

Como anda a saúde mental no Brasil? Evolução, desigualdades e acesso a tratamentos

Primeiro Olhar

A prevalência da depressão entre a população adulta do Brasil cresceu 36,7% entre 2013 e 2019, e atualmente alcança um a cada dez indivíduos com pelo menos dezoito anos de idade. Apesar da dimensão do problema, sete a cada dez adultos com sintomas de depressão não recebem nenhum tipo de tratamento. Para diminuir essa lacuna de tratamento, a Organização Mundial da Saúde recomenda incorporar serviços de saúde mental em todos os níveis de cuidado, incluindo a atenção primária. Desde 2008, o Brasil implantou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm contribuído para melhorar a oferta de alguns profissionais de saúde mental. Na média, os NASF aumentaram a oferta de psicólogos em 5,4, a de terapeutas ocupacionais em 0,6 e a de psiquiatras em 0,3 profissionais a cada 100.000 habitantes nos municípios brasileiros. A política não teve impactos na mortalidade, hospitalizações e afastamentos pelo INSS relacionados com a saúde mental. No entanto, dados mais detalhados são necessários para mensurar melhor o impacto da política sobre desfechos menos extremos, já que não é possível descartar que o aumento na oferta de profissionais de saúde mental tenha tido efeitos positivos em outras dimensões, como melhora na qualidade do tratamento e qualidade de vida.

1. Entendendo o problema

A carga de doenças atribuíveis a transtornos mentais é elevada e tem crescido nas últimas décadas. Em nível mundial, **14,6% dos anos vividos com incapacidade¹ são causados por transtornos mentais** – mais de um terço deles devido a transtornos relacionados com a depressão.² Apesar disso, a evidência sugere que a ampla maioria das pessoas com depressão em países de renda baixa e média não recebem nenhum tipo de tratamento.³ Para diminuir essa lacuna, a Organização Mundial da Saúde recomenda

1- “Anos vividos com incapacidade” é uma medida da quantidade de anos vividos com uma saúde aquém do ideal. A medida combina a prevalência de uma condição com um peso atribuído para mensurar quão incapacitante ela é.

2- IHME. *Global Burden of Disease Results Tool* [Internet]. 2021 [acesso: 10 de agosto de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

3- Esponda, G. M. et al. ‘Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries’. *The Lancet Psychiatry*, 7(1), p. 78–92, 2020.

incorporar serviços de saúde mental em todos os níveis de cuidado, incluindo a atenção primária.⁴

No Brasil, evidência baseada em dados de 2013 sugere que a prevalência de depressão era de 7,9% na população adulta e que menos de um quarto das pessoas com depressão recebia algum tipo de tratamento.⁵ Adicionalmente, desde 2008 foram incorporados profissionais de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No IEPS, nós avaliamos duas questões relacionadas. Em primeiro lugar, analisamos a evolução da depressão e da lacuna de tratamento no Brasil, assim como desigualdades raciais e socioeconômicas nas mesmas. Em segundo lugar, nós avaliamos o impacto dos NASF sobre a oferta de profissionais de saúde mental e resultados relacionados com a saúde mental nos municípios brasileiros. Este documento resume os principais achados dessas pesquisas.

2. O que dizem as nossas análises?

2.1 A evolução da depressão e a lacuna de tratamento no Brasil

Começamos por avaliar a evolução da prevalência da depressão entre 2013 e 2019 – anos para os quais temos disponíveis dados da Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS), que é representativa da população do país e incorpora um questionário padronizado para monitorar sintomas de depressão na população. Verificamos que **houve um aumento de 2,9 pontos percentuais na prevalência da depressão entre a população adulta – de 7,9% a 10,8%, o que significa um aumento relativo de 36,7%** (Figura 1).

Olhando por região, houve aumentos estatisticamente significativos na prevalência em todas as regiões com exceção do Sul. Em 2019, a prevalência era significativamente menor na região Norte do que nas outras regiões. Verificamos que houve aumentos na prevalência em todos os grupos da população segundo a distribuição da renda domiciliar per capita, e que esta é menor entre a população de renda mais elevada. Olhando segundo raça/cor, houve aumentos significativos da prevalência de depressão entre indivíduos auto-identificados como brancos, pretos e pardos.⁶

A prevalência da depressão aumentou tanto entre os homens quanto entre as mulheres, mas é mais do que o dobro no segundo grupo – 15% entre as mulheres e 6,1% entre os homens, em 2019. Ao olhar por faixas etárias, **verificamos que o aumento na prevalência da depressão foi marcadamente maior entre os mais jovens.** Na população entre 18 e 24 anos de idade, a prevalência quase dobrou – passou de 5,6% em 2013 para 11,1% em 2019.

Houve um aumento de 2,9 pontos percentuais na prevalência da depressão entre a população adulta – de 7,9% a 10,8%.

A prevalência da depressão aumentou tanto entre os homens quanto entre as mulheres, mas é mais do que o dobro no segundo grupo. [...] O aumento na prevalência da depressão foi marcadamente maior entre os mais jovens.

4- OMS. *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health* [Internet]. 2019 [acesso: 20 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>.

5- Lopes, C. S. et al. 'Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS'. *Int J Equity Health*, 15(1):154, 2016.

6- Os aumentos entre indivíduos auto-identificados como amarelos e indígenas não são estatisticamente significativos devido ao tamanho relativamente pequeno desses grupos que afeta a precisão do cálculo.

