



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

RENATA AGUILHERA AGUIAR

**COMPORTAMENTO SUICIDA EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

PASSO FUNDO – RS

2020

RENATA AGUILHERA AGUIAR

**COMPORTAMENTO SUICIDA EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para a obtenção
do título de médico pela Universidade Federal da
Fronteira Sul, campus Passo Fundo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivana Loraine Lindemann

Co-orientador: Prof. Me. Rogério Tomasi Riffel

**PASSO FUNDO-RS
2020**

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Aguiar, Renata Aguilhera
TENTATIVA DE SUICÍDIO: PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE /
Renata Aguilhera Aguiar. -- 2020.
65 f.

Orientadora: Doutora Ivana Lorainelindemann
Co-orientador: Mestre Rogério Tomasi Riffel
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2020.

1. Saúde mental. 2. Saúde pública. I.
Lorainelindemann, Ivana, orient. II. Riffel, Rogério
Tomasi, co-orient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

RENATA AGUILHERA AGUIAR

**COMPORTAMENTO SUICIDA EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para a obtenção
do título de médico pela Universidade Federal da
Fronteira Sul, campus Passo Fundo.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi declarado aprovado pela banca em

____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dra. Ivana Loraine Lindemann

Prof. Karina de Oliveira Lima Migliorini

Prof. Me. Bruna Chaves Lopes

À Ana, que soube ser paciência nas minhas demoras, que vestiu-se de resiliência para que eu pudesse abraçar meus sonhos, que acreditou quando nem mesmo eu pude. À Ana, com todo meu carinho.

AGRADECIMENTOS

Obrigada Jeniffer, pelo incentivo e por ser minha família em Passo Fundo.

Obrigada Professora Ivana, por me acolher, você não imagina o que significou pra mim. Sua dedicação, suporte e paciência tornaram este trabalho possível.

Ao professor Gustavo O. Acrani, agradeço pela orientação emprenho e confiança no desenvolvimento desse trabalho.

Obrigada Capitu, sem você meus dias seriam mais calmos, mesmo assim te escolheria outras mil vezes.

Agradeço à Universidade por me oferecer professores incríveis, um ambiente de estudo saudável e muitos estímulos para participar de atividades acadêmicas. Sou grata não somente aos professores, mas também à direção, ao pessoal do administrativo, da limpeza e demais colaboradores da instituição.

“A vida começa todos os dias”

Erico Verissimo no livro Olhai os Lírios do Campo

RESUMO

O presente trabalho, intitulado “Comportamento suicida em usuários da atenção primária à saúde” foi desenvolvido pela acadêmica Renata Aguilhera Aguiar, sob orientação da Profª Drª Ivana Loraine Lindemann e coorientação do Prof. Me. Rogério Tomasi Riffel. Desenvolvido como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, e foi redigido de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e com o regulamento de TCC do curso de medicina Campus Passo Fundo. É composto pelo projeto detalhado, elaborado no componente curricular Pesquisa em Saúde no primeiro semestre de 2019, seguido de relatório de pesquisa, elaborado no componente curricular TCC 1, segundo semestre de 2019 e por fim um artigo científico a ser desenvolvido no componente curricular TCC 2 no primeiro semestre de 2020.

Palavras-chave: comportamento suicida, atenção primária à saúde, epidemiologia.

ABSTRACT

The present work, entitled “Suicidal behavior in users of primary health care” was developed by the academic Renata Aguilheira Aguiar, under the guidance of Prof^a Dr^a Ivana Loraine Lindemann and co-oriented by Prof. Me. Rogério Tomasi Riffel. Developed as a partial requirement for obtaining a Bachelor of Medicine degree from the Federal University of Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, and was written in accordance with the Academic Works Manual of the Federal University of Fronteira Sul (UFFS), and with the TCC regulation of the Medicine course Campus Passo Fundo. It consists of the detailed project, elaborated in the curricular component Research in the first semester of 2019, followed by a research report, elaborated in the curricular component TCC1, second semester of 2019 and finally a scientific article to be developed in the curricular component TCC 2 in the first half of 2010

Key words: suicidal behavior, primary health care, epidemiology.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2	DESENVOLVIMENTO	12
2.1	PROJETO DE PESQUISA	12
2.1.1.	Resumo	12
2.1.2.	Tema	12
2.1.3.	Problema	12
2.1.4.	Hipóteses	13
2.1.5.	Objetivos	13
2.1.5.1	Objetivo geral	13
2.1.5.2	Objetivos específicos	13
2.1.6.	Justificativa	13
2.1.7.	Referencial teórico	13
2.1.7.1	Conceitos	14
2.1.7.2	Epidemiologia	14
2.1.7.3	Fatores de risco	15
2.1.7.4	Papel da Atenção Primária à Saúde	17
2.1.8.	Metodologia	19
2.1.8.1.	Tipo de estudo, local e período de realização	19
2.1.8.2.	População e amostragem	19
2.1.8.3.	Variáveis e instrumentos de coleta de dados	20
2.1.8.4.	Processamento, controle de qualidade e análise dos dados	21
2.1.8.5.	Aspectos éticos	21
2.1.9.	Recursos	21
2.1.10.	Cronograma	22
2.1.11.	Referências	23
2.1.12.	Anexos	25
2.1.12.1	Questionário estruturado de pesquisa	25
2.2.	RELATÓRIO DE PESQUISA	33
3.	ARTIGO CIENTÍFICO	34
4.	REFERÊNCIAS	51
5.	ANEXOS	52

1. INTRODUÇÃO

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) definiu o suicídio como um ato deliberado, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal (CFM, 2014).

O termo comportamento suicida diz respeito à ação de autoagressão, assim como variáveis relacionadas às tentativas de suicídio, com alta ou baixa letalidade, que ocorrem dentro de um contexto social e trazem elementos que indicam a procura de ajuda (ABREU et al., 2010), por isso configura o principal eixo de prevenção, já que todos esses aspectos podem fazer parte do cotidiano de atendimentos da Atenção Primária a Saúde (APS). Além disso, os profissionais da APS são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde (OMS, 2000).

O suicídio é um fenômeno social com grande impacto na saúde pública, afetando além do indivíduo, os sobreviventes, como familiares, amigos, e a comunidade em geral. A Organização Mundial de Saúde estima que de 6 a 10 pessoas sejam afetadas diretamente pela perda, com prejuízos emocionais, sociais ou econômicos (WHO, 2002).

Os altos índices de tentativas e de suicídios no Brasil evidenciam um problema de saúde pública que requer atenção. Essa forma de violência autoprovocada é uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Dados da Organização Pan-americana de Saúde indicam que aproximadamente 800 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, além de ser a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos em todo o mundo em 2016. Estimam ainda que para cada suicídio efetivado, muitas outras pessoas tentaram o suicídio. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral (OMS, 2000).

No Rio Grande do Sul, a taxa de suicídio tem sido quase duas vezes maior do que a brasileira, o que representa uma média de três mortes a cada dia. Essa distribuição não se dá de forma homogênea, sendo que, em Regiões específicas, os índices são expressivamente mais elevados. Apesar dos altos índices, os dados de morbimortalidade podem estar subestimados, uma vez que a vigilância da violência autoprovocada é de implantação recente (LUOMA et al., 2002). Além do fato de muitos casos serem registrados como acidentes, especialmente acidentes de trânsito.

Por tratar-se da consequência final de um processo, o suicídio não deveria ser encarado de forma isolada e sim como um desfecho de uma série de fatores que foram se somando ao longo da história do indivíduo. Desmistificar os tabus que permeiam o tema privilegiaria as ações de prevenção. Desta forma, identificar os sinais que antecedem o suicídio consumado e manejá-los de forma adequada auxilia os profissionais de saúde a prevenir um desfecho negativo, principalmente pelo fato de que a maioria dos suicídios poderia ser evitada. Conhecer o problema, os aspectos envolvidos, preparar as equipes e identificar melhores formas de abordagem podem configurar estratégias importantes no que diz respeito à prevenção do suicídio (OMS, 2000).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Resumo (informativo)

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritiva e analítica, a ser realizado com adultos e idosos atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS, de agosto de 2019 a julho de 2020. Dentre os objetivos desta pesquisa, figuram: Verificar a prevalência do comportamento suicida, caracterizar uma amostra de adultos e idosos atendidos na APS, e identificar fatores associados ao comportamento suicida. A coleta de dados ocorrerá mediante a aplicação de questionários a adultos e idosos em atendimento nos serviços de saúde da APS. O resultado esperado é encontrar uma prevalência de 8% de ideação suicida, 8% de intenção suicida e 8% de tentativa de suicídio.

Palavras-chave: comportamento suicida, atenção primária à saúde, epidemiologia.

2.1.2. Tema

Comportamento suicida em adultos e idosos.

2.1.3. Problema

Qual a prevalência de comportamento suicida em adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde?

Quais as características de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde?

Quais os fatores associados ao comportamento suicida em adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde?

2.1.4. Hipóteses

Serão verificados uma prevalência de 8% de ideação, intenção e de tentativa de suicídio.

As características associadas ao comportamento suicida serão sexo feminino, baixa escolaridade e renda, desemprego, situação conjugal, consumo de bebida alcoólica, padrão irregular de sono, depressão, dor e doenças crônicas e história familiar de tentativa de suicídio ou suicídio.

2.1.5. Objetivos

2.1.5.1. Objetivo geral

Verificar a prevalência do comportamento suicida.

2.1.5.2. Objetivos específicos

Caracterizar uma amostra de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde.

Identificar fatores associados ao comportamento suicida.

2.1.6. Justificativa

Os índices de suicídio estão aumentando, são onerosos para o sistema de saúde e, a atenção básica pode atuar na prevenção, identificando o comportamento suicida de forma a evitar que se concretize (BRASIL, 2017).

Portanto, conhecer o problema, os aspectos envolvidos, preparar as equipes e identificar melhores formas de abordagem configuram estratégias importantes no que diz respeito à prevenção do suicídio, principalmente porque a maioria dos suicídios poderia ter sido evitada e de que grande parte dos indivíduos que tentou ou cometeu suicídio esteve em unidades de APS procurando atendimento nos meses que antecederam o ato. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que 45% dos que morreram por suicídio foram atendidos por profissionais da APS no mês anterior a sua morte (OMS, 2000).

Os dados de prevalência de comportamento suicida entre adultos e idosos atendidos na APS são escassos, o que também justifica a realização deste estudo.

2.1.7. Referencial teórico

2.1.7.1 Conceitos

O suicídio é um fenômeno complexo, considerado uma séria questão de saúde pública. Tratar deste fato implica em aprender a lidar com a retórica vida e morte. São inúmeros os questionamentos que podem ser feitos a respeito das motivações e objetivos que um indivíduo pode ter quando decide tirar a própria vida, como por exemplo, porque alguns decidem cometer suicídio, enquanto outros em situação similar ou pior não o fazem. Fundamental para defrontar as subjetividades que permeiam a dicotomia viver ou morrer é entender que uma importante forma de prevenção do suicídio é a informação e a qualificação dos profissionais de saúde. Estudos indicam que capacitar a equipe de APS para identificar, abordar, manejar e encaminhar um suicida na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio (BRASIL, 2006).

O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto. Os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos do que os de suicídio, mas estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Um dos motivos para que os dados sejam insuficientes é o despreparo dos profissionais no que diz respeito a identificar os fatores de risco associados ao suicídio, saber quais são as possíveis intervenções em cada nível de atenção à saúde e notificação correta nos sistemas de informação (BEAUTRAIS, 2000).

