-based survey. *Ghana Med J* 46(2):95-103.
- Moraes CL, Marques ES, Reichenheim ME, Ferreira MF, Salles-Costa R (2016) Intimate partner violence, common mental disorders and household food insecurity: an analysis using path analysis. *Public Health Nutr* 19(16):2965-2974. <https://doi.org/10.1017/S1368980016001178>
- Myer L, Stein DJ, Grimsrud AT, Herman A, Seedat S, Moomal H et al (2009) DSM-IV-defined common mental disorders: association with HIV testing, HIV-related fears, perceived risk and preventive behaviours among South African adults. *S Afr Med J* 99(5 Pt 2):396-402.
- Neto J, Fisberg R, Martini L, Ribeiro S (2019) Association between common mental disorders and joint diseases in middle and old aged women. Data from health survey of São Paulo, SP, Brazil. *Physical Activity* 124. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.04.166>
- Nielsen MB, Madsen IE, Bültmann U, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R (2013) Encounters between workers sick-listed with common mental disorders and return-to-work stakeholders. Does workers' gender matter?. *Scand J Public Health* 41(2):191-197. <https://doi.org/10.1177/1403494812470750>
- Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Bensen IM, et al (2016) Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiatr* 38(2):91-7. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1714>

Oleski J, Cox BJ, Clara I, Hills A (2011) Pathological gambling and the structure of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis* 199(12):956-960. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182392931>

Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA (2017) Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev Esc Enferm USP* 51:e03225. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016033103225>

Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C (1999) Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 49(11):1461-1471. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00208-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00208-7)

Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Pereira B, Barros P, Fernandes J et al (2006) Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorders in women: a community survey in India. *Arch Gen Psychiatry* 63(4):404-413. doi:10.1001/archpsyc.63.4.404

Patel V, Kleinman A (2003) Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ* 81:609-15.

Polmann H, Domingos FL, Melo G, Stuginski-Barbosa J, Guerra ENDS, Porporatti AL, Dick BD, Flores-Mir C, De Luca Canto G (2019) Association between sleep bruxism and anxiety symptoms in adults: A systematic review. *J Oral Rehabil* 46(5):482-491. <https://doi.org/10.1111/joor.12785>

Puertas G, Ríos C, del Valle H (2006) The prevalence of common mental disorders in urban slums with displaced persons in Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 20(5):324-330.

Quadros LCM, Quevedo LA, Gonçalves HD, Horta BL, Motta JVS, Gigante DP (2020) Common Mental Disorders and Contemporary Factors: 1982 Birth Cohort. *Rev Bras Enferm* 73(1):e20180162. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0162>

Quintana MI, Mari JJ, Ribeiro WS, Jorge MR, Andreoli SB (2012) Accuracy of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1) for diagnosis of post-traumatic stress disorder according to DSM-IV criteria. *Cad. Saúde Pública* 28(7):1312-1318. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700009>

Rees S, Steel Z, Creamer M, Teesson M, Bryant R, McFarlane AC et al (2014) Onset of common mental disorders and suicidal behavior following women's first exposure to gender based violence: a retrospective, population-based study. *BMC Psychiatry* 14:312. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0312-x>

Rocha SV, Barbosa AR, Araújo TM (2018a) Common mental disorders of health care workers in Bahia state. *Acta scientiarum-health sciences* 40:e38398. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v40i0.38398>

Rocha SV, Barbosa AR, de Araújo TM (2018b) Simultaneity of leisure behaviors and common mental disorders among healthcare workers. *Arch Environ Occup Health* 73(6):360-366. <https://doi.org/10.1080/19338244.2017.1393382>

Said D, Kypri K, Bowman J (2013) Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(6):935-944. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0574-x>

Santos AG, Monteiro CFS (2018) Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 26:e3099. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2740.3099>

Santos GBS, Alves MCG, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ (2019) Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 35(11):e00236318. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00236318>

Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD et al (2013) Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública* 29(8):1533-1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>

Santos JAT, Perruci LG, Pegoraro NPJ, Scherer ZAP, Souza J, Santos MA, et al (2019) Use of psychoactive substances in women in outpatient treatment. *Rev Bras Enferm* 72(Suppl 3):178-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0399>

Santos KOB, Araújo TM, Pinho PAS, Silva ACC (2010) Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SQQR-20). *Rev. Baiana Saúde Pública* 34(3):544-560.

Santos LD, Diniz GRS (2018) Saúde mental das mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psic Clin* 30(1):37-59. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A02>

Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA (2018) Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Cien Saude Colet* 23(8):2543-2554. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>.

Shaw CM, Creed F, Tomenson B, Riste L, Cruickshank JK (1999) Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African Caribbeans and white Europeans: two phase general population survey. *British Medical Journal* 318(7179): 302-306. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7179.302>

Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V (2013) Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry* 13:163. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-163>

Smolen JR, Araújo EM, Oliveira NF, Araújo TM (2018) Intersectionality of Race, Gender, and Common Mental Disorders in Northeastern Brazil. *Ethn Dis* 28(3): 207–214. <https://doi.org/10.18865/ed.28.3.207>

Soni A, Fahey N, Byatt N, Prabhakaran A, Moore Simas TA, Vankar J et al (2016) Association of common mental disorder symptoms with health and healthcare factors among women in rural western India: results of a cross-sectional survey. *BMJ Open* 6(7):e010834. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010834>

Souza LS, Barbosa B, Silva CO, Souza A, Ferreira T, Siqueira L (2017) Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (18):59-66. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0193>

Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J (2011) Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. *Occup Environ Med* 68:408-13. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2010.056994>

Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel, V, Silove D (2014) The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol* 43(2):476-493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>

Stewart RC, Bunn J, Vokhiwa M, Umar E, Kauye F, Fitzgerald M et al (2010) Common mental disorder and associated factors amongst women with young infants in rural Malawi. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45(5):551-9. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0094-5>

Tesfaye M, Hanlon C, Tessema F, Prince M, Alem A (2014) Common mental disorder symptoms among patients with malaria attending primary care in Ethiopia: a cross-sectional survey. *PLoS One* 9(9):e108923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108923>

The Joanna Briggs Institute. Protocols and work in progress [internet] (2008). Adelaide: JBI. https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-08/31a_Annual_Report_2018.pdf Accessed 5th July 2020

Thom R (2009) Common mental disorders in people living with HIV/AIDS. *Southern African Journal of HIV Medicine* 10(3). <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v10i3.277>

Troya MI, Bartlam B, Chew-Graham CA (2018) Involving the public in health research in Latin America: making the case for mental health. *Rev Panam Salud Publica*. 42:e45. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.45>

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **96**

Van de Velde S, Boyd A, Villagut G, Alonso J, Bruffaerts R, Graaf R et al (2019) Gender differences in common mental disorders: a comparison of social risk factors across four European welfare regimes. *Eur J Public Health* 29(3):481-487. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky240>

World Health Organization (2017) Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> Accessed 5th July 2020

World Health Organization. A user's guide to the Self Reporting Questionnaire. Geneva: WHO; 1993. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61113> Accessed 8th July 2020

Yu Y, Hu M, Liu Z, Liu HM, Yang JP, Zhou L et al (2016) Recognition of depression, anxiety, and alcohol abuse in a Chinese rural sample: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 16, 93. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0802-0>

5.2 ARTIGO 2- DIFERENÇA NO ACESSO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL POR MULHERES E HOMENS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Artigo submetido e em análise na revista *Public Health Review*

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência do acesso aos serviços de saúde mental de acordo com o gênero. **Metodologia:** revisão sistemática. As pesquisas foram realizadas nos bancos de dados PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl, além da busca no Google Scholar e Open Grey. O protocolo do estudo foi registrado com PROSPERO sob número CRD42021243263. Foram incluídos estudos transversais que apresentassem a prevalência do acesso aos serviços de saúde mental em mulheres e homens acima de 18 anos. Foram excluídos estudos com crianças, mulheres grávidas, indivíduos que se identificam por características de gênero não biológicas, de outra faixa etária, outros serviços de saúde e outros tipos de estudos. Foram extraídos dados dos autores, ano de publicação, país, tamanho amostral, porcentagens de mulheres, idade e média de idade, tipo de serviço de saúde, avaliação do acesso, prevalência do acesso e as medidas de associação. Para avaliação do risco de viés foi utilizado o Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Joanna Briggs. As etapas foram realizadas por avaliadores independentes. **Resultados:** foram identificados 2688 registros, dos quais 11 estudos foram incluídos nesta revisão. A prevalência do acesso aos serviços de saúde mental entre as mulheres variou de 5,2% a 56,5%; entre os homens variou de 2,9% a 47%. Os homens obtiveram maior prevalência de acesso apenas nos serviços para tratamento de uso de álcool e drogas. O risco de viés dos estudos foi classificado como baixo e moderado. **Conclusão:** há diferença na prevalência do acesso aos serviços de saúde entre homens e mulheres. É necessária a criação de estratégias para aumentar o acesso aos serviços de saúde mental por homens.

PALAVRAS CHAVES: Acesso aos serviços de saúde; Serviços de saúde mental; Análise de Gênero na Saúde.

ABSTRACT

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **98**

Objective: to analyze the prevalence of access to mental health services according to gender. **Methodology:** systematic review. Searches were performed in PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl databases, in addition to Google Scholar and Open Gray. The protocol was registered in PROSPERO under the number CRD42021243263. Cross-sectional studies with the prevalence of access to mental health services in women and men over 18 years of age were included. Studies with children, pregnant women, individuals who identify themselves by non-biological characteristics of gender, other age, other health services and other types of studies were excluded. Data on authors, year of publication, country, sample size, percentages of women, age and mean age, type of health service, access assessment, prevalence of access, and measures of association were extracted. To assess the risk of bias, the Joanna Briggs Checklist for Cross-sectional Analytical Studies was used. The steps were performed by independent evaluators. **Results:** two thousand six hundred and eighty-eight (2,688) reports were identified, of which 11 studies were included in this review. The prevalence of access to mental health services among women ranged from 5.2% to 56.5%; among men, it ranged from 2.9% to 47%. Men had a higher prevalence of access to alcohol and drug use treatment services. The risk of bias of the studies was classified as low and moderate. **Conclusion:** there is a difference in the prevalence of access to health services between men and women. Strategies are needed to increase access to mental health services for men.

KEYWORDS: Health Services Accessibility; Mental Health Services; Gender Analysis in Health.

Introdução

Os transtornos mentais são um grave problema de saúde pública em todo o mundo, atingindo países de baixa, média e alta renda, causando ameaça à saúde da população e sendo responsáveis por um terço do adoecimento ao nível global. Existem mais de 400 milhões de pessoas que apresentam diagnósticos de transtornos mentais em todo o mundo. Além disso, os transtornos mentais são responsáveis por 7,4% das principais cargas de doenças e 19% do total de anos vividos com incapacidade em todo o mundo (Baxter, Patton, Scott, Degenhardt, Whiteford, 2013; WHO, 2017; Rehm, Shield, 2019).

O adoecimento mental pode variar de acordo com alguns fatores, como o gênero. Foi evidenciada maior prevalência de transtornos mentais em mulheres quando comparado aos homens, com a exceção de transtornos psicóticos, transtorno bipolar e transtornos de uso de
Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde
mental **99**

substâncias (Hammerström et al, 2009; Rosenfield, 2013; WHO, 2017). Uma revisão sistemática com metanálise estudou os transtornos mentais no contexto mundial, trazendo uma prevalência de 19,8% e 15,2% de transtornos mentais em mulheres e homens, respectivamente. (Steel et al., 2014). Um estudo recente também demonstrou que a prevalência de transtornos mentais é maior entre as mulheres no Brasil (Bezerra, 2021), refletindo a realidade mundial. A prevenção e tratamento desses transtornos estão relacionados ao acesso facilitado aos serviços de saúde mental (Rosenfield, 2013).

O acesso aos serviços de saúde demonstra um fator importante de qualidade e funcionalidade dos serviços. Este se configura como um conjunto de aspectos que determina a relação de procura e entrada nos estabelecimentos de saúde (Paim et al., 2011). Apesar de ser um conceito que pode ser interpretado de forma subjetiva, o acesso pode ser medido de forma abrangente a partir da utilização de serviços de saúde e da necessidade não atendida (Allin et al., 2007).

Não existe um consenso no conceito de acesso, no entanto, Penchansky & Thomas (1987) descrevem o acesso entre a ligação de clientes e o sistema de saúde. Este conceito foi baseado a partir da interpretação de uma ideia desenvolvida por Donabedian (1973). Entretanto, Penchansky & Thomas (1987) conseguiram ampliar esse conceito, acrescentando outros atributos que incluem a relação entre os indivíduos e a oferta dos serviços. Logo, o conceito de acesso inclui: disponibilidade (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; acessibilidade, identificada como uma dimensão do acesso (inclui características da oferta que atua entre características dos indivíduos e o uso de serviços, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes); acolhimento, que representa a ligação entre a maneira como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade destes para se adaptarem a essa organização (Penchansky, Thomas, 1987; Travassos, Martins, 2004).

A capacidade de compra é definida pela relação entre as maneiras de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas pagarem por esses serviços. E por fim, a aceitabilidade, que demonstra as atitudes dos indivíduos e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um. (Penchansky, Thomas, 1987; Travassos, Martins, 2004).

O acesso aos serviços de saúde mental também pode variar conforme o gênero. Este acesso pode ser influenciado por três fatores individuais: fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde. Os fatores predisponentes são aqueles que existem antes do surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **100**

saúde como variáveis sociodemográficas (idade, gênero, raça, hábitos, entre outros). Os fatores capacitantes são condicionados pela renda, cobertura pública ou privada, e pela oferta de serviços, ou seja, o meio disponível para as pessoas usarem os serviços. Os fatores determinantes referem-se às necessidades de saúde que podem ser explicadas pelas condições diagnosticadas por profissionais ou pela autopercepção. Logo, o uso de serviços de saúde é uma expressão positiva do acesso, no entanto, a utilização dos serviços depende também dos fatores individuais (Andersen et al., 1973; Assis, Jesus, 2012).

Homens e mulheres possuem diversos fatores diferentes que os levam a procurarem ou não os serviços de saúde mental (Leite et al. 2017), o que pode refletir na prevalência do acesso a esses serviços. O reconhecimento das necessidades individuais de homens e mulheres para além dos estereótipos, deve possibilitar que os discursos produzidos no âmbito da saúde sejam direcionados para a construção de políticas que atinjam de modo efetivo e integral um melhor acesso aos serviços de saúde aos homens e às mulheres (Botton et al., 2017), refletindo e aplicando medidas que reduzam a disparidade no acesso.

Essas disparidades no acesso aos serviços de saúde mental entre homens e mulheres refletem a construção de políticas públicas direcionadas à saúde mental, que devem ser equânimes para os diversos sujeitos sociais, minimizando os efeitos das desigualdades sociais e de gênero. Logo, A partir da pergunta do estudo: “existe diferença no acesso aos serviços de saúde mental entre mulheres e homens?”, o objetivo da revisão sistemática é analisar a diferença na prevalência do acesso aos serviços de saúde mental de acordo com o gênero.

Metodologia

Protocolo e registro

Para execução desta revisão sistemática, foi elaborado protocolo e cadastrado no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) sob número CRD42021243263. O PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) foi utilizado como guia de escrita dessa revisão (Liberati et al., 2009)

Crítérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos transversais que apresentassem a prevalência do acesso aos serviços de saúde mental entre mulheres e homens. Foram excluídos estudos com (1) crianças e mulheres grávidas; (2) outros serviços de saúde; (3) mulheres e homens que se identificam

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **101**

por características de gênero não biológicas (4) estudos que não apresentaram prevalência da acessibilidade ou que não apresentaram dados suficientes para cálculo; (5) estudos de coorte, estudos de caso-controle, estudos de diagnóstico, ensaios clínicos, revisões, carta ao editor, resumos de conferências e artigos de opinião.

Fontes de informação

Foi realizada busca nas bases de dados PubMed, Web of Science, Science Direct, Scopus, Cinahl, além da busca no Google Scholar e Open Grey. As pesquisas foram realizadas sem restrição de idioma ou data de publicação. Para elaboração da estratégia de busca nas bases bibliográficas, dois bibliotecários foram consultados; foram utilizados os *MeSH terms* e palavras chaves “Health Services Accessibility”, “Accessibility to Health Services”, “Universal Access to Health Care Services”, “Access to Health Services”, “Access to Health Care”, “Equity in Access to Health Services”, “Community Mental Health Services”, OR “Mental Health Services”, “Psychosocial Care Center”, “Women”, “Men”. (apêndices).

Os resultados obtidos nas bases de dados foram inseridos no gerenciador de referências Mendeley Desktop® versão 1.19.4 para a eliminação de duplicatas. Em seguida, os artigos resultantes foram transferidos para o software Rayyan QCRI® para serem triados a partir do título e resumo. As buscas foram realizadas no dia 10 de Março de 2021.

Seleção de estudos

A leitura de títulos e resumos foi realizada e aqueles que cumpriram os critérios de elegibilidade foram lidos na íntegra, sendo todas as etapas realizadas por dois pesquisadores independentes (HSB e IIA). Foram realizadas as reuniões de consenso para resoluções de conflitos nas duas etapas, e não houve necessidade de consulta ao terceiro revisor (IRB).

Após a triagem inicial, os estudos obtidos foram submetidos a leitura textual completa no software Rayyan QCRI®, sendo o aplicativo utilizado para manter o cegamento da pesquisa. Nesta análise, a partir dos critérios de elegibilidade, foram obtidos os estudos a serem incluídos nesta revisão sistemática.

Extração dos dados

Os dados foram coletados dos estudos de forma independente pelo primeiro e segundo autor (HSB e IIA). Foram extraídos dados dos autores, ano de publicação, país, tamanho amostral, porcentagens de mulheres da amostra, idade e média de idade dos participantes, tipo

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **102**

de serviço de saúde, o tipo de avaliação do acesso, prevalência do acesso e as medidas de associação. Foram realizadas as reuniões de consenso para resoluções de conflitos nesta etapa, e não houve necessidade de consulta ao terceiro revisor (IRB).

Risco de viés

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada pela ferramenta de avaliação crítica de estudos transversais para o uso em revisão sistemática do Instituto Joanna Briggs (Checklist for Analytical Cross Sectional Studies Joanna Briggs). As oito questões foram classificadas pelos autores com “Yes”, “No”, “Unclear” pelo primeiro e segundo revisor de forma independente. Quando houve necessidade, foi realizada uma reunião de consenso. Foi realizada a classificação dos resultados do risco de viés em (1) baixo risco, se os estudos atingissem mais de 70% de pontuação "sim"; (2) risco moderado, se a pontuação "sim" estiver entre 50% e 69%; e (3) alto risco de viés, se a pontuação "sim" for inferior a 49% (Polman, 2019). As figuras do risco de viés foram feitas com o software Review Manager 5.3 (RevMan 5.3, The Nordic Cochrane Centre, Copenhagen, Denmark).

Resultados

As buscas resultaram em 2688 artigos nas bases de dados. Após a remoção dos estudos duplicados, 2433 artigos permaneceram para leitura dos títulos e resumos. Após esta etapa, foram selecionados 56 artigos para a leitura na íntegra provenientes das buscas das bases de dados. Em relação à literatura cinzenta, o Google Scholar recuperou 812 registros, dos quais foram lidos os primeiros 190, foram lidos 239 títulos e resumos, destes, 14 estudos foram incluídos para leitura dos artigos na íntegra. No total, restaram 70 artigos para leitura na íntegra, e destes, 58 foram excluídos (apêndices). Por fim, 11 artigos foram incluídos nesta revisão sistemática (Figura 5).

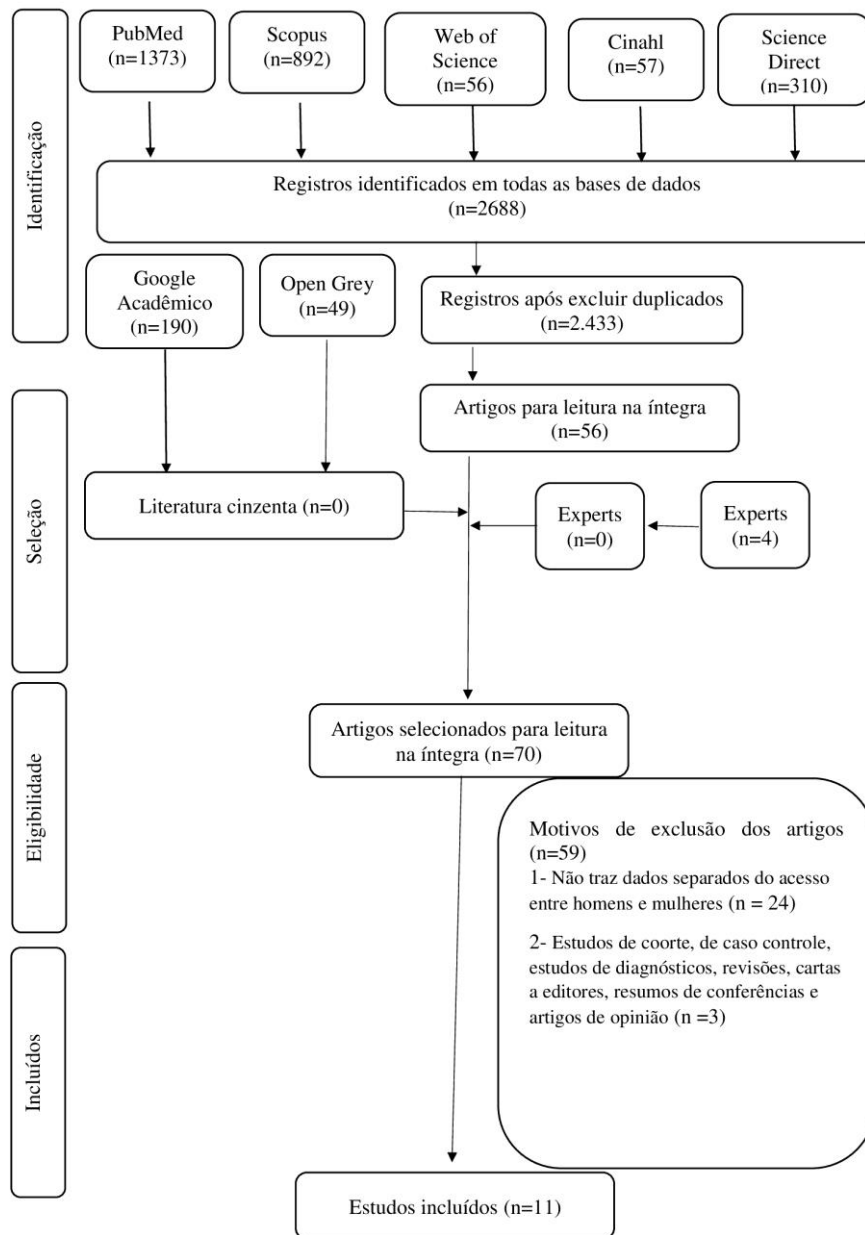


Figura 5: Fluxograma da seleção de artigos adaptado do PRISMA.

Os estudos incluídos (tabela 02) foram publicados nos anos de 1997 (Pandiani et al., 1997) a 2020 (Forslund et al., 2020). Dos 11 artigos, seis pesquisas foram desenvolvidas na América do Norte, todas nos Estados Unidos (Wu et al., 2007, Hahm et al., 2015, Manuel, 2017, Bridges et al., 2012, Pandiani et al., 1997, Ojeda et al., 2006), dois estudos na América do Sul: um no Brasil e o outro na Colômbia (Lopes et al., 2016, Chen et al., 2013) e dois estudos na Europa. Destes, um ocorreu na Alemanha (Mack et al., 2014) e outro incluiu diversos países do

continente: Holanda, Bélgica, Alemanha, França, Espanha, Itália, Bulgária, Romênia, Irlanda do Norte e Portugal (Kovess-Masfety et al., 2014). Os estudos foram agrupados conforme a localização geográfica descrita (tabela 01).