Adicionalmente, avaliamos a evolução da lacuna de tratamento – definida como a parcela dos indivíduos com sintomas de depressão que não recebem nenhum tipo de tratamento. **Enquanto, em 2013, 76,1% dos indivíduos com sintomas compatíveis com a depressão não recebiam nenhum tipo de tratamento, essa parcela havia caído para 71,2% em 2019** (Figura 2). Verificamos que a lacuna de tratamento é menor nas regiões Sudeste e Sul e na população de maior renda, mas em todos os casos é maior que 60%. Olhando segundo auto-identificação racial, a parcela de indivíduos brancos com depressão que não recebem nenhum tratamento (67,2%) é significativamente menor que a parcela entre indivíduos pretos (76,4%) e pardos (73,2%). A lacuna é maior entre os homens do que entre as mulheres, e entre a população mais nova (18 a 24 e 25 a 34 anos) ou mais idosa (65 anos ou mais).

Enquanto, em 2013, 76,1% dos indivíduos com sintomas compatíveis com a depressão não recebiam nenhum tipo de tratamento, essa parcela havia caído para 71,2% em 2019.

2.2 Entendendo os fatores por trás das desigualdades

Utilizando dados de 2019, focamos em duas desigualdades: as desigualdades socioeconômicas na prevalência da depressão e as desigualdades raciais na lacuna de tratamento. Usamos técnicas de análise de decomposição para avaliar os fatores associados com essas duas formas de desigualdade.

A prevalência de depressão, capturada pelo questionário padronizado incluído na PNS, é maior entre a população com menor renda domiciliar per capita.

Para analisar os fatores associados às desigualdades socioeconômicas na prevalência de depressão, começamos por estimar o índice de concentração, uma medida que permite resumir o tamanho das desigualdades na prevalência da depressão segundo a renda domiciliar per capita. O índice resume as informações contidas na curva de concentração, apresentada na Figura 3. A curva se encontra inteiramente acima da linha de 45 graus, indicando que **a prevalência de depressão, capturada pelo questionário padronizado incluído na PNS, é maior entre a população com menor renda domiciliar per capita**. Aplicamos uma técnica padrão de decomposição do índice de concentração para avaliar a contribuição de diferentes fatores.

Os fatores que mais contribuem para as desigualdades observadas na prevalência da depressão são a situação de emprego, idade, atividade física e exposição a episódios de violência.

A análise de decomposição indica que há fatores que contribuem para as desigualdades socioeconômicas e fatores que estão associados negativamente às mesmas. **Os fatores que mais contribuem para as desigualdades observadas na prevalência da depressão são a situação de emprego (19,2% das desigualdades observadas podem ser atribuídas a diferenças na situação no mercado de trabalho), idade (18,1%), atividade física (17,5%) e exposição a episódios de violência (15,3%).**⁷

Para avaliar os fatores associados às desigualdades raciais na lacuna de tratamento, focamos na população de indivíduos brancos e indivíduos negros (pretos ou pardos). Estimamos a lacuna de tratamento para os dois grupos e aplicamos uma técnica padrão de decomposição de diferenças de médias entre grupos. Isto permite isolar a parte da diferença que está associada às diferenças entre características observáveis – por exemplo, renda ou região

7- Essas estimações não podem ser interpretadas como causais. Elas refletem que alguns fatores associados negativamente com as probabilidades de estar deprimido – p. ex., realizar atividade física frequentemente – são mais frequentes entre a população de maior renda e alguns fatores associados positivamente com as probabilidades de estar deprimido – p. ex., ter sido vítima de algum episódio violento – são mais frequentes entre a população de menor renda.

de residência – e a parte da diferença que não pode ser explicada por essas diferenças. Adicionalmente, é possível quantificar a parte da diferença atribuível às diferenças em cada uma das características específicas.

Verificamos que a lacuna de tratamento é 6,8 pontos percentuais maior entre os indivíduos com sintomas de depressão pretos ou pardos (74%) do que entre os indivíduos brancos (67,2%). Dessa diferença, 3,8 pontos percentuais (55,9% da diferença total) podem ser atribuídos às diferenças médias em características observáveis entre indivíduos brancos e indivíduos pretos ou pardos. O restante não pode ser explicado por essas diferenças em características observáveis (Figura 4).

Dois fatores são centrais para entender as diferenças observáveis na lacuna de tratamento entre brancos e pretos ou pardos: a região de residência e o quintil de renda familiar per capita. A contribuição das diferenças entre o quintil de renda familiar per capita equivale a 33,1% da diferença total observada – indivíduos brancos estão proporcionalmente mais concentrados nas faixas de renda mais elevada, onde a lacuna de tratamento é menor. A contribuição das diferenças na distribuição geográfica da população segundo a auto-identificação racial equivale a 53,2% da diferença total na lacuna de tratamento – indivíduos pretos ou pardos estão proporcionalmente mais concentrados nas regiões Norte e Nordeste, onde a lacuna de tratamento é maior.

Dois fatores são centrais para entender as diferenças observáveis na lacuna de tratamento entre brancos e pretos ou pardos: a região de residência e o quintil de renda familiar per capita.

Em relação a esse último ponto, é importante destacar a distribuição desigual de profissionais vinculados à saúde mental no território nacional. Na região Sul e na região Sudeste, onde a maior parte da população se auto-identifica como branca, havia 48 e 55,3 psicólogos e psiquiatras a cada 100.000 residentes em 2019, respectivamente. Nas regiões Norte e Nordeste havia somente 17,6 e 24,8 psicólogos e psiquiatras a cada 100.000 residentes em 2019, respectivamente.⁸

2.3 Entendendo os efeitos de políticas para aumentar a presença de profissionais de saúde mental na atenção primária: uma avaliação do impacto dos NASF

A evidência sugere que a região de residência é um fator central para explicar a lacuna de tratamento e que o número de profissionais de saúde mental presentes nas diferentes regiões apresenta diferenças consideráveis. Nós avaliamos os efeitos de uma política que teve, dentre outros objetivos, o objetivo de aumentar a presença de profissionais de saúde mental na atenção primária nos municípios brasileiros: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008 para expandir o escopo de serviços de atenção à saúde entregues pelas Equipes de Saúde da Família (eSF).