2.1.7.2 Epidemiologia

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization - WHO, 2010), o suicídio é tratado como questão de saúde pública mundial, apresentando taxas vertiginosas, sendo comum em todas as faixas etárias. No ano 2000, cerca de um milhão de pessoas em todo o mundo cometeram suicídio. O primeiro Relatório Global para a Prevenção de Suicídio gerado pela Organização Mundial da Saúde indica que o Brasil ocupa o oitavo lugar no ranking de países com maior número de casos de suicídio na América Latina, 113º no mundo. Apesar desses dados alarmantes, o Brasil é considerado um país com baixo índice de suicídio, pois a taxa oficial de mortalidade de 1980 a 2011 sofreu alteração de 4,0 a cada 100 mil habitantes, para 5.1.

Embora a taxa de suicídio nacional seja considerada baixa em comparação a outros países, não se pode desconsiderar o fato de tal taxa estar em crescimento, de forma bastante acentuada na faixa etária jovem. A gravidade destes números e o impacto psicológico e social

causado pelo ato ou pela tentativa evidencia a necessidade de estudos que permitam aos profissionais de saúde identificar previamente a existência do risco de suicídio nos indivíduos. Tal conduta vai ao encontro da filosofia da APS, ou seja, foco na prevenção e na promoção de saúde. Porém, para que seja possível a identificação do risco, é imprescindível, não somente a criação de instrumentos específicos que auxiliem em um diagnóstico mais assertivo de ideações e tentativas suicidas, mas também a identificação de fatores de risco que podem levar os indivíduos a cometerem atos tão extremos, assim como, os fatores de proteção, facilitando desta forma ações preventivas. Importante salientar que há características individuais e regionais que podem ser bastante distintas em um país tão grande e tão diverso como o Brasil.

2.1.7.3 Fatores de risco

Vários são os fatores de risco associados ao suicídio, mas mesmo que seja difícil mensurar as motivações individuais e se deva acima de tudo, ser sensível às particularidades de cada caso, é importante atentar às situações mais frequentes. Os principais aspectos apontados pela literatura incluem transtornos mentais prévios, fatores sociodemográficos e psicológicos, dor e doenças crônicas (ABREU, 2010).

No que tange aos fatores de risco de saúde mental tem-se a presença de transtornos psiquiátricos representando uma parcela significativa (OMS, 2000). Entre os transtornos de humor, a depressão maior está relacionada fortemente ao comportamento suicida nas várias etapas do desenvolvimento humano. Transtornos mentais e de comportamento, decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como por exemplo, o alcoolismo, também podem ter participação. Transtornos de personalidade, principalmente borderline, esquizofrenia, transtornos de ansiedade também são citados. Segundo a OMS, a maioria das pessoas que cometeu suicídio apresentava um transtorno mental diagnosticável (GOURNELLIS et al., 2018).

O transtorno depressivo é o tipo mais comum entre os distúrbios afetivos, de curso recorrente e crônico, com estimativa de prevalência em torno de 6% em um ano e de 16% durante a vida, sendo de 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens. É caracterizado por um período de pelo menos 2 semanas de sintomas cardinais como humor deprimido ou perda de prazer ou interesse em quase todas as atividades, além de pelo menos 4 outros sintomas acessórios como alteração do padrão do sono ou do apetite, agitação ou

retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva, prejuízo da capacidade de concentração e pensamentos de morte ou sobre suicídio. A presença de depressão aumenta o risco de suicídio, como já citado, mas este é ainda maior nos pacientes deprimidos com sintomas psicóticos, os quais têm 2 vezes mais risco de tentar suicídio tanto ao longo da vida quanto durante um episódio depressivo quando comparados aos deprimidos que não exibem sintomas psicóticos (CASSIDY et al., 2017).

A esquizofrenia é o principal transtorno dentro do grupo das psicoses é caracterizada por delírios, alucinações e embotamento afetivo, sintomas que devem estar associados a prejuízo funcional. A prevalência mundial é estimada em torno de 1%. Metanálise recente estimou que o risco de suicídio ao longo da vida e de tentativa de suicídio em pacientes com esquizofrenia são, respectivamente, de 5% e de 25-50%, o que representa um aumento de 50-100 vezes de comportamento suicida quando comparado à população geral, especialmente nos pacientes esquizofrênicos com melhores escores nos testes de quociente de inteligência (QI), de idade mais jovem e com menos tempo de doença (NERY-FERNANDES, MIRANDA-SCIPPA, 2013).

Segundo Carra (2014), pacientes com transtorno bipolar possuem, também, um risco maior de suicídio, quando comparados à população geral. O autor afirma ainda que o suicídio geralmente é uma complicação das doenças psiquiátricas sendo que mais de 90% das vítimas de suicídio apresentam uma patologia psiquiátrica diagnosticável, assim como a maioria das pessoas que tentam suicídio.

Estima-se que em torno de 230 milhões de pessoas ou 5% da população adulta entre 15-64 anos já consumiu alguma droga ilícita pelo menos uma vez na vida. Em um estudo de metanálise que pretendia avaliar o efeito da co-ocorrência do transtorno afetivo bipolar com alcoolismo e abuso de drogas ilícitas nas tentativas de suicídio, foi concluído que o uso de substâncias psicoativas, particularmente se associado ao transtorno por uso de álcool, pode aumentar o risco de tentativa de suicídio (CARRA, 2014).

Os principais fatores psicológicos envolvidos com suicídio são perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, datas importantes, reações de aniversário, personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e humor lábil (KYE, PARK, 2016).

Doenças crônicas e orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes perenes, neoplasias malignas e AIDS configuram um eixo bastante significativo de risco. Segundo estudo realizado por (CHAPMAN, PERRY, STRINE, 2005) as doenças crônicas estão

intimamente relacionadas às doenças mentais, implicando que o fato de ter mais de um diagnóstico poderia exacerbar os sintomas de doenças mentais (GOODWIN, MARUSIC, HOVEN, 2003). Um estudo para determinar a relação entre doença física autorreferida e a probabilidade de tentativa de suicídio, mostrou que a doença pulmonar, a úlcera e o HIV / AIDS estavam associados a tentativas de suicídio, independente dos efeitos dos transtornos mentais (KYE, PARK, 2016).

Entre as pessoas com pelo menos uma doença crônica, 19,5% relataram ideação suicida e 1,0% relatou tentativa de suicídio. Nos modelos multivariados quando se considera idade, sexo, estado civil, renda familiar, educação, depressão, humor deprimido, desconforto físico, percepção de estresse e alto padrão de consumo de bebidas alcoólicas, as chances de ideação suicida foram 1,16 vezes maiores naqueles com doença crônica. Ter mais de uma doença crônica foi associado com um aumento de 1,19 vezes nas chances de ideação suicida, mas a mesma associação não foi significativa com as tentativas de suicídio. Importante salientar que, isoladamente, o câncer aumenta em cerca de 3 vezes as chances de tentativas de suicídio (BRASIL, 2017).

Das variáveis sociodemográficas sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 e acima de 75 anos, estratos econômicos extremos, residência em áreas urbanas, desemprego, aposentadorias, não ter cônjuges e migração são as mais significativas. A taxa de mortalidade por suicídio no Brasil no período de 2011 a 2015, mesmo que duas vezes menor que a taxa mundial no ano de 2012, indica um padrão de comportamento semelhante quanto ao sexo e à situação conjugal. Entretanto, é importante ressaltar as maiores taxas de mortalidade nos adultos e nos idosos, ao contrário do observado nos dados mundiais (ABREU et al., 2017).

Existem ainda estudos que associam o comportamento suicida com os fatores genéticos, que poderiam influenciar a predisposição ao suicídio, visto que a hereditariedade do comportamento suicida é comparável à hereditariedade de transtornos psiquiátricos, como transtorno do humor e esquizofrenia (ABREU, 2010).

2.1.7.4 Papel da Atenção Primária à Saúde

Segundo dados apresentados por Luoma et al., (2002), 45% dos indivíduos que cometeram suicídio haviam sido atendidos por profissionais da APS no mês anterior a sua morte. Destes, 19% se consultaram com um profissional de saúde mental. No ano anterior ao suicídio, 77% das pessoas haviam sido atendidas em serviços de Atenção Primária, enquanto

32% delas foram atendidas em serviços de saúde mental. Dados como estes chamam atenção para a importância de um atendimento que seja capaz de identificar os fatores de risco, outro aspecto é o de não ignorar as ameaças de tentativa de suicídio com base no mito de que quem ameaça não comete suicídio. Além disso, no estudo citado fica claro que os serviços de APS são fundamentais quando se pensa em identificação dos riscos e prevenção do suicídio.

A APS ocupa um papel fundamental no cuidado e na articulação da rede de suporte da pessoa em risco de suicídio, além de apoiar aos familiares e amigos, sendo frequentemente a primeira opção de busca de auxílio. Ela parte de um entendimento ampliado do processo saúde-doença, coordenando o cuidado, racionalizando o uso de tecnologias e recursos terapêuticos mais caros, estruturando o cuidado em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SMS, 2016).

Uma das ferramentas que pode ser usada na APS é a avaliação de risco, que pode ser realizada pela entrevista clínica, sempre de forma empática e clara, com finalidade de avaliar o risco de comportamentos suicidas. O risco individual é avaliado através dos fatores predisponentes e de proteção identificados (RAPS, 2015). A avaliação inclui o questionamento direto quanto à intenção, ideação e plano suicida e procura determinar o quão intensa é a presença dos pensamentos, a habilidade de controlar os impulsos, fatores estressores e o acesso a sistemas de suporte (CATALDO NETO, GAUER, FURTADO, 2013).

Diante de sinais de risco, a abordagem não precisa ser eufemizada: deve-se conversar abertamente sobre o tema, perguntando se a pessoa tem tido a sensação de que não vale mais a pena viver, se já pensou em terminar com sua vida e, se fez algum plano para isto. Paciência para ouvir e não falar apressadamente são essenciais, pois o reassseguramento prematuro ou inadequado pode ser entendido pelo paciente como falta de empatia, de interesse ou impedimento para deixá-lo se manifestar. Fatores de proteção que podem ser citados incluem suporte social, vínculo familiar, gestação, maternidade, religiosidade, habilidade na resolução de problemas e estilo de vida saudável. Dentre os fatores de risco figuram história prévia de tentativa de suicídio, doença psiquiátrica, transtornos de personalidade, de ansiedade e estresse pós-traumático, não ter cônjuge, morar sozinho, ser portador de doenças físicas (dor crônica, cirurgia recente, doença em estágio terminal), abuso na infância, desemprego, sexo masculino, abuso de álcool e outras drogas, detenção e história familiar de suicídio (CATALDO NETO, GAUER, FURTADO, 2013).

Programas educativos e de conscientização para profissionais de saúde, comunidade e cuidadores de usuários com comportamento suicida seriam eficazes para prevenir tentativas de suicídio somente se associados ao acompanhamento contínuo desses indivíduos, bem como ao tratamento psicoterápico e farmacológico (ABREU, 2010).

2.1.8. Metodologia

2.1.8.1. Tipo de estudo, local e período de realização

Estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritiva e analítica, a ser realizado na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS, entre agosto de 2019 e julho de 2020.

2.1.8.2. População e amostragem

Este estudo será um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”, que será realizada de fevereiro de 2019 a janeiro de 2022.

A população será composta por adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde, com amostragem representativa selecionada de forma não probabilística, por conveniência e consecutivamente, entre as pessoas que procurarem os serviços oferecidos nas unidades de atenção primária no período estipulado para a coleta.

O tamanho da amostra foi calculado de duas formas, considerando-se um nível de confiança de 95%, poder de estudo de 80% para ambas. O primeiro cálculo, para identificar uma prevalência do desfecho de 10%, admitindo-se uma margem de erro de cinco pontos percentuais, resultou em 138 participantes. O segundo, para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição foi realizado tendo como base uma razão de não expostos/expostos de 9:1, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 9,1% e, RP de 2. Assim, seriam necessários 1.220 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária é de 1.403 participantes.