Quanto a amostra, os estudos apresentaram diferentes tamanhos amostrais, variando de 561.276 (Forslund et al.,2020) a 81 indivíduos (Bridges et al., 2012). Apenas dois estudos (Forslund et al.,2020 e Chen et al., 2013) tiveram a porcentagem da amostra de mulheres abaixo de 50%. O estudo de Wu et al., 2007 não detalhou o número de participantes homens e mulheres na amostra.

Em relação a idade, oito estudos incluíram homens e mulheres com mais de 18 anos (Hahm et al., 2015, Chen et al., 2013, Lopes et al., 2016, Manuel, 2017, Bridges et al., 2012, Kovess-Masfety et al., 2014, Pandiani et al., 1997, Ojeda et al., 2006), um estudo incluiu homens e mulheres jovens de 18 a 22 anos (Wu et al., 2007), um estudo incluiu homens e mulheres de 20 a 65 anos (Forslund et al.,2020), um estudo incluiu a população de 18 a 79 anos (Mack et al., 2014). Apenas os estudos de Wu et al., 2007, Bridges et al., 2012 e Forslund et al.,2020 apresentaram a média de idade dos participantes, com 19 anos, 34.6 anos e 40 anos, respectivamente. Os demais estudos apresentaram apenas a faixa etária com maior número de participantes, sendo 18 a 25 anos a com menor número (Chen et al., 2013 e Manuel, 2017) e 50-64 anos a faixa etária com maior número de participantes (Mack et al., 2014). Apenas um estudo (Kovess-Masfety et al., 2014) não apresentou dados sobre a média de idade e/ou faixa etária mais prevalente.

Quanto aos tipos de serviços de saúde avaliados nos estudos, a maioria dos estudos foram realizados tanto sem serviços de atenção primária como secundária. Quatro estudos incluíram apenas a atenção primária (Lopes et al., 2016; Bridges et al., 2012; Wu et al., 2007; Ojeda et al., 2006) e um estudo incluiu apenas a atenção secundária (Pandiani et al., 1997).

No que diz respeito à avaliação do acesso, alguns estudos apresentaram este resultado através da medida de prevalência do acesso (Lopes et al., 2016, Kovess-Masfety et al., 2014, Pandiani et al., 1997), outros avaliaram a prevalência da necessidade de saúde não atendida percebida (Chen et al., 2013;Manuel, 2017.), e a maioria dos estudos avaliou o acesso pela prevalência do uso dos serviços de saúde mental (Forslund et al.,2020; Wu et al., 2007; Hahm et al., 2015; Chen et al., 2013; Manuel, 2017; Bridges et al., 2012; Ojeda et al., 2006; Mack et al., 2014.).

A maioria dos artigos relatou maior prevalência do acesso para as mulheres. A maior prevalência do acesso em mulheres foi de 56.6% (Ojeda et al., 2006), sendo esta a prevalência

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **105**

do uso dos serviços de saúde mental por pessoas com depressão nos Estados Unidos. A menor prevalência do acesso entre as mulheres foi de 5.2% (Wu et al.,2007) para a avaliação do uso de serviços por jovens que atenderam os critérios para transtornos de uso do álcool. O artigo de Kovess-Masfety et al.,2014 destaca-se por trazer a diferença da prevalência do acesso aos serviços de saúde mental em diversos países da Europa, no qual, em todos eles, a prevalência do acesso foi maior entre as mulheres.

Quanto aos homens, a maior prevalência de acesso foi de 47% (Ojeda et al., 2006), quando foi avaliado o uso dos serviços de saúde mental para qualquer tratamento para depressão nos Estados Unidos. A menor prevalência do acesso para homens foi de 2.9% (Mack et al., 2014.) quando foi avaliada a utilização dos serviços de saúde mental nos últimos 12 meses por pessoas com transtornos mentais diagnosticados recentemente. Os estudos que avaliaram a prevalência do uso dos serviços de saúde mental para transtornos de uso de álcool e substâncias mostraram maior prevalência do acesso entre os homens quando comparados às mulheres (Wu et al., 2007; Chen et al., 2013; Manuel, 2017). A prevalência da necessidade não atendidas nos serviços de saúde mental foi maior entre os homens (Chen et al., 2013;Manuel, 2017.)

Quanto às medidas de associação, os estudos de Forsslund et al.,2020 e Lopes et al., 2016 trouxeram razões de prevalência significativas para o sexo feminino quanto ao acesso de qualquer serviço de saúde mental e acesso para o tratamento de depressão, respectivamente. Os estudos de Wu et al., 2007 e Chen et al., 2013, na avaliação do acesso aos serviços de saúde mental para tratamento de álcool e transtornos de substâncias, relataram Odds Ratio significativas para o sexo masculino No entanto, a maioria dos estudos não apresentaram medidas de associação (Hahm et al., 2015; Manuel, 2017; Bridges et al., 2012; Kovess-Masfety et al., 2014; Pandiani et al., 1997; Ojeda et al., 2006).

Tabela 02. Características dos estudos incluídos

Autor, ano	País	Número da amostra (n), porcentagem de mulheres (%), idade da amostra, média da idade ou faixa etária prevalente	Tipo de serviços	Tipo de prevalência avaliada	Prevalência do acesso		Medida de associação e intervalo de confiança (IC)
					Mulher	Homem	
Wu et al., 2007	Estados Unidos	2.211, NR, 18 a 22 anos, 19 anos	Atenção primária e secundária	Uso de serviços por jovens que atenderam os critérios para transtornos de uso do álcool	5.2%	5.4%	Homem: OR=1.02 (IC95% 0.63-1.64)
Hahm et al., 2015	Estados Unidos	65.097, 60.33%, >18 anos, 25-34 anos	Atenção primária	Uso de cuidados adequados para qualquer tratamento de depressão (4 ou mais consultas)**	50.6%	41.7%	NR
Manuel, 2017	Estados Unidos	31.065, 71,07%, >18 anos, 18-25 anos	Atenção primária e secundária	Uso de serviços por pessoas com transtorno de uso de álcool e transtornos mentais, e necessidade não	8,98%	Uso dos serviços 13,90%	NR

					Necessidade não atendida de tratamento		
atendida de tratamento para transtorno de uso de álcool e mental.					8.96%	13,92%	NR
					Utilização dos serviços médicos		
Bridges et al., 2012	Estados Unidos	81, 66,6%, >18 anos, 34.6.	Atenção primária	Uso de serviços de saúde e saúde mental	40.7%	44.4%	NR
					Utilização dos serviços - conselheiros ou terapeutas		
					29.6%	11.1%	NR
Pandiani et al., 1997	Estados Unidos	434.647, 51.6%, >18 anos, 35-54 anos.	Atenção secundária	Acesso ao hospital psiquiátrico por pessoas com transtorno mental grave	42%	25%	NR
Ojeda et al., 2006	Estados Unidos	1498, 68.3%, >18 anos, 35-44	Atenção primária	Uso dos serviços por pessoas com depressão**	56.9%	47%	NR
Lopes et al., 2016	Brasil	5.051, 52.9%, >18 anos, 18-29 anos	Atenção primária	Acesso ao tratamento para depressão	23.5%	15.2%	Mulher: RP=1.42; (IC95% 1.14-1.77)
					Uso de qualquer serviço de saúde mental		
Chen et al., 2013	Colombia	32.916, 39.1%, >18 anos, 18-25 anos	Atenção primária e secundária	Uso de serviços e necessidade não atendida percebida para o tratamento do transtorno do uso de substâncias (SUD) e transtorno depressivo maior (MDE)**	Com SUD e MDE 13.4% Com SUD sem MDE: 3.8%	Com SUD e MDE: 18.4% Com SUD sem MDE: 9.6%	Homem com SUD e MDE: OR= 1.99 (IC95% 1.68-2.35); Mulher com SUD e MDE: OR=1.64; (IC95% 1.29, 2.08);

				Necessidade não atendida			
				Com SUD e MDE 7.0%	Com SUD e MDE: 8.7%	Homem com SUD e MDE: OR= 2.75 (IC95% 1.98, 3.82); Mulher com SUD e MDE: OR=2.15; (IC95% 1.59, 2.90);	
				Com SUD sem MDE: 3.1%	Com SUD sem MDE: 7.0%		
				Com SUD e MDE 7.0%	Com SUD e MDE: 8.7%		
				Com SUD sem MDE: 3.1%	Com SUD sem MDE: 7.0%		
<hr/>							
				Bélgica			
				28%	16.3%		
<hr/>							
				França			
Kovess-Masfety et al., 2014.	Belgica, França, Alemanha, Holanda, Irlanda do Norte, Bulgária, Romênia, Itália, Espanha e Portugal	37.289, 51.2% >18 anos, NR	Atenção primária e secundária	Acesso a qualquer tipo de serviço de saúde mental	França		NR
					36.5%	19.9%	
					Alemanha		
					27.2%	16.7%	
<hr/>							
				Holanda			
				36.2%	24.2%		

Irlanda do Norte	
35.2%	22%
Bulgaria	
14.7%	8.0%
Romênia	
8.1%	6.8%
Itália	
12.7%	6.8%
Espanha	
21.9%	11.8%
Portugal	

					48.8%	27.6%	
Forslund et al.,2020	Suécia	561.276, 49,5%, 20-65 anos, 40 anos	Atenção primária e secundária	Uso de serviços	21,9%	11,9%	Mulher: RP=1,85 (IC95% 1,83-1,88)

Utilização dos serviços de saúde mental em qualquer momento da vida por pessoas com transtornos mentais:

					19.0%	12.0%	
Mack et al., 2014.	Alemanha	N=4483, 57.8%, 18-79 anos, 50-64 anos	Atenção primária e secundária	Prevalência do uso de serviços de saúde mental**	Utilização dos serviços de saúde mental em qualquer momento da vida por pessoas com transtornos mentais diagnosticados recentemente		Homem: OR=0.55(IC95%0.42-0.72)
					14.2%	7.6%	

Utilização dos serviços de saúde mental nos últimos 12 meses por pessoas com transtornos mentais diagnosticados recentemente

6.2%

2.9%

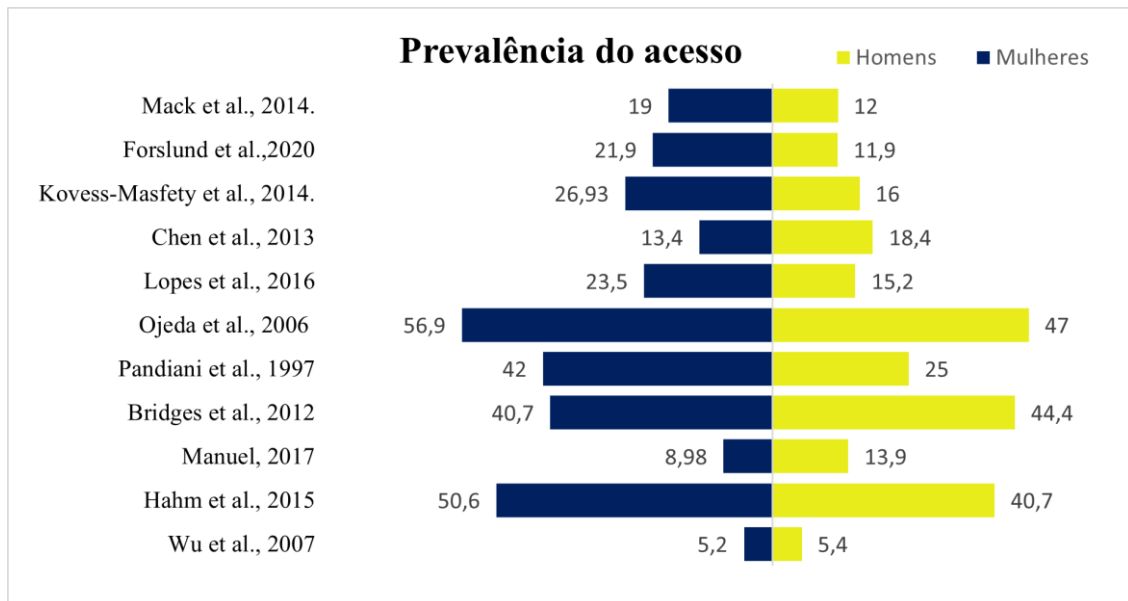
*Os autores não apresentaram os valores. 95% CI: 95% confidence interval; OR = Odds Ratio; RR= Relative Risk; PR= Prevalence Ratio;

** Prevalência calculada pelos autores;

NR= Não relatado

O Gráfico 01 mostra de forma mais detalhada as diferenças na prevalência do acesso nos serviços de saúde mental entre homens e mulheres. Quanto ao estudo de Kovess-Masfety et al., 2014, como inclui dados de diversos países, foi realizado o cálculo da média da prevalência.

Gráfico 01. Prevalência do acesso aos serviços de saúde mental entre homens e mulheres.



Quanto ao risco de viés, a maioria dos estudos apresentou baixo risco de viés. Apenas os estudos de Pandianini et al., 1997 e Forslund et al., 2020 apresentaram moderado risco de viés. Em alguns estudos, a análise dos itens individuais: “identificam os fatores de confusão” e se os estudos “declaram as estratégias para lidarem com os fatores de confusão” pontuaram como moderado risco de viés (figura 6).

	Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	Were the study subjects and the setting described in detail?	Was the exposure measured in a valid and reliable way?	Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	Were confounding factors identified?	Were strategies to deal with confounding factors stated?	Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	Was appropriate statistical analysis used?
Bridges et al., 2012	+	+	+	+	-	-	+	+
Chen et al., 2013	+	+	+	+	-	+	+	+
Forslund et al., 2020	+	+	+	+	-	-	+	-
Hahm et al., 2015	+	+	+	+	+	+	+	+
Kovess-Masfety et al., 2014.	+	+	+	+	+	+	+	+
Lopes et al., 2016	+	+	+	+	+	+	+	+
Mack et al., 2014.	+	+	+	+	+	-	+	+
Manuel, 2017.	+	-	+	+	+	+	+	+
Ojeda et al., 2006	+	+	+	+	+	+	+	+
Pandiani et al., 1997	-	+	-	+	-	-	+	+
Wu et al., 2007	+	+	+	+	-	-	+	+

Figura 06: risco de viés dos estudos incluídos

Discussão

O objetivo desta revisão sistemática foi identificar a prevalência do acesso de homens e mulheres aos serviços de saúde mental. O acesso foi medido pela maioria dos estudos através da prevalência do uso dos serviços de saúde. A prevalência variou de 2.9% (Mack et al., 2014.) a 56.6% (Ojeda et al., 2006), sendo o acesso mais prevalente entre as mulheres. Esta diferença pode estar relacionada às variadas formas de avaliações de acesso, bem como o tipo de serviços para tratamento e os diferentes tipos de transtornos mentais. A maioria dos estudos não trouxe medidas de associação, no entanto, os que apresentaram, trouxeram medidas de associação significativas para o acesso aos serviços de saúde mental para as mulheres, com exceção dos serviços de saúde mental para tratamento de álcool e drogas, nos quais, os homens tiveram uma medida de associação significativa. Nove estudos tiveram baixo risco de viés, o que mostra boa qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Quanto ao local de estudo, esta revisão sistemática recuperou estudos realizados em diferentes países, englobando os continentes da América e Europa, demonstrando uma boa representação geográfica e impacto mundial. Os transtornos mentais apresentam aumento do número de casos em todo o mundo. As Américas do Norte e do Sul apresentam grande proporção de casos de transtornos mentais, principalmente depressão e transtornos de ansiedade. Além destes, o continente Europeu também merece destaque, com mais de 40% de sua população sofrendo por transtornos mentais comuns (WHO, 2017).

A maioria dos estudos incluídos nesta revisão foi realizado nos Estados Unidos. Devido à alta prevalência de transtornos mentais neste país, muitos estudos passaram a analisar o acesso aos serviços de saúde mental. Nos últimos anos, o governo dos Estados Unidos estimulou a criação de programas e políticas públicas de saúde para garantir melhor qualidade da assistência nos serviços de saúde mental e garantir que estes sejam acessíveis e incluam a promoção da saúde mental para todos os indivíduos (McCray et al., 2021). Logo, isso pode estar relacionado com dados de prevalência do acesso encontrados nesta revisão, em que os estudos realizados nos Estados Unidos apresentaram as mais elevadas proporções de acesso aos serviços de saúde mental, principalmente para as mulheres.

Em relação às amostras, houve variação na sua composição entre os estudos incluídos. Todavia, a maioria dos estudos utilizou amostras probabilísticas, mantendo os pressupostos de validade interna. As mulheres representaram a maior proporção de participantes incluídos nos estudos, apesar das variações de faixa etária entre os estudos. O gênero feminino costuma

frequentar mais os serviços de saúde mental, pois estas além de possuírem hábitos de prevenção, costumam reconhecer a necessidade de ajuda, o que as diferem dos homens, para os quais a busca de ajuda aos serviços de saúde mental está associada à vulnerabilidade e vergonha de serem expostos (Gomes et al., 2007), o que não parece ter influência da idade.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde mental, na maioria dos estudos, a prevalência do acesso foi maior para as mulheres. O acesso aos serviços de saúde mental em relação ao gênero, demonstra o que vem sendo nomeado de “paradoxo de gênero”, sendo apresentado como a relação de diferença entre as baixas taxas de diagnóstico de adoecimento mental de homens em comparação às mulheres (Coen et al., 2013). A diferença está ligada aos fatores culturais e expectativas do papel masculino, que frequentemente entram em conflito e dificultam a busca de apoio no tocante a saúde mental, especialmente em homens jovens, visto que isso representa vulnerabilidade e ameaça a força e poder masculino, acarretando sofrimento silencioso (Rice et al., 2018). Isso é explicado pelo fato de que a orientação do cuidado e hábitos de prevenção não faz parte da socialização dos homens, o que leva aos mesmos não utilizarem com frequência serviços de saúde (Botton et al., 2017). Logo, a não utilização dos serviços de saúde mental pelos homens, gera uma menor prevalência do acesso para este gênero.

Outro motivo que leva a baixa utilização e acesso aos serviços de saúde mental por homens é a não aceitação dos sintomas e/ou de ter um transtorno mental, o que acarreta consequências como diagnóstico tardio, falta de adesão e abandono do tratamento (Campos et al., 2017). As políticas de saúde mental devem contribuir na qualificação das práticas para a assistência ao gênero masculino, no sentido de garantir o acolhimento igualitário das demandas de mulheres e homens, em uma perspectiva de compreensão dos processos sociais integrados ao cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico (Campos et al., 2017)

Nesta revisão sistemática, os homens só apresentaram maior acesso em relação às mulheres nos serviços de saúde mental para tratamento de transtornos relacionados ao álcool e substâncias. Diversos estudos também trazem dados semelhantes, pois apesar do número de mulheres usuárias de álcool e drogas estarem crescendo, o gênero masculino ainda consome e usa uma maior quantidade de álcool e drogas, conseqüentemente estes desencadeiam mais transtornos relacionados a estas substâncias (Finlay, 2015; Campos et al., 2017; Paiva et al., 2021).

Mesmo com uma maior prevalência de homens utilizando este tipo de serviço, ainda existem barreiras para o acesso deste tratamento, pois além das questões culturais que levam os homens a não procurarem os serviços de saúde, muitas vezes existe a alta demanda e baixa

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **116**

oferta de vagas para este tipo de tratamento, fazendo com que muitos usuários demorem meses para conseguirem realizar o primeiro atendimento (Wang et al., 2017).

Quanto às mulheres, este estudo mostra que estas possuem maior prevalência do acesso aos serviços de saúde mental, isso pode estar relacionado com os fatores que levam estas a possuírem um maior adoecimento mental e conseqüentemente, maior procura pelos serviços de saúde. Estas apresentam fatores hormonais que podem levar a sintomas como tristeza, estresse, desânimo e outros. A função do estrogênio na modulação do humor explicaria, em partes, a grande prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade na mulher, nos períodos da menarca à menopausa. Além da associação entre humor depressivo e a variação hormonal, como o período pré-menstrual, puerpério e menopausa, o uso dos hormônios presentes nos contraceptivos orais e na terapia de reposição hormonal também influenciam na variação de humor (Andrade et al., 2006).

O sexo feminino possui uma maior prevalência de sofrimento mental e de transtornos mentais comuns (Bezerra et al., 2021), como por exemplo, a depressão. Em todo o mundo, a depressão é mais prevalente no sexo feminino. Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que em média 5.1% de mulheres são acometidos por este distúrbio (WHO, 2017), fazendo com que as mulheres procurem mais os serviços de saúde mental para realização do acompanhamento e tratamento, aumentando sua utilização e conseqüentemente seu acesso.

Além disso, estas podem possuir inúmeros fatores socioculturais que podem estar ligados ao maior número de transtornos mentais, pois as mulheres estão mais expostas à sobrecarga de trabalho doméstico, violência doméstica e estressores intradomiciliares. Em razão da mulher se dividir entre os múltiplos papéis da sociedade, como as atividades do lar e do trabalho, isto traz para esta um reconhecimento de uma alta carga de fatores e sintomas associados, levando a necessidade de buscar ajuda nos serviços de saúde (Leite et al. 2017; Lucchese et al., 2014). Além disso, desde a infância, as mulheres são adaptadas e ensinadas a um padrão de saúde relacionado à prevenção e autocuidado (Schraiber, 2012), o que aumenta a procura por serviços de saúde.

Além dos fatores históricos e culturais já discutidos, atualmente, o adoecimento mental nas mulheres, bem como sua maior busca pelos serviços de saúde, também está associado à procura por padrões estéticos divulgados nas redes sociais. A busca pelo corpo perfeito, e, muitas vezes magro, gera sintomas de sofrimento mental. A mídia corrobora esse processo, influenciando discursos e imagens que demarcam conceitos de beleza e educam os corpos a se enquadrarem de acordo com ditames estéticos; padrões de corpos que geram mulheres

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **117**

adoecidas e cercadas por limites que ditam o que é belo, levando a sintomas de ansiedade, frustração, perda de controle, impotência, vergonha e autodesprezo, gerando o adoecimento mental (Lima, Silva, 2021).

Além de todos os fatores que levam ao adoecimento mental das mulheres, em termos históricos e culturais, existem mais políticas e programas de saúde voltados para as mulheres do que para homens, como, por exemplo, políticas para saúde reprodutiva, câncer do colo do útero e de mama, pré-natal, puerpério, climatério e menopausa, dentre outros. Em termos gerais, os homens procuram os serviços de saúde em sua maioria, para questões relacionadas à saúde do trabalhador ou urgência e emergência. Neste sentido, os serviços de saúde estão mais preparados e adaptados a receberem mulheres, tendo uma maior oferta de serviços para este público (Schraiber, 2012).

Apesar de mesmo com uma política de saúde voltada para os homens, muitas vezes não se reconhecem todas as necessidades deste gênero, eximindo-se de uma reformulação primordial para que as ações de saúde sejam ofertadas segundo as necessidades do usuário e não do sistema. Existe a necessidade de melhorar o acesso e oportunidade de disponibilização dos serviços para os homens em tempo adequado, visto que outra característica dessa questão é que nem sempre eles possuem estruturas, recursos humanos e outras condições logísticas para o acesso masculino (Levorato et al., 2014).

Diversos estudos ainda mostram que mulheres possuem maior probabilidade de um acesso facilitado aos serviços de saúde mental (Wittayanukorn et al., 2014; Leite et al. 2017; Zanetti et al., 2017). O estudo de Kovess-Masfety et al., 2014, traz uma prevalência do acesso maior para as mulheres na Bélgica, França, Alemanha, Holanda, Irlanda, Bulgária Romênia, Itália, Portugal e Espanha, tanto para serviços de saúde mental, como para clínico geral, sugerindo que esta questão de gênero está enraizada culturalmente no contexto mundial, no qual, mesmo após as mudanças contemporâneas, as mulheres ainda buscam os serviços de saúde quando necessitam, levando-as ao maior acesso (Levorato et al., 2012).

