

Prevalência de depressão em mulheres adultas de poder aquisitivo médio-baixo no Brasil

Prevalence of depression in adult women with medium-low purchasing power in Brazil

Marcos Cesar Veçoso¹, Luiz Lopes Martinez¹

Resumo

Introdução: Os transtornos depressivos são caracterizados por tristeza profunda e persistente, e uma variedade de sintomas emocionais, cognitivos e físicos. É uma das doenças mais incapacitantes do mundo. Segundo a OMS, a prevalência de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015, atingindo 322 milhões de pessoas em todo mundo. No Brasil, estima a prevalência de depressão em 5,8% na população geral, o que significa, com base na população de 2021, que existem cerca de 12 milhões de pessoas vivendo com esse transtorno atualmente no país. Apesar do impacto da pandemia de COVID-19 na prevalência de depressão no mundo, estudos realizados antes desse período já apontavam prevalência superior às estimativas. **Objetivo:** Estimar a prevalência de sintomas depressivos em mulheres adultas de poder aquisitivo médio-baixo no Brasil. **Método:** Estudo observacional de corte transversal, baseado em amostra nacional de 2.400 participantes, e aplicado questionário online para inventário de sintomas depressivos por meio da Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung, verificação de autorrelato de diagnóstico de depressão ou outros transtornos psiquiátricos, e verificação de uso de medicamentos com ação no sistema nervoso central. **Resultados:** Nacionalmente foram identificadas as seguintes proporções de casos com índices sugestivos de depressão, segundo o nível de gravidade: Leve: 26,2% (IC95: 0,24 – 0,28); moderada: 20,9% (IC95: 0,19 – 0,23) e; grave: 14,3%. **Conclusão:** Os resultados indicam percentual de prevalência de sintomas depressivos de 61,4%, superior às estimativas reportadas, reforçando a hipótese de subdiagnóstico e necessidade de mais estudos sobre as causas que levam a isso.

Palavras-Chave: Sintomas depressivos, Escalas de graduação psiquiátrica, Transtorno depressivo, Prevalência

Abstract

Introduction: Depressive disorders are characterized by deep and persistent sadness and a variety of emotional, cognitive and physical symptoms. It is one of the most disabling diseases in the world. According to the WHO, the prevalence of depression increased by 18% between 2005 and 2015, reaching 322 million people worldwide. In Brazil, the prevalence of depression is estimated at 5.8% in the general population, which means, based on the 2021 population, that there are around 12 million people currently living with this disorder in the country. Despite the impact of the COVID-19 pandemic on the prevalence of depression in the world, studies carried out before this period already showed a prevalence higher than estimates. **Objective:** To estimate the prevalence of depressive symptoms in adult women with medium-low purchasing power in Brazil. **Method:** Cross-sectional observational study, based on a national sample of 2,400 participants, and applied an online questionnaire to inventory depressive symptoms using the Zung Depressive Symptoms Self-Assessment Scale, verification of self-reported diagnosis of depression or other psychiatric disorders, and verification of use of medications that act on the central nervous system. **Results:** Nationally, the following proportions of cases with rates suggestive of depression were identified, according to the level of severity: Mild: 26.2% (95CI: 0.24 – 0.28); moderate: 20.9% (IC95: 0.19 – 0.23) and; severe: 14.3%. **Conclusion:** The results indicate a prevalence of depressive symptoms of 61.4%, higher than reported estimates, reinforcing the hypothesis of underdiagnosis and the need for more studies on the causes that lead to this.

Keywords: Depressive symptoms, Psychiatric status rating scales, Depressive disorder, Prevalence

Introdução

Os transtornos depressivos são alterações psiquiátricas classificadas dentro do grupo dos transtornos

1. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Pesquisa Clínica e Medical Affairs. São Paulo - SP - Brasil

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Pesquisa Clínica e Medical Affairs. São Paulo - SP - Brasil

Endereço para correspondência: Marcos Cesar Veçoso. Av. Adolfo Pinheiro, 2058 - Cj 121 - Santo Amaro - 04734-003 - São Paulo - SP - Brasil. E-mail: mveçoso@gmail.com

do humor (Figura 1). Portanto, trata-se de uma condição complexa, que figura entre as principais causas de prejuízo funcional e suicídio⁽¹⁾. De forma geral, os episódios de depressão envolvem humor triste, falta de interesse e anedonia*, acompanhados por alterações de sono, apetite, energia, libido e motivação⁽¹⁾.

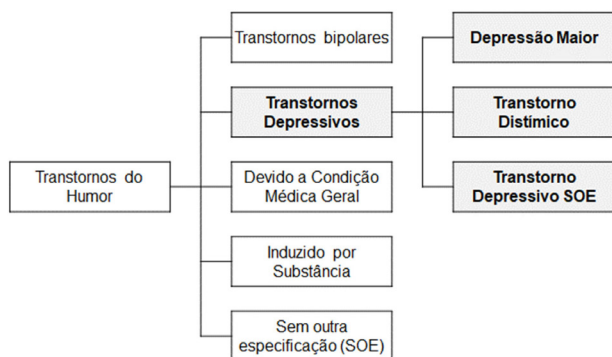


Figura 1 - Resumo esquemático dos transtornos do humor. Fonte: adaptado de Kapczinski e Quevedo (2011)⁽¹⁾.

De acordo com Kapczinski et al, 2014⁽²⁾, transtornos depressivos são uma condição de saúde mental caracterizada por tristeza profunda e persistente, perda de interesse ou prazer em atividades, e uma variedade de sintomas emocionais, cognitivos e físicos⁽³⁾. Segundo a 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*⁽³⁾, há várias subclassificações para os transtornos depressivos, com a Depressão Maior representando a condição clássica neste grupo, caracterizada por episódios discretos, com duração mínima de 2 semanas, envolvendo mudanças claras no afeto, cognição e funções neurovegetativas. Ainda de acordo com a mesma referência, destaca-se entre os transtornos depressivos a distímia ou transtorno distímico, sendo essa uma forma mais crônica, com persistência dos distúrbios, que perduram por pelo menos 2 anos. Já os transtornos depressivos em outra especificação são uma categoria diagnóstica ampla e genérica que pode ser usada quando não se pode fazer um diagnóstico específico de depressão maior ou transtorno distímico. Segundo Del Porto, 1999⁽⁴⁾, os sintomas e evidências do transtorno depressivo podem ser organizadas em:

- Sintomas psíquicos, tais como: sensação de tristeza, sentimento de culpa e autodesvalorização; redução da capacidade de experimentar prazer em atividades consideradas agradáveis anteriormente; redução da capacidade de se concentrar, tomar decisões e mesmo de pensar; e sensação de perda de energia.

- Sintomas fisiológicos, tais como: alterações do sono, apetite e do interesse sexual.
- Evidências comportamentais, como: retraimento social, crises de choro, ideação suicida e outros.

Mezzich, 2002⁽⁵⁾ ratifica essa organização e acrescenta a baixa autoestima, irritabilidade e automutilação na esfera dos sintomas psíquicos, alterações de peso e dores inexplicáveis dentre os fisiológicos, além da redução na produtividade e prejuízo nas relações com amigos e família dentre as evidências comportamentais ou consequências na esfera social⁽⁵⁾. Segundo Saveanu, Nemeroff, 2012⁽⁶⁾, a compreensão atual sobre as causas da depressão tem como foco sistemas envolvendo três principais monoaminas: Serotonina, Norepinefrina e Dopamina. Evidências apontam para uma proeminente ação desses sistemas no desenvolvimento da doença. Nesse sentido, estudos neuroendócrinos identificaram atividade neurotransmissora reduzida em indivíduos depressivos e essa baixa atividade pode ser proveniente de uma menor quantidade de neurotransmissores e/ou de uma menor quantidade de sítios de ligação com seus respectivos receptores. Assim sendo, apesar de não haver muitas dúvidas sobre o impacto dos neurotransmissores na causa da depressão, parece que não existe um único responsável pelo quadro. Abordagens biológicas consideram a depressão como um transtorno envolvendo várias regiões cerebrais. Nesse contexto, imagens por ressonância magnética identificaram, por exemplo, alterações como a redução no tamanho do hipocampo e aumento da hipófise, sendo evidente, entretanto, que nem todas essas alterações estruturais sejam, necessariamente, ligadas aos transtornos depressivos em si⁽⁶⁾.

A incidência de depressão em mulheres entre 15 e 54 anos é quase duas vezes maior em comparação com homens nessa mesma faixa etária de acordo com estudos em diferentes países e grupos étnicos, indicando ainda que mulheres no período reprodutivo tem maiores chances de apresentar depressão. Fatores biológicos, sociais e psicológicos interferem significativamente no desenvolvimento e tratamento desse quadro e, assim sendo, alterações biológicas como fatores genéticos e sensibilidade a hormônios podem estar ligados ao desenvolvimento da depressão em mulheres⁽⁷⁾. Outros estudos observaram que mulheres na meia-idade correm um risco maior de humor deprimido e depressão, porém ainda não estão claras as razões para isso. Embora seja provável que haja relação com mudanças hormonais, a complexidade das interações entre esteroides gonadais, neurotransmissores e seus receptores, reforçam a ideia de que

* Entende-se por anedonia a dificuldade ou incapacidade de uma pessoa em sentir prazer ou se motivar a realizar atividades que antes eram prazerosas⁽²⁾.

ainda há muito a compreender sobre a fisiopatologia do quadro⁽⁸⁾

Segundo a Organización Panamericana de la Salud (PAHO, Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁹⁾, a prevalência de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015, atingindo 322 milhões de pessoas em todo mundo, na maioria mulheres, com prevalência estimada na população geral, de 5,9% nos Estados Unidos da América (EUA) e Austrália; em países europeus variando de 4,1% n Islândia a 6,3% n Ucrânia e atingindo 4,2% no Japão e China. No Brasil, o mesmo estudo estima a prevalência de depressão em 5,8% na população geral, o que significa, com base na população de 2021 segundo a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹⁰⁾, que existem cerca de 12 milhões de pessoas vivendo com esse transtorno atualmente no país.