Os NASF são equipes multidisciplinares compostas por médicos especialistas (por exemplo, psiquiatras, pediatras, ginecologista-obstetras) e outros

8- Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def> [acesso: 5 de setembro de 2021].

profissionais de saúde de nível superior (por exemplo, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e nutricionistas). Os NASF fornecem apoio matricial às Equipes de Saúde da Família: os profissionais das eSF podem encaminhar pacientes aos profissionais dos NASF e adicionalmente recebem assistência técnico-pedagógica destes. O programa especifica a saúde mental como uma das suas prioridades e recomenda a inclusão de pelo menos um profissional de saúde mental – psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional – em todos os NASF.

Em 2018, último ano considerado na nossa análise, 4.228 municípios (76% do total) tinham recebido pelo menos um NASF (Figura 5).⁹

No total, existiam nesse ano 5.515 NASF: 3.275 NASF-1 (adotados por municípios com 5 ou mais eSF), 1.009 NASF-2 (municípios com 3 ou 4 eSF) e 1.231 NASF-3 (com 1 ou 2 eSF). O programa se expandiu de forma mais acelerada desde 2012, quando foi habilitada a possibilidade de adotá-lo em todos os municípios com pelo menos uma eSF.

Começamos avaliando o impacto do programa na oferta de profissionais de saúde mental nos municípios do Brasil (Figura 6) com base em técnicas econométricas de inferência causal.¹⁰ Considerando o período de até quatro anos após a adoção do programa, verificamos que, **na média, os NASF aumentaram a oferta de psicólogos em 5,4 profissionais a cada 100.000 habitantes (75,8% em relação à quantidade média antes da criação do programa) e a de terapeutas ocupacionais em 0,6 profissionais a cada 100.000 habitantes (87,1%).**¹¹ Esses resultados são estatisticamente significativos ao nível de 5%. **No caso dos psiquiatras, a oferta aumentou comparativamente menos – 0,3 a cada 100.000 residentes (33% em relação à quantidade média antes da criação do programa)** –, mas o efeito é estimado de forma mais imprecisa e é significativo ao nível de 10%. Uma explicação possível para essa diferença no efeito é que os municípios recebem incentivos fixos do governo federal, independentemente dos profissionais que decidem contratar. No entanto, o salário médio dos médicos especialistas – por exemplo, psiquiatras – no Brasil é muito mais elevado do que o de profissionais não médicos – por exemplo, psicólogos ou terapeutas ocupacionais. Logo, para contratar médicos especialistas, os municípios teriam que utilizar uma quantidade maior de recursos próprios e nem sempre existe oferta de profissionais no local.

Adicionalmente, avaliamos o impacto da adoção dos NASF em dias de afastamento pelo INSS, hospitalizações e mortes vinculadas à saúde mental a cada 100.000 residentes. Não observamos impacto significativo dos NASF em nenhuma dessas variáveis. No entanto, é importante destacar que óbitos e hospitalizações são desfechos extremos, ainda mais para as causas avaliadas. Adicionalmente, os dias de afastamento solicitados pelo INSS podem não ter sido afetados uma vez que a prevalência do emprego informal é elevada no Brasil, muitos empregados formais têm plano de saúde e é menos provável que usem os serviços de atenção primária ou hospitalares cobertos pelo SUS. **Não é possível descartar**

Em 2018, 4.228 municípios (76% do total) tinham recebido pelo menos um NASF.

Na média, os NASF aumentaram a oferta de psicólogos em 5,4 profissionais a cada 100.000 habitantes e a de terapeutas ocupacionais em 0,6 profissionais a cada 100.000 habitantes. [...] No caso dos psiquiatras, a oferta aumentou comparativamente menos – 0,3 a cada 100.000 residentes.

Avaliamos o impacto da adoção dos NASF em dias de afastamento pelo INSS, hospitalizações e mortes vinculadas à saúde mental a cada 100.000 residentes. Não observamos impacto significativo dos NASF em nenhuma dessas variáveis.

9- Foram incluídos na análise unicamente municípios já existentes em 2005.

10- Ver detalhes dos dados e da metodologia utilizada nas seções 3 e 4 do [Estudo Institucional n.3](#).

11- Em análises não reportadas aqui, checamos e comprovamos que todos esses efeitos vêm de profissionais cadastrados na atenção primária.

que o aumento na oferta de profissionais de saúde mental tenha tido efeitos positivos em outras dimensões, como melhora na qualidade do tratamento e qualidade de vida.

3. IEPS olhou e recomenda

A saúde mental tem que ser uma prioridade para a agenda de saúde

Verificamos que a prevalência da depressão na população adulta do país é elevada e tem aumentado de forma marcada nos últimos anos, inclusive antes da pandemia. Esse aumento é generalizado e afetou a população de diferentes regiões do país, faixas etárias e de renda, sexo e raça. No entanto, foi maior entre as mulheres e os mais novos e as desigualdades socioeconômicas na prevalência da depressão persistem. Adicionalmente, verificamos que, apesar de algumas melhorias, a lacuna de tratamento ainda é muito elevada e as desigualdades raciais no acesso a tratamentos persistem. Neste sentido, é necessário priorizar esforços para diminuir a prevalência da depressão e a lacuna de tratamento, assim como as desigualdades nas duas dimensões.

Não é possível descartar que o aumento na oferta de profissionais de saúde mental tenha tido efeitos positivos em outras dimensões, como melhora na qualidade do tratamento e qualidade de vida.