Assim como nos resultados dos dados de prevalências, os fatores de associação ligados a estes confirmaram que as mulheres possuem maior prevalência de acesso aos serviços de saúde mental, com exceção de serviços de saúde mental para tratamento de transtornos relacionados a álcool e drogas. Diante de todos os fatores citados que levam ao maior acesso das mulheres aos serviços de saúde mental, conseqüentemente estes nos mostram que estas ainda possuem uma alta utilização destes serviços. Logo, são necessárias ações de prevenção e tratamento adequado para estas, como ações focadas nas condições de vida e trabalho, nas redes

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **118**

sociais e comunitárias, e no estilo de vida dessas mulheres, para que os números de adoecimento desse gênero possam diminuir.

É importante destacar, que além do gênero, grupos minoritários, como por exemplo imigrantes e refugiados, também possuem dificuldade para acessar os serviços de saúde mental. A questão linguística, a falta de conhecimento sobre os serviços e até mesmo fatores culturais, dificultam o uso dos serviços (CARVALHO et al., 2018).

No tocante à faixa etária, a maioria dos estudos trouxe uma população mais jovem e apenas dois estudos incluíram idosos (Forslund et al., 2020, Mack et al., 2014). Isso pode ser explicado a partir de algumas pesquisas, nas quais os idosos costumam criar laços sociais significativos com seus familiares e com outros idosos, o que para essa fase da vida, serve como um fator protetivo contra a solidão, gerando consequências positivas para a saúde mental (Carmona et al., 2014; Casemiro e Ferreiram 2020), além disso, os idosos podem ter dificuldade em reconhecer a presença de um transtorno mental, fazendo com que estes não demonstrem importância aos sintomas (Clemente et al., 2011). No entanto, apesar destes achados, estimativas recentes, também demonstram altas prevalências de transtornos mentais e suicídio em idosos, sobretudo, naqueles que possuem outras comorbidades (Santos, 2017).

A faixa-etária mais prevalente incluída nos estudos é a de adultos jovens. O adoecimento de transtornos mentais nesta população está se tornando cada vez maior, principalmente em mulheres (Bretschneider et al., 2018). Isso pode ser acarretado por diversos fatores culturais e sociais, como as incertezas e dificuldades na transição da vida adulta para a terceira idade, principalmente devido a questões relativas ao trabalho e as questões econômicas (Orellana et al., 2020). Além disso, a internet e suas diversas redes sociais também traz para o contexto do adulto jovem aspectos negativos, como irritabilidade e sintomas depressivos (Elhai et al., 2016). Ademais a influência dos fatores neuroendócrinos, em especial a influência de hormônios sexuais e suas flutuações também acarreta transtornos nesta faixa etária. (Rubinow and Schmidt, 2019). Os múltiplos papéis assumidos na vida adulta podem acarretar sinais e sintomas de transtornos mentais.

As consequências do adoecimento mental em adultos jovens podem gerar uma maior vulnerabilidade socioeconômica devido à diminuição da capacidade produtiva dessa população. Isso também gera o aumento da procura por serviços de saúde mental, além de muitas vezes a necessidade dos serviços de assistência social, justiça e cuidado informal (Quadros et al., 2020). Quanto aos idosos, estes sentem seu papel social fragilizado, pois a mulher idosa continua dentro de casa, mas sem as atividades laborais em virtude da saúde e de sua incapacidade física,

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **119**

além de não ter mais a presença dos filhos. O homem idoso já não trabalha mais, ficando maior parte do tempo em casa. Estes fatores levam a sintomas de transtornos mentais comuns nesta faixa etária, principalmente nas mulheres idosas, que passaram boa parte da vida sobrecarregadas e sem lazer (Medeiros, 2019). Apesar dos jovens possuírem maior acesso aos serviços de saúde mental, os idosos também necessitam de um olhar diferenciado.

A maior parte dos estudos incluídos, utilizaram os serviços de atenção primária e secundária no contexto dos serviços de saúde mental, refletindo a complexidade expressa na assistência nos serviços de saúde. No cenário mundial, a reforma psiquiátrica trouxe uma mudança aos serviços de saúde mental, em que houve a superação do modelo manicomial, que incluem as internações hospitalares, trazendo o acompanhamento dos indivíduos com transtornos mentais em serviços de saúde substitutivos, que incluem a atenção primária e secundária, fortalecendo a reinserção social e a convivência na sociedade destes indivíduos (Macedo et al., 2017).

Em todo o mundo, existem diversas políticas de saúde mental. A atenção primária é essencial, incluindo serviços de prevenção, promoção e tratamento à saúde dos indivíduos, e a atenção secundária, através de alguns serviços especializados e complementares para a saúde mental (Whitefort et al., 2015). Todavia, independente do serviço de saúde mental, este deve ser capaz de fornecer um acesso adequado e igualitário.

Diante de todos os dados apresentados, é necessária uma readequação das políticas de saúde mental, acabando com a tradição biomédica e de gênero, no intuito de ser igualitária e capaz de reconhecer a necessidade dos indivíduos, independente de seu sexo e/ou estereótipo, pois estas políticas não definem as particularidades de seus usuários. Logo, é primordial que estas políticas de saúde mental estimulem o acesso por parte dos homens, uma vez que estes precisam reconhecer suas necessidades de saúde.

Quanto às limitações dos estudos incluídos, por serem estudos transversais, não estimam a causalidade das variáveis estudadas. Além disso, as informações dos estudos são autorreferidas, o que pode gerar viés de informação. A variedade da amostra também pode gerar diferenças nos valores da prevalência. Outra limitação encontrada foi a não identificação dos fatores de confusão e as estratégias para lidarem com estes fatores, em alguns dos estudos, visto a partir da avaliação do risco de viés.

Este estudo incluiu artigos que utilizaram metodologias e amostras distintas, com formas de avaliar o acesso de formas diferentes, o que pode ser a causa da disparidade nas taxas de prevalência do acesso. Além dessas diferenças, houve a limitação na apresentação de alguns

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **120**

dados, como a ausência do intervalo de confiança nas medidas de prevalência do acesso e a descrição restrita de informações da composição da amostra além do gênero.

As diferentes formas de avaliar o acesso a serviços de saúde mental, apesar de representarem uma limitação dessa revisão sistemática, destacam a abrangência de aspectos e variáveis que devem ser estudados junto a esse desfecho que sofre influências multifatoriais. Sugere-se que novos estudos contemplem ainda outros aspectos socioeconômicos e análise da configuração da saúde mental nas redes de saúde, como identificado nessa revisão na atenção primária e secundária. A partir dessa heterogeneidade, não foi possível realizar meta-análise. Apesar das limitações, esta revisão foi realizada com metodologia rigorosa por autores independentes e traz resultados importantes para o direcionamento de políticas em saúde mental.

Conclusão

Esta revisão revelou maior prevalência de acesso aos serviços de saúde mental entre as mulheres, no entanto, houve variação desta prevalência tendo 5.2% e 56.6% como a prevalência mínima e máxima, respectivamente. Quanto aos homens, a prevalência variou de 2.9% a 47%. Os homens só obtiveram maior prevalência de acesso aos serviços mentais para tratamento de uso de álcool e drogas. Os estudos incluídos nesta revisão mostraram que a maior parte da amostra é composta por mulheres e adultos jovens. Além disso, a maioria dos estudos analisou o acesso aos serviços de atenção primária e secundária. A partir da avaliação do acesso, viu-se que a maior parte dos estudos analisaram o acesso a partir da utilização dos serviços de saúde.

Os resultados obtidos nesta revisão representam informações necessárias para a gestão em saúde mental, podendo servir de base para reflexões sobre as políticas públicas, os serviços de saúde mental e sobre os determinantes sociais da saúde. A partir do conhecimento da menor prevalência de acesso para homens nos serviços de saúde mental e até mesmo para mulheres em alguns tipos específicos de serviços, são necessárias políticas de promoção da saúde que criem estratégias para prevenir e minimizar a elevada proporção de adoecimento por transtornos mentais entre as mulheres, a elaboração de estratégias para que os homens identifiquem os sintomas e procurem mais os serviços de saúde mental, bem como a busca pela equidade entre homens e mulheres no acesso a estes serviços.

Referências

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **121**

A. Liberati, D.G. Altman, J. Tetzlaff, *et al.* The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration PLoS Med. 2009; 6: p. e1000100

Akincigil A, Olfson M, Siegel M, Zurlo KA, Walkup JT, Crystal S. Racial and ethnic disparities in depression care in community-dwelling elderly in the United States. *Am J Public Health.* 2012;102(2):319-328. doi:10.2105/AJPH.2011.300349

Alegria M, Robles R, Freeman DH, et al. Patterns of mental health utilization among island Puerto Rican poor. *Am J Public Health.* 1991;81(7):875-879. doi:10.2105/ajph.81.7.875

Allin S, Masseria C, Sorenson C et al. . *Measuring inequalities in access to health care. A review of the indices.* Brussels, Belgium: European Commission, 2007.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):47-54. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x.

Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973;51(1):95-124.

Andrade LHSgd, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry.* 2006;33(2):43-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>.

Assis MMA, Jesus WLA. Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. *Cienc. Saúde coletiva.* 2012; 17(11).

Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One.* [Internet]. 2013;8(6):e65514. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691161/pdf/pone.0065514.pdf>>

Bezerra HS, Alves RM, Souza TA, Medeiros AA, Barbosa IR. Factors Associated With Mental Suffering in the Brazilian Population: A Multilevel Analysis. *Frontiers in Psychology.* 2021;12: 841. DOI=10.3389/fpsyg.2021.625191

Bloom JR, Hu TW, Wallace N, et al. Mental health costs and access under alternative capitation systems in Colorado. *Health Serv Res.* 2002;37(2):315-340. doi:10.1111/1475-6773.025

Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças-psicologia da saúde.* 2017; 25(1).

Bretschneider J, Janitza S, Jacobi F, Thom J, Hapke U, Kurth T, Maske UE. Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997-1999 vs. 2009-2012. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):394. doi: 10.1186/s12888-018-1973-7.

Bridges AJ, Andrews AR 3rd, Deen TL. Mental health needs and service utilization by Hispanic immigrants residing in mid-southern United States. *J Transcult Nurs.* 2012 Oct;23(4):359-68. doi: 10.1177/1043659612451259

Bruwer B, Sorsdahl K, Harrison J, Stein DJ, Williams D, Seedat S. Barriers to mental health care and predictors of treatment dropout in the South African Stress and Health Study. *Psychiatr Serv.* 2011;62(7):774-781. doi:10.1176/ps.62.7.pss6207_0774

Campo-Arias A, Ceballos-Ospino GA, Herazo E. Barriers to access to mental health services among Colombia outpatients. *Int J Soc Psychiatry.* 2020 Sep;66(6):600-606. doi: 10.1177/0020764020925105.

Campos IO, Ramalho WM, Zanello V. (2017). Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(1), 68-77. <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170008>

Carmona, C. F., Couto, V. V. D., & Scorsolini-Comin, F. (2014). A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 681-691. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722395510>

Carvalho, L.A., Cruz, J.A.S., Sampaio, L.A.N.P.C., Pereira, A.B. Serviços de saúde mental para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo: contribuições para debate. *Revista do Migrante*. N.84, 2018.

Casemiro Níldila Villa, Ferreira Heloísa Gonçalves. Indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de grupos de convivência. *Rev. SPAGESP [Internet]*. 2020 Dez [citado 2021 Jul 06] ; 21(2): 83-96. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200007&lng=pt.

Castaneda AE, Çilenti K, Rask S, Lilja E, Skogberg N, Kuusio H, et al. Migrants Are Underrepresented in Mental Health and Rehabilitation Services-Survey and Register-Based Findings of Russian, Somali, and Kurdish Origin Adults in Finland. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Aug 27;17(17):6223. doi: 10.3390/ijerph17176223.

Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica Mex.* 2020 Nov-Dec;62(6):840-850. Spanish. doi: 10.21149/11558.

Chen LY, Strain EC, Crum RM, Mojtabai R. Gender differences in substance abuse treatment and barriers to care among persons with substance use disorders with and without comorbid major depression. *J Addict Med.* 2013;7(5):325-334. doi:10.1097/ADM.0b013e31829b7afe

Chow JC, Jaffee K, Snowden L. Racial/ethnic disparities in the use of mental health services in poverty areas. *Am J Public Health.* 2003;93(5):792-797. doi:10.2105/ajph.93.5.792

Cia AH, Stagnaro JC, Aguilar-Gaxiola S, Sustas S, Serfaty E, Nemirovsky M, et al. Twelve-month utilization rates and adequacy of treatment for mental health and substance use disorders in Argentina. *Braz J Psychiatry.* 2018;00:000-000. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0036>

Coen SE et al. Looking for Mr. PG: Masculinities and men's depression in a northern resource-based Canadian community. *Health and Place*, v. 21, p. 94–101, 2013. Available from: <<https://www-sciencedirect.ez18.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1353829213000178>>

Commander MJ, Dharan SP, Odell SM, Surtees PG. Access to mental health care in an inner-city health district. II: Association with demographic factors. *Br J Psychiatry*. 1997 Apr;170:317-20. doi: 10.1192/bjp.170.4.317.

Đào GJ, Brunelle C, Speed D. Impact of Substance Use and Mental Health Comorbidity on Health Care Access in Canada. *J Dual Diagn*. 2019 Oct-Dec;15(4):260-269. doi: 10.1080/15504263.2019.1634856.

Davis MM, Spurlock M, Dulacki K, Meath T, Li HF, McCarty D, Warne D, Wright B, McConnell KJ. Disparities in Alcohol, Drug Use, and Mental Health Condition Prevalence and Access to Care in Rural, Isolated, and Reservation Areas: Findings From the South Dakota Health Survey. *J Rural Health*. 2016 Jun;32(3):287-302. doi: 10.1111/jrh.12157.

Davis RG, Ressler KJ, Schwartz AC, Stephens KJ, Bradley RG. Treatment barriers for low-income, urban African Americans with undiagnosed posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2008;21(2):218-222. doi:10.1002/jts.20313.

Dinwiddie GY, Gaskin DJ, Chan KS, Norrington J, McCleary R. Residential segregation, geographic proximity and type of services used: evidence for racial/ethnic disparities in mental health. *Soc Sci Med*. 2013 Mar;80:67-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.11.024.

Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

Elhai JD, Dvorak RD, Levine JC, Hall BJ. Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders* 2016; 207: 251-259.

Ell K. Depression care for the elderly: reducing barriers to evidence-based practice. *Home Health Care Serv Q*. 2006;25(1-2):115-48. doi: 10.1300/J027v25n01_07.

Fassaert T, De Wit Ma, Verhoeff Ap. *et al*. Uptake of health services for common mental disorders by first-generation Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *BMC Public Health*; 2009. **9**, 307 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-307>

Finlay AK. Sex Differences in Mental Health and Substance Use Disorders and Treatment Entry Among Justice-involved Veterans in the Veterans Health Administration. *Medical Care*. 2015;53(4):105-11

Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Perreault M, Caron J. Variables Associated With Perceived Unmet Need for Mental Health Care in a Canadian Epidemiologic Catchment Area. *Psychiatr Serv*. 2016 Jan;67(1):78-85. doi: 10.1176/appi.ps.201400363

Forslund T, Kosidou K, Wicks S, Dalman C. Trends in psychiatric diagnoses, medications and psychological therapies in a large Swedish region: a population-based study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):328. doi:10.1186/s12888-020-02749-z

Friedmann PD, Alexander JA, Jin L, D'Aunno TA. On-site primary care and mental health services in outpatient drug abuse treatment units. *J Behav Health Serv Res*. 1999 Feb;26(1):80-94. doi: 10.1007/BF02287796.

Gagné S, Vasiliadis HM, Prévile M. Gender differences in general and specialty outpatient mental health service use for depression. *BMC Psychiatry*. 2014 May 9;14:135. doi: 10.1186/1471-244X-14-135.

García-Goñi M, Stoyanova AP, Nuño-Solinís R. Mental Illness Inequalities by Multimorbidity, Use of Health Resources and Socio-Economic Status in an Aging Society. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 8;18(2):458. doi: 10.3390/ijerph18020458.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3):565-574, 2007. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300015

Hahn HC, Cook BL, Ault-Brutus A, Alegría M. Intersection of race-ethnicity and gender in depression care: screening, access, and minimally adequate treatment. *Psychiatr Serv*. 2015 Mar 1;66(3):258-64. doi: 10.1176/appi.ps.201400116.

Hammarström, A.; Lehti, A.; Danielsson, U. et al. Gender-related explanatory models of depression: A critical review of medical articles. *Pub Health*, v. 123, p. 689- 693, 2009

Hendryx MS, Ahern MM. Access to mental health services and health sector social capital. *Adm Policy Ment Health*. 2001 Jan;28(3):205-18. doi: 10.1023/a:1007860002137.

Houston A, Gomes AM, Naccarato T. Moderate to severe psychological distress, disability, and non-receipt of past year visits to a mental health professional. *Disabil Health J*. 2016 Oct;9(4):735-40. doi: 10.1016/j.dhjo.2016.06.002.

Hu TW, Snowden LR, Jerrell JM, Nguyen TD. Ethnic populations in public mental health: services choice and level of use. *Am J Public Health*. 1991;81(11):1429-1434. doi:10.2105/ajph.81.11.1429

Huot KL, Lutfiyya MN, Akers MF, Amaro ML, Swanoski MT, Schweiss SK. A population-based cross-sectional study of health service deficits among U.S. adults with depressive symptoms. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:160. doi:10.1186/1472-6963-13-160

Ismayilova L, Lee HN, Shaw S, El-Bassel N, Gilbert L, Terlikbayeva A, Rozental Y. Mental health and migration: depression, alcohol abuse, and access to health care among migrants in Central Asia. *J Immigr Minor Health*. 2014 Dec;16(6):1138-48. doi: 10.1007/s10903-013-9942-1.

Kanehara A, Umeda M, Kawakami N; World Mental Health Japan Survey Group. Barriers to mental health care in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015 Sep;69(9):523-33. doi: 10.1111/pcn.12267.

Kovess-Masfety V, Boyd A, van de Velde S, de Graaf R, Vilagut G, Haro JM, Florescu S, O'Neill S, Weinberg L, Alonso J; EU-WMH investigators. Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU-World Mental Health survey. *J Epidemiol Community Health*. 2014 Jul;68(7):649-56. doi: 10.1136/jech-2013-202962.

Kugelmass H. "Sorry, I'm Not Accepting New Patients": An Audit Study of Access to Mental Health Care. *Journal of Health and Social Behavior*. 2016;57(2):168-183.

Leite, J. F., Dimenstein, M., Dantas, C. B., Silva, E. L., Macedo, J. P. S., & De Sousa, A. P. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro: uma revisão sistemática. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2017; 35(2), 301-316. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768>

Lima GCJ, Silva, L.M. Relações entre corpo, mídia e saúde mental: significações de corpos mediatizados no Instagram. *REFACS (online)*, 2021; 9(Supl. 2), 786-797.

Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19 (04). <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>

Lopes CS, Hellwig N, E Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):154. Published 2016 Nov 17. doi:10.1186/s12939-016-0446-1

Lora A, Barbato A, Cerati G, Erlicher A, Percudani M. The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Mar;47(3):447-54. doi: 10.1007/s00127-011-0352-1

Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2012 Jan 1;90(1):47-54, 54A-54B. doi: 10.2471/BLT.11.089284.

Lucchese R, Sousa K, Bonfim SP, Vera I, Santana FR. Prevalence of common mental disorders in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):200-7.

Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. The regionalization of mental health and new challenges of the psychiatric reform in Brazil. *Saúde Soc*. 2017; 26(1):16-23. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>

Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, Maske UE, Hapke U, Seiffert I, Gaebel W, Zielasek J, Maier W, Wittchen HU. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **126**

Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014 Sep;23(3):289-303. doi: 10.1002/mpr.1438

Manuel JI. The Grand Challenge of Reducing Gender and Racial/Ethnic Disparities in Service Access and Needs Among Adults with Alcohol Misuse. *J Soc Work Pract Addict.* 2017;17(1-2):10-35. doi: 10.1080/1533256X.2017.1302887

McCarthy JF, Blow FC, Valenstein M, Fischer EP, Owen RR, Barry KL, Hudson TJ, Ignacio RV. Veterans Affairs Health System and mental health treatment retention among patients with serious mental illness: evaluating accessibility and availability barriers. *Health Serv Res.* 2007 Jun;42(3 Pt 1):1042-60. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00642.x.

McCray, C.I., Rosenberg, L. A Path Forward: Mental Health and the U.S. Pandemic Response. *J Behav Health Serv Res* 48, 161–170 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09747-9>

Medeiros L F. A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: uma reflexão teórica. *Cad. Saúde Col.* 2019; 27(4). Doi: 10.1590/1414-462X201900040316

Ngamini Ngui A, Perreault M, Fleury MJ, Caron J. A multi-level study of the determinants of mental health service utilization. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2012 Apr;60(2):85-93. doi: 10.1016/j.respe.2011.09.007.

Nickels SV, Campos Tomasino M, Flamenco Arvaiza NA, Hunter CA. Access to mental health care in El Salvador: a case study of progress toward decentralization. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e172. Published 2018 Oct 10. doi:10.26633/RPSP.2018.172

Oda A, Tuck A, Agic B, Hynie M, Roche B, McKenzie K. Health care needs and use of health care services among newly arrived Syrian refugees: a cross-sectional study. *CMAJ Open.* 2017 May 3;5(2):E354-E358. doi: 10.9778/cmajo.20160170.

Ojeda VD, McGuire TG. Gender and racial/ethnic differences in use of outpatient mental health and substance use services by depressed adults. *Psychiatr Q.* 2006 Fall;77(3):211-22. doi: 10.1007/s11126-006-9008-9

Orellana JDY, Ribeiro MRC, Barbieri MA, Saraiva MC, Cardoso VC, Bettiol H. Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(2). Doi: 10.1590/0102-311X00154319

Owens C, Lloyd KR, Campbell J. Access to health care prior to suicide: findings from a psychological autopsy study. *Br J Gen Pract.* 2004 Apr;54(501):279-81

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet [Internet].* 2011;377(9779):1778-97.

Paiva SMA, Modesto DF, Oliveira MAF, Silva JCMC. Perfil dos usuários de um serviço especializado em álcool e outras drogas. *REVISA.* 2021; 10(2): 423-31. Doi:<https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n2.p423a43>

Pakhale S, Baron J, Armstrong M, Tasca G, Gaudet E, Aaron S, Cameron W, Balfour L. A Cross-Sectional Study of the Psychological Needs of Adults Living with Cystic Fibrosis. *PLoS One*. 2015 Jun 23;10(6):e0127944. doi: 10.1371/journal.pone.0127944.

Pandiani JA, Banks SM, Gauvin L. A global measure of access to mental health services for a managed care environment. *J Ment Health Adm*. 1997 Summer;24(3):268-77. doi: 10.1007/BF02832661

Parra-Cardona JR, DeAndrea DC. Latinos' Access to Online and Formal Mental Health Support. *J Behav Health Serv Res*. 2016;43(2):281-292. doi:10.1007/s11414-014-9420-0

Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40.

Pepin R, Segal DL, Coolidge FL. Intrinsic and extrinsic barriers to mental health care among community-dwelling younger and older adults. *Aging Ment Health*. 2009 Sep;13(5):769-77. doi: 10.1080/13607860902918231

Pfeiffer PN, Glass J, Austin K, Valenstein M, McCarthy JF, Zivin K. Impact of distance and facility of initial diagnosis on depression treatment. *Health Serv Res*. 2011 Jun;46(3):768-86. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01228.x.