Segundo Salari et al, 2020⁽¹¹⁾, houve impacto da pandemia de *Coronavirus Disease de 2019* (COVID-19) na prevalência de depressão no mundo, visto a revisão sistemática de estudos publicados em 2020 que conduziram, indicando prevalência de depressão em 35,5% na Ásia e 32,4% na Europa, ou seja, muito acima das estimativas anteriormente apontadas pela Organización Panamericana de la Salud (PAHO, Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁹⁾ entre 2005 e 2015. No que se refere ao aumento da prevalência de depressão no Brasil após os impactos da pandemia de COVID-19, um estudo brasileiro revelou o aumento de 6,6 a 7,4 vezes nos de sintomas moderados a graves de depressão e ansiedade em adultos em virtude do isolamento social impostos pela situação⁽¹²⁾. De acordo com outro estudo na França, os impactos da COVID-19 também foram responsáveis pelo agravamento de sintomas em pessoas já diagnosticadas com depressão antes da pandemia⁽¹³⁾.

Entretanto, e de acordo com dados da literatura, apesar do aumento da prevalência de depressão em decorrência dos impactos da pandemia de COVID-19 ter variado sua intensidade conforme o país, mas aparentemente ter ocorrido em todo mundo⁽¹⁴⁾, estudos realizados antes desse período já apontavam prevalência de depressão superior às estimativas, tais como 20,6% nos EUA⁽¹⁵⁾. No que se refere ao Brasil, estudo de 2008 identificou prevalência de 79% de sintomas depressivos dentre estudantes de medicina, sendo 29% destes sintomas leves⁽¹⁶⁾ e em 2018 outro estudo identificou prevalência de 14,2% de sintomas depressivos em dentre idosos⁽¹⁷⁾. Em 2013, estudo brasileiro envolvendo 1.285 homens e 1.722 mulheres com mais de 14 anos de idade, indicou prevalência de 28,3% de sintomas depressivos, sendo 13% de sintomas leves a moderados e 15,3% de sintomas graves. No mesmo estudo foram observadas maiores taxas de prevalência de depressão entre mulheres, pessoas com mais de

45 anos de idade e de camadas menos favorecidas da população (classes socioeconômicas abaixo de B2), estabelecendo com isso, uma relação entre a presença de sintomas depressivos e aspectos psicossociais⁽¹⁸⁾.

Segundo Kessler, 2012⁽¹⁹⁾, a depressão é uma das doenças mais incapacitantes do mundo, tanto física como psicologicamente. Por conta disso, ela não só é desafiadora em seu tratamento, como também tem considerável impacto socioeconômico⁽¹⁹⁾. Além do custo direto ao sistema de saúde, ocasionado pelo tratamento da depressão, ainda há os custos indiretos causados pelo impacto dessa condição na qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que trabalhadores acometidos pela doença podem ter sua eficiência bastante reduzida, ou até mesmo ficarem completamente incapacitados⁽¹⁹⁾.

Diante do exposto, da maior prevalência de depressão em mulheres jovens e adultas, da influência de fatores socioeconômicos nessa condição e da falta de dados e informações referentes às causas da depressão no país, torna-se evidente a importância de um estudo sobre a prevalência de depressão em mulheres adultas, de poder aquisitivo médio-baixo no Brasil.

Objetivo

O objetivo desta pesquisa foi, por meio da análise de relatos de sintomas sugestivos de transtorno depressivo em qualquer grau, estimar a prevalência de depressão em mulheres adultas de poder aquisitivo médio-baixo no Brasil.

Método e Casuística

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - Parecer nº 3.912.288.

Foi realizado um estudo observacional de corte transversal, baseado em amostra nacional de 2.400 participantes, junto às quais foi aplicado questionário online para inventário de sintomas depressivos, verificação de autorrelato de diagnóstico de depressão ou outros potencialmente relacionados a transtornos psiquiátricos e verificação de uso de medicamentos com ação no sistema nervoso central. O questionário foi elaborado pelo próprio autor, sendo composto por seis perguntas que tinham como público-alvo mulheres com mais de 30 anos, pertencentes às classes socioeconômicas B2 e C. Foi estabelecido um único contato com potenciais participantes via convites eletrônicos aleatórios enviados para pessoas do perfil objetivado, pertencentes a painel online representativo da população brasileira, descrevendo os objetivos, justificativas e finalidade científica da pesquisa, incluindo a autorização para divulgação das informações cegamente obtidas. Os participantes de pesquisa (entrevistados)

só tiveram acesso ao conteúdo do questionário após atestarem seu consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente na primeira página do questionário eletrônico, e sua participação consistiu unicamente em responder ao questionário. O questionário foi aplicado através da ferramenta disponibilizada pelo painel, o qual mantém confidencial a identidade dos participantes que responderam ao questionário. A participação de cada entrevistado foi limitada a um único acesso ao questionário eletrônico. Foi disponibilizado um prazo de quatro semanas (mês de maio de 2021) para que os participantes respondessem as questões e para que o painel enviasse as respostas ao entrevistador. Após o final deste prazo as respostas não foram validadas.

Instrumento de avaliação

O levantamento dos dados foi realizado por meio de um questionário online acessível por computador ou telefone celular, contendo:

- Perguntas possibilitando o autorrelato de diagnóstico de depressão e outros;
- Perguntas sobre o uso de medicamentos com atuação no sistema nervoso central;
- Inventário de sintomas depressivos.

Não houve treinamento prévio sobre o preenchimento do questionário.

Autorrelato de Diagnósticos

As participantes foram solicitadas a indicar (perguntas dicotômicas: Sim / Não) se haviam ou não, em algum momento, recebido de um médico, alguns dos seguintes diagnósticos:

- Depressão;
- Ansiedade;
- Transtorno bipolar;
- TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo
- Síndrome do Pânico;
- Transtorno de humor, e;
- Fobia social.

A ordem dos diagnósticos acima foi rodiziada (apresentada em sequência aleatória) de forma a evitar viés no processo de resposta. As participantes deveriam indicar “Sim” ou “Não” para cada um dos diagnósticos, e poderiam assinalar resposta “Sim” para mais de um deles.

Em seguida foi perguntado (pergunta dicotômica: Sim / Não) se haviam, em algum momento, ouvido de um médico que “teriam ou poderiam ter”, algum “problema emocional” além dos indicados na pergunta anterior. No caso de resposta positiva foi pedido que a participante especificasse (pergunta aberta) qual o “problema emocional” foi mencionado pelo médico.

Todas as respostas obtidas foram codificadas (lidas e organizadas em códigos mutuamente exclusivos e coletivamente exaustivos) e tabuladas (geração de tabelas por meio do sistema de análise estatística). Todas as respostas que pudessem ter alguma relação com quadros psiquiátricos foram consideradas como “autorrelato de diagnóstico”, sendo desconsiderados apenas aqueles claramente não relacionados. Assim sendo, as participantes que indicaram qualquer um dos diagnósticos listados ou outros como descrito acima, foram classificadas como “COM autorrelato de diagnóstico”. As demais foram classificadas como “SEM autorrelato de diagnóstico”.

Uso de Medicamentos

Foi perguntado (pergunta dicotômica: Sim / Não) sobre o uso atual ou pregresso (nos 90 dias anteriores à entrevista) de medicamentos, prescritos ou não por um médico, considerados pelas participantes como “calmantes” ou “para facilitar o sono”, ou qualquer outro para “algum problema emocional”. Nos casos de resposta positiva foi pedido (pergunta aberta) que especificassem o “nome do remédio” que “tomavam ou tinham tomado”. As respostas foram codificadas (lidas e organizadas em códigos mutuamente exclusivos e coletivamente exaustivos) e agrupadas segundo o princípio ativo (identificados a partir de consulta às bulas das marcas citadas). As participantes que indicaram uso de qualquer medicamento relacionado a quadros psiquiátricos ou com ação no sistema nervoso central foram classificadas como “COM uso de medicamentos”. As demais foram classificadas como “SEM uso de medicamentos”.