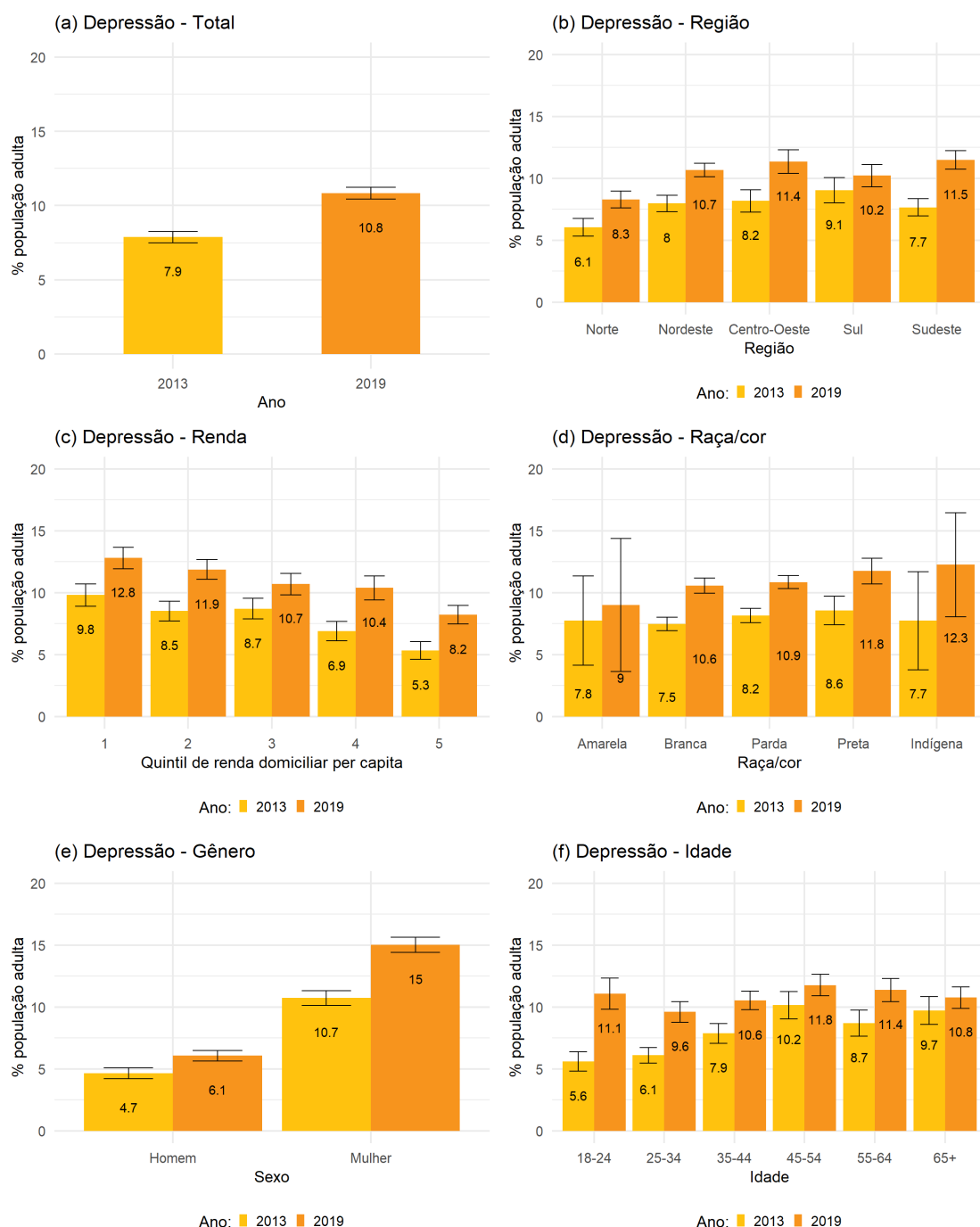
Aumentar oferta de profissionais de saúde mental pode ser importante, mas dados mais detalhados são necessários para mensurar melhor o impacto

Para diminuir a lacuna de tratamento, é necessário contar com profissionais de saúde mental. Os NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) foram bem sucedidos em aumentar a oferta de psicólogos e terapeutas ocupacionais na atenção básica nos municípios brasileiros, mas tiveram mais dificuldades para aumentar a oferta de psiquiatras. A política não teve impactos na mortalidade, hospitalizações e afastamentos pelo INSS relacionados com a saúde mental, mas dados mais detalhados são necessários para mensurar melhor o impacto da política sobre desfechos menos extremos. Neste sentido, coletar informações detalhadas sobre depressão e outros transtornos mentais no Brasil com maior frequência é recomendável.