Crterios de inclusão: adultos e idosos, de ambos os sexos, residentes na cidade de Passo Fundo, RS, e atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde.

Critérios de exclusão: acamados e portadores de deficiência física (amputação e/ou ausência de membros superiores e/ou inferiores, deficiência visual e deficiência auditiva) ou outra que os impeça de responder ao questionário.

2.1.8.3. Variáveis e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorrerá mediante a aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado desenvolvido pela própria equipe de estudo (Anexo 1), por estudantes de medicina previamente treinados.

Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o número de participantes em cada uma das 35 unidades de saúde será proporcional ao número médio de atendimentos realizados com adultos e idosos no mês anterior ao início da coleta de dados. Assim, durante o período determinado para coleta, todos os adultos e idosos que buscarem qualquer tipo de atendimento no serviço, serão abordados e convidados a participar do estudo, até que se complete o número estipulado para cada local. A aplicação do questionário será feita na própria unidade de saúde, em espaço reservado a ser previamente definido juntamente com a equipe, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho do local.

Para atingir os objetivos desta análise serão consideradas as seguintes variáveis independentes: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, renda familiar, situação empregatícia, situação conjugal, presença de doenças crônicas, presença de transtornos mentais, presença de dor crônica, alteração do padrão do sono, padrão de consumo de bebida alcoólica, histórico pessoal e familiar de tentativa de suicídio e/ou história familiar de suicídio. A variável dependente será obtida a partir das seguintes perguntas: “Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida?”. Em caso de resposta afirmativa será perguntado: “Você já chegou a traçar um plano para pôr fim a sua vida?”. Em caso de nova resposta afirmativa será então perguntado, “Alguma vez você tentou pôr fim a sua vida?” Após este primeiro bloco de perguntas e independentemente das respostas anteriores, será perguntado: “Alguém da sua família tentou pôr fim à própria vida?” e se “Alguém da sua família pôs fim à própria vida?”

Uma resposta positiva a pergunta “Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida?” será considerada, para fins de análise, como ideação suicida. Respostas positivas para “Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida?” e para “Você já chegou a traçar um plano para pôr fim a sua vida?” serão consideradas, para fins de análise, como

intenção suicida. Respostas positivas para “Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida?”, “Você já chegou a traçar um plano para pôr fim a sua vida?” e “Alguma vez você tentou pôr fim a sua vida?”, serão consideradas, para fins de análise, como tentativa de suicídio.

No segundo bloco de perguntas, uma resposta positiva para “Alguém da sua família tentou pôr fim à própria vida?” será considerado história familiar de tentativa de suicídio. Em caso de resposta afirmativa para a pergunta “Alguém da sua família pôs fim à própria vida?”, será considerado como história familiar de suicídio.

2.1.8.4. Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados serão duplamente digitados e validados visando maior qualidade. As análises estatísticas compreenderão a distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis independentes. Ainda, serão calculadas as prevalências das variáveis dependentes e seus intervalos de confiança de 95% (IC95). Para verificação dos fatores associados, será calculada a Razão de Prevalências e seus IC95. Considerando tratar-se de variáveis categóricas, na análise bivariada será utilizado teste do Qui-Quadrado e na multivariada a Regressão de Poisson. Na análise multivariada serão incluídas as variáveis com valor de $p < 0,20$ bivariada e no modelo final, ajustado, permanecerão as variáveis com valor de $p < 0,05$. Em todos os testes, será admitido erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais.

2.1.8.5. Aspectos éticos

O protocolo do estudo intitulado “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da atenção primária” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (Anexo 2).

2.1.9. Recursos

Item	Quantidade	Custo unitário (R\$)	Custo total (R\$)
Canetas	1 caixa com 50 unidades	27,00	27,00
Pranchetas	20 unidades	13,00	260,00
Lápis	4 caixas com 12 unidades	8,00	32,00

Borracha	24 unidades	1,30	31,20
Impressões	4.200	0,10	420,00
Valor total			770,00

2.1.10. Cronograma

Atividades	Período
Revisão de literatura e coleta dos dados	08/2019 – 12/2019
Processamento e análise dos dados	01/2020 – 03/2020
Redação e divulgação dos resultados	04/2020 – 07/2020

Referências

ABREU, K. P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Porto Alegre, v.12, n.1, p.195-200, 2010.

BEAUTRAIS, A. L. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. Nova Zelândia, v. 34, n. 3, p. 420–436, junho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: MS, 2006.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio**. Saber, agir e prevenir. Brasília: SVS, 2017. v. 48.

CARRA, G.; et al. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. **JAffect Disord**. Londres, v. 167, p. 125–135, outubro de 2014.

CASSIDY, R. M. et al. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. **Schizophrenia Bulletin**, v. 44, n. 4, p. 787-97, Oxford, julho de 2018.

CATALDO NETO, A.; GAUER, A.G. J. C.; FURTADO, N. R. *Psiquiatria para estudante de medicina*. 2. ed..Porto Alegre: **EdiPUCRS**, 2013.

CHAPMAN, D. P.; PERRY, G. S.; STRINE, T. W. The vital link between chronic disease and depressive disorders. Preventing chronic disease. **Prev Chronic Dis.**, Atlanta, v. 2, n.1, p. 14, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Suicídio**: Informando para prevenir. Brasília: CFM, 2014.

GOODWIN, R. D.; MARUSIC, A.; HOVEN, C. W. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. **Social science & medicine**, Columbia, v. 56, n. 8, p.1783-8, abril de 2003.

GOURNELLIS, R.; et al. Psychotic (delusional) depression and suicidal attempts: a systematic review and meta-analysis. **Acta Psychiatr Scand.**: Atenas, v. 137, n. 1, p. 18–29, 2018.

KYE, S. Y.; PARK, K. Suicidal ideation and suicidal attempts among adults with chronic diseases: a cross-sectional study. **Comprehensive Psychiatry**, Goyang, v. 73, p. 160-167, fevereiro de 2017.

LUOMA, J. B. M.A. et al. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence . **Am J Psychiatry**, Washington, v. 159, n. 6, p. 909–916, 2002.

NERY-FERNANDES, F.; MIRANDA-SCIPPA, A. Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas. **Rev Psiq Clín.** Salvador, v. 40, n. 6, p. 220-4, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra: OMS, 2000.

REDE DE ATENÇÃO BIOPSISSOCIAL. **Risco de Suicídio Protocolo Clínico:** Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem do risco e das tentativas de suicídio. Santa Catarina: RAPS, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção – Coleção guia de referência rápida.** Rio de Janeiro: SMS, 1. ed, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS:** protocol of SUPRE-MISS. Geneva: WHO, 2002. Disponível em; https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acessado em: 17/05/2019.

2.1.13. ANEXOS

2.1.13.1 QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

UFFS-PESQUISA: Adultos e idosos usuários do sistema único de saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da atenção primária. Pesquisadora Responsável: Profª Drª Ivana Loraine Lindemann. ivana.lindemann@uffs.edu.br	
NQUES _____	
Nome do entrevistador _____	
Data _____	
Local _____	LOCAL _____
QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICAS	
Qual é o seu nome completo? _____	
Qual é a sua idade? _____ ANOS COMPLETOS	IDA _____
Você tem telefone para contato? <i>SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É</i>	
Qual é o número do seu cartão do SUS? <i>PEÇA PARA VER E ANOTE O NÚMERO</i>	SUS _____
Qual é o seu sexo? (1) Masculino (2) Feminino	SEXO _____
Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR _____
Você sabe ler e escrever? (1) Sim. Quantos anos de estudo, completos e com aprovação, você tem? _____ anos (2) Não (3) Só assina o nome	LER _____ ESCOLA _____
Em relação à situação conjugal, você: (1) Tem companheiro (2) Não tem companheiro	CONJU _____
QUESTÕES SOBRE SAÚDE	
Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim	SAUDE _____
Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:	
Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	OBE _____
Diabetes (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DM _____
Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HAS _____
Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	COLES _____
Triglicérideo alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TRIGLI _____
Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CARDI _____
Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TIRE _____
Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DEPRE _____
HIV/AIDS (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HIV _____
Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CANCER _____
SE SIM, em que local do corpo? _____	LCAN _____
Alergia (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	ALERGIA _____
SE SIM, a que você tem alergia? _____	AQUEA _____

<p>Artrite ou artrose (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra SE SIM, você sente dor nos locais da artrite ou artrose? (1) Sim (2) Não SE SIM, essa dor começa ou piora quando está para chover ou chovendo? (1) Sim (2) Não SE SIM, a dor alivia ou pára quando pára de chover? (1) Sim (2) Não</p> <p>Tuberculose (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra SE SIM, você está em tratamento para tuberculose? (1) Sim (2) Não SE NÃO, você fez o tratamento para a tuberculose? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra SE SIM, por quantos meses você tomou o remédio para a tuberculose? ____</p>	<p>ARTRI__ DORA__ DORAC__ DORAA__</p> <p>TUBER__ TTOTUBA__ TTOTUBO__ MTTO__</p>
<p>Você sentiu alguma dor nesta última semana, incluindo hoje? (0) Não (1) Sim. Há quanto tempo você sente esta dor? (0) Há menos que 06 meses (1) Há 06 meses ou mais SE HÁ MAIS DE 6 MESES: Como você considera a força dessa dor? (1) Leve (2) Moderada (3) Severa</p>	<p>DOR__ TDOR__ FDOR__</p>
<p>Você possui órtese ou prótese ortopédica? (1) Sim (2) Não SE SIM, você sente dor nos locais da órtese ou da prótese? (1) Sim (2) Não SE SIM, essa dor começa ou piora quando está para chover ou chovendo? (1) Sim (2) Não SE SIM, a dor alivia ou pára quando pára de chover? (1) Sim (2) Não</p>	<p>ORTE__ DORO__ DOROC__ DOROA__</p>
<p>Tem algum remédio que você toma todos os dias? (0) Não (1) Sim SE SIM, quantos remédios você toma todos os dias? ____ SE SIM, nos últimos 03 meses você procurou por algum desses remédios em farmácias da rede pública (SUS)? (1) Sim (0) Não SE SIM, com que frequência você conseguiu esses remédios? (1) Nunca (2) Às vezes (3) Sempre</p>	<p>REMED__ QREMD__ RSUS__ FRSUS__</p>
<p>Você está fazendo algum tratamento psicológico? (1) Sim. Com qual profissional? _____ (0) Não</p>	<p>PSICO__ QPSICO__</p>
<p>Nas últimas 04 semanas, você teve dificuldade em pegar no sono? (0) Não (1) Sim. Qual o grau de dificuldade para pegar no sono? (1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave</p> <p>Nas últimas 04 semanas, você acordou de madrugada e teve dificuldade de voltar a dormir? (0) Não (1) Sim. Qual o grau de dificuldade de voltar a dormir? (1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave</p> <p>Nas últimas 04 semanas, você teve noite curta de sono por que acordou muito cedo (6 horas ou menos de sono)? (0) Não (1) Sim. O quão curtas foram essas noites? NÃO LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA (1) Pouquíssimo (5 ou 6h) (2) Pouco (4h) (3) Muito (3h) (4) Muitíssimo (menos de 3h)</p>	<p>SONO__ DIFSONO__</p> <p>MADRUGA__ VDORMIR__</p> <p>CEDO__</p> <p>QCURTAS__</p> <p>CANSADO__</p>