Inventário de Sintomas

A avaliação da presença ou não de sintomas foi realizada a partir da aplicação “Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung”, desenvolvida pelo psiquiatra William W.K. Zung, da Universidade de Duke, em 1965^(20,21), e que permanece sendo substancialmente utilizada⁽²²⁾ em diferentes áreas, tais como: Autismo^(23,24); Câncer⁽²⁴⁾; Saúde feminina⁽²⁵⁾ e; Doenças raras⁽²⁶⁾. De acordo com dados encontrados em nossa revisão, a *Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung* é a segunda escala de autoavaliação mais presente na literatura⁽²⁷⁾ com sua versão em português (brasileiro) tendo sido validada em 2010⁽²⁸⁾. De acordo com um estudo envolvendo mais de 1100 pacientes oncológicos⁽²⁹⁾ a *Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung* tem uma estrutura fatorial interessante e significativa, tanto nas dimensões cognitivas quanto somáticas. Adicionalmente, de acordo com outros autores, a *Escala de Autoavaliação de Sintomas*

Depressivos de Zung” se mostrou mais sensível que a escala DASS (*“Depression Anxiety and Stress Scale”*), constituindo-se em “bom rastreador para casos de depressão e proporcionando dados em análises comparativas que dão suporte à continuidade de sua utilização”⁽²²⁾. A *“Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung”* se baseia no autorrelato sobre a frequência (*“Escala Likert”*: quase nunca / algumas vezes / boa parte do tempo / a maior parte do tempo) de 20 diferentes sentimentos e emoções, sendo 10 negativas (atribuindo-se pontos de 1 a 4 de acordo com a resposta obtida) e 10 positivas (atribuindo-se pontos de 4 a 1 de acordo com a resposta obtida). Desse modo, a escala gera uma pontuação bruta que pode variar entre 20 e 80 pontos. Como explicam Dunstan e Scott, 2018⁽³⁰⁾, essa pontuação inicial bruta (ou *“Raw Score”*) é então dividida por 80, gerando assim um *“Índice”* que varia entre 0,25 e 1,00 (ou entre 25 e 100, se multiplicado por 100 para ser expressa em porcentagem). Segundo os mesmos autores, *“infelizmente, vários pesquisadores aplicaram erroneamente critérios definidos pelo ‘Índice’ às ‘pontuações brutas’*. A Tabela 3 apresenta o processo descrito pelos autores já referidos para conversão da pontuação bruta (ou *“Raw Score”*) para o *“Índice”*, bem como o critério de interpretação a partir dele. Nesse trabalho optamos por utilizar o *“Índice”* em sua forma decimal (Tabela 1) visando minimizar o risco de confusão com a pontuação bruta.

Seleção da Amostra

Foi estabelecida como população em estudo: mulheres residentes no Brasil, com mais de 30 anos; pertencente às classes socioeconômicas B2 e C.

Faixa etária

Foram consideradas duas faixas etárias visando comparações:

- 30 a 44 anos, e;
- 45 anos ou mais.

Classes socioeconômicas

A classificação socioeconômica foi definida a partir do *“Critério Brasil”* da ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa⁽³²⁾. O Critério de Classificação Socioeconômica Brasil é um instrumento tradicional de estratificação da população segundo o poder aquisitivo. É calculado com base na presença de alguns bens nos domicílios, acesso a serviços públicos e nível de educação do responsável, convertendo-se em um sistema de pontos. Como qualquer instrumento similar, e como afirma o próprio documento técnico referenciado, não constitui um procedimento perfeito, mas *“adequado à grande maioria das situações em que se deseja segmentar a população de acordo com seu poder aquisitivo”*.

Tamanho da amostra de participantes

De acordo com Agranonik, Hirakata, 2011⁽³³⁾ *“no caso de estudos em que o objetivo seja mais descritivo, como estimar uma proporção (podendo ser uma prevalência ou incidência), o motivo de se calcular o tamanho da amostra é garantir uma determinada precisão na estimativa que será obtida”*. No presente estudo os seguintes parâmetros de precisão foram previamente definidos: Segurança: 95% e Margem de Erro de 2%. Com isso, e considerando uma estimativa das proporções objetivadas em 50%, pois essa condição garante um maior tamanho amostral⁽³⁴⁾, o tamanho calculado para amostra foi de 2.400 casos. Para isso foi aplicada a equação apresentada na Figura 2.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2} \rightarrow \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)}{0,02^2} = 2400$$

Figura 2 - Equação utilizada e cálculo do tamanho da amostra. Onde: n = tamanho da amostra; Z = Grau de confiança (95% = 1,96), p = probabilidade de ocorrência (arbitrado em 0,5 para maximizar o tamanho da amostra); e = erro máximo estimado.

Tabela 1

Conversão da pontuação bruta em *“Índice”*, e interpretação dos resultados obtidos a partir da aplicação da *“Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung”*

PONTUAÇÃO BRUTA	ÍNDICE CALCULADO (FORMA DECIMAL)	ÍNDICE CALCULADO (X 100)	INTERPRETAÇÃO
Até 40	Até 0,50	Até 50	Sugestivo de AUSÊNCIA de depressão
> 40 até 47	> 0,50 até 0,59	> 50 até 59	Sugestivo de depressão LEVE
48 a 55	De 0,60 até 0,69	De 60 a 69	Sugestivo de depressão MODERADA
56 ou mais	0,7 ou mais	70 ou mais	Sugestivo de depressão GRAVE

Fonte: Adaptada de Dunstan, Scott, 2019⁽³¹⁾

Escolha dos elementos da amostra – Processo de amostragem

O método de amostragem adotado foi o semiprobabilístico por cotas, com envio de convites eletrônicos aleatórios para pessoas do perfil objetivado, pertencentes a painel online representativo da população brasileira, formalmente estabelecido e aderente aos preceitos éticos e técnicos previstos pela *ESOMAR – European Society for Opinion and Market Research* e ratificados pela *ABEP – Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa*. Foram aceitas as primeiras respostas recebidas, até o limite de cada cota.

Desenho Amostral (Cotas)

Foram estabelecidas cotas, controladas segundo classes socioeconômicas, faixas etárias e regiões combinadas, com tamanhos que levaram a uma distribuição

da amostra próxima à distribuição da população.

Ajuste da Amostra

Segundo Morettin, Bussab, 2011⁽³⁵⁾ “dados obtidos por planos amostrais complexos exigem estatísticas com dados ponderados para estimação não viesada, ou quase não viesada, dos parâmetros populacionais”. Assim sendo, na presente pesquisa, os dados obtidos junto às participantes foram ponderados para ajustar a distribuição da amostra à distribuição da população segundo os subgrupos sociodemográficos considerados (classes socioeconômicas, faixas etárias e regiões combinadas), conforme demonstrado na Tabela 2.

Amostra estudada

A Tabela 3 demonstra a distribuição dos 2.400 casos segundo regiões, faixas etárias e classes socio-

Tabela 2

Fatores de Ponderação aplicados para ajuste dos dados.

Região	Subgrupos		Distribuição das voluntárias		Fator de
	Faixa Etária	Classe	Na amostra	Na população	Ponderação
N+CO	30-44	B2	2,5%	2,0%	0,793
N+CO	30-44	C	5,0%	6,4%	1,281
N+CO	45+	B2	2,5%	1,6%	0,640
N+CO	45+	C	5,0%	5,2%	1,033
NE	30-44	B2	2,5%	2,1%	0,859
NE	30-44	C	8,3%	9,5%	1,139
NE	45+	B2	2,5%	1,7%	0,694
NE	45+	C	8,3%	7,7%	0,919
S	30-44	B2	2,5%	2,5%	1,017
S	30-44	C	4,2%	6,5%	1,565
S	45+	B2	2,5%	2,1%	0,821
S	45+	C	4,2%	5,3%	1,263
SE	30-44	B2	2,5%	3,4%	1,369
SE	30-44	C	5,8%	8,6%	1,468
SE	45+	B2	2,5%	2,8%	1,105
SE	45+	C	5,8%	6,9%	1,185
GSP	30-44	B2	6,7%	4,1%	0,611
GSP	30-44	C	10,0%	10,2%	1,019
GSP	45+	B2	6,7%	3,3%	0,493
GSP	45+	C	10,0%	8,2%	0,822
TOTAL			100,0%	100,0%	

LEGENDA

Regiões

N+CO: Regiões Norte e Centro Oeste

NE: Região Nordeste

S: Região Sul

SE: Região Sudeste, exceto GSP

GSP: Grande São Paulo

Faixas etárias

30-44: Entre 30 e 44 anos de idade

45+: 45 anos ou mais

CLASSE SOCIOECONÔMICA

B2: Classe socioeconômica B2

C: Classe socioeconômica C

econômicas, ajustada de acordo com a distribuição populacional.

Análise dos dados

Foi realizada análise utilizando-se do *software SPSS v.21*[®]. Os testes de hipóteses foram conduzidos com nível de significância de 5%, sendo:

- Entre duas médias de amostras independentes: *Teste T de Student*
- Entre duas proporções em amostras independentes: *Teste Z para Duas Proporções*

Utilizou-se 95% de confiança para cálculos dos intervalos para médias e proporções e como medidas de associação foram utilizados os *Coefficientes de Correlação de Spearman* e/ou *Coefficiente de Contingência de Pearson*, de acordo com os tipos de variáveis em análise.

Resultados

Autorrelato de diagnósticos

As participantes foram solicitadas a indicar se, em

algum momento da vida, receberam de um médico, algum diagnóstico potencialmente relacionado a transtornos de humor.

Foram desconsideradas menos de 10% de todas as respostas obtidas (menos de 0,2% se considerado o total de participantes pesquisadas), pois não se relacionavam a transtornos psiquiátricos, tais como “colesterol alto” ou “artrose”.

Ansiedade foi o diagnóstico mais frequentemente autorrelatado, tendo sido reportado por 59,6% (0,58-0,62) das participantes. Depressão foi o segundo diagnóstico mais frequentemente relatado, com 28,6% (0,27-0,30). Estes resultados estão demonstrados na Figura 3.