Olhar Atento

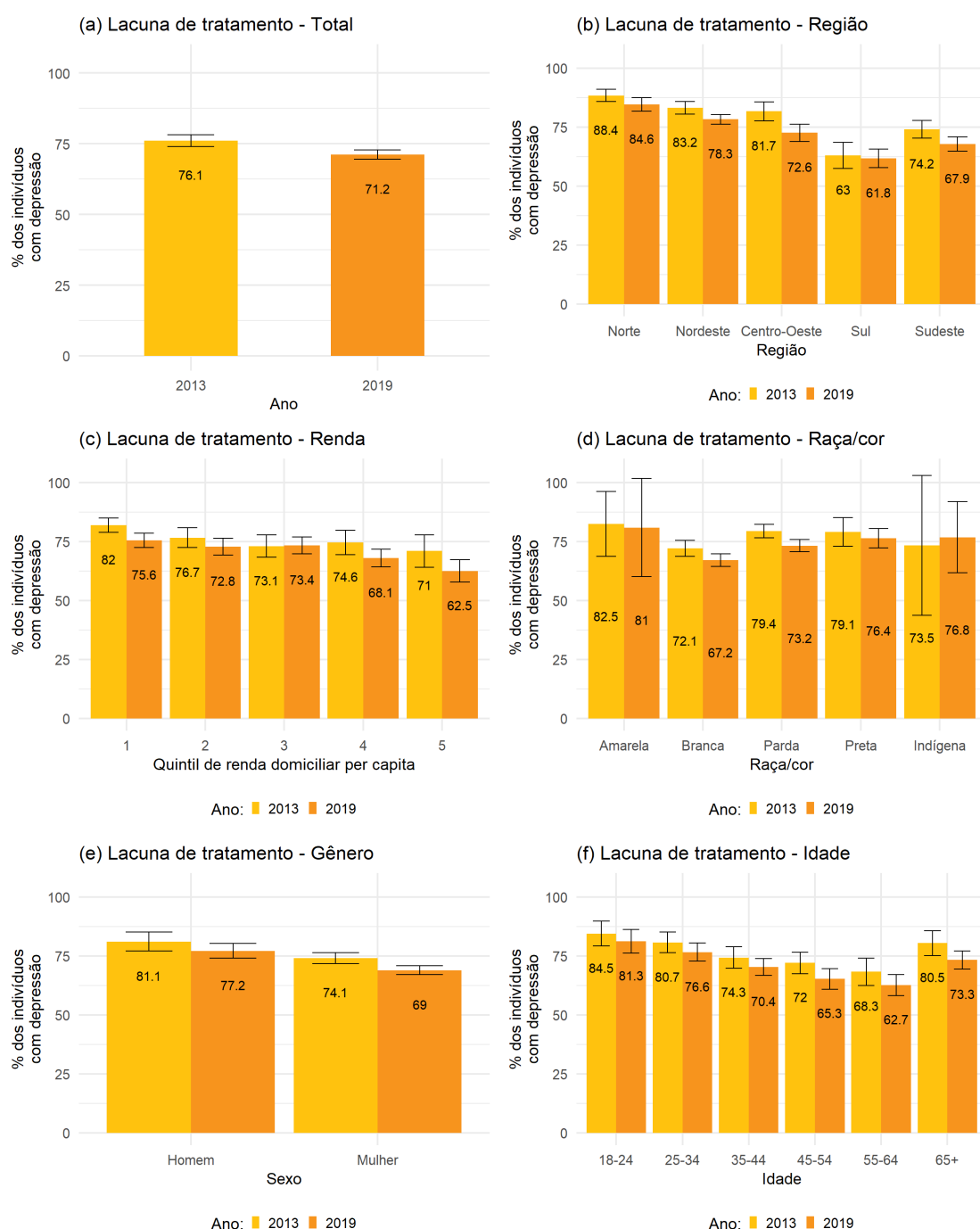
- A prevalência da depressão entre a população adulta do Brasil cresceu 36,7% entre 2013 e 2019, e atualmente alcança um a cada dez indivíduos com pelo menos dezoito anos de idade.
- Apesar da dimensão do problema, sete a cada dez adultos com sintomas de depressão não recebem nenhum tipo de tratamento.
- Existem desigualdades na prevalência da depressão e na lacuna de tratamento.
 - A prevalência de depressão é maior entre a população de menor renda do que entre a população de renda mais elevada. Essas desigualdades estão associadas principalmente a diferentes posições no mercado de trabalho, idade, níveis de atividade física e de vitimização por violência.
 - A lacuna de tratamento é menor entre indivíduos brancos do que entre indivíduos pretos ou pardos. Essas desigualdades estão associadas principalmente a diferenças na renda familiar per capita e à região de residência.
- Desde 2008, o Brasil implantou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Dentre outros objetivos, a política visou a aumentar a oferta de serviços de saúde mental na atenção primária.
 - Os NASF foram bem sucedidos em aumentar a oferta de psicólogos e terapeutas ocupacionais, mas tiveram mais dificuldade em aumentar a oferta de psiquiatras.
 - Os NASF não tiveram impacto sobre dias de afastamento pelo INSS, hospitalizações nem óbitos por causas relacionadas à saúde mental. No entanto, dados mais detalhados são desejáveis para avaliar os possíveis impactos da política sobre desfechos menos extremos e qualidade de vida dos atendidos pela política.

Figura 1. Evolução da prevalência da depressão



Nota: A figura mostra a prevalência da depressão na população adulta do Brasil nos anos de 2013 e 2019. O dado considera como deprimidos indivíduos com um score igual ou maior que 10 no Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), um teste padrão para monitoramento de sintomas depressivos. O dado é apresentado para o total da população adulta (Painel a) e dividindo segundo região de residência (b), quintil de renda domiciliar per capita (c), auto-identificação racial (d), gênero (e) e faixa de idade (f).
Fonte: Elaboração própria com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE.