Nas últimas 04 semanas, você se sentiu cansado durante o dia, prejudicando suas atividades por não dormir direito? (0) Não (1) Sim. Qual o grau de cansaço? (1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave		GRAUCAN__
Você toma remédio para dormir? (1) Sim (2) Não		RSONO__
Quando foi a sua última consulta médica (a mais recente) em posto de saúde, CAIS ou ambulatório aqui de Passo Fundo?		CONSULTA__
Sobre essa sua última consulta médica: O médico lhe recebeu de forma que você se sentisse confortável? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico perguntou sobre o motivo da sua consulta? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico perguntou sobre os medicamentos que você estava tomando? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico discutiu as opções de tratamento com você? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico respondeu todas as suas dúvidas? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico verificou se você entendeu tudo que ele explicou? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico destinou um tempo adequado para o seu atendimento? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta Você se sentiu satisfeito com sua consulta médica? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta		CONFO__ MOTIVO__ PMEDIC__ OTRATA__ DUVIDA__ EXPLI__ TEMPOA__ SATIS__
No total, quantas pessoas, incluindo você, moram na sua casa? ____		MORA__
Você exerce atividade remunerada? (0) Não/Aposentado/Pensionista (1) Sim/Em benefício. Trabalha em quê? _____		REMU__ TRAB__
Qual é a renda total das pessoas que moram na sua casa, incluindo você? <i>CONSIDERE QUALQUER RENDA E ANOTE EM REAIS OU EM SALÁRIOS MÍNIMOS</i> _____		RENDA ____ , ____ ____
Você sabe seu peso? _____ Kg (0) Não sei		PESO ____ , ____
Você sabe sua altura? _____ metros (0) Não sei		ALTURA ____ , ____
QUESTÕES SOBRE HÁBITOS DE VIDA E DE SAÚDE		
Que atitudes relacionadas à alimentação você considera saudáveis?		
Você tem o costume de tomar remédio por conta própria, sem receita? (1) Sim (0) Não		AUTOM__
Nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio por conta própria, sem receita? (3) Não sabe/não lembra (2) Não (1) Sim. Para que você tomou remédio?		AUTOM30__ FEBRE__

Febre (1) Sim (2) Não Gripe, resfriado, dor de garganta (1) Sim (2) Não Dor (1) Sim (2) Não Problemas digestivos (1) Sim (2) Não Cólicas menstruais (1) Sim (2) Não Outros problemas. Quais? _____	GRIFE__ DOR__ DIGE__ COLICA__ OUREM__
Você tem o costume de acessar a internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca <i>SE SEMPRE OU ÀS VEZES</i> Você tem o costume de pesquisar sobre saúde na internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca <i>SE SEMPRE OU ÀS VEZES,</i> Você acredita no que encontra sobre saúde na internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca Você comenta com o médico sobre o que encontra sobre saúde na internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca	NET__ NETSAU__ ACRES__ COMEN__
Você fez a vacina da gripe nos últimos 12 meses? (1) Sim (0) Não. Por quê? _____	VACINA__ PQNVAC__
Você fuma? <i>SE FOR EX-FUMANTE, CONSIDERE "NÃO"</i> (1) Sim (0) Não	FUMA__
Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim (0) Não	BEBE__
Você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? (1) Sim. <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (0) Não SE SIM, quantas vezes por semana? _____ Quanto tempo por dia? _____ Qual tipo de atividade física você faz? Caminhada (1) Sim (0) Não Corrida (1) Sim (0) Não Esportes (futebol, voleibol, handebol, etc) (1) Sim (0) Não Ginástica/musculação (1) Sim (0) Não Dança/zumba (1) Sim (0) Não Alongamento/yoga/tai-chi-chuan (1) Sim (0) Não Outra (especifique) _____	AF__ VAF__ TAFM__ __ __ CAMI__ CORRI__ ESPO__ GINA__ DANCA__ ALONGA__ OUTRAF__
Na maioria das vezes, como você se desloca para ir de um lugar ao outro no dia a dia? (1) A pé (2) De bicicleta (3) De ônibus (4) De carro/moto	DESLOCA__
Quanto tempo, em média, você gasta caminhando ou pedalando por dia, considerando os trajetos de ida e volta de deslocamentos de um lugar ao outro? (1) Não caminho ou pedalo como meio de deslocamento (2) Menos de 10 minutos (3) De 10 a 29 minutos (4) De 30 a 59 minutos (5) 60 minutos ou mais	TDESLOCA__
Como você considera a sua alimentação? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim	ALIM__
Você tem dificuldades para ter uma alimentação saudável? (0) Não (1) Sim. Quais? _____	DIFAS__

<p>Você tem o costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? (1) Sempre (2) Às vezes (0) Nunca</p>	<p>TV__</p>
<p>Quais refeições você faz ao longo do dia? <i>LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA SE "ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO", ASSINALE "NÃO"</i></p> <p>Café da manhã (1) Sim (0) Não Lanche da manhã (1) Sim (0) Não Almoço (1) Sim (0) Não Lanche da tarde (1) Sim (0) Não Jantar (1) Sim (0) Não Ceia (1) Sim (0) Não</p>	<p>CAFE__ LANCHEM__ ALMOCO__ LANCHET__ JANTAR__ CEIA__</p>
<p>ONTEM VOCÊ CONSUMIU: <i>LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA</i></p> <p>Feijão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Frutas frescas (não considerar suco de frutas) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Hambúguer e/ou embutidos: presunto, mortadela, salame, linguiça ou salsicha (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Bebidas adoçadas: refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Biscoito recheado, doces ou guloseimas: balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina (1) Sim (2) Não (3) Não sabe</p>	<p>FEIJAO__ FRUTA__ VERDURA__ HAMBU__ BEBIDA__ MIOJO__ BISCOITO__</p>
<p>Você é sexualmente ativo? (0) Não (1) Sim. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 12 meses? _____ Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, o seu comportamento é: (1) Sem risco (2) De médio risco (3) De alto risco (0) Não sabe informar Você tem o hábito de usar preservativo? (0) Não (1) Sim. Nos últimos 12 meses você usou preservativo? (1) algumas vezes (2) sempre</p>	<p>ATIVO__ PARCE__ RISCO__ PRESERVA__ FPRE__</p>
<p>Alguma vez na vida você fez exame de colonoscopia? (0) Não (1) Sim. Quando foi a última vez que você fez o exame? _____</p> <p>Por que você fez o exame? _____</p>	<p>COLO__ QCOLO__ PQCOLO__</p>
<p>Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida? (0) Não (1) Sim SE SIM, você já chegou a traçar um plano para pôr fim a sua vida? (0) Não (1) Sim</p>	<p>FVIDA__ PFVIDA__</p>

<p>SE SIM, alguma vez você tentou pôr fim a sua vida? (0) Não (1) Sim</p> <p>Alguém da sua família tentou pôr fim à própria vida? (0) Não (1) Sim</p> <p>Alguém da sua família pôs fim à própria vida? (0) Não (1) Sim</p>	<p>TEFVIDA__</p> <p>FTVIDA__</p> <p>FFVIDA__</p>
QUESTÕES SOMENTE PARA HIPERTENSOS	
<p>Você toma remédio para pressão alta? (0) Não (1) Sim</p> <p><i>SE SIM,</i></p> <p>Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão? (0) Sim (1) Não</p> <p>Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta? (0) Sim (1) Não</p> <p>Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (0) Sim (1) Não</p> <p>Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus remédios? (0) Sim (1) Não</p> <p>Você tomou seus remédios para pressão alta ontem? (1) Sim (0) Não</p> <p>Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus remédios? (0) Sim (1) Não</p> <p>Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta? (0) Sim (1) Não</p> <p>Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?</p> <p>(1) Nunca</p> <p>(0) Quase nunca</p> <p>(0) Às vezes</p> <p>(0) Frequentemente</p> <p>(0) Sempre</p>	<p>RMPA__</p> <p>ESQUECE__</p> <p>NTOMOU__</p> <p>PAROU__</p> <p>VIAJA__</p> <p>ONTEM__</p> <p>CONTROL__</p> <p>COLATE__</p> <p>LEMBRA__</p>
QUESTÕES SOMENTE PARA MULHERES	
<p>Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (0) Não (1) Sim</p> <p><i>SE SIM, nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo?</i> (0) Não (1) Sim</p> <p><i>SE SIM, de que maneira você soube da necessidade de fazer o exame?</i> _____</p> <p><i>SE NÃO, por que você não fez o exame ginecológico preventivo?</i> _____</p> <p>Alguma vez na vida você fez mamografia?</p>	<p>PAPA__</p> <p>PAPA3__</p> <p>MSPAPA__</p> <p>PQNPAPA__</p> <p>MAMO__</p> <p>IMAMO__</p> <p>MAMO2__</p>

(0) Não (1) Sim SE SIM, qual era a sua idade quando fez o exame pela primeira vez? ___ anos (00) Não lembra Nos últimos 02 anos você fez pelo menos uma mamografia? (0) Não (1) Sim SE SIM, de maneira você soube da necessidade de fazer a mamografia? SE NÃO, por que você não fez mamografia? _____ Você está grávida? (1) Sim (0) Não Você já ficou grávida outras vezes? (0) Não (1) Sim SE SIM, quantas vezes você já ficou grávida? _____ <i>INCLUIR GRAVIDEZ ATUAL, SE HOUVER</i> Qual foi a idade da primeira gravidez? _____ anos Você desenvolveu alguma doença quando ficou grávida? (0) Não (1) Sim. Quais? _____ Você tem filhos? (0) Não (1) Sim. Quantos? _____ filhos Você fez parto normal? (1) Sim. Quantos? _____ (0) Não Você fez parto cesáreo? (1) Sim. Quantos? _____ (0) Não		MSMAMO___ PQNMAMO___ GRAVIDA___ OGRAVIDA___ NGRAVI___ IGRAVI___ DOGRAVI___ FILHO___ QFILHO___ NORMAL___ QNORM___ CESAR___ QCESAR___
QUESTÕES SOMENTE PARA GESTANTES		
Com quantas semanas de gravidez você está? ___ semanas		SEMA___
Você sabe a data da sua última menstruação? SE SIM, quando foi? _____ (0) Não sabe		DUM ___/___/___
Você lembra do seu peso antes de ficar grávida? _____ (0) Não Você faz pré-natal? (1) Sim. Quantas consultas você fez até agora? ___ consultas (0) Não lembra (0) Não Você desenvolveu alguma doença durante esta gravidez? (1) Sim. Qual? _____ (0) Não Você tomou algum remédio por conta própria, sem orientação, durante esta gravidez? (1) Sim. Qual? _____ (0) Não		PESOG_____, _____ PRE___ QCPRE___ DNGRAVI___ REMGRAVI___
QUESTÕES SOMENTE PARA OS HOMENS		
Alguma vez na vida você fez o exame de toque retal para câncer de próstata? (0) Não (1) Sim. Quando foi a última vez que você fez o exame?		TOQUE___ QTOQUE___

<p>_____ Por que você fez o exame? _____</p> <p>Alguma vez na vida você fez o PSA para câncer de próstata? (0) Não (1) Sim. Quando foi a última vez que você fez o exame?</p> <p>_____ Por que você fez o exame? _____</p>	PQTOQUE__ PSA__ QDOPSA__ PQPASA__
QUESTÕES SOMENTE PARA IDOSOS	
<p>No banho, você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo</p> <p>Para vestir-se, você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo</p> <p>Para usar o banheiro você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo</p> <p>Para sair da cama e sentar-se em uma cadeira, ou o contrário, você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo</p> <p>Para urinar e/ou eliminar fezes você: (0) Tem total controle/não precisa de nenhuma ajuda (1) Às vezes tem escape de urina e/ou fezes/precisa de alguma ajuda (2) Tem incontinência urinária e/ou fecal/usa fraldas constantemente</p> <p>Para alimentar-se você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo</p>	BANHO__ VESTIR__ BANHEIRO__ CAMA__ PERDA__ ALIMENTAR__
OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!	