Polmann H, Domingos FL, Melo G, et al. Association between sleep bruxism and anxiety symptoms in adults: A systematic review. *J Oral Rehabil*. 2019;46(5):482-491. doi:10.1111/joor.12785

Prina AM, Marioni RE, Hammond GC, Jones PB, Brayne C, Denning T. Improving access to psychological therapies and older people: findings from the Eastern Region. *Behav Res Ther*. 2014;56(100):75-81. doi:10.1016/j.brat.2014.03.008

Prins, M., Meadows, G., Bobevski, I., Graham, A., Verhaak, P., van der Meer, K., Penninx, B., & Bensing, J. (2011). Perceived need for mental health care and barriers to care in the Netherlands and Australia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 1033-1044. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0266-3>
problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2017; 25(1):67-72.

Quadros LCM, Quevedo LA, Gonçalves HD, Horta BL, Motta JVS, Gigante DP. Transtornos mentais comuns e fatores contemporâneos: coorte de nascimentos de 1982. *Rev. Bras. Enferm*. 73 (1) • 2020 • <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0162>

Ramachandran A, Makhshvili N, Javakhishvili J, Karachevskyy A, Kharchenko N, Shpiker M, Ezard N, Fuhr DC, Roberts B. Alcohol use among conflict-affected persons in Ukraine: risk factors, coping and access to mental health services. *Eur J Public Health*. 2019 Dec 1;29(6):1141-1146. doi: 10.1093/eurpub/ckz117.

Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21:10.

Rice SM et al. Young men's access to community-based mental health care: qualitative analysis of barriers and facilitators. *Journal of Mental Health*, v. 27, n. 1, p. 59–65, 2018. Available from: <<https://www-tandfonline.ez18.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1080/09638237.2016.1276528>>

Roberts B, Makhshvili N, Javakhishvili J, Karachevskyy A, Kharchenko N, Shpiker M, Richardson E. Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019 Feb;28(1):100-111. doi: 10.1017/S2045796017000385.

Rosenfield S, Mouzon D. Gender and Mental Health. In: Aneshensel CS, Phelan JC. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Ed. Springer. 2013, p. 277-296.

Rubinow DR, Schmidt PJ. Sex differences and the neurobiology of affective disorders. *Neuropsychopharmacology* 2019; 44:111.

Salaheddin K, Mason B. Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2016 Oct;66(651):e686-92. doi: 10.3399/bjgp16X687313. PMID: 27688518.

Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017, 22(9):3061-3075. doi: 10.1590/1413-81232017229.05882016

Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K. Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open*. 2015 Nov 4;5(11):e008784. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008784

Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(10):2635-2644.

Slaunwhite AK. The Role of Gender and Income in Predicting Barriers to Mental Health Care in Canada. *Community Ment Health J*. 2015 Jul;51(5):621-7. doi: 10.1007/s10597-014-9814-8.

Sorkin DH, Pham E, Ngo-Metzger Q. Racial and ethnic differences in the mental health needs and access to care of older adults in California. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Dec;57(12):2311-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02573.x

Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014 Apr;43(2):476-93. doi: 10.1093/ije/dyu038.

Steele L, Dewa C, Lee K. Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *Can J Psychiatry*. 2007 Mar;52(3):201-6. doi: 10.1177/070674370705200312.

Straiton M, Reneflot A, Dia E. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14, 341. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-341>

The Joanna Briggs Institute. Protocols and work in progress [internet]. Adelaide: JBI; 2008 [Cited 20 Sep]. Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-08/31a_Annual_Report_2018.pdf

tratamento entre idosos atendido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(3):555-564, mar, 2011.

Travassos, Claudia e Martins, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2004, v. 20, suppl 2 pp. S190-S198. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

Umubyeyi A, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Help-seeking behaviours, barriers to care and self-efficacy for seeking mental health care: a population-based study in Rwanda. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Jan;51(1):81-92. doi: 10.1007/s00127-015-1130-2.

Walker ER, Cummings JR, Hockenberry JM, Druss BG. Insurance status, use of mental health services, and unmet need for mental health care in the United States. *Psychiatr Serv*. 2015 Jun;66(6):578-84. doi: 10.1176/appi.ps.201400248.

Wang L, Panagiotoglou D, Min JE, et al. Inability to access health and social services associated with mental health among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend*. 2016;168:22-29. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.08.631

Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):629-40. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.629

Wastesson JW, Fastbom J, Ringbäck Weitoft G, Fors S, Johnell K. Socioeconomic inequalities in access to specialized psychotropic prescribing among older Swedes: a register-based study. *Eur J Public Health*. 2014 Dec;24(6):991-6. doi: 10.1093/eurpub/cku058.

Weisner C, Schmidt L. Gender disparities in treatment for alcohol problems. *JAMA*. 1992 Oct 14;268(14):1872-6. PMID: 1328695.

Whiteford, HA et al. A carga global de transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias: uma análise do Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*. 2015. 10(2), e0116820.

Williams MT, Domanico J, Marques L, Leblanc NJ, Turkheimer E. Barriers to treatment among African Americans with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2012;26(4):555-563. doi:10.1016/j.janxdis.2012.02.009

World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Wu LT, Pilowsky DJ, Schlenger WE, Hasin D. Alcohol use disorders and the use of treatment services among college-age young adults. *Psychiatr Serv*. 2007 Feb;58(2):192-200. doi: 10.1176/ps.2007.58.2.192.

Xiong GL, Iosif AM, Bermudes RA, McCarron RM, Hales RE. Preventive medical services use among community mental health patients with severe mental illness: the influence of gender and insurance coverage. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(5):PCC.09m00927. doi:10.4088/PCC.09m00927gre

Young AS, Chinman MJ, Cradock-O'Leary JA, Sullivan G, Murata D, Mintz J, Koegel P. Characteristics of individuals with severe mental illness who use emergency services. *Community Ment Health J*. 2005 Apr;41(2):159-68. doi: 10.1007/s10597-005-2650-0.

Zanetti LL, Stumm EMF, Bosse, FG, Oliveira R, Bandeira VAC, Colet CF. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Scientia Medica*. 2017; 27(4). DOI. 10.15448/1980-6108.2017.4.28277

Zeber JE, Copeland LA, McCarthy JF, Bauer MS, Kilbourne AM. Perceived access to general medical and psychiatric care among veterans with bipolar disorder. *Am J Public Health*. 2009 Apr;99(4):720-7. doi: 10.2105/AJPH.2007.131318.

Zemore SE, Mulia N, Yu Ye, Borges G, Greenfield TK. Gender, acculturation, and other barriers to alcohol treatment utilization among Latinos in three National Alcohol Surveys. *J Subst Abuse Treat*. 2009;36(4):446-456. doi:10.1016/j.jsat.2008.09.005

5.3 ARTIGO 3- FATORES ASSOCIADOS AO SOFRIMENTO MENTAL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA: UMA ANÁLISE MULTINÍVEL

Artigo publicado na *Frontiers Psychology*, Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.625191>

RESUMO

Objetivo: analisar como as características individuais e o contexto social, juntos, estão associados aos sintomas de sofrimento mental na população brasileira.

Método: estudo transversal multinível com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Possui duas variáveis dependentes: a) presença de pensamentos depressivos; b) decréscimo da energia vital e sintomas somáticos. As variáveis independentes incluem características biológicas, educação e renda, hábitos e estilo de vida e variáveis de contexto. Foi realizada a análise bivariada e calculadas as Razões de Prevalência em uma Regressão de Poisson (IC95%). Uma Regressão de Poisson multinível foi realizado para verificar o efeito das variáveis individuais e contextuais.

Resultados: quanto ao pensamento depressivo, adultos jovens e de meia-idade, do sexo feminino, com baixo nível de instrução, sem companheiro, fumantes ou ex-fumantes e que não possuem plano privado de saúde foram as categorias de maior risco; pertencer às classes D-E e viver em estados com menor expectativa de anos de estudo se mostrou como fator de proteção. Resultados semelhantes foram encontrados para o segundo desfecho.

Conclusões: sintomas de sofrimento mental foram associados às características individuais e do contexto da unidade de federação. Esses achados indicam a importância de fortalecer a atenção psicossocial voltada aos grupos vulneráveis.

Keywords: Stress, Psychological; Mental Health; Socioeconomics factors.

ABSTRACT

Objective: to analyze the factors associated with poor access to health services for the depression treatment in Brazil. **Methods:** study conducted with data from the National Health Survey conducted in Brazil in the years 2019 and 2020. The sample consisted of 8,332

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **132**

individuals with a self-reported diagnosis of depression, and poor access was identified from the question: what is the main reason for you not to visit the physician/health service regularly because of depression?, with poor access being considered by the affirmative answer to questions related to distant health services or transport difficulties; waiting time at the health service; financial difficulties; opening hours of the health service of the health service; Not being able to schedule a consultation through the health plan; Don't know who to look for or where to go and Others. Sociodemographic aspects and health conditions were analyzed. Bivariate and multivariate analysis was performed using Poisson Regression. **Results:** the prevalence of poor access to health services for the depression treatment was 14.9% (95% CI 13.6-16.2), relating to individuals aged 15-29 years (PR=1.52) and 30-59 years old (PR=1.22), without education (PR=1.43), who rate their health as regular/poor/very bad (PR= 1.26), who have some limitation in their usual activities (PR=2 .71), who had the last consultation within 6 months of less than 2 years (PR=2.63) and for more than 2 years (PR=2.25) and who do not undergo psychotherapy (PR=4.28). **Conclusion:** poor access to health services for the depression treatment was associated with individual factors and health conditions.

Keywords: Depression; Health Services Accessibility; Health Status Disparities; Health Surveys.

Introdução

Caracterizados por sintomas depressivos, estado de ansiedade e um conjunto de queixas somáticas inespecíficas¹ o sofrimento mental tem sido compreendido como problema de saúde pública e objeto de discussão de pesquisadores da saúde a partir dos índices alarmantes, configurando-se como a principal fonte de anos de vida saudáveis perdidos (DALY) para as mulheres entre 15 e 24 anos². Em 2015, esses transtornos foram responsáveis por 9,5% do total de DALY, ocupando a 3ª e a 1ª posições na classificação de DALY e YLD no mundo, respectivamente, com destaque para os transtornos depressivos e de ansiedade³.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) nos últimos dez anos o número de pessoas com depressão aumentou 18,4%, isso corresponde a 322 milhões de indivíduos. No Brasil, 5,8% dos habitantes, equivalente a 11,5 milhões de casos – a maior taxa da América Latina⁴.

A prevalência mundial do transtorno de ansiedade é de 3,6%. No continente americano atinge 5,6% da população, com destaque para o Brasil, onde está presente em 9,3% da população, possuindo o maior número de casos de ansiedade entre todos os países do mundo⁴. Maior prevalência é registrada no sexo feminino: cerca de 7,7% das mulheres são diagnosticadas com ansiedade e 5,1%, com depressão. Já entre os homens, o número cai para 3,6% nos dois casos⁵.

Caracteriza-se como Transtorno Mental Comum (TMC) os sintomas depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e na concentração, além de queixas somáticas¹. Resultados obtidos em diversos estudos nacionais, em contexto urbano e rural, revelaram uma maior prevalência de TMC relacionado: a mulheres, a baixos níveis de escolaridade, à baixa renda e à mulher separada, divorciada, viúva ou sem parceiro. O diagnóstico precoce e correto desse transtorno é fundamental para evitar prejuízos físicos e psicológicos ao indivíduo e ônus ao sistema de saúde.⁵⁻⁶

Além disso, de acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 9,3% dos brasileiros tem o hábito de fumar⁷, somado a tais dados, o Ministério da Saúde aponta que 17,9% da população adulta no Brasil faz uso abusivo de bebida alcoólica, elencando esse fato como um dos fatores de risco associado ao desenvolvimento de transtornos mentais.⁸

Os fatores que comumente se associam aos transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, mas também os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, destacando que, em países de baixa e média renda, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais não recebem nenhum tipo de tratamento¹.

Os prejuízos dos transtornos mentais na qualidade de vida decorrem do comprometimento funcional com perda de produtividade no trabalho e isolamento social, e conduzem ao aumento da utilização de serviços de saúde, que produz custos elevados para o sistema de saúde e para os indivíduos e suas famílias, e custos menos mensuráveis, como o sofrimento individual e do grupo familiar.^{8,9,10}

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma rede articulada e efetiva em níveis de atenção à saúde diferentes, qualificada para atender as pessoas em sofrimento ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais, ou ainda da dependência química. Atua na perspectiva territorial, com ênfase em nos serviços com base comunitária, adequados a necessidade do usuário e de sua família, destacando o cuidado centrado nas necessidades das pessoas¹¹.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **134**

Em 2013, visando ao monitoramento desses temas, o Brasil realizou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de base domiciliar e âmbito nacional, que objetiva produzir, para o país, dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde, estimou que 7,6% das pessoas com 18 anos ou mais receberam diagnóstico de depressão por profissionais da saúde mental, correspondendo a 11,2 milhões de pessoas.¹²

Em função dos números apresentados, discutir sofrimento psíquico, faz-se relevante para compreensão da realidade e elaboração de planos de ações eficientes com vistas à assistência à saúde mental da demanda afetada. Dessa forma, justifica-se a relevância dessa pesquisa, na necessidade da discussão em torno da temática, no intuito do fortalecimento das políticas existentes e na construção de medidas mais efetivas, que tratem o direito a saúde mental como um direito humano. Nesse sentido, esse estudo teve como objetivo analisar a prevalência dos sintomas do sofrimento mental na população brasileira e a associação entre as características individuais e o contexto social, em uma análise multinível.

Métodos

Trata-se de um estudo de associação entre variáveis dependentes que expressam a presença de sintomas relacionados ao sofrimento mental comum e variáveis independentes individuais e contextuais, ajustadas em um modelo de Regressão de Poisson Multinível, onde o primeiro nível corresponde às variáveis individuais e o segundo nível corresponde às variáveis contextuais relativas à Unidade da Federação.

Esse estudo utilizou a base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil do ano 2013. A pesquisa, de âmbito nacional, foi realizada a fim de conhecer e caracterizar o perfil da população brasileira, a partir da situação de saúde, estilo de vida, vigilância de doenças crônicas, fatores de risco, acesso e o uso dos serviços de saúde, através de inquérito de base domiciliar. A população-alvo da PNS foi composta por pessoas acima de 18 anos de idade, residentes em domicílios particulares do território nacional. O processo de amostragem foi realizado em conglomerados de três estágios, dos quais os setores censitários formaram as unidades primárias de amostragem, o domicílio foi a unidade secundária e o morador adulto (≥ 18 anos de idade) formaram as unidades terciárias. Foram selecionados 64.308 indivíduos, com uma taxa de resposta de 86%. Assim, a PNS coletou informação válida para 205 mil moradores, dados representativos para 200,6 milhões de brasileiros. Todos os detalhes metodológicos da PNS foram descritos em outros estudos.^{13,14}

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **135**

As duas variáveis dependentes foram construídas tomando como base o conjunto de sintomas relacionados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) e da denominação das classes dos sintomas descritos no *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), já validada em diversos países,¹⁴⁻¹⁷ inclusive no Brasil^{16,17}, e originalmente desenvolvida por Harding et al. em 1980¹⁸, para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais relacionados aos TMC.

Para construção das variáveis dependentes, foram selecionadas oito questões do Módulo N da PNS, que tratam da percepção do estado de saúde. Para elaborar a variável dependente denominada “**Decréscimo da energia vital e sintomas somáticos**”, foram consideradas as respostas afirmativas a pelo menos quatro dessas cinco perguntas, independente da frequência de ocorrência dos sintomas: (a) N10- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?* (b) N11- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?* (c) N15- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a)?* (d) N13- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?* (e) N14- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?.* Dentre as alternativas de resposta, o indivíduo tinha a opção de relatar a ausência de qualquer um desses sintomas.

A segunda variável dependente, denominada “**Pensamentos depressivos**”, foi construída a partir da resposta afirmativa a todas as seguintes questões, independente da frequência com que os sintomas ocorreram: (a) N16- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) se sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?* (b) N17- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?* (c) N12- *Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?.* Dentre as alternativas de resposta, o indivíduo tinha a opção de relatar a ausência de qualquer um desses sintomas.

Das 60202 respostas válidas ao questionário da PNS, 5517 indivíduos responderam positivamente para as perguntas acima descritas que caracterizam a variável “decréscimo da energia vital e sintomas somáticos”, e 4574 indivíduos responderam positivamente para as características da variável “pensamentos depressivos”.

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **136**

As variáveis independentes individuais utilizadas no estudo foram: faixa etária (18-24 anos; de 25-39 anos; de 40-59 anos; 60 anos ou mais); sexo (masculino; feminino); nível de educação: Iltrado (sem instrução e ensino fundamental incompleto); primário (ensino fundamental completo e ensino médio incompleto); secundário (ensino médio completo e ensino superior incompleto); ou, superior (ensino superior completo); situação conjugal (Vive com um companheiro; não vive com nenhum companheiro); consumo de tabaco (Não fuma; fumante; Ex-fumante); consumo de bebida alcoólica (Não ingere bebida alcóolica; ingere bebida alcóolica); se possui plano privado de saúde, médico ou odontológico (Não; sim) e a estratificação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (APEP) (classes A e B; classe C; classes D e E). Esse conjunto de variáveis garante a inclusão de características individuais, hábitos de vida e condições socioeconômicas.

Para o nível contextual, foram incluídas variáveis socioeconômicas que podem influenciar na autopercepção do estado de saúde. Para este estudo, o nível contextual considerados foram as unidades da Federação (estados). Foi incluído o Índice de Gini, representando a desigualdade de renda; para o contexto educacional, foi incluída a expectativa de escolaridade de indivíduos de 18 anos. Foi incluído o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é uma medida combinada de renda, educação e longevidade. As informações socioeconômicas por estado brasileiro foram extraídas do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>), com informações resultantes do Censo demográfico Brasileiro de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A figura 2 mostra a relação entre os desfechos e as variáveis independentes individuais e contextuais.

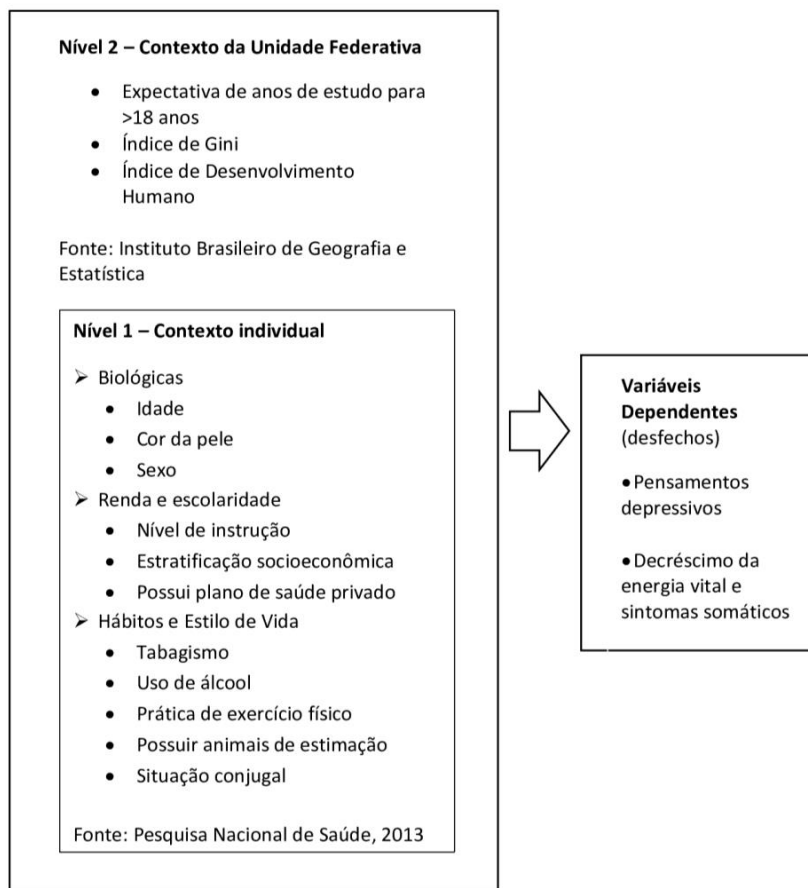


Figura 2: Fonte de dados, variáveis e níveis de análise empregados no modelo de Regressão de Poisson multinível.

As prevalências foram apresentadas em valores absolutos e relativos em cada categoria e o efeito foi estimado através das Razões de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Variáveis com associações significativas nas análises bivariadas ($p < 0,20$) foram ajustadas no modelo multivariado. Na primeira etapa, o efeito contextual foi avaliado a partir de um modelo nulo usando o teste de razão de verossimilhança para verificar a significância e, posteriormente, dois modelos foram testados, o primeiro apenas com o nível individual, e o modelo final com os níveis individual e contextual, com as variáveis que permaneceram significativas no modelo. A análise dos dados foi realizada no software estatístico STATA 13.

O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no dia 8 de julho de 2013, sob o no 10853812.7.0000.0008. O presente estudo utiliza dados Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **138**

secundários da PNS disponíveis em sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, sendo dispensado de apreciação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A tabela 3 mostra os resultados da análise bivariada para os dois desfechos estudados e sua relação com as variáveis individuais e de contexto. Para a variável “pensamentos depressivos”, não foi observada significância estatística para as variáveis cor da pele e convívio com animais. Para a variável “Decréscimo da energia vital e sintomas somáticos”, não houve associação significativa com a variável ‘convívio com animais de estimação’. Todas as demais variáveis individuais e contextuais apresentaram significância estatística ($p < 0,20$) e foram incluídas no modelo multivariado, para verificar o efeito combinado das covariáveis individuais e contextuais.

Na primeira etapa da análise multinível, os desfechos foram testados em um modelo nulo para verificar o efeito contextual. Nas tabelas 3 e 4, é possível observar que houve efeito contextual em nível de unidade da federação para os dois desfechos, já que o valor da Razão de verossimilhança foi significativo para ambos, mostrando a adequação da amostra para a realização da análise. A segunda etapa foi a realização do modelo multinível desses modelos nulos, incluindo o nível individual e em seguida o contextual.

Tabela 03: Associação bivariada entre os desfechos e as variáveis independentes de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil 2013.