Ao analisar a frequência de autorrelato de depressão, foi percebida diferença estatisticamente significativa na comparação entre as classes socioeconômicas, sendo os autorrelatos de diagnóstico de depressão significativamente mais frequentes junto às participantes da classe B2, a mais alta dentre as pesquisadas. Não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias consideradas (Figura 4).

Tabela 3

Amostra de participantes, ajustada segundo a distribuição populacional.

Regiões	Total	Faixas etárias		Classes socioeconômicas	
		30 a 44 anos	45 anos ou mais	B2	C
Grande São Paulo (GSP)	619	343	276	177	442
Região Sudeste (exceto GSP)	519	287	232	148	371
Região Nordeste	505	279	226	93	412
Região Sul	393	218	175	110	283
Regiões Norte e Centro Oeste	364	202	162	86	278
TOTAL DA AMOSTRA	2400	1329	1071	614	1786

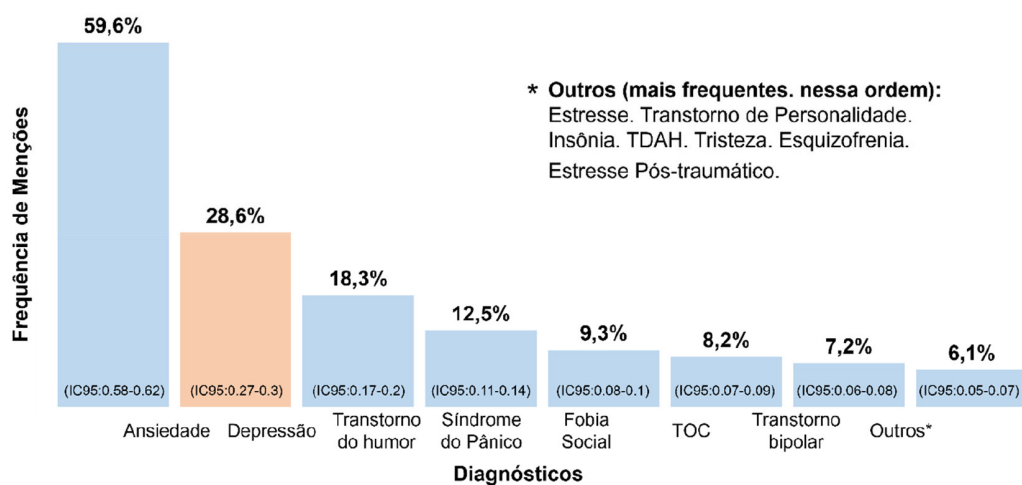


Figura 3 - Frequência de autorrelatos de diagnósticos potencialmente relacionado a transtornos de humor reportados pelas participantes de pesquisa. Legenda: TOC; Transtorno Obsessivo Compulsivo. TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

Uso de medicamentos com atuação no sistema nervoso central

As participantes foram solicitadas a indicar se, no momento da entrevista ou até 90 dias antes, utilizavam ou haviam utilizado algum medicamento com ação no sistema nervoso central. Foram desconsideradas menos de 10% das respostas (menos de 4% se considerado o total de participantes pesquisadas), todas referentes a medicamentos não relacionados a quadros psiquiátricos e sem atuação no sistema nervoso central, tais como polivitamínicos, anti-inflamatórios não esteroidais ou analgésicos simples. Ao analisarmos a amostra total (n= 2400), 26,5% (n=636) das participantes responderam ter utilizado algum medicamento com ação no sistema nervoso central no momento da entrevista ou até 90 dias antes. No que se refere a utilização desse tipo de medicamento, não

foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias (Figura 5). No entanto, quando comparamos as respostas sobre a utilização de algum medicamento com ação no sistema nervoso central entre os grupos de participantes que autorrelataram algum diagnóstico potencialmente relacionado a transtornos de humor e as que não autorrelataram, foi observada uma diferença estatisticamente significativa, sendo que 40% (n=619) das participantes que autorrelataram diagnóstico, também reportaram a utilização desse tipo de medicamento, enquanto que apenas 2% (n=17) das participantes do grupo que não autorrelataram diagnóstico relataram utilizar tal medicação (Figura 5). No que se refere a classe socioeconômica, foi observada diferença estatisticamente significativa, sendo que 35% (n=211) das participantes do grupo Classe B2 reportaram ter utilizado algum medicamento com ação no sistema nervoso central no

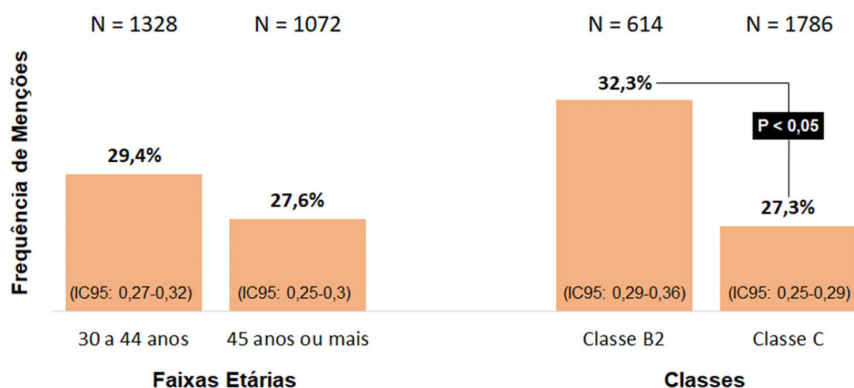


Figura 4 - Autorrelato de diagnóstico de depressão potencialmente relacionado a transtornos de humor reportados pelas participantes de pesquisa, segundo faixas etárias e classes socioeconômicas. Legenda: Classe B2: Cerca de 21% da população - Renda familiar média estimada em R\$ 5.750; Classe C: Cerca de 48% da população - Renda familiar média estimada em R\$ 2.620.

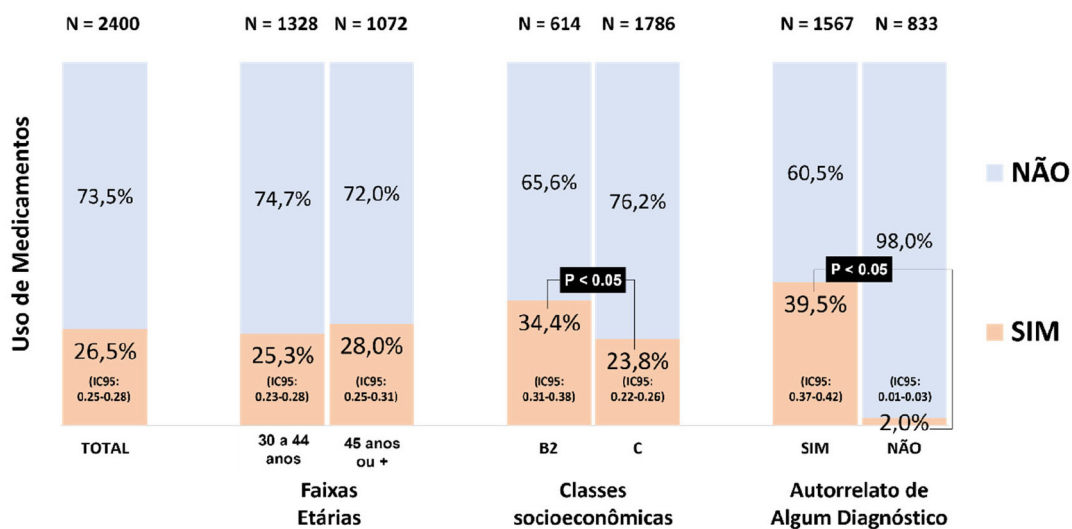


Figura 5 - Utilização algum medicamento com ação no sistema nervoso central no momento da entrevista ou até 90 dias antes de acordo com a faixa etária, classe socioeconômica e autorrelato de algum diagnóstico potencialmente relacionado a transtornos de humor.

momento da entrevista ou até 90 dias antes, enquanto apenas 24% (n=425) das participantes do grupo Classe C apresentaram essa resposta (Figura 5).

Medicamentos utilizados

A Tabela 4 apresenta os 20 princípios ativos mais frequentemente identificados nos medicamentos mencionados pelas participantes. Passiflora foi o único fitoterápico reportado entre os 20 medicamentos mais utilizados, seguido pelo Clonazepam e pela Fluoxetina, sendo que apenas esses 3 medicamentos, quando somados, correspondem a cerca de 50% de todas as respostas fornecidas pelas participantes desta pesquisa no que se refere ao uso de medicamentos.

Inventário de sintomas depressivos

As Figuras 6 e 7 apresentam a prevalência de casos com índices sugestivos de depressão em algum grau junto à população pesquisada, bem como a distribuição dos casos identificados segundo a gravidade sugerida pelos sintomas.

De acordo com os resultados encontrados, a prevalência de casos com índice sugestivo de depressão nas

diferentes regiões acompanha a distribuição identificada em nível nacional, com apenas uma exceção: na região Sudeste (excluída a região da grande São Paulo), a prevalência apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à distribuição nacional (Figura 8).