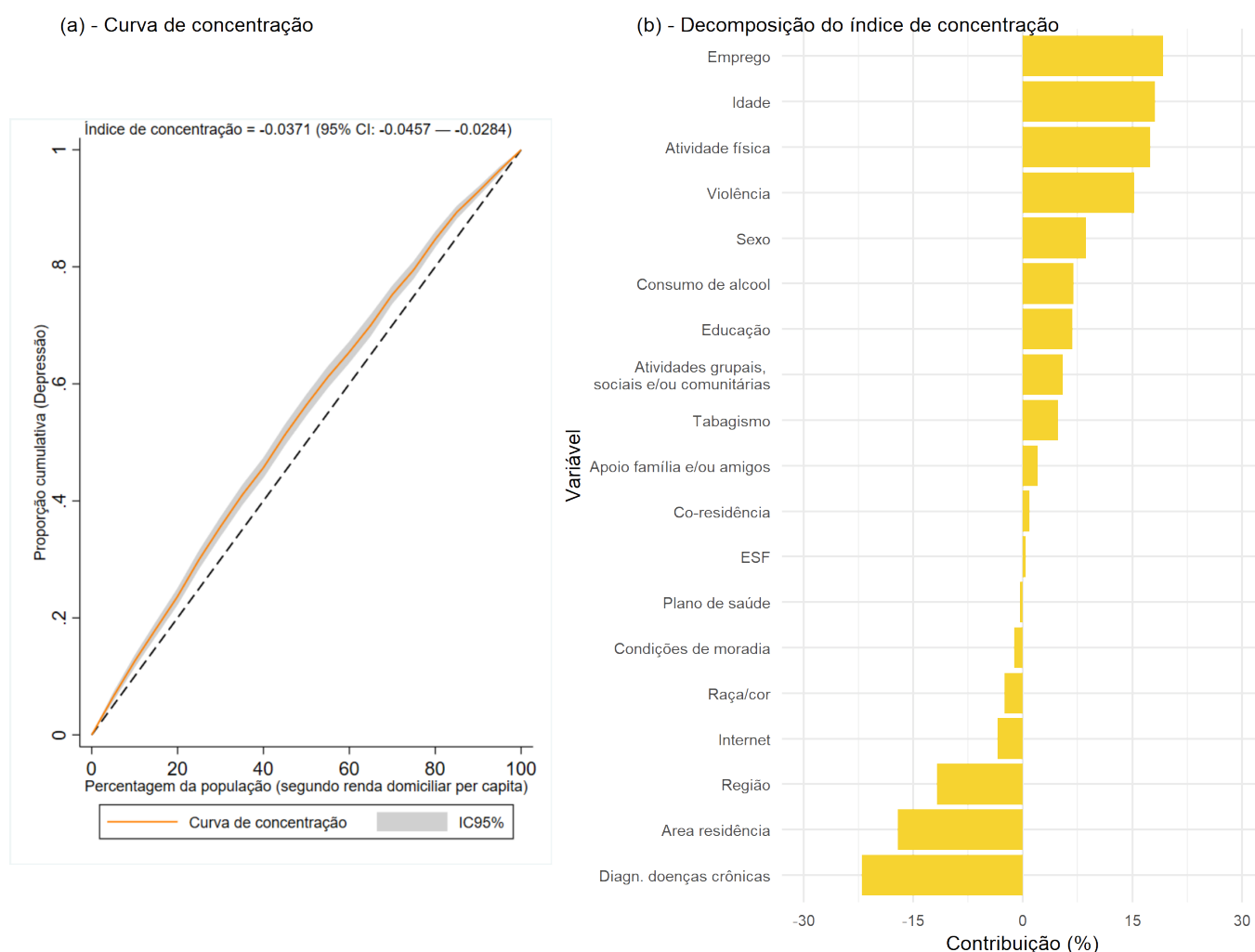
Figura 2. Evolução da lacuna de tratamento



Nota: A figura mostra a lacuna de tratamento para a depressão na população adulta com sintomas de depressão no Brasil nos anos de 2013 e 2019. O dado considera como caindo na lacuna de tratamento indivíduos com um score igual ou maior que 10 no Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), um teste padrão para monitoramento de sintomas depressivos, que não recebem nenhum tipo de tratamento. O dado é apresentado para o total da população adulta (Painel a) e dividindo segundo região de residência (b), quintil de renda domiciliar per capita (c), auto-identificação racial (d), gênero (e) e faixa de idade (f).

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE.

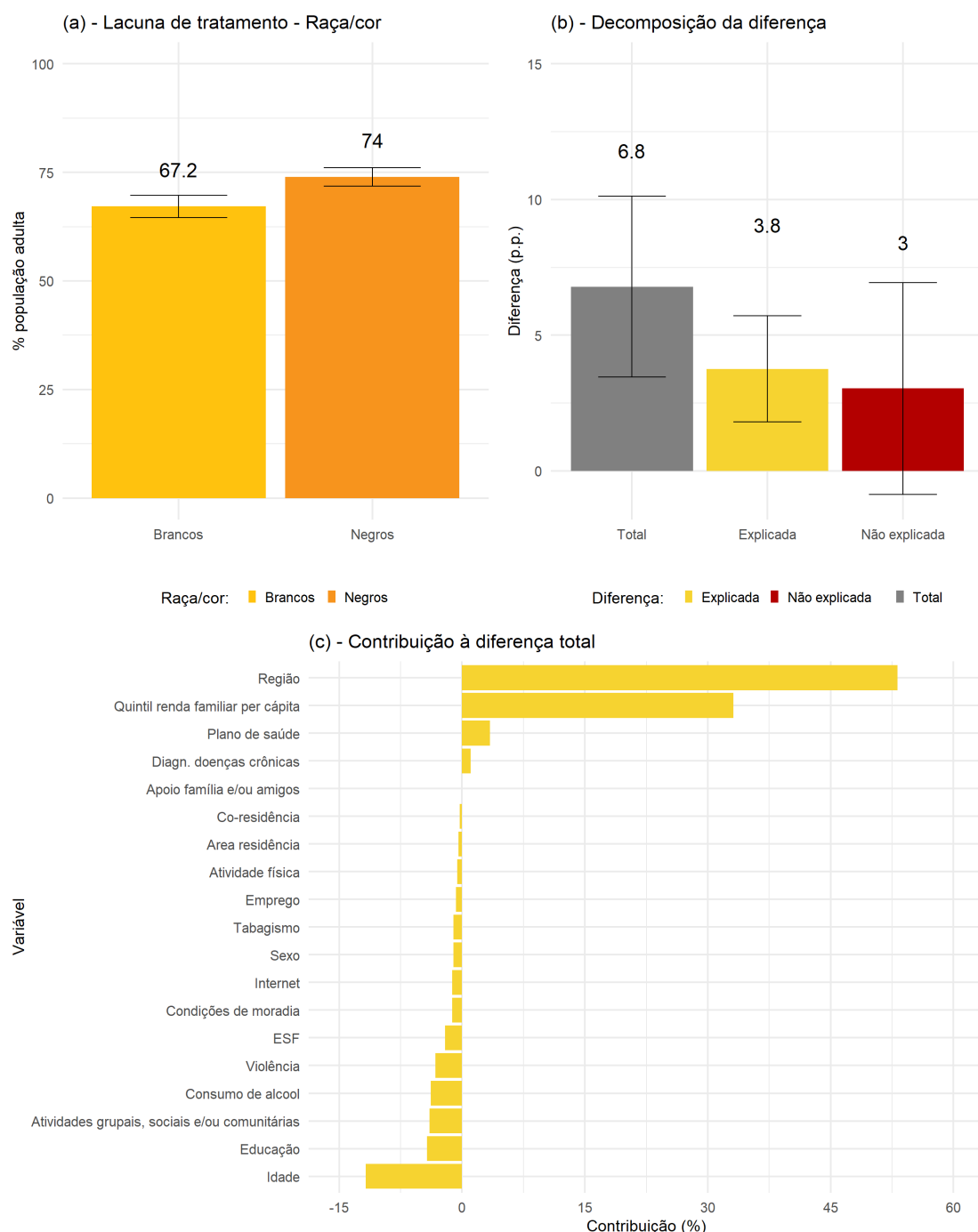
Figura 3. Fatores associados às desigualdades socioeconômicas na prevalência da depressão