	PENSAMENTOS DEPRESSIVOS			DECRÉSCIMO DA ENERGIA VITAL E SINTOMAS SOMÁTICOS		
Prevalência	N=4574 (7,6%) IC95% 7,08-8,14			N=5517 (9,16%) IC95% 8,46-9,91		
Nível Individual	N(%)	valor-p	RP (IC95%)	N(%)	valor-p	RP
Cor da pele						
Brancos e outros	1917(7,65)	0,683	1	2195 (8,76)	0,004	1
Negros	2657 (7,56)		1,05 (0,99-1,12)	3322 (9,45)		1,09 (1,02-1,15)
Idade (anos)						
18-24 anos	515 (6,58)		1	597(7,63)		1
25-39 anos	1532 (7,38)	<0,001	1,11 (1,021-1,23)	1861(8,96)	<0,001	1,17 (1,07-1,29)
40-59 anos	1765 (8,64)		1,3 (1,17-1,43)	2009 (9,83)		1,29 (1,17-1,41)
acima de 60 anos	762 (6,82)		1,02 (0,91-1,14)	1050 (9,39)		1,25 (1,11-1,36)
Sexo						
Masculino	1185 (4,57)	<0,001	1	1528 (5,9)	<0,001	1

	Feminino	3389 (9,89)		2,16 (2,02-2,30)	3989 (11,64)		1,97 (1,86-2,09)
Nível de instrução	Letrado	2084 (8,65)		1,60 (1,44-1,78)	2602 (10,8)		1,32 (1,20-1,44)
	Primário	736 (7,99)	<0,001	1,49 (1,32-1,68)	748 (8,12)	<0,001	1,00 (0,90-1,12)
	Secundário	1326 (6,92)		1,28 (1,15-1,43)	1535 (8,02)		0,99 (0,90-1,08)
	Superior	428 (5,52)		1	632 (8,15)		1
Vive com Companheiro	Sim	2,359 (6,83)	<0,001	1	2937 (8,51)	<0,001	1
	Não	2215 (8,63)		1,26 (1,19-1,34)	2580 (10,05)		1,18 (1,12-1,24)
Exercício Físico	Sim	1,161 (6,49)	<0,001	1	1380 (7,71)	<0,001	1
	Não	3413 (8,07)		1,26 (1,18-1,34)	4137 (9,78)		1,27 (1,19-1,35)
Tabagismo	Nunca fumou	2772 (6,73)		1	3411 (8,28)		1
	Ex-fumante	934 (9,11)	<0,001	1,34 (1,24-1,44)	1138 (11,09)	<0,001	1,33 (1,24-1,42)
	Fumante	868 (9,94)		1,46 (1,35-1,58)	968 (11,09)		1,33 (1,24-1,43)
Uso do álcool	Sim	1558 (6,77)	<0,001	0,82 (0,77-0,88)	1832 (9,91)	<0,001	0,79 (0,75-0,84)
	Não	3016 (8,11)		1	3685 (7,96)		1
Convive com animais	Sim	2111 (7,69)	0,423	1	2540 (9,26)	0,477	1
	Não	2463 (7,52)		0,98 (0,92-1,04)	2977 (9,09)		0,98 (0,93-1,04)
Plano Privado	Sim	1000 (6,11)	<0,001	1	1292 (7,89)	<0,001	1
	Não	3574 (8,15)		1,37 (1,28-1,47)	4225 (9,64)		1,20 (1,13-1,28)
Critério Brasil	Classes A-B	958 (7,35)		1	1115 (8,55)		1
	Classe C	1849 (7,84)	0,177	1,09 (1,01-1,18)	2215 (9,39)	0,021	1,10 (1,02-1,18)
	Classe D-E	1767 (7,50)		1,05 (0,97-1,14)	2187 (9,28)		1,07 (1,00-1,16)
Nível Contextual							
Índice de Gini							
	até 0,560	1998 (7,76)		1	2234 (8,67)		1
	de 0,560 a 0,610	1808 (7,26)	0,022	0,94 (0,81-1,09)	2332 (9,37)	<0,001	1,06 (0,92-1,22)
	de 0,620 acima	768 (8,04)		1,06 (0,87-1,28)	951 (9,96)		1,15 (0,95-1,38)
IDH	0,735 e mais	1605 (8,08)		1	1722 (8,66)		1
	0,674-0,734	1500 (7,55)	0,033	0,92 (0,77-1,09)	1897 (9,55)	0,008	1,08 (0,91-1,27)
	até 0,674	1469 (7,18)		0,87 (0,73-1,03)	1898 (9,28)		1,02 (0,86-1,21)
Expectativa anos estudo	mais de 9,4 anos	2149 (8,27)	<0,001	1	2457 (9,45)	0,033	1
	menos de 9,4 anos	2425 (7,09)		0,84 (0,74-0,96)	3060 (8,95)		0,91 (0,80-1,04)

As tabelas 4 e 5 mostram os resultados para esses modelos de acordo com os desfechos. Para o desfecho ‘pensamentos depressivos’ (Tabela 4), o modelo 1 com as variáveis individuais revelam que os adultos jovens e de meia-idade, do sexo feminino, com baixo nível de instrução, que não vivem com companheiro, fumantes ou ex-fumantes e que não possuem plano privado de saúde foram as categorias de maior risco e que permaneceram significativas no modelo 1. Com a inclusão da variável ‘expectativa de anos de estudo’ no modelo final, todas as variáveis acima descritas permaneceram significativas no modelo, com destaque para as características de pertencer às classes de renda D e E e residir em estados que possuem menor expectativa de escolaridade, onde ambas se apresentaram como fatores de proteção. As variáveis IDH e Índice de Gini perderam significância estatística e foram excluídas do modelo final. A variação

observada para o modelo que incluiu o nível de estado variou de 0,027 para 0,020, indicando um importante efeito entre os estados.

Tabela 4: Análise de Regressão de Poisson Multinível para o desfecho “Pensamentos Depressivos” na Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil de 2013.

	Null model (n = 4574)		Model 1 (n = 4574)		Final Model (n = 4574)	
	RP (IC 95%)	valor-p	RP (IC 95%)	valor-p	RP (IC 95%)	valor-p
Nível Individual						
Idade (anos)						
25-39 anos			1,15 (1,04-1,27)	0,006	1,15 (1,04-1,28)	0,005
40-59 anos			1,20 (1,085-1,33)	<0,001	1,21 (1,09-1,34)	<0,001
60 anos ou mais			0,84 (0,74-0,94)	0,005	0,85 (0,75-0,96)	0,009
Sexo Feminino			2,26 (2,11-2,43)	<0,001	2,29 (2,15-2,45)	<0,001
Nível de instrução						
Iltrado			1,50 (1,33-1,69)	<0,001	1,52 (1,35-1,71)	<0,001
Primário			1,41 (1,24-1,61)	<0,001	1,43 (1,26-1,62)	<0,001
Secundário			1,24 (1,11-1,39)	<0,001	1,25 (1,11-1,40)	<0,001
Não Vive com Companheiro			1,25 (1,17-1,33)	<0,001	1,24 (1,17-1,32)	<0,001
Tabagismo						
Ex-fumante			1,47 (1,36-1,59)	<0,001	1,46 (1,35-1,58)	<0,001
Fumante			1,54 (1,42-1,68)	<0,001	1,53 (1,41-1,65)	<0,001
Critério Brasil						
Classe C			0,98 (0,90-1,06)	0,713	0,98 (0,90-1,07)	0,757
Classe D-E			0,90 (0,82-0,98)	0,022	0,90 (0,83-0,98)	0,027
Não possui Plano Privado			1,17 (1,08-1,27)	<0,001	1,18 (1,09-1,28)	<0,001
Não realiza Exercício Físico			1,03 (0,96-1,10)	0,383		
Faz Uso do álcool			0,95 (0,89-1,02)	0,220		
Nível Contextual						
Expectativa anos estudo						
mais de 9,4 anos					1	0,007
menos de 9,4 anos					0,84 (0,74-0,95)	
Random effects	Variance (95%CI)		Variance (95%CI)		Variance (95%CI)	
Department level	0,028	0,014-0,055	0,027	0,014-0,054	0,020	0,009-0,041
LR test (χ^2; p-value)	65,56	p<0,001	62,11	p<0,001	39,56	p<0,001

Quanto ao desfecho ‘Decréscimo da energia vital’ apresentado na Tabela 4, os resultados foram bastante semelhantes. Diferente do modelo anterior, para este desfecho as variáveis ‘uso de álcool’ e ‘não realizar exercício físico’ entraram no modelo 1 e permaneceram significativos no modelo final, a primeira como fator de proteção e a segunda, de risco. Em

relação ao efeito de contexto, o índice de Gini entrou no modelo final, porém perdeu significância estatística.

Tabela 5: Análise de Regressão de Poisson Multinível para o desfecho “Decréscimo da energia vital e sintomas somáticos” na Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil de 2013.

	Null model (n = 5517)		Model 1 (n = 5517)		Final Model (n = 5517)	
	RP (IC 95%)	valor-p	RP (IC 95%)	valor-p	RP (IC 95%)	valor-p
Nível Individual						
Idade (anos)						
25-39 anos			1,14 (1,04-1,25)	0,005	1,14 (1,04-1,25)	0,005
40-59 anos			1,12 (1,02-1,23)	0,017	1,12 (1,02-1,23)	0,016
60 anos ou mais			0,95 (0,85-1,06)	0,367	0,95 (0,85-1,06)	0,382
Sexo Feminino			2,02 (1,90-2,15)	<0,001	2,02 (1,90-2,15)	<0,001
Nível de instrução						
Iletrado			1,21 (1,09-1,33)	<0,001	1,21 (1,09-1,33)	<0,001
Primário			0,96 (0,86-1,07)	0,528	0,96 (0,86-1,08)	0,538
Secundário			0,96 (0,87-1,06)	0,492	0,96 (0,87-1,06)	0,497
Não Vive com Companheiro			1,15 (1,09-1,22)	<0,001	1,15 (1,09-1,22)	<0,001
Não realiza Exercício Físico			1,07 (1,00-1,14)	0,025	1,07 (1,00-1,14)	0,025
Tabagismo						
Ex-fumante			1,42 (1,32-1,54)	<0,001	1,42 (1,32-1,54)	<0,001
Fumante			1,43 (1,32-1,52)	<0,001	1,43 (1,32-1,52)	<0,001
Faz uso de álcool			0,92 (0,87-0,98)	0,015	0,92 (0,87-0,98)	0,016
Não possui Plano Privado			1,07 (1,00-1,15)	0,034	1,07 (1,00-1,15)	0,040
Nível Contextual						
Índice de Gini						
de 0,520 a 0,610					1,03 (0,90-1,18)	0,632
de 0,620 acima					1,11 (0,93-1,33)	0,021
Random effects	Variance (95%CI)		Variance (95%CI)		Variance (95%CI)	
Department level	0,026	0,013-0,049	0,023	0,012-0,044	0,021	0,011-0,041
LR test (χ^2 ; p-value)	98,19	P<0,001	81,51	P<0,001	74,47	P<0,001

Discussão

A partir da análise multinível, o estudo mostrou que grande parte das características individuais estudadas estão diretamente ligadas aos pensamentos depressivos e a diminuição da energia vital. Adultos jovens e de meia-idade, mulheres, indivíduos com baixo nível de instrução, aqueles que não vivem com companheiro, fumantes e ex-fumantes e que não

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **142**

possuem plano privado de saúde, são características associadas aos sintomas de pensamentos depressivos e diminuição da energia vital, conforme o presente estudo.

Não foi observada associação entre sofrimento mental e cor da pele. Contudo, a literatura mostra associação direta entre raça ou cor da pele e saúde mental, e estas diferenças se apresentam relacionados às desvantagens enfrentados pelos negros no Brasil, que muitas vezes se transformam em fatores de risco para doenças mentais¹⁹. O estudo de Madeira e Gomes mostra que a raça negra, devido ao seu contexto socioeconômico e cultural resultante do processo de séculos de escravidão no Brasil, resultou em população vulnerável, se mostrando em sua maioria com menor escolaridade, menores posições no mercado de trabalho e menor acesso aos serviços de saúde²⁰. Logo, esta se mostra uma população com maior propensão ao adoecimento, necessitando de uma maior importância pelas políticas públicas de saúde.

O presente estudo mostra que os pensamentos depressivos e o decréscimo da energia vital e os sintomas somáticos não estão associados com o convívio com animais de estimação. Quanto a característica de viver com animais de estimação, a literatura traz demonstrações de que os animais, principalmente os cães, podem contribuir diretamente na melhora e convívio de pessoas que possuem doenças mentais, no entanto, estes animais precisam ser treinados por organizações específicas para prestar esta assistência de forma eficaz. Entretanto, pouco se sabe sobre o efeito desta contribuição a longo prazo.²¹

Um estudo de base populacional realizado no Brasil mostrou elevada prevalência de sintomas de depressão e transtornos de humor na população brasileira de meia-idade²², confirmando os dados encontrados na presente pesquisa. Os sintomas depressivos na população de meia-idade são um problema de saúde pública em diversos países das Américas, tendo como destaque os Estados Unidos e toda região da América latina.²³

Quanto ao contexto de gênero, em todo o mundo, a depressão é mais prevalente no sexo feminino. Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que em média 5.1% de mulheres e 3.6% de homens são acometidos por este distúrbio²⁴. A pesquisa Nacional de Saúde realizada no Brasil em 2013 mostrou a elevada prevalência de sintomas depressivos em mulheres brasileiras, principalmente as que vivem em áreas urbanas, com baixo nível de instrução, que possuem doenças crônicas e aquelas que possuem dificuldades para o acesso aos serviços de saúde mental.²⁵ Um outro estudo realizado no Brasil, também confirma os dados já apontados pela presente pesquisa, relacionados a maior prevalência de transtornos depressivos em mulheres adultas, sem companheiro e usuárias de cigarro e álcool.²⁷ A literatura explica que a prevalência de sintomas depressivos é mais elevada em mulheres devido às diferenças

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **143**

fisiológicas e hormonais, e que fatores como baixo nível de escolaridade, baixa renda e questão socioculturais são fatores relevantes para explicar a maior prevalência nesta população^{27,28}

Como já citado anteriormente, a baixa escolaridade é um fator associado ao sofrimento mental e conseqüentemente a pensamentos depressivos. Indivíduos com transtornos e pensamentos depressivos tendem a possuir menor escolaridade, logo menores condições sociais e econômicas, mais vulneráveis a uma pior percepção do seu estado de saúde e qualidade de vida.²⁹ No contexto de saúde, a condição socioeconômica também é um fator importante para o acesso a uma assistência privada. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde 2013, a maioria das pessoas que possuem plano privado no Brasil tem boas condições econômicas, tem ensino superior completo, residem em áreas urbanas e apresentam um bom estado de saúde autorreferida.^{30,31} Assim, pode-se explicar a associação entre pensamentos depressivos e ausência de planos privados, pois a ausência da saúde suplementar pode justificar maior dificuldade no acesso aos serviços e conseqüentemente maior adoecimento.

Quanto aos indivíduos que não convivem com companheiro, a solidão e a falta de convívio com pessoas tem sido um objeto de preocupação e um comportamento desfavorável à saúde mental, principalmente em adultos de meia-idade.³² Nas últimas décadas, houve aumento significativo do número de pessoas que vivem sozinhos, isolados e sem companheiros. Estas pessoas que sofrem de solidão são vulneráveis ao isolamento social e provavelmente chegarão a necessitar de cuidados psicológicos devido aos sentimentos depressivos.³³

Quanto ao uso do cigarro, este apresenta uma forte associação com os sintomas depressivos. Os indivíduos que consomem cigarro possuem alta prevalência de diagnósticos de depressão menor e depressão maior, além de humor depressivo com duração maior do que sete dias.²³ Todavia, a literatura também indica que deixar o tabagismo pode levar o indivíduo a desenvolver sintomas e pensamentos depressivos.³⁴ Estes achados podem explicar a associação encontrada no estudo, de que tanto fumantes como ex-fumantes podem ser acometidos por pensamentos depressivos e diminuição da energia vital.

Além dos fatores de risco, o presente estudo também mostra características que se apresentaram como fatores de proteção para as variáveis de desfecho, como pertencer a menores classes de renda e residir em estados que possuem menor expectativa de escolaridade para a variável pensamentos depressivos. Em contrapartida, estudos de bases populacionais desenvolvidos no Brasil, mostram que a renda, baixa expectativa de escolaridade e o aparecimento de pensamentos depressivos estão diretamente ligados, no qual estar em uma condição econômica baixa pode determinar muitas vezes o início destes sintomas, pois fatores

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **144**

como escolaridade e baixo acesso aos serviços de saúde são fatores de risco para o adoecimento.^{14,27,30}

Supõe-se, então, que os achados da presente pesquisa podem ser influenciados por outras variáveis, como a religião, o contexto familiar e a interação social na comunidade. Sociedades que enfrentam condições de vida difíceis, em geral, possuem maior religiosidade e maior interação social, demonstrando elevados níveis de bem-estar e felicidade, o que pode agir como fator de proteção para o desenvolvimento de transtornos mentais.³⁵

Em relação à variável ‘Decréscimo da energia vital’, sua característica “uso do álcool” atua como fator de proteção. Ressalta-se que a associação entre álcool e transtornos de humor podem variar ao longo do tempo, e nas diferentes idades, se mostrando como relação distinta entre adolescentes e adultos, além das diferenças entre os gêneros. Deve-se ponderar também que pessoas que sofrem com transtornos mentais podem ter mudado seus hábitos, e terem reduzido o consumo de álcool. No entanto, em suma, o uso de álcool pode predispor a população em risco de desenvolver problemas de humor e sintomas depressivos, por provocar diminuição da energia vital.³⁶

A inatividade física e o sedentarismo se apresentaram como fatores de risco para os sintomas depressivos e conseqüentemente a diminuição da energia vital. A prevalência de transtornos mentais é maior em indivíduos que não praticam atividade física, pois esta promove a melhora do bem-estar e da saúde mental³⁷.

Em relação aos fatores contextuais, a expectativa de anos de estudo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o índice de Gini, não se apresentaram como fatores associados aos desfechos estudados, mostrando assim que estas variáveis de contexto exercem pouca relação explicativa das prevalências do sofrimento mental na população brasileira.

Uma das limitações desse estudo refere-se aos vieses de resposta, já que o tema está envolto em questões de cunho ético, moral e cultural, e esses fatores exercem forte influência sobre a resposta. É possível que tenha havido omissão da informação sobre o sofrimento mental quando questionadas de forma direta, por medo ou por constrangimento pela exposição. Todavia, os inquéritos populacionais nos oferecem amostras representativas da população de todas as regiões do país, podendo servir para comparação destes resultados com o de outros países, além de embasar a organização de políticas públicas voltadas à minimização do problema. A prevenção desses eventos representa um grande desafio pela necessidade de sua resposta articular diferentes áreas, demandando uma ação interdisciplinar, além do envolvimento dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde
mental **145**

Reconhecer a magnitude dos transtornos mentais comuns no Brasil por meio de pesquisas de base populacional e com uma metodologia que considere o contexto de cada indivíduo é inestimável para a avaliação e planejamento do sistema de saúde, contribuindo para o avanço do conhecimento e melhorias nas políticas.

Conclusão

O presente estudo revela que os sintomas de sofrimento mental foram associados principalmente às características individuais, como adultos jovens e de meia-idade, ao sexo feminino, indivíduos com baixa escolaridade, sem companheiro, tabagismo e sem plano de saúde. A ocorrência de pertencer as classes de renda D e E e viver em estados com menor expectativa de anos de estudo se mostraram como fatores de proteção para a variável de desfecho ‘pensamentos depressivos’. As variáveis de contexto, perderam seu significado após o modelo final da análise multinível.

Esses achados indicam a importância de fortalecer a rede de atenção à saúde, principalmente nos serviços de atenção psicossocial voltados aos grupos mais vulneráveis, e com isso desenvolver estratégias preventivas para estes grupos, a fim de diminuir os índices de indivíduos com adoecimento mental. Logo, esta pesquisa mostra-se de fundamental importância para a área da saúde coletiva, no intuito de estimular a reflexão das políticas em saúde mental no Brasil, influenciando uma reavaliação e reestruturação destas. Além disso, é necessário que outros estudos sejam desenvolvidos com esta temática no Brasil e em outros países, no intuito de buscar inovações e outros achados relevantes sobre esta área.

Referências

1. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model London: Tavistock; 1992.
2. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(8): 2543-2554. DOI: 10.1590/1413-81232018238.13652016
3. Bonadiman, CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. 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*, 2017; 20 SUPPL 1: 191-204. DOI: 10.1590/1980-5497201700050016
4. Organização Mundial de Saúde-OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
 5. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR, Miranzi MAS, Hass VJ. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(1):64-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.8150>
 6. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Bensen IM, et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiatr*. 2016;38(2):91-7. DOI:10.1590/1516-4446-2015-17144
 7. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03225. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016033103225>
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Consumo abusivo de álcool aumenta 42,9% entre as mulheres. [acesso em 10 oct 2019]. Disponível em: <http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45613-consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres>
 9. Del’Olmo FS, Cervi TMD. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Seqüência (Florianópolis)*. 2017; 77:197-220. <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197>
 10. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(4):717-723. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000034>
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.588. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências [internet]. Brasília, DF, 21 dez 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
 12. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, César CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51(Suppl. 1): 3s. DOI: 10.1590/s1518-8787.2017051000074

13. Hanlon C, Medhin G, Alem A, Araya M, Abdulahi A, Hughes M, et al. Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: validation of the self-reporting questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of affective disorders*. 2018; 108(3): 251-262. DOI: 10.1016/j.jad.2007.10.023
14. Van der WC, Wyatt G, Williams JK, Stein DJ, Sorsdahl K. Validation of the self reporting questionnaire 20-item (SRQ-20) for use in a low-and middle-income country emergency centre setting. *International journal of mental health and addiction*. 2016; 14(1), 37-48. DOI: 10.1007/s11469-015-9566-x
15. Netsereab TB, Kifle MM, Tesfagiorgis RB, Habteab AG, Weldeabzgi YK, Tesfamariam OZ. Validation of the WHO self-reporting questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea. *International journal of mental health systems*. 2018. 12(1), 61. DOI:10.1186/s13033-018-0242-y
16. Santos KOB, Araújo TMD, Oliveira NFD. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25, 214-222. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>.
17. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008. 24, 380-390. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
18. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-41. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700043993>. PMID:7384326
19. Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência e Saúde coletiva*. 2017;22(12):4021-4030. DOI: 10.1590/1413-812320172212.19782016
20. Madeira Z, Gomes DDO. Persistentes Desigualdades Raciais e Resistências negras no Brasil Contemporâneo. *Serv. Soc. Soc*. 2018;133:463-479. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.154>.
21. Lloyd J, Johnston L, Lewis J. Psychiatric Assistance Dog Use for People Living With Mental Health Disorders. *Front. Vet. Sci*. 2019; 6:166. DOI: 10.3389/fvets.2019.00166.

22. Barros MBA, Lima MG, Azevedo RCS, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:8s. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000084>
23. An R, Xiang X. Smoking, heavy drinking, and depression among U.S. middle-age and older adults. *Preventive medicine*. 2015; 81:295-302. DOI: 10.1016/j.ypmed.2015.09.026
24. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
25. Lopes CS, Hellwig N, Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *Int J Equity Health*. 2016;15:154. DOI: 10.1186/s12939-016-0446-1
26. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CZ, Silva GA, Gamarra CJ et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67(2):101-9. DOI: 10.1590/0047-2085000000192
27. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(Supl 2):170-80. DOI: 10.1590/1980-5497201500060015
28. Silva MT, Galvão TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(3):262-70. DOI:10.1590/1516-4446-2013-1294
29. Cho Y, Lee JK, Kim D-H, Park J-H, Choi M, Kim H-J, et al. Factors associated with quality of life in patients with depression: A nationwide population-based study. *PLoS ONE*. 2019; 14(7): e0219455. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219455>
30. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:4s. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
31. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017;22(1):79-190. DOI: 10.1590/1413-81232017221.16782015
32. Hamming O. Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. *PLoS One*. 2019; 14(7): e0219663. DOI: 10.1371/journal.pone.0219663

33. Klinenberg E. Social isolation, Loneliness, and living alone: identifying the risks for public health. *Am J Public Health*. 2016 May; 106(5): 786–787. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303166
34. Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD006102. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006102.pub2>.
35. Silva JA, Santos RC. Bem-Estar Subjetivo, Educação, Inteligência e Religião. *Temas em psicologia*. 2013; 21(2):519-523. DOI: 10.9788/TP2013.2-17
36. Pedrelli P, Shapero B, Archibald A, Dale C. Alcohol use and depression during adolescence and young adulthood: a summary and interpretation of mixed findings. *Curr Addict Rep*. 2016 ; 3(1): 91–97. DOI:10.1007/s40429-016-0084-0.
37. Lourenço BS, Peres MAA, Porto IS, Oliveira RMP, Dutra VFD. Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2017;21(3):e20160390. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0390

5.4 ARTIGO 4- FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO PRECÁRIO A SERVIÇOS DE SAÚDE PARA TRATAMENTO DE DEPRESSÃO NO BRASIL

Artigo submetido na revista *Epidemiology and Psychiatric Sciences*

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão no Brasil. **Métodos:** estudo conduzido com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada no Brasil nos anos de 2019 e 2020. A amostra foi constituída por 8.332 indivíduos com diagnóstico autorreferido de depressão, e o acesso precário foi identificado a partir da questão: qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?, sendo considerado o acesso precário pela resposta afirmativa a uma destas alternativas: (1) O serviço de saúde é distante ou tem dificuldade de transporte; (2) O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande; (3) Tem dificuldades financeiras; (4) O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas; (5) Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde; (6) Não sabe quem procurar ou aonde ir e (7) Outros motivos. Aspectos sociodemográficos e condições de saúde foram analisados. Procedeu-se análise bivariada e multivariada utilizando a Regressão de Poisson considerando nível de significância de 5%. **Resultados:** a prevalência do acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão foi de 14,9% (IC95% 13,6-16,2), e foi associado aos indivíduos de 15-29 anos (RP=1,52) e 30-59 anos (RP=1,22), sem instrução (RP=1,43), que avaliam sua saúde como regular/ruim/muito ruim (RP= 1,26), que possuem alguma limitação das atividades habituais por causa da depressão (RP=2,71), que tiveram a última consulta de 6 meses a menos de 2 anos (RP=2,63) e há mais de 2 anos (RP=2,25)). **Conclusão:** o acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão foi associado a fatores individuais e de condições de saúde.