Ao estratificarmos os resultados segundo as faixas etárias, foi observada a evidência estatística de associação entre índices sugestivos de quadro depressivo e faixa etária. A proporção de casos com índice sugestivo de depressão (total de casos e casos de índice sugestivo de depressão moderada) entre as participantes com 30 a 44 anos foi maior do que a identificada no subgrupo de participantes com 45 anos ou mais, (Figura 9).

Ao considerarmos os resultados segundo as classes socioeconômicas, a proporção de casos com índice sugestivo de depressão moderada foi maior junto às participantes da classe socioeconômica B2, a de maior poder aquisitivo dentre as consideradas (Figura 10).

Ao analisar os resultados de acordo com a presença ou não de autorrelato de depressão, foi identificada associação entre as variáveis consideradas (índice sugestivo de depressão e autorrelato de depressão). Os dados encontrados demonstraram que a proporção de participantes que autorrelatam o diagnóstico de depressão cresceu na medida que se consideraram

Tabela 4

Princípios ativos dos medicamentos mais mencionados pelas participantes.

PRINCÍPIO ATIVO	N	% SOBRE USUÁRIAS DE MEDICAMENTOS		% SOBRE O TOTAL	
Passiflora	132	20,8%	(IC95: 0,18-0,24)	5,5%	(IC95: 0,05-0,06)
Clonazepam	102	16,0%	(IC95: 0,13-0,19)	4,3%	(IC95: 0,03-0,05)
Fluoxetina	91	14,3%	(IC95: 0,12-0,17)	3,8%	(IC95: 0,03-0,05)
Amtriptilina	60	9,4%	(IC95: 0,07-0,12)	2,5%	(IC95: 0,02-0,03)
Sertralina	58	9,1%	(IC95: 0,07-0,11)	2,4%	(IC95: 0,02-0,03)
Diazepam	34	5,3%	(IC95: 0,04-0,07)	1,4%	(IC95: 0,01-0,02)
Zolpidem	31	4,9%	(IC95: 0,03-0,07)	1,3%	(IC95: 0,01-0,02)
Escitalopram	28	4,4%	(IC95: 0,03-0,06)	1,2%	(IC95: 0,01-0,02)
Ácido Valpróico	28	4,4%	(IC95: 0,03-0,06)	1,2%	(IC95: 0,01-0,02)
Venlafaxina	19	3,0%	(IC95: 0,02-0,04)	0,8%	(IC95: 0,00-0,01)
Alprazolam	18	2,8%	(IC95: 0,02-0,04)	0,8%	(IC95: 0,00-0,01)
Quetiapina	17	2,7%	(IC95: 0,01-0,04)	0,7%	(IC95: 0,00-0,01)
Bromazepam	10	1,6%	(IC95: 0,01-0,03)	0,4%	(IC95: 0,00-0,01)
Duloxetina	9	1,4%	(IC95: 0,00-0,02)	0,4%	(IC95: 0,00-0,01)
Lítio	9	1,4%	(IC95: 0,00-0,02)	0,4%	(IC95: 0,00-0,01)
Citalopram	9	1,4%	(IC95: 0,00-0,02)	0,4%	(IC95: 0,00-0,01)
Trazodona	8	1,3%	(IC95: 0,00-0,02)	0,3%	(IC95: 0,00-0,01)
Paroxetina	7	1,1%	(IC95: 0,00-0,02)	0,3%	(IC95: 0,00-0,01)
Nortriptilina	7	1,1%	(IC95: 0,00-0,02)	0,3%	(IC95: 0,00-0,01)
Bupropiona	7	1,1%	(IC95: 0,00-0,02)	0,3%	(IC95: 0,00-0,01)

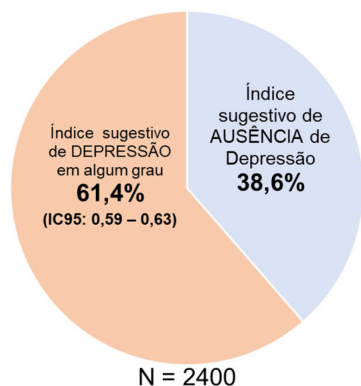


Figura 6 - Distribuição do total de participantes segundo a presença ou não de índice sugestivo de depressão.

os subgrupos com índice sugestivo de depressão da *Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung* mais elevado, ou seja, aqueles sugestivos de sintomatologia mais grave sendo, portanto, esperado que estes tenham recebido o diagnóstico mais frequentemente.

Ao estratificarmos apenas os casos com índice sugestivo de depressão leve (628), observamos que somente em aproximadamente 25% (n=164) deles houve autorrelato do diagnóstico de depressão (Tabela 5). Deste modo, mesmo considerando os cerca de 70% (n=441) de casos em que houve a menção de pelo menos um diagnóstico (depressão ou outros), restam cerca de 30% (n=187) de participantes sem qualquer autorrelato. Assim sendo, se desconsiderados os autorrelatos de ansiedade (n=405), em mais de 50%

(n=353) dos casos, não houve autorrelato de qualquer diagnóstico (Tabela 5). Ao analisarmos os casos com índice sugestivo de depressão moderada, se considerarmos os autorrelatos de pelo menos um diagnóstico, o percentual de participantes potencialmente sem diagnóstico varia de 17% (n=85), cresce para quase 38% (n=190) se desconsiderarmos os autorrelatos de ansiedade e chega a mais de 60% (n=307) se considerarmos apenas os autorrelatos do diagnóstico de depressão (Tabela 5). Por outro lado, ao analisarmos os casos com índice sugestivo de depressão grave, observamos que, se consideradas as menções de qualquer dos diagnósticos mencionados, o potencial de casos sem diagnóstico varia de cerca de 6% (n=20), sobe para quase 16% (n=54) se desconsiderarmos os autorrelatos de ansiedade e atinge quase 30% (n=100) se considerarmos somente as menções específicas ao diagnóstico de depressão (Tabela 5).

Ao analisarmos os resultados segundo o uso ou não de medicamentos foi identificada associação entre as variáveis consideradas (índice sugestivo de depressão e uso de medicamentos) (Figura 12).

De acordo com os resultados encontrados, nota-se que a proporção de participantes com uso de medicamentos cresce na medida que se consideram os subgrupos com índice sugestivo de depressão da *Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung* mais elevado, ou seja, aqueles sugestivos de sintomatologia mais grave, sendo, portanto, esperado que haja maior proporção de casos com utilização de algum

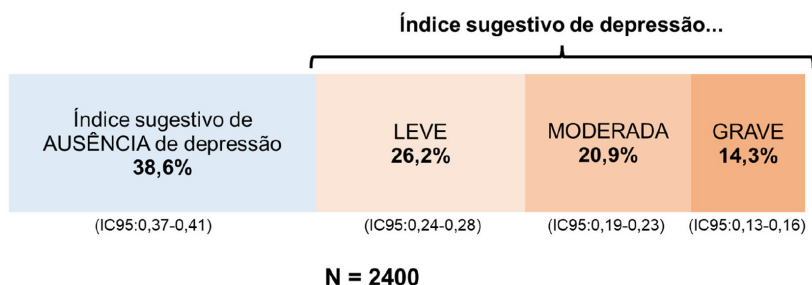


Figura 7 - Distribuição das participantes segundo faixas do índice sugestivo de depressão da *Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung*.

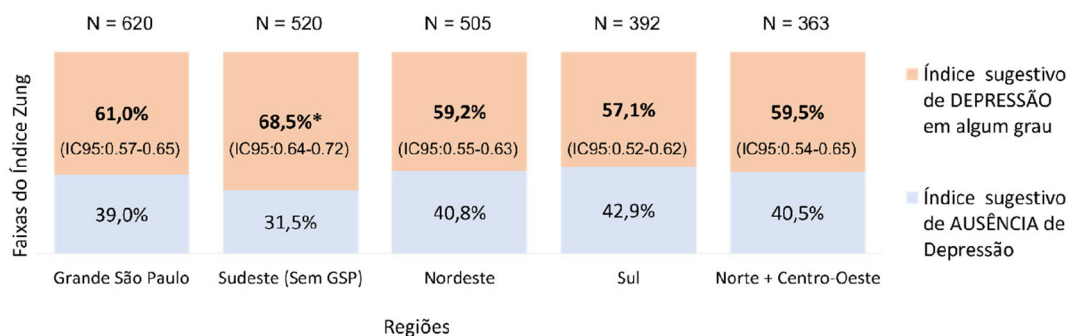


Figura 8 - Distribuição por regiões das participantes segundo a presença ou não de índice sugestivo de depressão da *Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung*. (*) Indica P < 0,05 em relação à distribuição nacional.

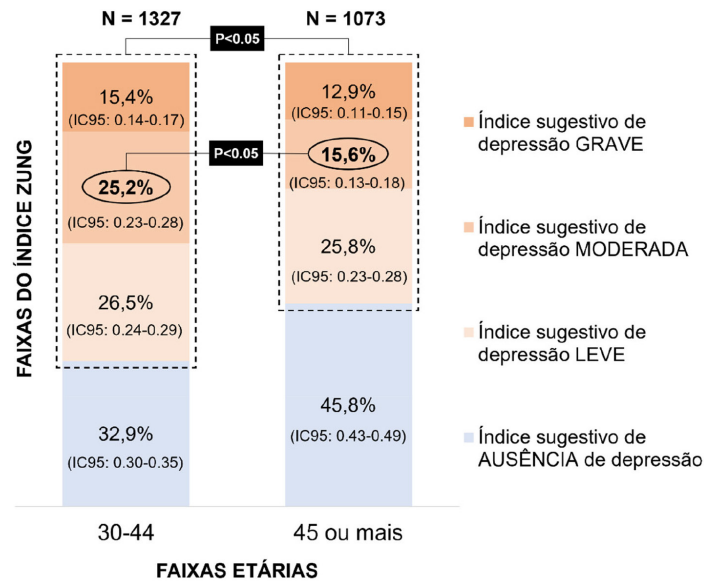


Figura 9 - Distribuição das participantes pelas faixas do índice sugestivo de depressão da *Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung* segundo as faixas etárias consideradas. Coeficiente de Contingência: 0,75; $P < 0,05$.