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

Este trabalho utiliza dados coletados na seguinte pesquisa: “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, sob parecer de número: 3.219.633.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado, por acadêmicos de medicina treinados de acordo com o manual de instruções (Anexo A). Ainda como parte do treinamento, foi realizado um estudo piloto no Ambulatório da Universidade Federal da Fronteira Sul. A coleta ocorreu nas Unidades de Saúde da Atenção Primária do município de Passo Fundo com usuários adultos e idosos que procuraram os serviços oferecidos entre 27/05/19 e 23/08/19.

Para facilitar a logística, a visita dos estudantes era combinada com antecedência com os locais e era realizada de modo a modificar o mínimo possível a rotina de serviço.

Os dados foram duplamente digitados e validados em banco criado no Epidata v3.1 (distribuição livre). A amostra final foi de 1.365 participantes.

Durante o primeiro semestre de 2020 os dados foram analisados e a estatística compreendeu a caracterização da amostra e o cálculo da prevalência do desfecho com intervalo de confiança de 95% (IC95). Para verificação dos fatores associados à tentativa de suicídio foi realizada a análise bivariada, gerando as Razões de Prevalências (RP) brutas e seus IC95. A análise multivariada foi feita por meio da Regressão de Poisson, com variância robusta para conglomerados, gerando as RP ajustadas e seus IC. A análise foi do tipo *backwardstepwise*, seguindo um modelo hierárquico pré-definido, constituído por três níveis de determinação (variáveis demográficas e socioeconômicas, de saúde e, de hábitos de vida, respectivamente), sendo que em cada nível as variáveis foram ajustadas entre si e as que apresentaram $p \leq 0,20$ foram mantidas para o ajuste com o nível seguinte. No caso das categóricas politômicas, quando houve ordenamento entre as categorias foi realizado o teste de *Wald* para tendência linear e, quando não houve ou não foi significativo, foi testada a heterogeneidade. Em todos os testes, foi admitido erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais.

Após a análise dos dados iniciou-se a escrita do artigo que foi produzido nas normas da revista em que se objetiva publicá-lo. Por fim, após conferência da orientadora, foi organizado o volume final contendo o projeto de pesquisa, relatório e artigo.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

TENTATIVA DE SUICÍDIO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Renata Aguilhera Aguiar¹
Rogério Tomasi Riffel²
Ivana Loraine Lindemann²

¹ Discente de medicina, na instituição Universidade Federal da Fronteira Sul *Campus* Passo Fundo

² Docente do curso de medicina, na instituição Universidade Federal da Fronteira Sul *Campus* Passo Fundo

Resumo: O objetivo desta pesquisa foi avaliar a prevalência de tentativa de suicídio em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) e identificar fatores associados. Trata-se de estudo transversal, com coleta de dados mediante aplicação de questionário a adultos e idosos atendidos na rede urbana de APS de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Foi calculada a prevalência do desfecho, com intervalo de confiança de 95% (IC95) e as Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas para verificação dos fatores associados. A amostra foi constituída de 1.365 participantes, sendo a prevalência da tentativa de suicídio de 9% (IC95 8-11), com maior probabilidade em mulheres (RP=3,01; IC95 1,55-5,86), adultos (RP=2,04; IC95 1,29-3,23), indivíduos com menor escolaridade (RP=1,57; IC95 1,04-2,37), sem cônjuge (RP=1,82; IC95 1,11-2,99), maior número de doenças crônicas não transmissíveis (RP=1,49; IC95 1,03-2,14), diagnóstico de HIV/AIDS (RP=2,37; IC95 1,07-5,25), de depressão (RP=2,32; IC95 1,46-3,69) e história familiar de tentativa de suicídio (RP=2,12; IC95 1,65-2,72). Os resultados poderão ser úteis à organização dos serviços de APS, de forma mais adequada à população adscrita, em relação ao comportamento suicida.

Palavras-chave: tentativa de suicídio; atenção primária à saúde; fatores de risco.

Abstract: The aim of this research was to evaluate the suicidal attempts prevalence in users of Primary Health Care (PHC) and to identify associated factors. This is a cross-sectional study with data assessment through the application of a questionnaire to adults and the elderly users that have been attended in the urban PHC network in Passo Fundo, Rio Grande do Sul. The prevalence of the outcome was measured using a 95% confidence interval (95% CI) and the crude and adjusted Prevalence Ratios (PR) to verify the associated factors. The sample consisted of 1,365 participants. The suicidal attempts prevalence was 9% (95% CI 8-11) most likely in women (PR=3.01; 95% CI 1.55-5.86), in adults (PR=2.04; CI95 1.29-3.23), in individuals with less education (PR=1.57; CI95 1.04-2.37), without a partner (PR=1.82; CI95 1.11 2.99), with higher number of chronic non-communicable diseases (PR=1.49; 95% CI 1.03-2.14), with diagnosis of HIV/AIDS (PR=2.37; 95% CI 1.07-5.25), with depression (PR=2.32; 95% CI 1.46-3.69) and with a family history of suicidal attempts (PR=2.12; 95% CI 1.65-2.72). The results may be useful for the more appropriate dorganization of PHC services to the population enrolled regarding to suicidal behavior.

Key-words: suicide attempted; primary health care; risk factors.

Introdução

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) definiu o suicídio como “um ato deliberado, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal” (CFM, 2014). Já o termo comportamento suicida diz respeito à “ação de autoagressão, assim como variáveis relacionadas às tentativas de suicídio, com alta ou baixa letalidade, que ocorrem dentro de um contexto social e trazem elementos que indicam a procura de ajuda” (ABREU, K. P. et al., 2010). O comportamento suicida configura o principal eixo de prevenção, já que todos esses aspectos podem fazer parte do cotidiano de atendimentos em saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, os profissionais da APS devem ser disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde (OMS, 2000), o que abrange a atenção às questões relacionadas à saúde mental.

O suicídio é um fenômeno social com grande impacto, atingindo além do indivíduo, os sobreviventes, como familiares, amigos e a comunidade em geral. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que de 6 a 10 pessoas sejam afetadas diretamente pela perda, com prejuízos emocionais, sociais ou econômicos (WHO, 2002). Dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) indicam que aproximadamente 800 mil pessoas se suicidam anualmente, além de ter sido a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos em todo o mundo em 2016. Estimam ainda que para cada suicídio efetivado, muitas outras pessoas tentaram realizá-lo. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral (OMS, 2000).

Os altos índices de tentativas e de suicídios no Brasil evidenciam um problema de saúde pública que requer atenção. Entre 2011 e 2015, houve registro de 55.649 óbitos por suicídio no país, uma taxa média de 5,5/100.000 habitantes (BRASIL, 2017). Em contrapartida, no Rio Grande do Sul (RS) a taxa tem sido quase duas vezes maior que a nacional: em 2016 foram registrados 1.166 óbitos por suicídio, correspondendo a 11/100.000 habitantes (17,8 para homens e 4,5 para mulheres). No mesmo período, foram notificados no estado 3.700 casos de violência autoprovocada. Destes, 1.837 foram classificados como tentativa de suicídio, o que equivale a uma taxa de 17,4/100.000 habitantes. A ocorrência de casos não é homogênea, sendo que em regiões específicas, os índices são expressivamente superiores. Apesar dos valores elevados, os dados de morbimortalidade podem estar

subestimados, uma vez que a vigilância da violência autoprovocada é de implantação recente (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Por se tratar da consequência final de um processo, o suicídio não deveria ser encarado de forma isolada, mas sim como um desfecho de uma série de fatores que foram se somando ao longo da história do indivíduo. Desmistificar os tabus que permeiam o tema privilegiaria as ações de prevenção. Desta forma, identificar os sinais que antecedem o suicídio consumado e manejá-los de forma adequada pode auxiliar os profissionais de saúde a prevenir um desfecho negativo, principalmente, pelo fato de que a maioria dos suicídios poderia ser evitada.

Vários são os fatores de risco associados ao suicídio, e mesmo que seja difícil mensurar as motivações individuais e se deva, acima de tudo, ser sensível às particularidades de cada caso, é importante atentar às situações mais frequentes. Os principais aspectos apontados pela literatura incluem transtornos mentais prévios, fatores sociodemográficos e psicológicos, dor e doenças crônicas (ABREU, K. P. et al., 2010).

Conhecer o problema e os aspectos envolvidos é uma das formas de preparar as equipes de APS e de identificar as melhores formas de abordagem para contribuir com estratégias relacionadas à prevenção do suicídio (OMS, 2000). Esforços têm sido feitos para alertar a comunidade sobre a relevância da temática, como por exemplo, campanhas como a do Setembro Amarelo, criada em 2015, com o objetivo de levar ao conhecimento da população as formas de prevenção ao suicídio e alertá-la a respeito desse problema não só no Brasil, mas no mundo inteiro (Oliveira, M, et al, 2020).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de tentativa de suicídio em usuários da APS, além de identificar fatores associados, visando fornecer informações úteis a possíveis intervenções no sentido de reduzir o número de ocorrências, tanto de tentativas, quanto de suicídio consumado.

Métodos

Este estudo foi realizado com dados oriundos de uma pesquisa transversal que teve o objetivo de analisar diferentes aspectos relacionados a adultos e idosos atendidos na rede urbana de APS, em Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

O tamanho amostral foi definido de duas formas, considerando-se confiança de 95% e poder de 80% para ambas. No primeiro cálculo, para identificar uma prevalência de 10% dos

diferentes desfechos, considerando-se margem de erro de cinco pontos percentuais, obteve-se um n de 138 participantes. No segundo, para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição, baseado em 9 não expostos para cada exposto, prevalência dos desfechos estimada em 10%, frequência esperada em não expostos de 9,1% e, RP de 2, chegou-se a um total de 1.220. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, determinou-se que seriam necessários 1.403 participantes.

A população estudada foi composta por pessoas com 18 anos de idade ou mais, de ambos os sexos e residentes na cidade. Foram excluídos acamados e portadores de alguma deficiência que os impedisse de responder ao questionário e, para este estudo, excluíram-se também as gestantes. Todas as 34 unidades de saúde foram incluídas, sendo o nem cada local definido proporcionalmente a partir do número de procedimentos realizados em cada unidade no mês anterior ao início da coleta de dados. De forma consecutiva foram incluídos na amostra todos os usuários que estavam na unidade para a realização de algum procedimento, até que se atingisse o n estipulado para cada local, ou até que todos os presentes no último turno da coleta fossem convidados a participar. A coleta de dados ocorreu de maio a agosto de 2019 mediante aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado, por estudantes de medicina previamente treinados, nas próprias unidades de saúde, de acordo com os horários de funcionamento.

Para atingir os objetivos deste estudo analisaram-se as variáveis de sexo, idade, cor da pele autorreferida, escolaridade, situação conjugal, condições de moradia, exercício de atividade remunerada, renda familiar mensal per capita em salários mínimos (valor de R\$ 998,00 no período da coleta de dados), número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT, considerando diagnóstico médico autorreferido de obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e cardiopatia), diagnóstico médico autorreferido de HIV/AIDS, câncer e depressão. Ainda, vigência de tratamento psicológico, dor há mais de 6 meses, autopercepção de saúde, história familiar de suicídio e de tentativa de suicídio, tempo em meses desde a última consulta médica na APS, uso de medicamento contínuo, insônia (Leger et al, 2000) consumo de bebida alcoólica, tabagismo e prática de atividade física. Além disso, foram avaliados os hábitos alimentares com base nos marcadores do consumo alimentar (Brasil, 2015), considerando-se como adequados os hábitos de indivíduos que responderam afirmativamente para o consumo de feijão, de frutas frescas e de verduras e/ou legumes no dia anterior e, negativamente para o consumo de hambúrguer e/ou embutidos; de bebidas adoçadas; de macarrão instantâneo,

salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e; de biscoito recheado, doces ou guloseimas.

Sobre suicídio foi perguntado: *Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida?* Em caso de resposta afirmativa era perguntado *Você já chegou a traçar um plano para pôr fim a sua vida?* Com nova resposta afirmativa era então perguntado *Alguma vez você tentou pôr fim a sua vida?* A tentativa de suicídio foi considerada como desfecho deste estudo.