Palavras-Chave: Depressão; Acesso aos serviços de saúde; Disparidades nos níveis de saúde; Inquéritos epidemiológicos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the factors associated with poor access to health services for the depression treatment in Brazil. **Methods:** study conducted with data from the National Health Survey conducted in Brazil in the years 2019 and 2020. The sample consisted of 8,332 individuals with a self-reported diagnosis of depression, and poor access was identified from the question: what is the main reason for you not to visit the physician/health service regularly because of depression?, with poor access being considered by the affirmative answer to questions related to distant health services or transport difficulties; waiting time at the health service; financial difficulties; opening hours of the health service of the health service; Not being able to schedule a consultation through the health plan; Don't know who to look for or where to go and Others. Sociodemographic aspects and health conditions were analyzed. Bivariate and multivariate analysis was performed using Poisson Regression. **Results:** the prevalence of poor access to health services for the depression treatment was 14.9% (95% CI 13.6-16.2), relating to individuals aged 15-29 years (PR=1.52) and 30-59 years old (PR=1.22), without education (PR=1.43), who rate their health as regular/poor/very bad (PR= 1.26), who have some limitation in their usual activities (PR=2 .71), who had the last consultation within 6 months of less than 2 years (PR=2.63) and for more than 2 years (PR=2.25). **Conclusion:** poor access to health services for the depression treatment was associated with individual factors and health conditions.

Keywords: Depression; Health Services Accessibility; Health Status Disparities; Health Surveys.

Introdução

A depressão é um transtorno mental com uma variada sintomatologia, apresentando como principais sinais e sintomas a tristeza, desinteresse, falta de energia, irritabilidade, fadiga, baixa autoestima, insônia ou outros distúrbios do sono, dificuldades cognitivas e até mesmo, ideias de suicídio (WHO, 2017; Ferrari et al., 2013).

Os transtornos depressivos constituem um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Isso se deve ao aumento de sua prevalência e morbidade, levando a repercussões na saúde geral e impacto psicossocial (APA, 2013). A depressão é considerada a principal causa de incapacitação no mundo, com possibilidade de se tornar a segunda maior carga de doença até 2030 (WHO, 2017).

No contexto mundial, o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015, totalizando 322 milhões de pessoas com o diagnóstico de depressão em todo o mundo. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população) (WHO, 2017), sendo a quarta causa de incapacidade (Bonadiman et al., 2020). O país está no topo da lista das nações em desenvolvimento com maior prevalência de depressão, e o número de brasileiros com o diagnóstico é equivalente a 10% das pessoas com depressão no mundo (Razzouk, 2016).

Em todo o mundo, o investimento em saúde mental é menor que 1%, o que causa um impacto direto no tratamento das pessoas com transtornos mentais. Apenas 20 a 40% dos indivíduos com estes transtornos recebem tratamento. No Brasil, o tratamento para depressão possui custos inferiores aos custos e impactos socioeconômicos gerados por ela, levando a necessidade de reorganizações das políticas públicas e um melhor planejamento em saúde para um melhor direcionamento para o tratamento da depressão (Razzouk, 2016).

O acesso aos serviços de saúde demonstra um fator importante de qualidade e funcionalidade dos serviços. Este se configura como um conjunto de aspectos que determina a relação de procura e entrada (Paim et al., 2011). O acesso oportuno aos serviços de saúde mental é essencial para o diagnóstico e tratamento da depressão, minimizando a piora dos sinais e sintomas e diminuindo as consequências sociais para os indivíduos com este transtorno (Hengartner et al., 2016).

A dificuldade para o acesso e tratamento da depressão também está relacionada as disparidades sociais, econômicas e geográficas, pois aqueles que mais precisam de cuidados, como os indivíduos pobres e aqueles que vivem em regiões com recursos limitados de saúde mental, possuem maiores barreiras para receber cuidados adequados. No Brasil, apesar do avanço e ampliação da oferta de alguns serviços de saúde mental nos últimos anos, ainda existem dificuldades para o acesso ao tratamento da depressão e de outros transtornos mentais, principalmente em regiões com baixas condições sociais e econômicas (Dimenstein et al., 2021).

Diante da grande prevalência e aumento da morbidade da depressão no Brasil, bem como das dificuldades para este tratamento, é imprescindível conhecer quais os fatores

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **153**

interferem para um acesso precário nos serviços de saúde para tratamento da depressão no país. Conhecer os fatores associados a dificuldade no acesso aos serviços de saúde irá permitir um melhor planejamento das políticas públicas de saúde mental, bem como uma melhor sistematização da assistência prestada pelos serviços de saúde aos indivíduos com depressão. Logo, o objetivo deste artigo é analisar os fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão no Brasil.

Metodologia

Este estudo foi conduzido com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2019 (PNS), realizada entre os anos 2019 e 2020, que é um inquérito populacional domiciliar com objetivo de conhecer os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira, e constituir uma base de dados representativa da população brasileira.

O plano amostral da PNS utiliza a Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisa Domiciliar (SIPD), que permite maior abrangência territorial, e utiliza processo de amostragem por conglomerados em três estágios com amostra aleatória simples. O primeiro estágio é composto pelas Unidades Primárias de Amostragem (setores censitários), o segundo estágio são os domicílios selecionados, e o terceiro estágio são os moradores com 15 anos ou mais que foram selecionados em cada domicílio para responder à pesquisa (IBGE, 2020; Stopa et al., 2020).

Ao final deste processo foram selecionados 108.457 domicílios, dos quais 100.541 estavam ocupados, e destes últimos, 94.114 pessoas optaram por participar voluntariamente da pesquisa.

A amostra deste estudo foi constituída pelas pessoas com 15 anos ou mais, que foram selecionadas para responder ao inquérito e que autorreferiram possuir diagnóstico para depressão. Para a seleção da amostra foi considerada a resposta à questão Q092 (Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?). Desta maneira, a amostra do presente estudo foi composta por 8.332 indivíduos.

Nesta pesquisa, a variável dependente, ou desfecho primário do estudo, foi denominada ‘acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão’. O desfecho expressa a necessidade frustrada de atendimento em saúde para o tratamento da depressão, por não ter acesso ao serviço em razão de algum problema de acessibilidade.

Para a elaboração da variável dependente, foi considerada a resposta à questão Q09502 (Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?). Foram considerados os indivíduos que responderam a pelo menos uma destas alternativas: (1) O serviço de saúde é distante ou tem dificuldade de transporte; (2) O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande; (3) Tem dificuldades financeiras; (4) O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas; (5) Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde; (6) Não sabe quem procurar ou aonde ir e (7) Outros motivos.

Entre as variáveis independentes individuais, foram considerados o sexo (masculino ou feminino), a idade (15-29 anos, 30-59 anos, 60 anos ou mais), a raça/cor da pele (brancos, negros – pretos e pardos, indígenas ou asiáticos), nível de escolaridade (sem escolaridade, nível fundamental, nível médio, nível superior), renda domiciliar per capita (até 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, acima de 3 salários). Os fatores individuais facilitadores selecionados foram: se possui cobertura da Estratégia Saúde da Família (sim, não ou não sabe), área de residência (urbano ou rural), autoavaliação do estado de saúde (muito bom/bom; regular/ruim/muito ruim), se possui diagnóstico de outra doença crônica, física ou mental, condição crônica de saúde ou doença de longa duração (sim, não), se possui limitações das atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.) por causa da depressão (sim, não). Entre as variáveis de caracterização do acesso, foram consideradas: última vez que recebeu atendimento médico por causa da depressão (há menos de 6 meses; de 6 meses a menos de 2 anos; há 2 anos ou mais), faz uso de algum medicamento para depressão (sim, não) e faz alguma prática integrativa e complementar (sim, não). Todas as variáveis independentes individuais foram coletadas na base de dados da própria PNS.

Por se tratar de um estudo com amostragem complexa, para as análises foi utilizado o peso da amostra e incorporado o efeito do desenho da amostra. Procedeu-se o cálculo da prevalência dos desfechos em relação às variáveis individuais, com apresentação dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Em seguida, foi conduzida análise de Regressão de Poisson bivariada para estimar a razão de prevalências bruta (RP) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%).

As variáveis que apresentaram $p \leq 0,200$ na análise bivariada foram incluídas no modelo de Regressão de Poisson multivariada, a fim de estimar a razão de prevalências (RP) ajustada. Adotou-se o modelo hierárquico e a entrada das variáveis no modelo multivariado foi feita de acordo com a ordem crescente do valor de p . Permaneceram no modelo final apenas as

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **155**

variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas utilizando-se o software Stata versão 13 (Stata Corp., College Station, United States).

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde sob o Parecer nº 3.529.376, de 23 de agosto de 2019. Os resultados da pesquisa são de domínio público e estão disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Resultados

A prevalência do acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão, ou seja, indivíduos com depressão que não vão regularmente ao médico/serviços de saúde para o tratamento por dificuldades de acesso a estes serviços, foi de 14,9% (IC95% 13,6-16,2).

A análise descritiva do acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão mostrou que a prevalência desse desfecho foi mais elevada entre as mulheres, entre os indivíduos de 15 a 29 anos, indígenas e negros, entre as pessoas sem instrução ou com baixa escolaridade, com renda de até 1 salário mínimo, que vivem no meio rural, que avaliam sua saúde como regular/ruim/muito ruim, que possuem outra doença crônica, que possuem limitação das atividades habituais em decorrência da depressão, não usam medicamentos para a depressão e que tiveram a última consulta com médico para tratar da depressão há mais de 6 meses (Tabela 06).

Tabela 06: Prevalência do acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão de acordo com as variáveis sociodemográficas e de condições de saúde no Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Descritiva		
	Prevalência (%)	IC95%	P-valor
Sexo			
Homem	14,11	11,86-16,72	0,483
Mulher	15,09	13,97-16,28	
Idade			
15-29 anos	16,71	13,5-20,5	0,197
30-59 anos	14,98	13,65-16,42	
60 anos ou mais	13,43	11,89-15,14	
Raça ou cor da pele			
Branco	14,06	12,61-15,64	0,515
Negros	15,76	14,31-17,32	
Amarelos	14,93	4,508-39,47	

Indígenas	16,05	6,967-32,8	
Escolaridade			
Superior	12,03	10,01-14,38	
Médio	15,79	13,76-18,05	<0,005
Fundamental	14,93	13,42-16,59	
Sem instrução	22,38	18,44-26,87	
Renda per capita			
Até 1 salário mínimo	16,99	15,49-18,6	
de 1 a 3 salários mínimos	14,57	12,94-16,36	<0,005
Acima de 3 salários mínimos	9,93	7,514-13,02	
Local de moradia			
Rural	15,67	13,76-17,8	0,437
Urbano	14,76	13,65-15,96	
Cadastrado na USF			
Sim	15,57	14,17-17,08	
Não	14,23	12,45-16,22	0,119
Não sabe	12,48	10,27-15,1	
Autoavaliação do estado saúde			
Muito boa – Boa	12,30	10,85-13,91	<0,005
Regular - Ruim - Muito ruim	17,29	15,84-18,83	
Possui outra DCNT			
Não	13,72	11,49-16,31	0,333
Sim	15,08	13,91-16,33	
Possui limitações atividades			
Não	10,16	9,045-11,4	<0,005
Sim	20,68	18,89-22,58	
Última consulta			
<6 meses	8,60	7,389-9,996	
de 6 meses a menos de 2 anos	24,05	21,15-27,2	<0,005
de 2 anos ou mais	16,85	15,22-18,62	
Uso de medicamentos			
Sim	12,71	11,42-14,12	<0,005
Não	17,30	15,73-19	
Uso de PICS			
Sim	14,58	10,55-19,81	0,904
Não	14,88	13,82-16	

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

A análise da associação entre o acesso precário e as características sociodemográficas e de condições de saúde na análise bivariada mostrou que o desfecho esteve associado significativamente a todas as variáveis pesquisadas. Nesta análise, destacam-se os que avaliam sua saúde como regular/ruim/muito ruim (RP= 1,40; IC95% 1,20-1,63), que recebem até 1

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **157**

salário mínimo (RP=1,71 IC95% 1,28-2,28) e sem instrução (RP= 1,86; IC95% 1,42-2,42) (Tabela 07).

No modelo final da análise multivariada, o acesso precário foi associado a ter 15-29 anos (RP=1,52) ou ter 30-59 anos (RP=1,22), sem instrução (RP=1,43), aos que avaliam sua saúde como regular/ruim/muito ruim (RP= 1,26), que possuem alguma limitação das atividades habituais por causa da depressão (RP=2,71), que tiveram a última consulta de 6 meses a menos de 2 anos (RP=2,63) ou há mais de 2 anos (RP=2,25) (Tabela 07).

Tabela 07: Razão de prevalências bruta e ajustada do acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento da depressão de acordo com as variáveis sociodemográficas e de condições de saúde no Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	RPbruta	IC95%	p-valor	RP ajustada	IC95%	p-valor
Sexo						
Homem	1			1		
Mulher	1,06	0,88-1,28	0,485	1,04	0,86-1,25	0,67
Idade						
15-29 anos	1,24	0,97-1,58	0,076	1,16	1,00-1,35	<0,005
30-59 anos	1,11	0,95-1,30	0,166	1,33	1,05-1,67	0,016
60 anos ou mais	1			1		
Raça ou cor da pele						
Branco	1					
Negros	1,12	0,97-1,29	0,121			
Amarelos	1,06	0,34-3,26	0,917			
Indígenas	1,14	0,51-2,53	0,744			
Escolaridade						
Superior	1			1		
Médio	1,31	1,04-1,64	0,019	1,11	0,90-1,37	0,304
Fundamental	1,24	1,00-1,53	0,004	1,17	0,95-1,45	0,132
Sem instrução	1,86	1,42-2,42	<0,005	1,54	1,19-1,99	0,001
Renda per capita						
até 1 salário mínimo	1,71	1,28-2,28	<0,005			
de 1 a 3 salários mínimos	1,46	1,09-1,97	0,011			
acima de 3 salários mínimos	1					
Local de moradia						
Rural	1					
Urbano	0,94	0,81-1,09	0,437			
Cadastrado na USF						
Sim	1					

Não	0,91	0,77-1,07	0,283			
Não sabe	0,80	0,64-0,99	0,042			
Autoavaliação do estado saúde						
Muito boa - Boa	1			1		
Regular - Ruim - Muito ruim	1,40	1,20-1,63	<0,005	1,24	1,06-1,45	0,006
Possui outra DCNT						
Não	1					
Sim	1,09	0,90-1,33	0,336			
Possui limitações atividades						
Não	1			1		
Sim	2,03	1,75-2,35	<0,005	2,62	2,21-2,12	<0,005
Última consulta						
<6 meses	1			1,00		
de 6 meses a menos de 2 anos	2,79	2,20-3,39	<0,005	3,35	2,76-4,06	<0,005
de 2 anos ou mais	1,95	1,63-2,34	<0,005	3,05	2,47-3,75	<0,005
Uso de medicamentos						
Sim	1					
Não	1,36	1,18-1,56	<0,005			
Uso de PICS						
Sim	1					
Não	1,02	0,73-1,41	0,904			

RP_b: Razão de Prevalência Bruta; RP_{adj}: Razão de Prevalência Ajustada; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Discussão

Este estudo mostrou que a prevalência do acesso precário aos serviços de saúde para o tratamento de depressão foi de 14,9%. Outro estudo realizado no Brasil, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013, mostrou que aproximadamente 80% dos indivíduos que possuem sintomas depressivos, não recebem tipo algum de tratamento (psicoterapia, farmacoterapia ou ambos) (Lopes et al., 2016). Pesquisas realizadas em outros países, também trazem altos percentuais de indivíduos com depressão que não recebem tratamento devido ao acesso inadequado aos serviços de saúde (Hengartner et al., 2016, Jorm et al., 2017), com destaque para uma pesquisa realizada nos Estados Unidos que demonstrou que 70% dos indivíduos com diagnóstico de depressão não receberam tratamento adequado (Wittayanukorn et al., 2014).

Estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde brasileira de 2013 mostrou que a prevalência do acesso precário aos serviços de saúde pela população adulta brasileira foi de 18,1% (Dantas et al., 2020), resultado semelhante à prevalência do acesso precário aos serviços de saúde e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **159**

de saúde para tratamento da depressão obtida no presente estudo. O estudo de Dantas et al., 2020 mostrou que o acesso aos serviços de saúde ainda é precário para uma parcela considerável da população brasileira, com destaque para a população mais vulnerável.

Nossos dados apontam a existência de iniquidades de acesso para o tratamento da depressão. Há pouco mais que uma década, foi preconizada a assistência à saúde mental nas ações de atenção básica pela política de saúde mental no Brasil, possibilitando o acesso facilitado ao usuário com depressão e/ou outros transtornos mentais. Esta política define a atenção básica como a principal porta de entrada para o tratamento da depressão (Brasil, 2003; Motta, 2017).

Outro fator que também pode influenciar o acesso precário são questões relacionadas à oferta e demanda dos serviços de saúde. Em todo o mundo, os investimentos em saúde mental são limitados, como resultado desse investimento escasso, existe uma lacuna entre a necessidade de tratamento e sua disponibilidade (Chisholm et al., 2016).

Apesar dos avanços e ampliação dos serviços de saúde mental após a implantação da rede de atenção psicossocial (RAPS) em 2011, o Brasil ainda apresenta disparidades regionais importantes (Dimenstein et al., 2018). Regiões como Norte e Nordeste do Brasil apresentam menores ofertas de serviços de saúde mental e equipes de atenção primária em saúde, em relação às regiões de Sul e Sudeste, que por serem regiões de melhores condições econômicas, possuem maior oferta de serviços de saúde mental (Macedo et al., 2017; Afonso & Perobelli, 2018). Estas diferenças regionais de oferta de serviços e profissionais causam impacto direto no acesso para um diagnóstico precoce e acompanhamento do indivíduo com depressão.

Na rede pública de saúde brasileira, 23,9% dos usuários que acessam a atenção básica buscam atendimentos para depressão, demonstrando que esta causa é predominante no atendimento em saúde mental no Brasil (Molina et al., 2012). Logo, o acesso para o tratamento de depressão no Brasil deve ser prioritário.

No presente estudo, os fatores que permaneceram associados ao acesso precário ao tratamento de depressão foi ter 15-29 anos ou ter 30-59 anos, pessoas sem instrução, que avaliam sua saúde como regular/ruim/muito ruim, que possuem alguma limitação das atividades habituais por causa da depressão, que tiveram a última consulta de 6 meses a menos de 2 anos ou há mais de 2 anos.

A prevalência de depressão e sofrimento mental no Brasil e em outros países é maior entre as mulheres (Bezerra et al., 2021a; Bezerra et al., 2021b). Isso está relacionado com alguns fatores contribuintes, como fatores socioculturais, pois as mulheres estão mais expostas a

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **160**

sobrecarga de trabalho doméstico, violência doméstica e estressores intradomiciliares. Em razão da mulher se dividir entre os múltiplos papéis da sociedade, como as atividades do lar e do trabalho, isto traz para esta um reconhecimento da alta carga de fatores e sintomas associados, levando à necessidade de buscar ajuda nos serviços de saúde (Leite et al. 2017; Lucchese et al., 2014). Além disso, desde a infância, as mulheres são adaptadas e ensinadas a um padrão de saúde relacionado à prevenção e autocuidado (Schraiber, 2012), o que as leva a procurarem por serviços de saúde.

Apesar do sexo feminino não ter sido associado significativamente na análise multivariada no presente estudo, é preciso destacar que mesmo que estas sejam mais susceptíveis a buscarem os serviços de saúde, a depressão causa impactos na capacidade de autocuidado dos indivíduos, fazendo com que muitas vezes estas não tenham interesse em procurar tratamento devido os sintomas da doença (Ibanez et al., 2014).

Quanto à idade, adultos com 30 anos ou mais possuem maior prevalência de depressão, com pico entre 55 a 74 anos (WHO, 2017), o que leva esta faixa etária a procurar mais os serviços de saúde para o tratamento de depressão (Siniscalchi et al., 2020, Bonadiman et al., 2020), o que pode explicar a maior frustração na busca por acesso aos serviços de saúde. Isso também pode ser explicado pelas múltiplas atividades que o adulto desempenha no seu cotidiano, como trabalho, estudos e filhos, dificultando a busca aos serviços de saúde (Stopa et al., 2017).

Já os adolescentes e adultos mais jovens possuem uma tendência ao não reconhecimento dos sinais e sintomas da depressão (Melo et al., 2017), principalmente o adolescente, que na maioria das vezes, apenas procura os serviços de saúde por questões relacionadas a oferta de cuidado ginecológico e obstétrico, bem como ações relacionadas à prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. O adolescente ainda considera a doença mental como um estigma (Silva et al., 2019), o que faz com que estes procurem menos os serviços de saúde, confirmando os dados de acesso precário para a faixa etária de 15 a 29 anos encontrada neste estudo.

No nosso estudo, a raça ou cor da pele não foi um fator significativamente associado ao desfecho na análise final, porém, estudos demonstram disparidades raciais no tratamento de depressão, em que a raça negra e os indígenas possuem menor acesso aos serviços de saúde (Alegria et al., 2008; Smolen, Araújo, 2017).

Em termos culturais e sociais, a raça negra ainda está ligada a vulnerabilidades, como a menores condições econômicas, menor escolaridade piores condições de trabalho e moradia,

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **161**

fatores que também estão ligados a um acesso precário (Araújo et al., 2009). No Brasil, o racismo, condições socioeconômicas e culturais são fatores que afetam a garantia do acesso universal e equitativo à saúde, afetando principalmente as mulheres (Goes et al., 2013, Silva et al., 2020).

A população indígena também apresenta menor acesso aos serviços de saúde no Brasil. Isso pode estar relacionado a fatores como barreiras organizacionais, geográficas e culturais, incluindo limitações relativas à ausência de maior comunicação das etnias com os serviços de saúde (Gomes, Esperidião, 2017). Todavia, mesmo que os indivíduos de cor da pele negra e os indígenas não tenham sido associados ao desfecho, é preciso levar em consideração que eles ainda sofrem com questões relacionadas ao acesso precário no Brasil.

O menor grau de instrução foi associado à maior prevalência do acesso precário no presente estudo. Assim como a instrução, a educação tem sido considerada um fator importante associado ao melhor acesso ao tratamento adequado à depressão. Indivíduos com mais anos de estudo, possuem maior probabilidade de tratamento para depressão, pois estes possuem maior conhecimento sobre a doença e reconhecem a importância de seu tratamento. Além disso, indivíduos com maior escolaridade possuem melhores condições econômicas e maior probabilidade de acesso aos serviços de saúde (Witt et al., 2011, Lopes et al., 2016).

A condição socioeconômica também é um fator importante para o acesso aos serviços de saúde. Apesar da variável 'renda' não ter sido associada ao desfecho na análise multivariada, estudos realizados no Brasil mostram que indivíduos que possuem melhor acesso aos serviços de saúde têm boas condições econômicas e plano de saúde privado, o que facilita o tratamento para doenças crônicas. Além disso, estes indivíduos também referem ter ensino superior completo, residir em áreas urbanas e apresentam um bom estado de saúde autorreferida (Malta et al., 2017a, Malta et al., 2017b).