Nota: A figura mostra: (a) a curva de concentração para a prevalência de depressão no Brasil em 2019 e o índice de concentração correspondente (corrigido de acordo ao método de Erreygers); e (b) a contribuição proporcional de diferentes características individuais observáveis ao índice de concentração, segundo os resultados da decomposição do índice de concentração. A análise de decomposição incluiu a variável “quintil de renda familiar per capita”, mas foi omitida no gráfico de apresentação dos resultados.

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE.

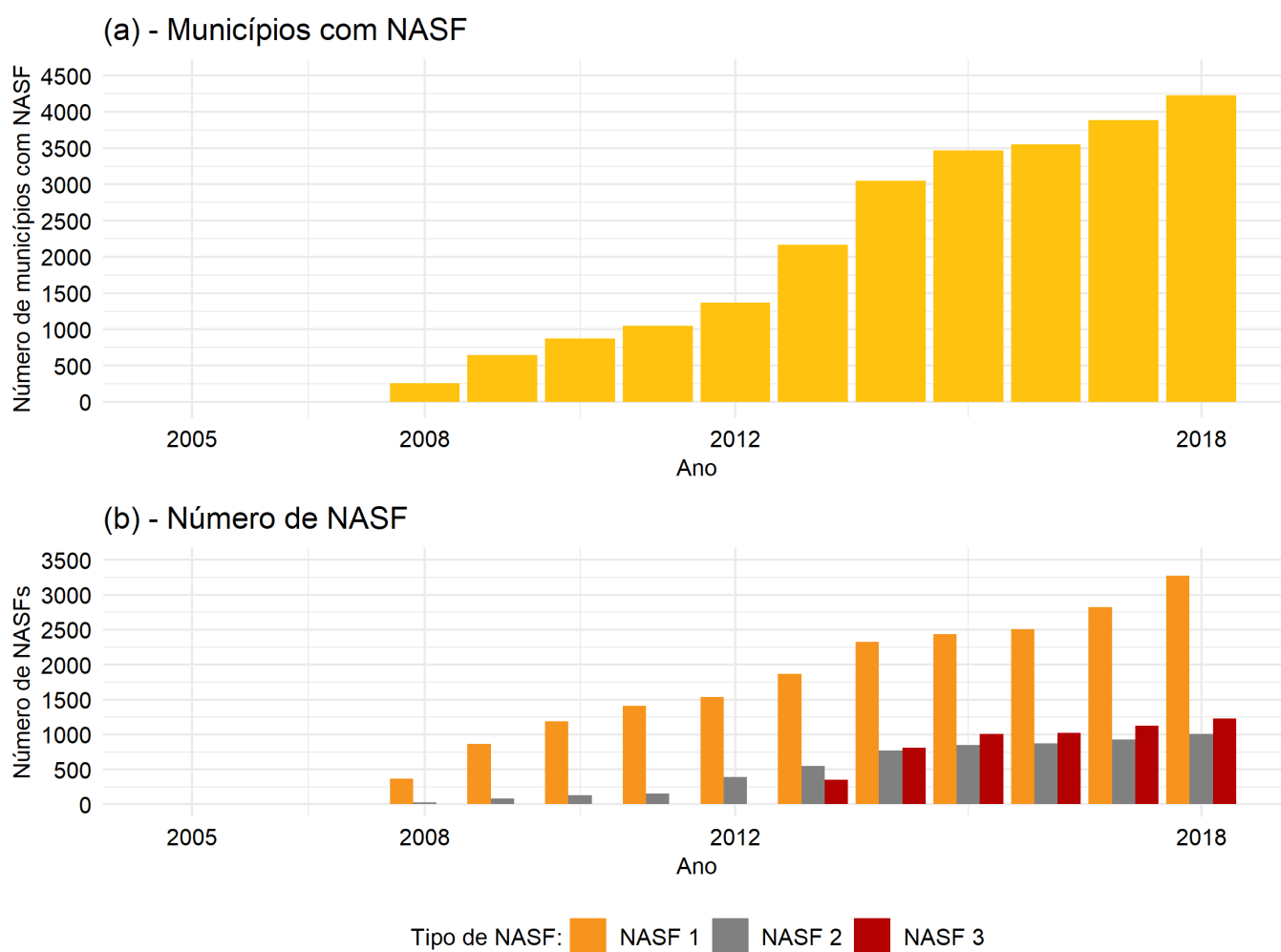
Figura 4. Fatores associados às desigualdades raciais na lacuna de tratamento



Nota: A figura mostra: (a) a lacuna de tratamento entre indivíduos com sintomas de depressão auto-identificados como brancos e auto-identificados como pretos ou pardos (negros); (b) a diferença na lacuna de tratamento e os resultados agregados da análise de decomposição segundo o método de Oaxaca-Blinder de decomposição da diferença de médias entre grupos; e (c) a contribuição proporcional de diferentes características individuais observáveis, correspondente à parte explicada da decomposição por diferenças, na média, nessas características entre os dois grupos.