Os dados foram duplamente digitados e validados e a estatística compreendeu a caracterização da amostra e o cálculo da prevalência do desfecho com intervalo de confiança de 95% (IC95). Para verificação dos fatores associados à tentativa de suicídio foi realizada a análise bivariada, gerando as Razões de Prevalências (RP) brutas e seus IC95. A análise multivariada foi feita por meio da Regressão de Poisson, com variância robusta para conglomerados, gerando as RP ajustadas e seus IC. A análise foi do tipo *backwardstepwise*, seguindo um modelo hierárquico (Victora et al, 1997) pré-definido, constituído por três níveis de determinação (variáveis demográficas e socioeconômicas, de saúde e, de hábitos de vida, respectivamente), sendo que em cada nível as variáveis foram ajustadas entre si e as que apresentaram $p \leq 0,20$ foram mantidas para o ajuste com o nível seguinte. No caso das categóricas politômicas, quando houve ordenamento entre as categorias foi realizado o teste de *Wald* para tendência linear e, quando não houve ou não foi significativo, foi testada a heterogeneidade. Em todos os testes, foi admitido erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente, obedecendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Parecer de nº09474719.3.0000.5564).

Resultados

A amostra foi constituída de 1.365 participantes e, conforme Tabela 1, predominantemente do sexo feminino (69,4%), adultos (70,4%), com cor da pele branca (64,8%), até 11 anos de escolaridade (80%), com cônjuge (71,3%), que não morava sozinho (90%), não exercia atividade remunerada (57,7%) e com renda familiar mensal per capita de até um salário mínimo (70,7%).

Referente à situação de saúde, a maioria apresentava até uma doença crônica não transmissível (57,7%), sendo que 0,7% referiram diagnóstico médico de HIV/AIDS, 5,3% de câncer e, 27,6% de depressão. Tratamento psicológico vigente foi mencionado por 8,7%, dor crônica por 56,1%, percepção negativa da saúde por 47,9%, história familiar de tentativa de suicídio por 27,1% e história familiar de suicídio por 15,8% da amostra. Prevaleceu o pouco tempo desde a última consulta médica (77,8% consultaram na APS nos últimos 6 meses), uso de medicamento contínuo (64,5%) e insônia (52,7%). Relativo ao estilo de vida verificou-se que 88,5% apresentavam hábitos alimentares inadequados, 30,3% consumiam bebida alcoólica, 18,9% fumavam e 56,9% não praticavam atividade física (Tabela 1).

A prevalência da tentativa de suicídio foi de 9% (IC95 8-11) e, observa-se na Tabela 2, que mesmo após ajuste, maior probabilidade foi observada entre mulheres (RP=3,01; IC95 1,55-5,86), adultos (RP=2,04; IC95 1,29-3,23), indivíduos com menor escolaridade (RP=1,57; IC95 1,04-2,37) e sem cônjuge (RP=1,82; IC95 1,11-2,99). Ainda, dentre as variáveis do segundo nível, influenciaram positivamente a prevalência do desfecho, o número de DCNT (RP=1,49; IC95 1,03-2,14), o diagnóstico de HIV/AIDS (RP=2,37; IC95 1,07-5,25), de depressão (RP=2,32; IC95 1,46-3,69) e a história familiar de tentativa de suicídio (RP=2,12; IC95 1,65-2,72).

Tabela 1. Caracterização de uma amostra de usuários da Atenção Primária de Saúde. Passo Fundo, RS, 2019. (n=1.365).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	418	30,6
Feminino	947	69,4
Idade em anos completos (n=1.361)		
18-59	958	70,4
≥60	403	29,6
Cor da pele autorreferida (n=1.359)		
Branca	881	64,8

Não branca	478	35,2
Escolaridade em anos (n=1.261)		
≤11	1.009	80,0
≥12	252	20,0
Situação conjugal (n=1.358)		
Com cônjuge	968	71,3
Sem cônjuge	390	28,7
Morar sozinho		
Sim	137	10,0
Não	1.228	90,0
Exercício de atividade remunerada		
Sim	577	42,3
Não	788	57,7
Renda familiar mensal per capita em salários mínimos* (n=1.278)		
≤1	904	70,7
>1	374	29,3
Número de DCNT autorreferidas		
0-1	788	57,7
≥2	577	42,3
HIV/AIDS**		
Sim	9	0,7
Não	1.356	99,3
Câncer ** (n=1.364)		
Sim	73	5,3
Não	1.291	94,7
Depressão**		
Sim	376	27,6
Não	989	72,4
Tratamento psicológico (n=1.363)		

Sim	119	8,7
Não	1.244	91,3
Dor crônica (n=777)		
Sim	436	56,1
Não	341	43,9
Autopercepção de saúde (n=1.354)		
Positiva	706	52,1
Negativa	648	47,9
História familiar de tentativa de suicídio		
Sim	370	27,1
Não	995	72,9
História familiar de suicídio (n=1.364)		
Sim	216	15,8
Não	1.148	84,2
Tempo em meses desde a última consulta médica (n=1.342)		
≤1	588	43,8
2-6	456	34,0
7-12	179	13,3
>12	119	8,9
Uso de medicamento contínuo		
Sim	881	64,5
Não	484	35,5
Insônia (n=1.357)		
Sim	715	52,7
Não	642	47,3
Hábitos alimentares adequados (n=1.349)		
Sim	155	11,5
Não	1.194	88,5
Consumo de bebida alcoólica (n=1.364)		

Não	950	69,7
Sim	414	30,3
Tabagismo (n=1.363)		
Não	1.106	81,1
Sim	257	18,9
Prática de atividade física (n=1.364)		
Sim	588	43,1
Não	776	56,9

DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; *R\$ 998,00; **diagnóstico médico autorreferido.

Tabela 2. Análise bruta e ajustada de fatores associados à tentativa de suicídio entre usuários da Atenção Primária de Saúde. Passo Fundo, RS, 2019. (n=1.365).

Variáveis	RP Bruta (IC95)	p	RP Ajustada (IC95)	p
1º nível: variáveis demográficas e socioeconômicas (n=1.174)				
Sexo		0,001 ^a		0,001 ^a
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	3,33 (1,58-6,98)		3,01 (1,55-5,86)	
Idade em anos completos		0,007 ^a		0,002 ^a
≥60	1,00		1,00	
18-59	1,92 (1,19-3,09)		2,04 (1,29-3,23)	
Cor da pele autorreferida		0,478 ^a		0,294 ^a
Branca	1,00		1,00	
Não branca	0,87 (0,59-1,28)		0,81 (0,54-1,21)	
Escolaridade em anos		0,069 ^a		0,030 ^a
≥12	1,00		1,00	
≤11	1,45 (0,97-2,18)		1,57 (1,04-2,37)	
Situação conjugal		0,042 ^a		0,018 ^a
Com cônjuge	1,00		1,00	

Sem cônjuge	1,59 (1,02-2,49)		1,82 (1,11-2,99)	
Morar sozinho		0,172 ^a		0,173 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,60 (0,29-1,25)		0,56 (0,24-1,29)	
Exercício de atividade remunerada		0,719 ^a		0,561 ^a
Sim	1,00		1,00	
Não	1,07 (0,74-1,55)		1,12 (0,77-1,62)	
Renda familiar mensal per capita em salários mínimos*		0,055 ^a		0,847 ^a
>1	1,00		1,00	
≤1	1,54 (0,99-2,39)		1,05 (0,66-1,65)	

2º nível: de saúde (n=688)

Número de DCNT autorreferidas		<0,001 ^a		0,032 ^a
0-1	1,00		1,00	
≥2	1,60 (1,26-2,03)		1,49 (1,03-2,14)	
HIV/AIDS**		<0,001 ^a		0,033 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	4,86 (2,11-11,22)		2,37 (1,07-5,25)	
Câncer**		0,714 ^a		0,074 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,87 (0,41-1,83)		0,49 (0,22-1,07)	
Depressão**		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	4,24 (3,04-5,91)		2,32 (1,46-3,69)	
Tratamento psicológico		<0,001 ^a		0,048 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	3,78 (2,50-5,72)		1,53 (1,00-2,33)	
Dor crônica		0,064 ^a		0,391 ^a

Não	1,00		1,00	
Sim	1,56 (0,97-2,51)		1,19 (0,80-1,79)	
Autopercepção de saúde		<0,001 ^a		0,165 ^a
Positiva	1,00		1,00	
Negativa	2,03 (1,40-2,94)		1,27 (0,91-1,78)	
História familiar de tentativa de suicídio		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	2,53 (1,89-3,38)		2,12 (1,65-2,72)	
História familiar de suicídio		0,002 ^a		0,622 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,77 (1,24-2,53)		1,12 (0,72-1,73)	
Tempo em meses desde a última consulta médica		0,026 ^b		0,148 ^b
≤1	1,00		1,009	
2-6	0,90 (0,68-1,19)		1,15 (0,90-1,47)	
7-12	0,40 (0,16-0,98)		0,55 (0,27-1,10)	
>12	0,45 (0,21-0,97)		0,70 (0,99-1,90)	
Uso de medicamento contínuo		0,014 ^a		0,505 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,52 (1,09-2,12)		0,82 (0,47-1,45)	
Insônia		<0,001 ^a		0,060 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	2,53 (1,82-3,52)		1,37 (0,99-1,90)	
3º nível: Hábitos de vida (n=1.197)				
Hábitos alimentares adequados		0,063 ^a		0,372 ^a
Sim	1,00		1,00	
Não	1,91 (0,97-3,79)		1,28 (0,75-2,17)	
Consumo de bebida alcoólica		0,086 ^a		0,797 ^a

Não	1,00	1,00	
Sim	0,70 (0,47-1,05)	0,95 (0,63-1,42)	
Tabagismo		0,091 ^a	0,977 ^a
Não	1,00	1,00	
Sim	1,38 (0,95-1,99)	0,99 (0,68-1,45)	
Prática de atividade física		0,147 ^a	0,791 ^a
Sim	1,00	1,00	
Não	1,40 (0,89-2,20)	1,07 (0,66-1,71)	

DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; *R\$ 998,00; **diagnóstico médico autorreferido; a) teste do qui-quadrado; b) teste de heterogeneidade.

Discussão

O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto (OMS, 2000). Os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos do que os do ato consumado. Um dos prováveis motivos é o despreparo dos profissionais no que diz respeito a identificar os fatores de risco associados ao suicídio, as possíveis intervenções em cada nível de atenção à saúde, bem como, a notificação correta nos sistemas de informação. Para que seja possível a identificação do risco é imprescindível, não somente a criação de instrumentos específicos que auxiliem em um diagnóstico mais assertivo de ideações e de tentativas suicidas, mas também a identificação de fatores de risco, assim como os de proteção, facilitando as ações preventivas (ABREU, K. P. et al., 2010). A gravidade do impacto psicológico e social causados pelo ato ou pela tentativa de suicídio evidencia a necessidade de estudos que permitam aos profissionais de saúde identificar previamente a existência do risco de suicídio nos indivíduos.

Segundo a literatura, entre as variáveis sociodemográficas mais significativas associadas aos atos de autoagressão estão: sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 e acima de 75 anos, estratos econômicos extremos, residência em áreas urbanas, desemprego, aposentadoria, não ter cônjuge e migração. A taxa de mortalidade por suicídio no Brasil no período de 2011 a 2015, mesmo que duas vezes menor que a taxa mundial no ano de 2012, indica um padrão de comportamento semelhante quanto ao sexo e à situação conjugal.

Entretanto, é importante ressaltar as maiores taxas de mortalidade nos adultos e nos idosos, ao contrário do observado nos dados mundiais (ABREU, K. P. et al., 2010). Neste estudo a prevalência de tentativa de suicídio foi significativamente maior em mulheres, na faixa etária entre 18 e 59 anos, com menor escolaridade e sem cônjuge.