Quanto a áreas de moradia, viver em área rural não foi associado ao desfecho na análise multivariada. É importante destacar que, em sua maioria, os indivíduos que vivem no contexto rural no Brasil possuem menores condições econômicas e menor escolaridade. Indivíduos que residem nessas áreas e que possuem transtornos mentais referem que não procuram os serviços de saúde pelas dificuldades de acessibilidade geográfica e pelas experiências não satisfatórias de acolhimento (Dimenstein et al., 2017, Arruda et al., 2018). Diante disso, pode-se deduzir que residir em área rural está associado às piores condições socioeconômicas e que, além disso, ainda existe uma parcela de exclusão social e iniquidades em saúde das populações com depressão que vivem no ambiente rural.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **162**

No presente estudo, indivíduos que avaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim tiveram o acesso precário ao tratamento da depressão. Estudos mostram que uma boa avaliação em saúde é um indicador importante do baixo impacto da depressão sobre o bem-estar dos indivíduos. Isso pode estar ligado a um tratamento adequado (Molina et al., 2012, Gonçalves et al., 2018). Além disso, segundo dados encontrados no presente estudo, possuir outra doença crônica também está relacionado ao acesso precário ao serviço de saúde. O indivíduo com depressão e que não possui tratamento adequado, tem a tendência a não dar importância a outras comorbidades e, conseqüentemente, a não procurar os serviços de saúde (Li et al., 2018). Desse modo, como já discutido anteriormente, o indivíduo com depressão não tratada, pode perder a capacidade do autocuidado.

A depressão causa alta carga de incapacidade, levando a limitações das atividades habituais (WHO et al. 2017). Bonadiman et al. 2020 mostram em sua pesquisa que a não adesão ao tratamento está relacionada aos sintomas que causam limitações nos indivíduos com depressão, fazendo com que estes não consigam desenvolver suas atividades, afetando principalmente mulheres pobres e com baixa escolaridade, confirmando os dados encontrados no presente estudo.

O acesso precário também esteve relacionado à não utilização de medicamentos e as pessoas que tiveram sua última consulta há mais de 6 meses. A taxa de não adesão aos medicamentos para depressão costuma ser alta no início do tratamento. No entanto, pesquisas mostram que a boa adesão dos antidepressivos trazem melhora clínica do indivíduo com depressão, o que faz com que ele se torne adepto ao tratamento e procure os serviços de saúde para o seu acompanhamento (Ho et al., 2016; Nieuwlaat et al., 2014). Dessa forma, a não utilização dos medicamentos para depressão é um interveniente à melhora do transtorno depressivo e, conseqüentemente, faz com que os indivíduos com depressão não procurem os serviços de saúde, levando ao acesso precário ao tratamento da depressão.

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser ponderadas. O viés de informação, que pode interferir na identificação de indivíduos com depressão autorreferida; além disso, dados referentes aos motivos de não haver busca pelos serviços podem estar sujeitos a viés de memória do morador respondente. Essas situações podem ter resultado em subestimação da prevalência da falta de acesso. Entretanto, as informações referidas sobre acesso para tratamento de depressão são válidas e úteis, pois os resultados desse inquérito podem servir para comparação do panorama brasileiro com o de outros países, além do diferencial da representatividade em âmbito nacional, fornecendo informação valiosa para

Prelavência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **163**

embasar a organização de políticas de saúde mental voltadas à minimização do problema aqui apontado.

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial com seu foco no cuidado integral e no território, bem como a atenção primária e sua assistência multiprofissional são indispensáveis para um bom acesso ao cuidado e melhora dos indivíduos com transtornos mentais (Brasil, 2011). No entanto, o modelo de atenção à saúde mental no Brasil ainda possui problemáticas a serem reestruturadas para uma atenção qualificada. Dificuldades estruturais, de oferta e demanda e de profissionais capacitados apresentam barreiras para um acesso e tratamento adequado (Poz et al., 2012). Além dessas dificuldades, alguns estudos mostram (Lussi et al., 2019; Guimarães & Rosa, 2019), que algumas mudanças ocorridas nos últimos anos na política de saúde mental do Brasil, como a reinserção dos hospitais psiquiátricos, representam um retrocesso para a atenção psicossocial, ferindo os princípios do respeito aos direitos humanos, garantia de autonomia, liberdade e exercício da autonomia.

Os resultados do presente estudo evidenciaram que ainda existem iniquidades para o acesso aos serviços de saúde para tratamento de depressão no Brasil, fazendo com que condições sociais, econômicas e culturais dos brasileiros levem estes a terem um acesso precário, resultando em uma maior prevalência e complicações deste transtorno mental no Brasil.

O presente estudo facilitou a compreensão a respeito do acesso aos serviços de saúde para tratamento da depressão no Brasil e sua relação com as condições de saúde e vida da população. Para o acesso universal a esses serviços, alguns obstáculos precisarão ser superados; a ampliação da oferta de serviços e profissionais vinculados ao SUS, das possibilidades de acesso por fluxos de atendimentos organizados pelas demandas epidemiológica, sanitária, social e as mudanças nos padrões de utilização, estão entre os principais elementos. Por outro lado, é importante destacar os desafios históricos para melhoria do acesso aos serviços de saúde mental no Brasil, entre os quais estão as marcantes desigualdades regionais e o subfinanciamento (Dantas et al., 2020).

Conclusão

Os resultados deste estudo revelam uma prevalência do acesso precário para o tratamento da depressão de 14,9%, número que pode ser diminuído a partir da reavaliação das políticas públicas de saúde mental. Possuir 15-29 anos ou ter 30-59 anos, não ter instrução,

avaliar sua saúde como regular/ruim/muito ruim, possuir alguma limitação das atividades habituais por causa da depressão, ter tido a última consulta de 6 meses a menos de 2 anos ou há mais de 2 anos, foram as principais características que estiveram associadas ao acesso precário ao tratamento de depressão no Brasil. Desta forma, este acesso está relacionado a fatores individuais e de condições de saúde dos brasileiros.

O acesso aos serviços de saúde que assistem aos indivíduos com depressão ainda é uma problemática que precisa ser melhor avaliada pelas políticas públicas de saúde, pois a dificuldade deste acesso e a não garantia da integralidade da assistência em saúde repercute no tratamento e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos indivíduos com depressão. Além disso, é necessário que os profissionais de saúde qualifiquem sua assistência, atendendo estas pessoas a partir de suas particularidades e de seu contexto social, econômico e cultural, criando e desenvolvendo ações para aumentar o acesso aos serviços de saúde por este público.

Referências

Alegría M, Chatterji P, Wells K, Cao Z, Chen C, Takeuchi D, Jackson J, Meng XL. Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States. *Psychiatr Serv.* 2008; **59**(11):1264–1272. doi: 10.1176/ps.2008.59.11.1264.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5. 5th ed. Washington: APA; 2013.

Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LA. The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. *Interface.* 2009;13(31):383-94. doi: 10.1590/S1414-32832009000400012

Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(6):e00213816. doi: 10.1590/0102-311X00213816

Bezerra HdS, Alves RM, Nunes ADd and Barbosa IR (2021b) Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. *Public Health Rev* 42:1604234. doi: 10.3389/phrs.2021.1604234

Bezerra HdS, Alves RM, Souza TA, Medeiros AA, Barbosa IR. Factors Associated With Mental Suffering in the Brazilian Population: A Multilevel Analysis. *Frontiers in Psychology.* 2021a;12: 841. DOI=10.3389/fpsyg.2021.625191

Bonadiman CSC, Malta DC, de Azeredo Passos VM, Naghavi M, Melo APS. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Popul Health Metr.* 2020;18(Suppl 1):6. doi:10.1186/s12963-020-00204-5

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: MS; 2003.

Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, Saxena S. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016 May;3(5):415-24. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4

Dantas, M. N. P., Souza, D. L. B. D., Souza, A. M. G. D., Aiquoc, K. M., Souza, T. A. D., & Barbosa, I. R. (2020). Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24.

Dimenstein M, Macedo JPS, Leite J, Dantas C, Silva MPR. Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. *Papers Psico-USF.* 2017;22(3). Doi: 10.1590/1413-82712017220313

Dimenstein M, Simoni ACR, Macedo JP, Nogueira N, Barbosa BCNS, Silva BIBM et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2021; 26 (5). <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>

Dimenstein, M., Paulo Macedo J., Gomes, M., Da Silva, T.M. & Marinho De Abreu, M. A. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no sus. *Salud soc.* 2018 9(1),70-85. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611600548?via%3Dihub>

Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine.* 2013;10(11):e1001547.

Goes EF, Nascimento ER. Black and white women and the accessibility to preventive health services: an analysis of inequalities. *Saúde Debate.* 2013;37(99):571-9. doi: 10.1590/S0103-11042013000400004 .

Gomes SC, Esperidião MA. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(5):e00132215. doi: 10.1590/0102-311X00132215

Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. bras. psiquiatr.* 2018;67(2). Doi:1590/0047-2085000000192

Guimarães, T.A.A., & Rosa, L.C.S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em questão*, 44,111-138.

Hengartner MP, Angst F, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J. Tratados versus indivíduos não tratados com depressão de um estudo de coorte de 30 anos: prevalência e covariados clínicos. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016; **266**(2):173-180. doi: 10.1007/s00406-015-0646-5

Hengartner MP, Angst F, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J. Treated versus non-treated subjects with depression from a 30-year cohort study: prevalence and clinical covariates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016 Mar;266(2):173-80. doi: 10.1007/s00406-015-0646-5

Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N, Tangiisuran B, Jacob SA. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016 Mar 15;193:1-10. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.029.

Ibanez G, Mercedes BPC, Vedana KGG, Miasso AI. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(4):556-62. Doi: 10.1590/0034-7167.2014670409.

Instituto Brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.

Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*. 2017;16:90–99. doi: 10.1002/wps.20388

Leite, J. F., Dimenstein, M., Dantas, C. B., Silva, E. L., Macedo, J. P. S., & De Sousa, A. P. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro: uma revisão sistemática. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2017; 35(2), 301-316. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768>

Li Z, Li Y, Chen L, Chen P, Hu Y. Prevalence of depression in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Medicina* 2018; 97:e1109.

Lopes CS, Hellwig N, Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *Int J Equity Health*. 2016;15:154.

Lucchese R, Sousa K, Bonfim SP, Vera I, Santana FR. Prevalence of common mental disorders in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):200-7.

Lussi, I.A.O., Ferigato, S.H., Gozzi, A.P.N.F., Fernandes, A.D.S.A., Morato, G.G., Cid, M.F.B et al. (2019). Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. *Cad. Bras. Ter. ocup*, 27-1

Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017a;51 Supl 1:4s.

Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017b;22(1):79-190.

Melo AK, Siebra AJ, Moreira V. Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. *Psicol., Ciênc. Prof.* 2017; 37(1) <https://doi.org/10.1590/1982-37030001712014>.

Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiquiatr Clín*. 2012;39(6):194-7.

Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDMD, Tomasi E, Pinheiro RT. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Prevalence of depression in users of primary care settings. *Rev. psiquiatr. Clín* 2012; 39(6):194-197.

Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. ;2014(11):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet [Internet]*. 2011; 377(9779):1778-97.

Poz MRD, Lima JCS, Perazzi S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis*, 2012;22(2). • <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200012>

Razzouk D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25(4) <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400018>

Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero:a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(10):2635-2644.

Silva JF, Matskura TS, Ferigato SH, Cid MFB. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. *Interface*, 2019; 21. <https://doi.org/10.1590/Interface.180630>

Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP, Oliveira MAF. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; 73 (4) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>

Siniscalchi KA, Broome ME, Fish J, et al. Depression Screening and Measurement-Based Care in Primary Care. *J Prim Care Community Health.* 2020;11:2150132720931261. doi:10.1177/2150132720931261

Smolen JR, Araujo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde colet.* 2017; 22(12). <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>

Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev. Saúde Pública.* 2017; 51 (suppl 1). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>

Stopa SRS, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2020;29(5), e2020315. <https://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>

Witt WP, Keller A, Gottlieb C, Litzelman K, Hampton J, Maguire J, Hagen EW. Access to adequate outpatient depression care for mothers in the USA: a nationally representative population-based study. *J Behav Health Serv Res.* 2011;38(2):191–204. doi: 10.1007/s11414-009-9194-y.

Wittayanukorn S, Qian J, Hansen RA. Prevalência de sintomas depressivos e preditores de tratamento entre adultos americanos de 2005 a 2010. *Gen Hosp Psiquiatria.* 2014; 36(3):330-336. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.12.009.

World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. World Health Organization ed. Geneva,2017.

World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=>

6 CONCLUSÃO

Este estudo indicou que, no geral, os transtornos mentais e o sofrimento mental no Brasil estão associados a adultos jovens e de meia-idade, do sexo feminino, com baixo nível de instrução, sem companheiro, e fumante ou ex-fumante. O gênero feminino está relacionado a elevada prevalência por TMC em diversos países, estando associados ao desemprego, dívidas, baixa renda econômica, ser dona de casa, tabagismo, menor nível educacional baixa autoavaliação em saúde, ser solteira, divorciada ou viúva.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde mental, este apresentou variação, mas geralmente, com maior prevalência para as mulheres, demonstrando iniquidades no acesso aos serviços de saúde mental em relação ao gênero no contexto mundial. Apenas os serviços de saúde mental voltados para o tratamento de álcool e drogas é que trouxeram maior prevalência do acesso para os homens. Em relação ao acesso precário para o tratamento de depressão, este esteve associado a faixa etária de 15-29 anos e de 30-59 anos, a indivíduos sem instrução, que avaliam sua saúde como regular/ruim/muito ruim, com alguma limitação para atividades habituais devido a depressão, que tiveram a última consulta há algum tempo (pelo menos 6 meses).

A partir dos resultados dos estudos apresentados, é possível evidenciar que o adoecimento mental e o acesso aos serviços de saúde mental estão associados as populações menos favorecidas, como indivíduos com menores condições sociais, econômicas e com menor escolaridade. Logo, são necessárias ações políticas que consigam atuar inicialmente nos determinantes sociais da saúde, melhorando as condições de vida e atendendo as necessidades das populações mais vulneráveis. Além disso, as políticas de saúde mental necessitam de medidas que consigam estabelecer acesso oportuno, igualitário e de qualidade para todos os indivíduos, independente do gênero, classe, cor ou etnia.

Diante disso, há perspectiva de realização de novos estudos no contexto da saúde mental incluindo iniquidades de gênero e serviços de saúde mental, no intuito de trazer novas melhorias para as políticas públicas de saúde mental.

A defesa desta tese, possibilitará uma maior reflexão e construção de novas perspectivas para o objeto do estudo, além de um olhar diferenciado e uma discussão mais aprofundada sobre o tema, para o aprimoramento da revisão de literatura.

REFERÊNCIAS

- ABJAUDE, S.A.R et al . Como as mídias sociais influenciam na saúde mental?. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 16, n. 1, p. 1-3,2020 .
- ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res**, V.9, p.208-220, 1974.
- AHMED, M.Z. et al. Epidemic of COVID-19 in China and Associated Psychological Problems. **Asian J Psych**. 51:102092, 2020.
- ALARCON, A.C.R.S. **Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores de uma universidade pública de Mato Grosso do Sul**. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2014.
- 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.
- ALVES, A.A.; RODRIGUES, N.F. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**, v.28, n.2, p.127-131, 2010.
- AMARANTES, 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.
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, v.36, p.1-10, 1995.
- ANDERSEN, R.M.; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund**, V.51, n.1, p. 95-124, 1973.
- 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, e31879, 2012.
- ANDRADE, L.H.S.G.D.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Archives of Clinical Psychiatry**, v.33, n.2, p.43-54, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- ARAÚJO, A.C., NETO, NETO, F.L. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. Cogn**, V.16, n.1,2014.

ARAÚJO, T.M; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, V.5, n.3, p.337-348, 2005.

ARAYA, R.; ALVARADO, R.; MINOLETTI, A. Chile: an ongoing mental health revolution. **Lancet**, V.374, n.9690, p. 597–8, 2009.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. **Cienc. Saúde coletiva**, v.17, n.11, 2012.

BARBOSA, L. B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v.32, n. 2, 2014.

BARRETO, M. A. et al. Ansiedade e depressão e a relação com a desigualdade social entre idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 209–219, 2019.

BAXTER, A.J et al. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? **PLoS One**, v6, n.8, e65514, 2013a. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691161/pdf/pone.0065514.pdf>>

BAXTER, A.J et al. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. **Psychol Med**, V.43, n.5, p.97-910, 2013b.

BERNARAS, E.; JAUREGUIZAR, J.; GARAIGORDOBIL, M. Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. **Frontiers in psychology**, V. 10,n.543,2019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>

BEZERRA, H.S et al. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. **Public Health Rev**, v.42,1604234, 2021. doi: 10.3389/phrs.2021.1604234.

BOING A.C et al. EpiFloripa Health Survey: the methodological and operational aspects behind the scenes. **Rev Bras Epidemiol**, v.17,n.1, p.147-162, 2014.

BOING, A.F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.4, p.617-623, 2012.

BORGES, T.L; HEGADOREN, K.M; MIASSO, A.I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Rev Panam Salud Publica**, v.38, n.3, p.195–201, 2015.

BOSI, M.L.M et al. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. **Rev.bras. epidemiol**, p.126-135, 2014.

BOTTON, A.; CÚNICO, S.D.; STREY, M.N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças-psicologia da saúde**. v.25, n.1, 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei 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. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em: 20 Set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. **Panorama e diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, 2017b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 20 Set. 2021.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf Acesso em: 15 Dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011** (Republicada em 30/12/2011)- 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**, 2011.

_____. Pesquisa nacional de saúde: 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: **IBGE**, 2020. 113p.

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, SUPPL 1: 191-204, 2017.

BRAVEMAN, P. A. et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. **American Journal of Public Health**, v. 101, p. S149-S155, 2011.

BRUNONI, A.R. et al. Prevalence and risk factors of psychiatric symptoms and diagnoses before and during the COVID-19 pandemic: findings from the ELSA-Brasil COVID-19 mental health cohort. **Psychological Medicine**, p.1–12, 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.7, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALDAS, A.J.M.; HORVITZ-LENNON, M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. **Psychiatr Serv**, v.61,p.218-21, 2010.

CALLALY ,T.; ARYA, D.; MINAS, H. Quality, risk management and governance in mental health: an overview. **Australas Psychiatry**, V.13, n.1, p.16–20, 2005. doi: 10.1080/j.1440-1665.2004.02144.x.

CAMPOS, I.O et al. Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. **Estudos de Psicologia**, V.22, n.1, 68-77, 2017. <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170008>

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: A procura da equidade na saúde. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676–689, 2017.

CARRASCO, J. Uma história da saúde mental e psiquiatria comunitária no Chile a partir das transformações neoliberais no período de 1980 a 2010. **Ayvu, Rev Psicol**, V.2, n.2, p.71-93, 2016.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CLEMENTE, A.S.; LOYOLA FILHO, A.I.; FIRMO, J.O.A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cad Saúde Pública**. v.27, p.555-64, 2011.

CHARLSON F et al. Donor financing of global mental health, 1995—2015: an assessment of trends, channels, and alignment with the disease burden. **PLoS One**, v.12, e0169384, 2017.

CHISHOLM, D et al. Mental health financing challenges, opportunities and strategies in low- and middle-income countries: findings from the Emerald project. **BJPsych Open**, V.5, n.5, e68, 2019. doi:10.1192/bjo.2019.24

CHISHOLM, D et al. **Dollars DALYs and Decisions: Economic Aspects of the Mental Health System**. Geneva: World Health Organization, 2006.

CHO, M.J et al. Prevalence and correlates of DSM-IV mental disorders in South Korean adults: the Korean epidemiologic catchment area study 2011. **Psychiatry Investigation**, v.12, p.164–170, 2015.

COLLINS, P.Y et al. Grand challenges in global mental health. **Nature**, V.475, n.7354, p.27–30, 2011.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República** [documento na internet]. 2006 [citado em 19 de Setembro de 2021]. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em 22 Set. 2021

COSTA TS. **Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro**. Tese (doutorado) Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2015.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.73-79, 2005.

COSTA, B. C. P, BEM, M. M. S, GODINHO, L. S. C. Determinantes sociais da saúde e sua influência na vida de mulheres vítimas de violência doméstica. **Glob Acad Nurs**, v.1, n.2,e31, 2020.

COSTA-JUNIOR, F.M.; COUTO, M.T.; MAIA, A.C.B. Gênero e cuidado em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sex. salud soc**, n.23, p.97-117, 2016.

COUTINHO, L.M.S et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.9, p. 1875-1883, 2014.

COUTO, M.T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2569-2578, 2012.

CRUZ, N.F.O et al. 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.

DEFERIO, J. J et al. Social determinants of health in mental health care and research: a case for greater inclusion. **Journal of the American Medical Informatics Association : JAMA**, v.26, n.8, p. 895–899, 2019.

DEMYTTENAERE, K et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **JAMA**, v.291, n.21, p.2581–90, 2004.

DESINSTITUTE. Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01, 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 27 de Outubro de 2021.

DÍAZ-CASTRO, L et al. Governance and mental health: contributions for public policy approach. **Revista de saude publica**, v.51, n.4, 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial Kamila Siqueira II Jader Leite IV. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 72–87, 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Ciênc. saúde coletiva**, V.26, n.5, 2021.

DOCRAT, S et al. Mental health system costs, resources and constraints in South Africa: a national survey. **Health policy and planning**. V.34, n.9,p.706–719, 2019.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DUNN, E.J.; STEINER, M. - The functional neurochemistry of mood disorders in women. In: Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E (eds.). **Mood disorders in women**. London: Martin Dunitz,. p.71-82, 2000.

EATON, J et al. Scale up of services for mental health in low-income and Middle income countries. **Lancet**, V.378, p.1592-603. 69, 2011.

ECONOMOU, M.; PEPOUL, E.; LOUKI, E. et al. Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**. V.66, p.17–25, 2012.

ESQUEDA, C.W.; HARRISON, L.A. The influence of gender role stereotypes, the woman's race and level of provocation and resistance on domestic culpability attributions. **Sex Roles**, V.53, p.821-834, 2005.

ESTRELA, M et al. The Use of Antidepressants, Anxiolytics, Sedatives and Hypnotics in Europe: Focusing on Mental Health Care in Portugal and Prescribing in Older Patients. **International journal of environmental research and public health**, v.17, n.22, 8612, 2020.

EVANS-LACKO, S et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. **Psychol Med**, v.48, p.1560-1571, 2018.

FAROOQ, S et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with multimorbidity and demographic factors: a community-based, cross-sectional survey in Karachi, Pakistan. **BMJ open**, V.9, n.11, e029315, 2019.

FERNANDES, M.A et al. Prevalence of anxious and depressive symptoms in college students of a public institution. **Rev Bras Enferm**, V.71(Suppl 5), p.2169-2175, 2018. DOI:

FIORATI, R.C.; ARCÊNCIO, R.A; SOUZA, L.B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, V.24, e2683, 2016.

FRANÇA, J.O.N et al. Prevalência de comorbidades clínicas em portadores de transtornos mentais acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1, p.1325-1342, 2021

FRUEH, B.C et al. Key stakeholder perceptions regarding acute care psychiatry in distressed publicly funded mental health care markets. **Bull Menninger Clin**, V.76, n.1, p.1–20, 2012. doi: 10.1521/bumc.2012.76.1.1

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. **Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

GALVÃO, A.L.M et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saude soc**, v.30, n.2, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200743>

GBD BRAZIL COLLABORATORS. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, V. 392, n 10149, p. 760–775, 2016.

GENERAL DIRECTORATE OF HEALTH (DGS). **Mental Health in Numbers**. DGS. Lisbon, Portugal, p. 1–100, 2014.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência e saúde coletiva**. v.26, n.3, 2018.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in

188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. **The Lancet**. v.386, p. 743-800, 2015.

GOLDBERG, D. P., HUXLEY, P. **Common mental disorders: A bio-social model**. Nova York: Tavistock/Routledge, 1992.