Fonte: Elaboração própria com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE.

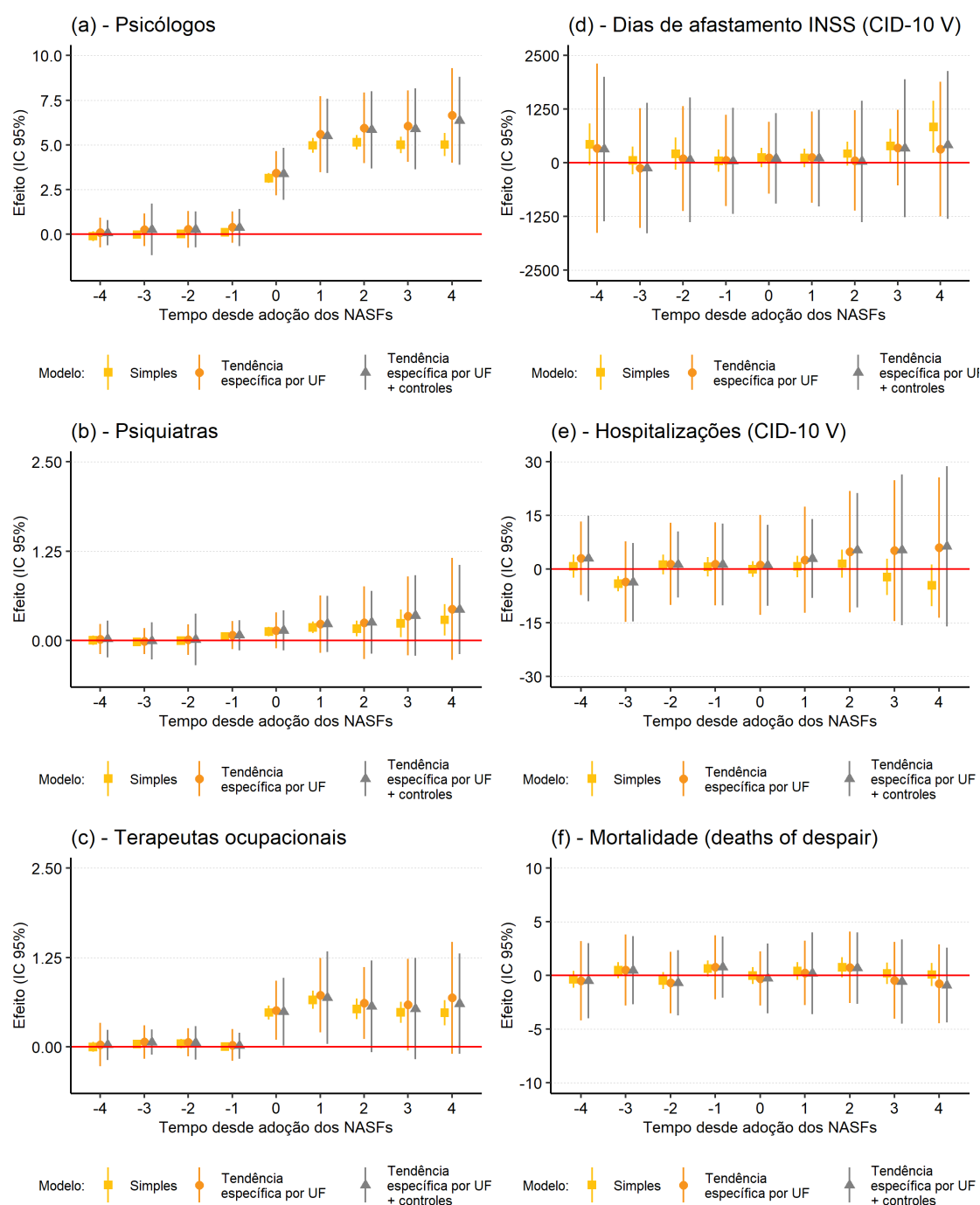
Figura 5. Implantação dos NASF ao longo do tempo



Nota: A figura mostra: (a) a quantidade cumulativa de municípios que haviam implantado pelo menos um NASF por ano; e (b) o número de NASF existentes por ano e tipo de NASF.

Fonte: Elaboração própria com base em dados do e-Gestor AB do Ministério da Saúde.

Figura 6. Impacto dos NASF sobre a oferta de profissionais e desfechos relacionados com a saúde mental



Nota: A figura mostra o impacto dos NASF sobre a oferta de psicólogos (a), psiquiatras (b) e terapeutas ocupacionais (c); e sobre o número de dias em afastamento do trabalho pelo INSS (d), hospitalizações (e), e mortalidade (f) por causas relacionadas à saúde mental no período de até quatro anos após a implementação da política. Foram consideradas como hospitalizações e dias de afastamento pelo INSS relacionados à saúde mental transtornos mentais e comportamentais (códigos CID-10 F00-F99) e como óbitos relacionados à saúde mental as deaths of despair sugeridas por Case e Deaton (2020) (códigos CID-10 K70, K73-74, X60-84, Y87.0, X40-45, Y10-15, Y45, 47, 49).

Ficha Técnica

Estudos originais

Estudo Institucional nº 3 - Hiring Mental Health Professionals: Evidence from a Large-Scale Primary Care Policy in Brazil ([disponível aqui](#)).

Texto para Discussão nº 14 - Evolution and Inequalities in Depression Prevalence and the Treatment Gap in Brazil: A Decomposition Analysis ([disponível aqui](#)).

Autores

Matías Mrejen e Rudi Rocha.

Edição e revisão

Fernanda Leal, Helena Ciorra, Maria Cristina Franceschini e Ricardo Gandour.