No que tange aos fatores de risco de saúde mental, os transtornos psiquiátricos representam uma parcela significativa. Segundo a OMS, a maioria das pessoas que cometeu suicídio apresentava um transtorno mental diagnosticável (OMS, 2000). Entre os transtornos de humor, a depressão maior está relacionada fortemente ao comportamento suicida nas várias etapas do desenvolvimento humano (GOURNELLIS, R.; et al., 2018). Alinhados à literatura, os resultados encontrados apontaram que o diagnóstico de depressão se associou a maior probabilidade de tentativa de suicídio.

O transtorno depressivo é o tipo mais comum entre os distúrbios afetivos, de curso recorrente e crônico, com estimativa de prevalência em torno de 6% em um ano e de 16% durante a vida, sendo de 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens. É caracterizado por um período de pelo menos 2 semanas de sintomas cardinais como humor deprimido ou perda de prazer ou interesse em quase todas as atividades, além de pelo menos 4 outros sintomas acessórios como alteração do padrão do sono ou do apetite, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva, prejuízo da capacidade de concentração e pensamentos de morte ou sobre suicídio. A presença de depressão aumenta o risco de suicídio, como já citado, mas este é ainda maior nos pacientes deprimidos com sintomas psicóticos, os quais têm 2 vezes mais risco de tentar suicídio tanto ao longo da vida quanto durante um episódio depressivo quando comparados aos deprimidos que não exibem sintomas psicóticos (CASSIDY, R. M. et al., 2018). Também é recorrente na literatura a observação de que possuir familiares que já tentaram ou efetivaram suicídio está relacionado com o aumento da taxa do comportamento suicida (Abreu, 2010). Neste estudo foi encontrada associação positiva com história familiar de tentativa, mas não de suicídio efetivado.

Doenças crônicas e orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes perenes, neoplasias malignas e AIDS configuram um eixo de risco bastante significativo. As doenças crônicas estão intimamente relacionadas às mentais, implicando que o fato de ter mais de um diagnóstico poderia exacerbar os sintomas de doenças mentais (KYE, S. Y. and PARK, K., 2017). Um estudo para determinar a relação entre doença física autorreferida e a probabilidade

de tentativa de suicídio, mostrou que a doença pulmonar, a úlcera e o HIV/AIDS estavam associados a tentativas de suicídio, independente dos efeitos dos transtornos mentais (GOODWIN, R. D.; MARUSIC, A.; HOVEN, C. W., 2003).

Nos modelos multivariados de análise quando se considerou idade, sexo, estado civil, renda familiar, educação, depressão, humor deprimido, desconforto físico, percepção de estresse e alto padrão de consumo de bebidas alcoólicas, as chances de ideação suicida foram 1,16 vezes maiores naqueles com doença crônica. Ter mais de uma doença crônica foi associado com um aumento de 1,19 vezes nas chances de ideação suicida, mas a mesma associação não foi significativa com as tentativas de suicídio (BRASIL, 2017). Importante salientar que, isoladamente, o câncer aumenta em cerca de 3 vezes as chances de tentativas de suicídio (BRASIL, 2017). Na amostra estudada mais de 40% dos indivíduos apresentavam 2 ou mais doenças crônicas e, na análise ajustada, evidenciou-se associação positiva com o desfecho. Observou-se ainda maior probabilidade de tentativa de suicídio em portadores de HIV/AIDS, embora a associação com o diagnóstico de câncer não tenha se mostrado significativa.

Segundo um estudo americano de revisão, 45% dos indivíduos que cometeram suicídio haviam sido atendidos por profissionais da APS no mês anterior a sua morte, e destes, 19% consultaram um profissional de saúde mental. No ano anterior ao suicídio, 77% das pessoas haviam sido atendidas em serviços de Atenção Primária, enquanto 32% delas foram atendidas em serviços de saúde mental (LUOMA, J. B. M.A. et al., 2002). Em outro estudo foi observado que aproximadamente 50% dos indivíduos que cometeram suicídio tiveram pelo menos uma visita a um serviço de saúde no mês anterior ao suicídio (AHMEDANI, B.K. et al., 2014). Dados como estes chamam atenção para a importância de um atendimento que seja capaz de identificar os fatores de risco. Outro aspecto é o de não ignorar as ameaças de tentativa de suicídio com base no mito de que quem ameaça não comete suicídio. Além disso, no estudo citado fica claro que os serviços de APS são fundamentais quando se pensa em identificação dos riscos e em prevenção do suicídio.

No estudo ora apresentado foi verificado que apenas 8,7% realizavam acompanhamento psicológico, mas que 77,8% havia passado em consulta nos diversos serviços da rede municipal de APS nos últimos 6 meses, evidenciando desta forma a importância da visão multifocal do suicídio, cuidado que não deve estar centrado em serviços psiquiátricos, mas distribuído em todas as especialidades e níveis de atenção à saúde. Sabe-se

que a APS ocupa um papel fundamental no cuidado e na articulação da rede de suporte da pessoa em risco de suicídio, além de apoiar os familiares e amigos, sendo frequentemente a primeira opção de busca de auxílio. Ela parte de um entendimento ampliado do processo saúde-doença, coordenando o cuidado, racionalizando o uso de tecnologias e recursos terapêuticos mais caros, estruturando o cuidado em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SMS, 2016).

Uma das ferramentas que pode ser usada na APS é a avaliação de risco, que pode ser realizada pela entrevista clínica, sempre de forma empática e clara, com finalidade de avaliar o risco de comportamentos suicidas. O risco individual é avaliado através dos fatores predisponentes e de proteção identificados (RAPS, 2015). A avaliação inclui o questionamento direto quanto à intenção, ideação e plano suicida e procura determinar o quão intensa é a presença dos pensamentos, a habilidade de controlar os impulsos, fatores estressores e o acesso a sistemas de suporte (CATALDO NETO, A.; GAUER, A.G. J. C.; FURTADO, N. R., 2013).

Por fim, destaca-se como ponto forte desta pesquisa a abordagem da tentativa de suicídio, haja vista que a literatura disponível ainda está mais focada no suicídio consumado. Entretanto, cabe mencionar como limitação a sua natureza transversal que permite somente a identificação de associações entre as variáveis preditoras e o desfecho, mas não determina risco de fato.

Conclusão

Com este estudo constatou-se alta prevalência de tentativa de suicídio em usuários da APS quando comparada à média nacional, bem como associação com idade adulta, sexo feminino, menor escolaridade, não ter cônjuge, ser portador de DCNT, de HIV/AIDS e de depressão, além de história familiar de suicídio, corroborando dados encontrados na literatura.

A posse de resultados como os produzidos por esta avaliação, podem ser úteis à organização dos serviços de APS, de forma mais adequada à população adscrita, em relação ao comportamento suicida, levando em conta a real prevalência e seus fatores associados específicos.

Por outro lado, salienta-se que é necessário que o aspecto preventivo seja melhor estudado, pois, expandir o conhecimento acerca deste tema tão relevante é fundamental para que propostas de cuidado e intervenção sejam elaboradas de forma mais individualizada e assertiva para determinados territórios.

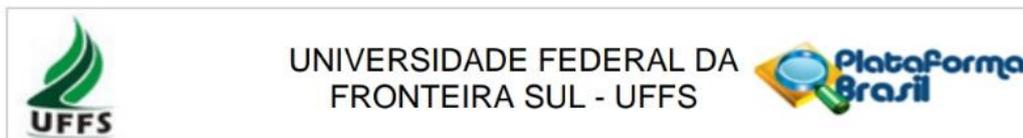
4. Referências

1. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Suicídio: Informando para prevenir*. Brasília: CFM, 2014.
2. Abreu KP, Lima MADS, Kohlraush E, Soares JF. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev. Eletr. Enf*2010; 12 (1):195-200.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS, 2000.
4. World Health Organization (WHO). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS*. [recurso eletrônico]. Geneva: WHO; 2002. [acessado em 17 de maio de 2019]. Disponível em; https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839.
5. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). *Suicídio. Saber, agir e prevenir*. Brasília: SVS, 2017.
6. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. *Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio*. [recurso eletrônico] 2018 [acessado em 13 de julho de 2020] Porto Alegre: Bol. Vig. Suicídio. Disponível em:<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>.
7. Oliveira MEC, Gomes KA L, Nóbrega WFS, Gusmão ECR, Santos RD, Franklin R G. Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o Setembro Amarelo?. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*[periódico na Internet]. 2020 [acessado em 4 de setembro de 2019]; 48 (48): e31-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/revistas/csc/iinstruc.htm>
8. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12778 adultos in France. *J Sleep Res*2000; 9:35-42.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica* [recurso eletrônico]. Brasília: MS; 2015 [acessado em 20 de julho de 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf
10. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology* 1997; 26(1):224-227.
11. Gournellis R, Tournikioti K, Touloumi G, Thomadakis C, Michalopoulou

- PG, Michopoulos I, Christodoulou C, Papadopoulou A, Douzenis A. Psychotic (delusional) depression and suicidal attempts: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry*. [jornal na Internet] 2018 [acessado em 12 de maio de 2019]; 137 (1):18–29. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6150953/>
12. Cassidy R, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophrenia Bulletin* 2018;44 (4):787-97.
 13. Kye SY, Park K. Suicidal ideation and suicidal attempts among adults with chronic diseases: a cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry* 2017; 73 :160-167.
 14. Goodwin RD, Marusic A, Hoven CW. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Social science & medicine* 2003; 56(8) : 1783-8.
 15. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *AmJ Psychiatry* 2002; 159(6) :909–916.
 16. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, Lynch F, Owen-Smith A, Hunkeler EM, Whiteside U, Operskalski BH, Coffey MJ, Solberg LI. Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine* 2014; 29 (6): 870 – 877.
 17. Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (SMS/RJ). *Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção – Coleção guia de referência rápida*. Rio de Janeiro: SMS, 2016.
 18. Rede de atenção Biopsicossocial (RAPS). *Risco de Suicídio Protocolo Clínico: Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem do risco e das tentativas de suicídio*. Santa Catarina: RAPS, 2015.
 19. Cataldo Neto A, Gauer AGJC, Furtado NR. *Psiquiatria para estudante de medicina*. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2013.

5. ANEXOS

ANEXO I: COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADULTOS E IDOSOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Ivana Loraine Lindemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09474719.3.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.219.633

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

TIPO DE ESTUDO, LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO, POPULAÇÃO E AMOSTRA: Trata-se de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado com adultos e idosos atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS. O estudo será realizado de 01 de abril de 2019 a 31 de março de 2022. O tamanho da amostra foi calculado considerando-se um nível de confiança de 95%, poder de estudo de 80%, razão de não expostos/expostos de 1:9, prevalência total do desfecho de 20%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 10,5% e, RP de 2. Assim, seriam necessários 1.217 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária é de 1.400 participantes.

DESENHO – COMENTÁRIOS:

Adequado

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado com adultos e idosos atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS, de 01 de abril de 2019 a 31 de março de 2022. Dentre

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.219.633

os objetivos da pesquisa, figuram: descrever características de saúde de adultos e idosos usuários da Rede Urbana de APS e identificar fatores associados; contribuir com a organização da Rede e com a oferta de medidas de prevenção em todos os níveis, visando a atender às necessidades dos usuários, tendo em vista seu perfil epidemiológico e; fortalecer a inserção da UFFS em âmbito local por meio da integração ensino-serviço-comunidade. A coleta de dados ocorrerá mediante a aplicação de questionários a adultos e idosos em atendimento nos serviços de saúde

COMENTÁRIOS:

Adequado

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário:

Descrever características de saúde de adultos e idosos usuários da Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde e identificar fatores associados

Objetivo Secundário:

Descrever características sociodemográficas; Descrever conhecimento e comportamento de saúde, bem como, fatores associados, no que tange às principais doenças; Contribuir com a organização da Rede de Atenção Primária à Saúde e com a oferta de medidas de prevenção em todos os níveis, visando atender às necessidades dos usuários, tendo em vista seu perfil epidemiológico; Fortalecer a inserção da UFFS em âmbito local por meio da integração ensino-serviço-comunidade.