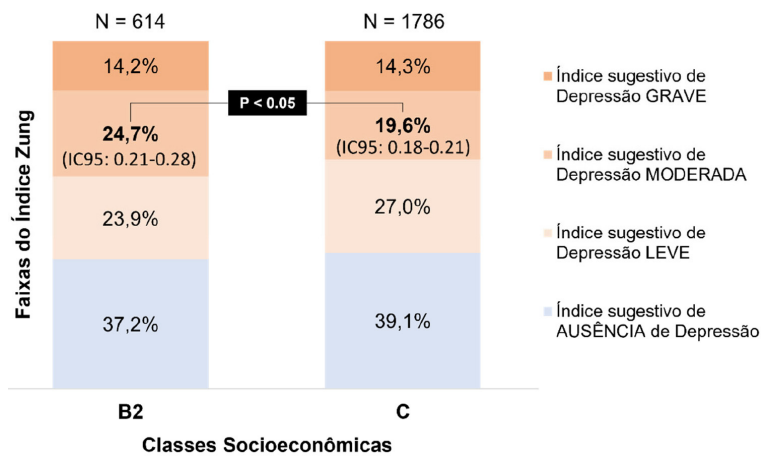


Figura 10 - Distribuição das participantes pelas faixas do índice sugestivo de depressão da *Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung* segundo as classes socioeconômicas consideradas. Coeficiente de Contingência: 0,16; $P = NS$.

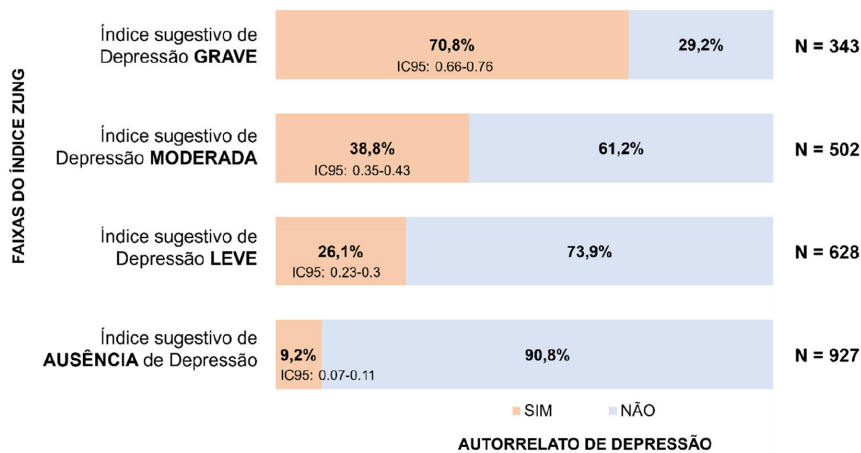


Figura 11 - Ocorrência de autorrelato de depressão de acordo com as faixas do índice sugestivo de depressão da *Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung*. - Coeficiente de Contingência: 0,99; $P < 0,05$ e Coeficiente de Correlação de Spearman: 0,435; $P < 0,01$.

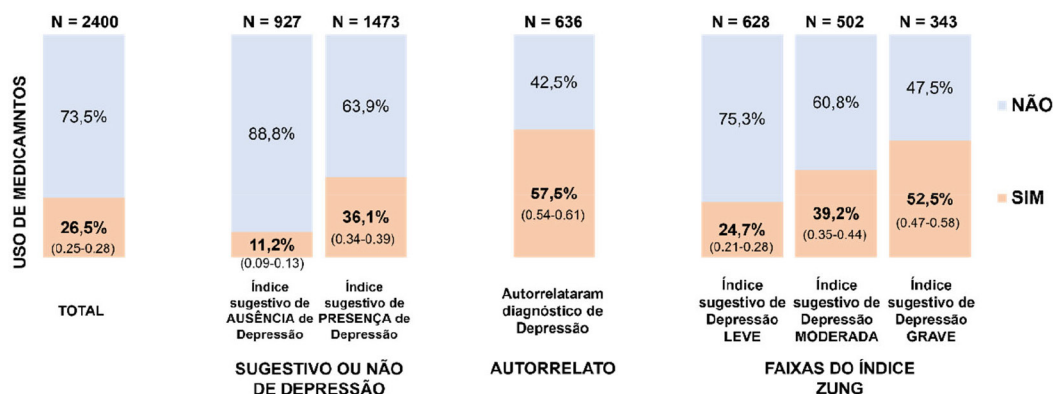


Figura 12 - Distribuição das participantes segundo o uso de medicamentos de acordo com o autorrelato de diagnóstico de depressão e faixas do índice sugestivo de depressão da Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung. Coeficiente de Contingência: 0,98; P < 0,05.

Tabela 5

Percentual das participantes que autorrelataram cada um dos diagnósticos indicados, segundo as faixas do índice sugestivo de depressão da Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung.

Diagnósticos	Subgrupos de acordo com as faixas do Índice Zung							
	Índice sugestivo de AUSÊNCIA de Depressão (N = 927)		Índice sugestivo de Depressão LEVE (N = 628)		Índice sugestivo de Depressão MODERADA (N = 502)		Índice sugestivo de Depressão GRAVE (N = 343)	
	Autorrelato? (%)		Autorrelato? (%)		Autorrelato? (%)		Autorrelato? (%)	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Depressão	9,2	90,8	26,1	73,9	38,8	61,2	70,8	29,2
Ansiedade	37,0	63,0	64,5	35,5	75,1	24,9	89,2	10,8
Transtorno bipolar	1,0	99,0	4,3	95,7	10,8	89,2	24,2	75,8
Transtorno obsessivo-compulsivo	1,8	98,2	6,4	93,6	12,9	87,1	21,6	78,4
Síndrome do Pânico	4,5	95,5	9,4	90,6	17,9	82,1	32,1	67,9
Transtorno de humor	4,3	95,7	14,2	85,8	28,7	71,3	48,1	51,9
Fobia Social	1,6	98,4	6,8	93,2	14,7	85,3	26,8	73,2
Outros*	2,0	98,0	5,3	94,7	8,4	91,6	15,2	84,8
Mencionou ao menos um diagnóstico	41,7	58,3	70,2	29,8	83,1	16,9	94,2	5,8
Mencionou ao menos um diagnóstico (exceto Ansiedade)	18,2	81,8	43,8	56,2	62,2	37,8	84,3	15,7

* Outros (mais frequentes, nessa ordem): Estresse, Transtorno de Personalidade, Insônia, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Tristeza, Esquizofrenia, Estresse Pós-traumático.

medicamento (Figura 12). Entretanto, apenas cerca de 36% (n=532) das pessoas com índice sugestivo de depressão, através da *Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung*, relataram o uso de algum medicamento com ação no sistema nervoso central no momento da entrevista ou até 90 dias antes. Por outro lado, dentre as participantes que autorrelataram diagnóstico de depressão, 57,5% (n=366) reportaram uso de algum medicamento (Figura 12). Os dados encontrados demonstraram que o Passiflora foi o

princípio ativo mais frequentemente relatado pelas participantes do estudo, exceto dentre as aquelas com índices sugestivos de quadro depressivo grave, nos quais foram reportados mais frequentemente o uso de Clonazepam e a Fluoxetina (Tabela 6).

Discussão

De acordo com artigo sobre a prevalência de autorrelato de depressão no Brasil, baseado na Pesquisa

Tabela 6

Princípios ativos dos medicamentos mais frequentemente mencionados pelas participantes, de acordo com as faixas do índice sugestivo de depressão da Escala de Autoavaliação de Sintomas Depressivos de Zung.