GOMES, A.P et al. Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort. **Rev. Saúde Pública**, v.53, p.96-106, 2019.

GOMES, S.C.; ESPERIDIÃO, M.A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.5, e00132215, 2017. doi: 10.1590/0102-311X00132215

GONÇALVES, D.A et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad Saúde Pública**, v.30, p.623-632, 2014.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, p. 380-390, 2008.

GONÇALVES, R.W., VIEIRA, F.S.; DELGADO, P.G.G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde pública**. v.46, n.1, 2012.

GOVERNMENT OF CANADA. **Budget 2017: Building a Strong Middle Class**. Ottawa (ON), 2017. Disponível em: <https://www.budget.gc.ca/2017/docs/plan/toc-tdm-en.html> Acesso em: 20 de Set. 2021.

GUIMARÃES, T.A.A.; ROSA, L.C.S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em questão**, V.44, p.111-138, 2019.

HANLON, C et al. Challenges and opportunities for implementing integrated mental health care: a district level situation analysis from five low-and middle-income countries. **PLoS One**, v.9, n.2,e88437, 2014.

HANLON, C et al. Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: validation of the self-reporting questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Journal of affective disorders**, V.108, n.3, p.251-262, 2018.

HARDING, T.W et al. Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**, V.10, n.2, p.231-41, 1980.

HENGARTNER, M.P et al. Treated versus non-treated subjects with depression from a 30-year cohort study: prevalence and clinical covariates. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, V.266, n.2, p.173-80, 2016. doi: 10.1007/s00406-015-0646-5

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 20 Set. 2021.

ISHIKAWA, H et al. Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010's in Japan: the results of the World Mental Health Japan 2nd Survey. **Journal of the Affective Disorders**, v.241, p.554–562, 2018.

JOEL, D et al. Sex beyond the genitalia: the human brain mosaic. **PNAS**, v.112, n.50, p.15468-15473, 2015.

JÚNIOR, E. C. M. **Prevalência e fatores de risco para transtorno mental comum na população urbana da Região Metropolitana de São Paulo**. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB Departamento de Saúde Pública pós graduação em saúde coletiva, 2010.

JURADO, D et al. World region of origin and common mental disorders among migrant women in Spain. **J Immigr Minor Health**, v.16, n.6, p.1111-1120, 2014.

KASPPER, L.S.; SCHERMANN, L.B. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia, Canoas**, n. 45, p. 168-176, 2014.

KATO, T.A.; BATALHA, Y.P.S.; CHAWLA, J.M et al. Undergraduate medical students' attitudes towards psychiatry: An international cross-sectional survey between India and Japan. **International Review of Psychiatry**. V.25, n.4, p. 378–384, 2013.

KESSLER, R.C et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. **Depress Anxiety**, V.27. p.351–364, 2010.

KESSLER, R.C et al. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime comorbidity risk of anxiety and mood disorders in the United States. **Int J Methods Psychiatr Res**, v.21,n.3,p.169–184, 2012.

KILBOURNE A.M et al. Measuring and improving the quality of mental health care: A global perspective. **World Psychiatry**, V.17, p.30–38, 2018.

KOHN, R et al. Transtornos mentais na América Latina e no Caribe: uma questão prioritária para a saúde pública. **Rev Panam Public Health**, V.18, p.229-40, 2005.

LANCASTER, CA et al.. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol**. V.202, n.1, p.5-14, 2010.

LEITE, J. F et al. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro: uma revisão sistemática. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v.35, n.2, 2017, p.301-316.

LEVORATO, C.D et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência e Saúde coletiva**. v.19, n.2, 2014.

LIANG, D et al. Integrated mental health services in China: challenges and planning for the future. **Health policy and planning**, v.33,n.1,p. 107–122, 2018.

LIMA, G.C.J; SILVA, L.M. Relações entre corpo, mídia e saúde mental: significações de corpos midiaticizados no Instagram. **REFACS**. 9(Supl. 2), p.786-797, 2021.

LIRA, A.G. Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. **J Bras Psiquiatr**, v.66, n.3, p.164-167, 2017.

LOPES, C.S et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. **Int J Equity Health**, v.15, n.154, 2016.

LOPES, C.S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.2, e00005020, 2020.

LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.C.; The global burden of disease, 1990-2020. **Nat Med**, V.4, n. 11, p.1241-3, 1998.

LUDEMIR, A.B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis**, v.18, n.3,2008. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>

LUND, C et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. **Soc Sci Med**, v.71, p.517-28, 2010.

LUSSI, I.A.O et al. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. **Cad. Bras. Ter. ocup**, p.27-1, 2019.

MA, L.; XU, Y.; WANG, G.; LI, R. What do we know about sex differences in depression: a review of animal models and potential mechanisms. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**. V.89, p.48-56, 2019.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **180**

MACEDO, J.P et al. The regionalization of mental health and new challenges of the psychiatric reform in Brazil. **Saúde Soc**, v.26, n.1, p.16-23, 2017.

MACHADO, M.B et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **J Bras Psiquiat**, .65,n.1,p.28-35, 2016.

MACHIN, R et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, 4503-4512, 2011.

MALTA, D.C et al. Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22,n.1,p.79-190, 2017.

MANGOLINI, V.I.; ANDRADE, L.H.; WANG, Y.P. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura / Epidemiology of anxiety disorders in Brazilian regions: a literature review. **Rev Med**, v.98, n.6, p. 415-22, 2019.

MARAGNO, L et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.22, n.8,2006.

MARTINS, T.V.; LIMA, T.J.S.; SANTOS, W.S. O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. **Ciênc. saúde coletiva**, V.25, N.7, 2020.

MARTINHAGO,F; CAPONIS. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis**, v.29, n.02, 2019.

MCDALD, D.; KNAPP, M.; CURRAN, C. **Policy Brief Mental Health III** - Funding mental health in European observatory on health systems and policies. Copenhagen: World Health Organization; 2005.

MCINTYRE, D et al. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MENEZES, P.R. **Princípios de Epidemiologia Psiquiátrica**. Manual De Psiquiatria. Rio De Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 43-55, 1996.

MOLINA, M.R.A.L et al. Prevalência de comorbidades entre transtornos de humor e ansiedade: fatores associados em uma amostra populacional de adultos jovens no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.11, 2014.

MONDIN,T.C et al. Anxiety disorders in young people: a population-based study. **Braz J Psychiatry**, V.35, n.4, p.347-52, 2013.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental **181**

MOREIRA, M.I.B; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Ações de Saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde Soc**, v.26, n.2, p.462-474, 2017.

MORENO, E.A.C. **Fatores associados ao risco de transtorno mental comum**. 2012. 100f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

MOTA, C.A., SILVA, A.K.L., AMORIM, K. Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores técnico-administrativos em educação. **Revista psicologia: organizações e trabalho**. v.20, n.1, p.891-898, 2020.

NARDI, T. C et al. **Terapia Cognitivo- Comportamental no Tratamento dos Sintomas de Ansiedade em Idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys. 207-230, 2016.

NETSEREAB, T.B et al. Validation of the WHO self-reporting questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea. **International journal of mental health systems**, V.12, n.1,2018.

ONOCKO-CAMPOS, R.T et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v.42,e113, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Genebra: OMS; 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em:18 Set. 2021

ORMEL, J et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. **British Journal of Psychiatry**, V.192, p.368–375, 2008.

Organização Pan-Americana de Saúde OPAS/OMS, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=8222> Acesso em 16. Dez. 2021.

PAIVA, S.M.A et al. Perfil dos usuários de um serviço especializado em álcool e outras drogas. **REVISA**, V.10, n.2, p. 423-31, 2021.

PALAY, J et al. Prevalence of Mental Disorders and Suicidality in Canadian Provinces. **Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie**,v.64, n.11, p.761–769, 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). WHO-AIMS sub-regional and country reports, PAHO, 2012. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=1106%20&lang=en .Acesso em 20 Set 2021)

PARREIRA, B.D.M et al. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 51, e03225, 2017.

PASTERNAK, S. Habitação e saúde. **Metrópole e saúde**. V.30, n.86,2016.

PATEL, V et al. The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China. **The Lancet**, V.388, p. 3074–84, 2016.

PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W.; The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, V.19, p.127-40, 1981.

PITTA, A.M.F.; COUTINHO, D.M.; ROCHA, C.C.M. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights – WHO. **Saúde em debate**. v.39, n.106, 2015.

POLMANN, H. et al. Association between sleep bruxism and anxiety symptoms in adults: A systematic review. **Journal of oral rehabilitation**, v.46, n.5, p. 482-491, 2019.

POZ, M.R.D.; LIMA, J.C.S.; PERAZZI. S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **Physis**, V.22, n.2,2012.

PRINCE, M et al. No health without mental health. *Lancet*. V. 370, p. 859-877, 2007.
BIRNBAUM, H.G et al. Employer burden of mild, moderate, and severe major depressive disorder: mental health services utilization and costs, and work performance. **Depress Anxiety**, V.27, p.78-89, 2010.

QUADROS, L.C.M et al. Transtornos mentais comuns e fatores contemporâneos: coorte de nascimentos de 1982. **Rev. Bras. Enferm**, V.73, n.1, 2020.

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 25, n. 4, p. 845–848, 2016.

ROBLES, T.F et al. Marital quality and health: a meta-analytic review. **Psychol Bull**, V.140, n.1, p.140-187, 2014.

ROCHA, M.R.A., MARIN, M.J.S., MACIAS-SEDA, J. Condições de vida, trabalho e saúde mental: um estudo com trabalhadores brasileiros e espanhóis que atuam em serviço de limpeza hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**, v.25, n.10, 2020.

RUBINOW, D.R.; SCHMIDT, P.J. Sex differences and the neurobiology of affective disorders. **Neuropsychopharmacology**. V.44, n.111, 2019.

SALUM, G.A et al. Prevalence and trends of mental disorders requiring inpatient care in the city of Porto Alegre: a citywide study including all inpatient admissions due to mental disorders in the public system from 2013-2017. **Trends Psychiatry Psychother.** V.42, n. 1,2020.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, V.31, n.3, p.260-8, 2012.

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T.M.D.; OLIVEIRA, N.F.D. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25,p.214-222, 2009.

SANTOS, L.D., DINIZ, G.R.S. Saúde mental das mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psic. Clin**, v.30, n.1, p.37-59, 2018.

SAXENA, S.; FUNK, M.; CHISHOLM, D. World health assembly adopts comprehensive mental health action plan 2013–2020. **Lancet**, V.381, n.9882, p.1970–1, 2013.

SCHLOSSER, A. Interface entre saúde mental e relacionamento amoroso: um olhar a partir da psicologia positiva. **Pensando fam.** v. 18, n. 2, p. 17-33,2014.

SCHRAMM, J.M.A et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga da doença no Brasil. **Ciênc Saúde Colet**, V.9, p.897-908, 2004.

SCHRAMM, J.M.A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Cien Saude Colet**, v.9, n.4, p.897-908, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Boletim ISA - Capital 2008. **Inquérito de Saúde: primeiros resultados [internet]**. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/PrimeirosResultados.pdf> . Acesso em 17 Set. 2021.

SHAL'NOVA, A.S et al. The prevalence of anxiety and depression in different regions of the Russian Federation and its association with sociodemographic factors (according to the data of the ESSE-RF study) **Ter Arkh**, V.86,n.12,p.53–60, 2014. doi: 10.17116/terarkh2014861253-60

SHIDHAYE, R.; LUND, C.; CHISHOLM, D. Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. **Int J Ment Health Syst**, V.9, n.40, 2015.

SILVA M.T et al. Prevalência de morbidade de depressão entre adultos brasileiros: revisão sistemática e meta-análise. **Rev. Bras. O Psiquiatr**, V.36, n.3,2014.

SILVA, N.N et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm**, v.73, n.4, 2020.

SILVA, P.A.S et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p. 639-646, 2018.

SISSON, M.C et al. Satisfação dos usuários na utilização dos serviços públicos e privados de saúde e itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface**, v.15, n.36, p. 123-136, 2011.

SOARES, P.S.M.; MEUCCI, R.D. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.8, p. 3087-3095, 2020.

SOUSA, A.T.S et al. As influências socioculturais sobre as doenças sexualmente transmissíveis: análise reflexiva. **Revista Interdisciplinar**. v.8, n.1,p. 240-246, 2015.

SOUZA, L.P.S et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.18, p.59-66, 2017.

STEEL, Z et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **Int J Epidemiol**, v.43, p.476-493, 2014.

STEELE, L et al. Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *Canadian Journal of Psychiatry*. **Revue Canadienne de Psychiatrie**, V.52,p. 201–206, 2007.

STOPA, S. R et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.** v.18,Suppl 2, 2015.

STREY, M. N.; PULCHERIO, G. As tramas de gênero na saúde. *Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros*. Porto Alegre: **EDIPUCRS**, 2010.

SUBRAMANIAM, M et al. Tracking the mental health of a nation: prevalence and correlates of mental disorders in the second Singapore mental health study. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v.29, n29, 2019.

TEIXEIRA, J.M.S.; PAIVA, S.P. Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um centro de atenção psicossocial. **Physis**, v.31, n.02, 2021.

TELES, M.A.A.; DE MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2017.

THORNICROFT, G et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. **Br J Psychiatry**, V.210, p.119–24, 2016

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**.v. 20, suppl 2, p.190-198, 2004.

TRIVEDI, R. B et al. Prevalence, Comorbidity, and Prognosis of Mental Health Among US Veterans. **American journal of public health**, V.105,n.12, p.2564–2569, 2015.

TURNER, RJ, AVISON WR. Status variations in stress exposure: Implications for the interpretation of research on race, socioeconomic status and gender. **J Health Soc Behav**, V.44, n.4, p.488-505, 2003.

URZUA, A et al. Prevalence of anxious and depressive symptoms in Colombian migrants in Chile. **Rev. méd. Chile**, Santiago , v. 148, n. 9, p. 1271-1278, 2020.

US BURDEN OF DISEASE COLLABORATORS. The state of US health, 1990–2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. **JAMA**, v.310, n.6,p.591–608, 2013.

VAN DER, W.C et al. Validation of the self reporting questionnaire 20-item (SRQ-20) for use in a low-and middle-income country emergency centre setting. **International journal of mental health and addiction**, V.14, n.1,p. 37-48, 2016.

VANDENBOS, G. R. **Dicionário de Psicologia da APA**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

VARGAS, A.F.M.; CAMPOS, M.M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência e saúde coletiva**, V.24, n.3, 2019.

VIANA, M.C.; ANDRADE, L.H. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Rev Bras Psiquiatr**, V.34, .3, p.249-60, 2012.

VIAPIANA, V.N.; GOMES, R.M.; ALBUQUERQUE, G.S.C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde debate**. v.42, 2018.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. **Lancet Psychiatry**, v.3, p.171-178, 2016.

WAINBERG, M. L et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. **Current psychiatry reports**. V.19, n.5,28,2017. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>

WANG, L et al. Inability to access health and social services associated with mental health among people who inject drugs in a Canadian setting. **Drug Alcohol Depend**, v.168, p.22-29, 2016.

WHITEFORD, H. A et al. A carga global de transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias: uma análise do Global Burden of Disease Study 2010. **PloS one**, v.10, n.2, e0116820, 2015.

WITTAYANUKORN, S et al. Prevalência de sintomas depressivos e preditores de tratamento entre adultos americanos de 2005 a 2010. **Gen Hosp Psiquiatria**, V.36, n.3, p.330-336, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **About the Sustainable Development Goals**: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> Acesso em: 23 Set 2021.

_____. **Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report: executive summary**. Geneva:WHO, 2008.

_____. **Depression and other common mental disorders: Global health estimates**. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> Acesso em: 19 Set 2021.

_____. **Depression: A global crisis: World Mental Health Day**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012.

_____. **Innovation in Deinstitutionalization: a WHO Expert Survey**. WHO, 2014.

_____. **Mental Health Atlas 2011**. WHO. 2011. Disponível em http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html a cesso em: 20 Set 2021).

_____. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10 - Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

_____. **Mental health action plan 2013-2020** [Internet]. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1 Acesso em: 19 Set. 2021.

_____. **The global burden of disease: 2004 update** [Internet]. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Acesso em 19 Set. 2021.

_____. **Mental health aspects of women's reproductive health: a review of the literature.** Geneva: WHO Press, 2009.

_____. **The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life.** Geneva: OMS; 2002.

APÊNDICES

Apêndice A. Estratégia de pesquisa dos bancos de dados do artigo Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres: uma revisão sistemática.

PUBMED	SCOPUS	Web of Science	CINAHL	Science direct	Google Scholar	Open Grey
("Women"[Mesh] or "Women's Groups") AND ("Mental Disorders"[Mesh] or "behavior disorders" or "common mental disorders")	(TITLE-ABS-KEY ("Women" or "Women's Groups") AND TITLE-ABS-KEY ("Mental Disorders" or "behavior disorders" or "common mental disorders"))	("Women" or "Women's Groups") AND Tópico: ("Mental Disorders" or "behavior disorders" or "common mental disorders")	SU ("Women" or "Women's Groups") AND SU ("Mental Disorders" or "behavior disorders" or "common mental disorders")	("Women" or "Women's Groups") AND ("Mental Disorders" or "behavior disorders" or "common mental disorders")	Women AND Mental Disorders	Women AND Mental Disorders

Apêndice B. Artigos excluídos e motivos da exclusão (n=54) do artigo Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres: uma revisão sistemática.

Autor, Ano	Razão para exclusão
Stewart et al. 2010	4
Kagee et al. 2017	4
Smolen et al. 2018	1
Chong et al. 2012	5
Kagee et al. 2018	5
Shawa et al. 1999	4
Hanlon et al. 2008	1
Velde et al. 2019	4
Jekins et al. 2015	2
Neto et al. 2019	4
Jacka et al. 2012	4
Fahey et al. 2016	4
Do Carmo et al. 2018	5
Grammatikopoulos et al. 2014	5
Rees et al. 2014	1
Yu et al. 2016	5
Bhui et al. 2014	4
Ahmad et al. 2016	3
Lima et al. 2006	3
Braden et al. 2008	4
Brewis et al. 2019	2
Bell et al. 2015	1
Cunha et al. 2008	2
Senicato et al. 2018	1
Kallakuri et al. 2018	2
Bhui et al. 2001	1
Parreira et al. 2017	1
Kermode et al. 2010	1
Lang et al. 2011	1
Kiedjna et al. 2015	2
Krueger et al. 2001	3
Conway et al. 2013	3
Patel et al. 2006	2
Hanlon et al. 2008	1
Puertas et al. 2006	5
Levav et al. 20017	5
McCrea et al. 2012	1
Oleski et al. 2011	5
King et al. 2008	2
Fahey et al. 2016	2
Lahelma et al. 2006	2
Said et al. 2013	1
Haghighatdoost. 2019	3
Thom, 2009	2

Bhui et al. 2002	3
Myer et al. 2009	5
Augusto et al. 2016	5
Santos et al. 2019	1
Jacka et al. 2011	5
Nielsen et al. 2013	2
Tesfaye et al. 2014	5
Patel et al. 1999	2
De Moraes et al. 2016	5
Meng et al. 2013	2
De Silva et al. 2007	1

Critérios de exclusão: 1- Fora da faixa etária dos estudos incluídos (n = 14)

2- O tipo de estudo não estava claro (n = 12)

3- O estudo não diferencia TMC em homens e mulheres (n = 6)

4- Artigos com outros transtornos mentais (n = 9)

5- Os estudos não incluíram TMC (n = 13)

APÊNDICE C – estratégia de pesquisa dos bancos de dados do artigo: Diferença no acesso de serviços de saúde mental por mulheres e homens: uma revisão sistemática

PUBMED	SCOPUS	Web of science	CINAHAL	Science direct	Google Scholar	Open Grey
(“Health Services Accessibility”[mesh] OR “Accessibility to Health Services” OR “Universal Access to Health Care Services” OR “Access to Health Services” OR “Access to Health Care”) AND (“Community Mental Health Services”[mesh] OR “Mental Health Services” OR “Psychosocial Care Center”)AND (“Women”) AND (“Men”)	TITLE-ABS-KEY (“Health Services Accessibility” OR “Accessibility to Health Services” OR “Universal Access to Health Care Services” OR “Access to Health Care Services” OR “Access to Health Services” OR “Access to Health Care”) AND TITLE-ABS-KEY (“Community Mental Health Services” OR “Mental Health Services” OR “Psychosocial Care Center”)AND (“Women”) AND TITLE-ABS-KEY (“Men”)	(“Health Services Accessibility” OR “Accessibility to Health Services” OR “Universal Access to Health Care Services” OR “Access to Health Services” OR “Access to Health Care”) AND (“Community Mental Health Services” OR “Mental Health Services” OR “Psychosocial Care Center”)AND (“Women”) AND (“Men”)	SU (“Health Services Accessibility” OR “Accessibility to Health Services” OR “Universal Access to Health Care Services” OR “Access to Health Services” OR “Access to Health Care”) AND SU(“Community Mental Health Services” OR “Mental Health Services” OR “Psychosocial Care Center”) AND SU (“Women”) AND SU (“Men”)	(“Health Services Accessibility” OR “Access to Health Services”) AND (“Community Mental Health Services” OR “Mental Health Services” OR “Psychosocial Care Center”)AND (“Women”) AND (“Men”)	Access to Health Services AND Mental Health Services AND Women AND Men	Health Services Accessibility” OR “Access to Health Services” AND “Mental Health Services” AND “Women” AND “Men”

APÊNDICE D: Artigos excluídos do artigo: Diferença no acesso de serviços de saúde mental por mulheres e homens: uma revisão sistemática

Artigos excluídos e motivos da exclusão (n = 59)	
Author, Year	Reason for exclusion
Roberts et al., 2017	1
Hout et al., 2013	1
Alegria et al., 1991	1
Wastesson et al., 2014	1
Xiong et al., 2010	1
Ell K, 2006.	1
Oda et al., 2017	1
García-Goñi, 2021	1
Williams et al., 2012	1
Owens et al., 2004	1
Prina et al., 2014	1
Prins et al., 2011	1
Zeber et al., 2009	1
Cia et al., 2018	1
Pfeiffer et al., 2011	1
Davis et al., 2016	1
Pakhale et al., 2015	1
Lora et al., 2012	1
Bloom et al., 2002	1
Bruwer et al., 2011.	1
Parra-Cardona et al., 2016	1
Kanehara et al., 2015	1
Fassaert et al., 2009.	1

Ismayilova et al., 2014	1
Zemore et al., 2009	1
Friedmann et al., 1999.	1
Ngamini Ngui et al., 2012	1
Houston et al., 2016	1
Salaheddin et al., 2016	1
Campo-Arias et al., 2020	1
Đào et al., 2019	1
Cerecero-García et al., 2020	2
Davis et al., 2008	1
Weisner and Schmidt, 1992	1
Kugelmass, 2016.	1
Akincigil et al., 2012	1
Pepin et al., 2009	1
Gagné et al., 2014	1
Young et al., 2005	1
Dinwiddie et al., 2013	1
Steele et al., 2007	1
Nickels et al., 2018	1
Ramachandran et al., 2019	1
Hu et al., 1991	1
Lora et al., 2012	2
Wang et al., 2005	1
Hendryx et al., 2001	1
Chow et al., 2003	1
Alonso et al., 2004	1
Commander et al., 1997	1
Walker et al., 2015	1

Straiton et al., 2014	1
McCarthy et al., 2007	1
Sorkin et al., 2009	1
Slaunwhite, 2015	1
Fleury et al., 2016	2
Castaneda et al., 2020	1
Schneider et al., 2015	1
Umubyeyi et al., 2016	1

Legenda: 1- estudos que não apresentaram prevalência da acessibilidade ou que não apresentaram dados suficientes para cálculo (n=56)

2- estudos de coorte, estudos de caso-controle, estudos de diagnóstico, ensaios clínicos, revisões, carta ao editor, resumos de conferências e artigos de opinião (n=3)