<i>Princípios Ativos</i>	<i>Índice sugestivo de AUSÊNCIA de Depressão</i>	<i>Índice sugestivo de Depressão LEVE</i>	<i>Índice sugestivo de Depressão MODERADA</i>	<i>Índice sugestivo de Depressão GRAVE</i>
Passiflora	31,7%	26,5%	19,3%	11,1%
Clonazepan	10,6%	14,8%	13,7%	22,8%
Fluoxetina	6,7%	15,5%	12,2%	20,0%
Amtriptilina	9,6%	7,1%	10,2%	10,6%
Sertralina	10,6%	8,4%	8,6%	9,4%
Diazepam	5,8%	3,2%	4,6%	7,8%
Zolpidem	2,9%	6,5%	5,1%	4,4%
Escitalopram	5,8%	6,5%	3,0%	3,3%
Ácido Valpróico	4,8%	3,9%	5,1%	3,9%
Venlafaxina	1,9%	1,3%	4,1%	3,9%
Alprazolam	1,9%	1,3%	5,1%	2,2%
Quetiapina	1,0%	3,2%	2,5%	3,3%
Bromazepan	0,0%	1,3%	1,5%	2,8%
Duloxetina	2,9%	0,6%	1,0%	1,7%
Lítio	1,9%	0,6%	0,5%	2,8%
Citalopram	1,9%	1,9%	1,0%	1,1%
Trazodona	0,0%	1,9%	1,5%	1,1%
Paroxetina	1,0%	1,3%	1,5%	0,6%
Nortriptilina	0,0%	0,6%	1,5%	1,7%
Bupropiona	1,0%	1,9%	1,0%	0,6%
N	104	155	197	180

Nacional de Saúde (PNS) de 2013⁽³⁶⁾ foi observada uma taxa dessa condição de 7,6% em adultos de 18 anos ou mais, sendo a maior prevalência 10,9% entre mulheres⁽³⁷⁾. Após seis anos, dados da PNS de 2019⁽³⁸⁾ demonstraram que a taxa reportada de prevalência de autorrelato de depressão em adultos de 18 anos ou mais foi de 10,2%, sendo que quando estratificado foi observada uma taxa de 14,7% em mulheres. Portanto, houve crescimento importante (cerca de 34%) nos autorrelatos de diagnóstico, tanto em adultos acima de 18 anos como dentre as mulheres. Cabe ressaltar que a PNS utiliza uma abordagem que permite a obtenção das informações por meio de perguntas sobre diagnóstico prévio de depressão, em algum momento da vida, feito especificamente por médico ou profissional de saúde mental. Assim sendo, essa metodologia implica que o diagnóstico prévio de depressão tenha sido fornecido por um especialista. No presente estudo, diferentemente da metodologia utilizada na PNS, foi utilizada uma abordagem diferente, considerando diagnóstico fornecido por um médico, não obrigatoriamente um especialista em saúde mental. Assim

sendo, podemos sugerir que a diferença na metodologia utilizada pode ser uma das causas das diferenças encontradas entre a taxa de autorrelato de diagnóstico de depressão apontada pela PNS de 2013 (7,6%)⁽³⁷⁾ ou PNS de 2019 (10,2%)⁽³⁸⁾ e a taxa de autorrelato de diagnóstico de depressão observada no presente estudo (28,6%). Outra diferença de metodologia entre o levantamento realizado pelas PNS de 2013 e 2019 e a presente pesquisa são algumas características da população estudada. Enquanto as pesquisas realizadas nas PNS envolveram amostras de faixa etária mais ampla (acima de 18 anos) e de todas as camadas sociais, nossa abordagem foi direcionada para mulheres acima de 30 anos e somente as pertencentes as classes socioeconômicas B2 e C. De fato, diferenças identificadas na prevalência de autorrelato de diagnóstico de depressão entre as classes estudadas foi apontada por estudo realizado por Stopa et al em 2015⁽³⁷⁾. Os mesmos autores questionam se tais diferenças poderiam ser decorrentes de barreiras adicionais para acesso ao diagnóstico pelas classes socioeconômicas mais baixas. Por outro lado, uma vez que os valores apresentados

pela PNS de 2013⁽³⁷⁾ e pela PNS de 2019⁽³⁸⁾ demonstraram um aumento significativo de 34% da taxa de autorrelato de diagnóstico de depressão por mulheres no período de seis anos, o fato da presente pesquisa apresentar dados de 2021 pode sugerir que o fato da taxa por nós observada ser quase o dobro (28,6%) pode refletir um aumento real da prevalência dessa condição ao longo de quatro anos, mesmo se considerado o impacto da pandemia de COVID-19⁽¹²⁾. Nossos resultados demonstraram que, dentro da amostra estudada, a maior proporção de uso de medicamentos com atuação no sistema nervoso central ocorreu em pessoas da classe socioeconômica B2, ou seja, a mais alta dentre as mulheres entrevistadas. Segundo o relatório da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) "Desafios do Acesso a Medicamentos no Brasil"⁽³⁹⁾, as famílias financiam 90% dos seus gastos com medicamentos. A menor proporção de casos de uso de medicamentos por pessoas de menor poder aquisitivo que autorrelataram diagnósticos parece permitir especular que, à luz da informação do relatório da FIOCRUZ, também quando se considera o uso de medicamentos, há interferência do poder aquisitivo, e que as desigualdades parecem afetar a possibilidade de acesso aos potenciais tratamentos. De acordo com dados da literatura, estudo sobre uso de psicotrópicos, não incluindo fitoterápicos, na atenção primária à saúde⁽⁴⁰⁾ indicou a prevalência de 25,8% de uso desse tipo de medicação, apontando a Fluoxetina e a Amtriptilina como os antidepressivos mais prescritos, sendo o Clonazepam e o Diazepam os mais prescritos dentre os benzodiazepínicos. Outro estudo sobre o consumo de Passiflora e Valeriana⁽⁴¹⁾ reportou crescimento do uso de produtos compostos por esses princípios ativos no período da pandemia de COVID-19, o que parece estar alinhado com a quantidade de relatos da utilização de Passiflora observados em nossa pesquisa. Embora nossos resultados estejam próximos aos encontrados na literatura no que se refere à classificação de substâncias mais utilizadas, o referido estudo⁽⁴¹⁾ não envolveu fitoterápicos e não utilizou uma amostra de participantes totalmente comparável ao nosso estudo. Enquanto os dados encontrados na literatura⁽⁴²⁾ foram originados de uma amostra da população geral do Brasil, nosso estudo teve como população alvo mulheres adultas de poder aquisitivo médio-baixo no Brasil. Assim, devido as diferenças e limitações de metodologias, podemos sugerir, mas não afirmar que a prevalência de uso de medicamentos com ação no sistema nervoso central por nós encontrada, do Brasil está em harmonia com os dados encontrados na literatura. Quando analisamos os resultados do inventário de sintomas depressivos, e baseando-se exclusivamente nesse indicador, mesmo considerando a influência do período da pandemia da COVID-19 no

qual o levantamento dos dados foi realizado, nossos resultados sugerem prevalência de casos de depressão (61,3%) superior às estimativas anteriormente referidas na literatura (entre 5,8% e 10,2%)^(9,38). Ao considerarmos a distribuição dos casos com índices sugestivos de depressão segundo a potencial gravidade do quadro, observou-se que a prevalência de casos graves se aproximou da estimativa de 15,3% obtida por Coelho et al, 2013⁽¹⁸⁾. No entanto, quando analisamos a somatória de casos leves e moderados, 9% (classe B2) e 11% (classe C), encontrada no levantamento referenciado, observamos uma diferença em relação aos nossos resultados, onde obtivemos cerca de 47%. Assim sendo, mesmo considerando o esperado impacto na prevalência de depressão causado pela pandemia da COVID-19, estimado em cerca de 20% para o Brasil⁽¹⁴⁾, o levantamento por nós observado sugere uma prevalência maior dessa condição. Em uma revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB) sobre o tratamento da depressão⁽⁴³⁾ os autores afirmam que "*em serviços de cuidados primários e outros serviços médicos gerais, 30 a 50% dos casos de depressão não são diagnosticados*". Esse fato parece justificar, pelo menos em parte, a diferença encontrada nessa pesquisa. Lira, Bortoli, 2011⁽⁴⁴⁾ discutem a depressão em mulheres sob a perspectiva da análise do comportamento, aspectos socioambientais, e gravidez, indicando prevalência de depressão pós-parto em cerca de 10-15% das mulheres em vários países do mundo, envolvendo influência das alterações hormonais, ganho de peso, mudanças na rotina, entre outros fatores. Esses dados da literatura sugerem a possibilidade de que a maior proporção de casos com índice sugestivo de depressão em mulheres na faixa etária de 30 a 44 anos identificado em nossa pesquisa tenha relação com a maior taxa de fecundidade nessa idade, comparativamente à de mulheres com 45 anos ou mais⁽⁴⁵⁾. No que se refere a classe socioeconômica, levantamento realizado por Coelho et al, 2013⁽¹⁸⁾ sugere prevalência de depressão ligeiramente maior na classe socioeconômica mais baixa, sendo 9,2% na classe B2 e 11,3% na classe C. Porém tal análise não considerou diferenças de gênero ou faixa etária, o que não permite comparação com nossos resultados. Com base apenas nos autorrelatos de diagnóstico de depressão, os dados obtidos em nosso estudo se alinham à estimativa reportada por Fleck et al, 2009⁽⁴³⁾ quando consideramos somente os casos com índice mais elevado e sugestivos de transtorno depressivo moderado a grave. No entanto, quando realizamos um recorte para os casos sugestivos de depressão leve nossos dados sugerem um percentual maior de não diagnóstico nesses casos em comparação ao estudo de Fleck et al, 2009⁽⁴³⁾. Essa diferença encontrada pode ser explicada pelo fato de termos envolvido em nossa pesquisa somente mulheres adultas de médio-baixo poder aquisitivo, ao

passo que no estudo referenciado, a população geral foi considerada. No que se refere ao uso de medicamentos com ação no sistema nervoso central, segundo a PNS de 2019⁽³⁸⁾, 49,3% das mulheres que referiram diagnóstico de depressão usavam algum medicamento para o tratamento dessa condição. Apesar dos levantamentos realizados pela PNS apontarem que o uso de medicamentos foi ligeiramente maior em comparação aos nossos resultados, é preciso considerar que existem diferenças metodológicas entre os estudos que podem interferir na comparação desses índices. Por outro lado, quando analisamos as informações fornecidas por revisão realizada em 2016 sobre uso de psicotrópicos⁽⁴⁰⁾, observamos percentuais de utilização dessa medicação em torno de 60%, captados em diferentes estudos envolvendo diferentes públicos e regiões. Esse percentual se aproxima do encontrado em nossos resultados (57,5%) quando consideramos os casos com autorrelato de diagnóstico de depressão.

Conclusão

A prevalência de sintomas depressivos em mulheres adultas de poder aquisitivo médio-baixo no Brasil é de 61,4% (IC95: 0,59 – 0,63). Na região Sudeste (exceto Grande São Paulo), chega 68,5% (IC95: 0,64 – 0,72). As demais regiões acompanham a prevalência nacional. A prevalência é maior na faixa etária de 30 a 44 anos: 67,1% (IC95: 0,65 – 0,70), e menor na faixa de 45 anos ou mais: 54,2% (IC95: 0,51 – 0,57). Nacionalmente os casos com **índice** sugestivo de depressão em algum grau estão assim distribuídos segundo o nível de gravidade:

- **Índice** Zung sugestivo de depressão leve: 26,2% (IC95: 0,24 – 0,28)
- **Índice** Zung sugestivo de depressão moderada: 20,9% (IC95: 0,19 – 0,23)
- **Índice** Zung sugestivo de depressão grave: 14,3% (IC95: 0,13 – 0,16)

Os resultados obtidos indicam que prevalência de sintomas depressivos é maior que as estimativas reportadas e referenciadas, e apesar do período de coleta dos dados (pandemia de COVID-19), a hipótese de subdiagnóstico do quadro fica reforçada, indicando a necessidade de mais estudos a respeito, sobretudo em relação às causas que levam a isso. Esse entendimento mais profundo pode não só proporcionar condições para que medidas sejam adotadas visando minimizar o impacto social e econômico da depressão, mas também poupar o sofrimento de milhões que vivem com seus sintomas.

Financiamento: Esta pesquisa não recebeu nenhum financiamento.

Conflitos de interesse: Os autores declaram que não têm interesses financeiros ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

Contribuição dos autores: **MCV:** Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração de projetos, Escrita - rascunho original. **LLM:** Supervisão, Escrita - revisão e edição.

Referências

1. Kapczinski F, Quevedo J, Izquierdo I. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 352p.
2. Kapczinski F, Magalhães PV, Balanzá-Martinez V, Dias VV, Frangou S, Gama CS, et al. Staging systems in bipolar disorder: an International Society for Bipolar Disorders Task Force Report. *Acta Psychiatr Scand.* 2014; 130(5):354-63. <https://doi.org/10.1111/acps.12305>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. 947p.
4. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(supl.1): SI6-SI1. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>
5. Mezzich JE. International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology.* 2002; 35(2-3):72-5. <https://doi.org/10.1159/000065122>
6. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatr Clin North Am.* 2012; 35(1):51-71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>
7. Noble RE. Depression in women. *Metabolism.* 2005; 54(5 Suppl 1):49-52. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2005.01.014>
8. Sassarini DJ. Depression in midlife women. *Maturitas.* 2016; 94:149-54. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.004>
9. Organización Panamericana de la Salud (OPAS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. 24p.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNS 2019. 2019. Sistema SIDRA. [Internet]. [citado 2024 Mar 12]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4694#resultado>
11. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health.* 2020; 16(1):57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
12. Feter N, Caputo EL, Doring IR, Leite JS, Cassuriaga J, Reichert FF, da Silva MC, Coombes JS, Rombaldi AJ. Sharp increase in depression and anxiety among Brazilian adults during the COVID-19 pandemic: findings from the PAMPA cohort. *Public Health.* 2021; 190:101-7. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.11.013>
13. Martinelli N, Gil S, Chevalère J, Belletier C, Dezechache G, Huguet P, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Vulnerable People Suffering from Depression: Two Studies on Adults in France. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(6):3250. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063250>
14. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries

- and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
15. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, Grant BF. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75(4):336-46. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>
 16. Rezende CHA, Abrão CB, Coelho EP, Passos LBS. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 3(32):315-23. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300006>
 17. Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, Santos JLF, Duarte YO, Lebrão ML, et al. Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: prevalence and associated factors (SABE Study). *Rev Bras Epidemiol*. 2019; 21(Suppl 02(Suppl 02)):e180014. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>
 18. Coelho CL, Crippa JA, Santos JL, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, et al. Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013; 35(2):142-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300006>
 19. Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2012 ;35(1):1-14. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.005>
 20. Zung WW, Richards CB, Short MJ. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS. *Arch Gen Psychiatry*. 1965; 13(6):508-15. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01730060026004>
 21. Thurber S, Snow M, Honts CR. The Zung Self-Rating Depression Scale: convergent validity and diagnostic discrimination. *Assessment*. 2002; 9(4):401-5. <https://doi.org/10.1177/1073191102238471>
 22. Dunstan DA, Scott N, Todd AK. Screening for anxiety and depression: reassessing the utility of the Zung scales. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1):329. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1489-6>
 23. Sun YJ, Xu LZ, Ma ZH, Yang YL, Yin TN, Gong XY, et al. Health-related risky behaviors and their risk factors in adolescents with high-functioning autism. *World J Clin Cases*. 2021; 9(22):6329-42. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i22.6329>
 24. Mess E, Ziembowska A, Staś J, Misiąg W, Chabowski M. Assessment of the emotional condition of women with cancer. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021; 25(17):5429-35. https://doi.org/10.26355/eurrev_202109_26650
 25. Chandankhede M, Gupta M, Pakhmode S. Assessment of psychological status and oxidative stress in postmenopausal women: a Cross-Sectional Study. *J Menopausal Med*. 2021; 27(3):155-61. <https://doi.org/10.6118/jmm.20035>
 26. Lawal TA, Wires ES, Terry NL, Dowling JJ, Todd JJ. Preclinical model systems of ryanodine receptor 1-related myopathies and malignant hyperthermia: a comprehensive scoping review of works published 1990-2019. *Orphanet J Rare Dis*. 2020; 15(1):113. <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01384-x>
 27. Aros MS, Yoshida EMP. Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. *Bol Psicol*. 2009; 59(130):61-76.
 28. Chagas MH, Tumas V, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, de Sousa JP, et al. Validity of a Brazilian version of the Zung self-rating depression scale for screening of depression in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2010; 16(1):42-5. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.07.010>
 29. Passik SD, Lundberg JC, Rosenfeld B, Kirsh KL, Donaghy K, Theobald D, et al. Factor analysis of the Zung Self-Rating Depression Scale in a large ambulatory oncology sample. *Psychosomatics*. 2000; 41(2):121-7. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.2.121>
 30. Dunstan DA, Scott N. Assigning clinical significance and symptom severity using the Zung scales: levels of misclassification arising from confusion between index and raw scores. *Depress Res Treat*. 2018; 2018:9250972. <https://doi.org/10.1155/2018/9250972>. eCollection 2018
 31. Dunstan DA, Scott N. Clarification of the cut-off score for Zung's self-rating depression scale. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):177. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2161-0>
 32. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2021. [Internet]. São Paulo: ABEP; 2021. [citado 2024 Fev 15]. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>
 33. Agranonik M, Hirakata VN. Cálculo de tamanho de amostra: proporções. *Rev HCPA*. 2011; 31(1):382-8.
 34. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações. *Cad Saude Colet*. (Rio J.) 2000; 8(2):9-28.
 35. Morettin P, Bussab WO. Estatística básica. 6ª. ed. São Paulo: Saraiva; 2010. 557p.
 36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. 180p.
 37. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Souza Lopes C, 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. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>
 38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 105p.
 39. Bermudez JAZ, Costa JCS, Noronha JC, organizadores. Desafio do acesso a medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Livre; 2020. 190p.
 40. Farias MS, Silva AB, Furtado DR, Silva JNF, Oton LB, Souza EM, et al. Uso de psicotrópicos no Brasil: uma revisão da literatura. *Biofarm*. 2016;12(4):6-10. <https://revista.uepb.edu.br/BIOFARM/article/view/2069/1670>
 41. Pessolato JP, Rodrigues SP, Souza DA, Boiati RF. Avaliação do consumo de Valeriana e Passiflora durante pandemia COVID-19. *Braz J Health Rev*. 2021;4(2):5589-609. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-126>
 42. Borges TL, Miaso AI, Vedana KGG, Telles Filho PCP, Hegadoren KM. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(4):344-9. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500058>
 43. Fleck M, Berlin M, Lafer B. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(Supl 1):s7-17.
 44. Correia KML, Borloti E. Mulher e depressão: uma análise comportamental-contextual. *Acta Comport*. 2011; 19(3):359-73. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/actac/v19n3/a07.pdf>
 45. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Fecundidade e dinâmica da população brasileira. [Internet]. Brasília (DF): UNFPA; 2018. 42p. dez [citado 2024 Jul 1]. Disponível em: https://brasil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_brasil_web.pdf

Trabalho recebido: 04/04/2024

Trabalho aprovado: 27/08/2024

Trabalho publicado: 06/09/2024

Editor Responsável: Prof. Dr. Eitan Naaman Berezin (Editor Chefe)