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:

Adequado

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Tratando-se de pesquisa observacional os riscos são mínimos. No entanto, poderão ocorrer constrangimento e desconforto devido a algumas perguntas do questionário e da aferição do peso, da altura e da pressão arterial. Assim, a coleta de dados será realizada em espaço reservado, garantindo a privacidade dos participantes. Além disso, visando minimizar a possibilidade de ocorrência de tais riscos e no caso de ocorrerem, os participantes serão lembrados de que a participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo da sua

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.219.633

relação com o serviço de saúde.

RISCOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Como benefício direto, os participantes receberão um folder informativo sobre direitos dos usuários da saúde, baseado na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011). De forma indireta, os participantes poderão ser beneficiados tendo em vista que os resultados poderão ser utilizados pela gestão municipal da saúde na qualificação da atenção, de acordo com o perfil epidemiológico da amostra investigada.

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES, PROCEDIMENTOS, VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS: Após o estudo piloto, os dados serão coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado, por acadêmicos treinados. Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o número de participantes em cada um dos serviços de saúde será proporcional ao número médio de procedimentos realizados com adultos e idosos no mês anterior ao início da coleta de dados. Assim, no período definido para a coleta, todos os adultos e idosos que buscarem qualquer tipo de atendimento no serviço, serão abordados e convidados a participar do estudo, até que se complete o n determinado para cada local. Em caso de consentimento (Apêndice A), a aplicação do questionário será feita no próprio serviço, em espaço reservado a ser previamente definido com a chefia, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho. O questionário (Apêndice B) será composto de perguntas sobre características: sociodemográficas (sexo; idade; cor da pele, escolaridade; ocupação; situação conjugal; número de pessoas no domicílio; renda; acesso à internet), de saúde (internação hospitalar por 24 horas ou mais nos 12 meses anteriores; realização de exames de mamografia, papanicolau, próstata, colonoscopia; diagnóstico médico autorreferido de excesso de peso, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, doença cardiovascular, câncer, alergias, depressão; uso

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.219.633

de medicamentos; comportamento suicida; tratamento psicológico; percepção sobre a comunicação do médico na consulta mais recente), de conhecimento de saúde (autodefinição de alimentação saudável; autopercepção da saúde e da alimentação) e, de comportamento de saúde e de alimentação (tabagismo; consumo de bebida alcoólica; consumo alimentar; dificuldades para alimentação saudável; prática de atividade física; vacinação; uso de contraceptivo). Além disso, serão aferidos peso, altura e pressão arterial.

ASPECTOS ÉTICOS: O estudo será realizado em conformidade com a

Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que a coleta de dados será iniciada somente após aprovação ética. O material do estudo ficará sob a guarda dos pesquisadores, em espaço seguro e privativo, por um período de 05 anos, sendo posteriormente destruído. Os principais resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio da exposição de pôsteres nas salas de espera dos serviços de saúde. À Secretaria Municipal de Saúde será enviado relatório impresso, apresentando os achados da pesquisa. O estudo é relevante, pois, os resultados gerados poderão ser úteis à gestão em saúde, tanto dos serviços individualmente, como de toda a Rede, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações no intuito de melhorar o atendimento oferecido e as condições de saúde da população. Além disso, poderá fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade, bem como fortalecer a inserção da UFFS em âmbito local e colaborar com o desenvolvimento da comunidade, propósitos estes, que fazem parte da missão institucional.

METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Critério de Inclusão:

Adultos e idosos, de ambos os sexos, residentes na cidade e atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde.

Critério de Exclusão:

Acamados e portadores de deficiência física (amputação e/ou ausência de membros superiores e/ou inferiores, deficiência visual e deficiência auditiva) ou outra que os impeça de responder ao

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



questionário.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequados

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão duplamente digitados e validados visando maior qualidade. As análises estatísticas compreenderão a distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis independentes. Ainda, serão calculadas as prevalências das variáveis dependentes e seus intervalos de confiança de 95% (IC95). Para verificação dos fatores associados, será calculada a Razão de Prevalências e seus IC95. Considerando tratar-se de variáveis categóricas, na análise bivariada será utilizado teste do Qui-Quadrado e na multivariada a Regressão de Poisson. Na análise multivariada serão incluídas as variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada e no modelo final, ajustado, permanecerão as variáveis com valor de $p < 0,05$. Em todos os testes, será admitido erro de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Será produzido um perfil dos usuários o qual poderá ser útil à gestão em saúde, tanto dos serviços individualmente, como de toda a Rede, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações no intuito de melhorar o atendimento oferecido e as condições de saúde da população

DESFECHOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS :

Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: Adequada

TCLE : Adequado

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS:

Adequada

Recomendações:

Sugere-se a explicitação de hipótese.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO II: NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIAS & SAÚDE COLETIVA.

Instructions for contributors

Guidelines for the organization of thematic issues

Ciência & Saúde Coletiva publishes debates, analyses and research findings on specific themes considered to be of relevance to public health, as well as articles for discussion and analysis of the state of the art topics in the area and subareas, even if they are not directly related to the core theme under scrutiny. The journal is published monthly and sets out to tackle the challenges while seeking to consolidate and promote an ongoing update of trends of thought and practices in public health in a dialogue with the contemporary agenda of Science & Technology.

Open Access Policy - Ciência & Saúde Coletiva is published under the Open Access model and is therefore free for anybody to read and download, and to copy and disseminate for educational purposes.

The *Ciência & Saúde Coletiva* Journal accepts articles in preprints of nationally and internationally recognized databases.

Recommendations for the submission of articles

Within the diversity of magazines in the area, the hallmark of *Ciência & Saúde Coletiva* Journal is its thematic focus in line with ABRASCO's vocation to conduct in-depth study, as well as promote and disseminate academic debate and peer discussions on issues considered important and relevant and highlight the historical development of public health in Brazil.

The thematic editions are scheduled around four modes of submission:

- By Term of Reference sent by teachers/researchers in the area of public health (spontaneously or suggested by the Editors-in-Chief) when they consider it relevant to examine a given subject in greater depth.
- By Term of Reference sent by coordinators of unpublished and comprehensive research relevant to the area, on results presented in the form of articles within the guidelines described above. In these first two approaches, the Terms of Reference are evaluated on their scientific merit and relevance by the Associate Editors of the Journal.
- By Public Call for papers announced in a page in the journal, and coordinated by Guest Editors. In this case, the Guest Editors accumulate the task of selecting the articles

according to their scope to be judged on their merit by referees.

- By Internal Organization of in-house Editors-in-chief, bringing together unsolicited articles under a relevant title within the criteria already described.

The Term of Reference shall contain: (1) title (even provisional) of the proposed thematic edition; (2) the name (or names) of the Guest Editor(s); (3) justification summarized in one or two paragraphs on the proposal from the point of view of the objectives, context, meaning and relevance for Public Health; (4) a list of the ten proposed articles already with the names of the invited authors; (5) the proposal with the text consisting of an opinion or interview with someone who has authority in the discussion of the subject; and (6) proposal of one or two synopses of books that address the theme.

By editorial decision, the maximum number of articles written by the same author in a thematic edition shall not exceed three, either as first author or co-author.

It is emphatically suggested to the organizers that they submit contributions by authors from various national institutions and from foreign contributors. As for any other form of presentation, these editions accept texts in Spanish, English and French.

No charges e submission charegs

1. The originals may be written in Portuguese, Spanish, French and English. Texts in Portuguese and Spanish shall feature the title, abstract and key words in the original language and in English. Texts in French and English shall have the title, abstract and key words in the original language and in Portuguese. Footnotes or notes at the end of the article shall not be accepted.
2. The texts shall be double-spaced, in Times New Roman with a font size of 12, with 2.5 cm margins, in MS Word format and sent by electronic mail only (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) in accordance with the guidelines of the site.
3. Published articles shall be the property of *C&SC* journal, the full or partial reproduction thereof being prohibited in any medium, whether printed or electronic, without the prior permission of the editors-in-chief of the Journal. The secondary publication shall indicate the source of the original publication.
4. The articles submitted to *C&SC* shall not be offered simultaneously to other magazines.
5. Ethical issues relating to research publications involving human beings are the sole responsibility of the authors and shall be in accordance with the principles contained in the Declaration of Helsinki of the World Medical Association (1964, as revised in 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 and 2000).

6. The articles shall be submitted with authorization to reproduce previously published material, use illustrations that may identify people and to transfer copyright and other documents.
7. The concepts and opinions expressed in the articles, as well as the accuracy and validity of the quotations shall be the exclusive responsibility of the authors.
8. The texts are generally (but not necessarily) divided into sections with the title headings Introduction, Methods, Results and Discussion, with the inclusion of subheadings within some sections sometimes being required. The titles and subtitles of the sections shall not be organized with progressive numbering, but with graphical features (upper case, decrease in margin, etc.).
9. The title shall have no more than 120 characters with spaces and an abstract with a maximum of 1400 characters including spaces (extending from the word "abstract" to the last keyword), which shall specify the scope, objectives, methodology, theoretical approach and the results of the research or investigation. Immediately below the abstract the authors shall indicate no more than five (5) key words. We draw attention to the importance of clarity and objectivity in writing the abstract, which shall certainly elicit the reader's interest in the article, and the key words that will assist in the multiple indexing of the article. The key words in the original language and in English must be mandatorily included in DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> and <http://decs.bvs.br/>).
10. When submitting articles to the Journal platform, it is mandatory that only one author has an ORCID registration (Open Researcher and Contributor ID). However, when the article is approved to be published in SciELO, all authors must have an ORCID registration. Therefore, for authors who do not have it yet, it is recommended that they register and validate it in ScholarOne. To register with ORCID go to the website (<https://orcid.org/>), and to validate the ORCID on ScholarOne, go to the website (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) and then, in the Log In page, click the Log In With ORCID iD button.

Authorship

1. The people designated as authors shall have participated in the drafting of the articles such that they can publicly assume responsibility for their content. Qualification as an author shall assume: a) the conception and design or analysis and interpretation of data; b) drafting the article or revising it critically; and c) approval of the version to be published. The individual contributions of each author shall be specified at the end of the text (e.g. LMF worked on the design and final text and CMG worked on the research and methodology).
2. The article shall have up to eight authors in the header. The others will be included in the end of the article.

Nomenclature

1. The rules for public health/community health nomenclature, as well as abbreviations and conventions adopted in the specialized disciplines, shall be rigidly adhered to. Abbreviations shall be avoided in the title and abstract.
2. The full designation to which an abbreviation refers shall precede its first appearance in the text unless it is a standard unit of measurement.

Illustrations and Scales

1. The illustrative material of *C&SC* journal includes tables (demonstrative elements such as numbers, measures, percentages, etc.), charts (demonstrative elements with textual information), graphs (schematic demonstration of a fact and its variations), figures (schematic demonstration of information by means of maps, diagrams, flowcharts, as well as by means of drawings or photographs). It shall be borne in mind that the magazine is printed in one color only, namely black, and if the illustrative material is colored, it will be converted to grayscale.
2. The number of illustrative materials shall not exceed five per article, with exceptions relating to articles of systematization of specific areas of a thematic field. In this case the authors shall negotiate with the editors-in-chief.
3. All illustrative material should be produced in Word or Excel formats and submitted with titles and sources. Note: The IBGE link (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contains the guidelines for the development of tables. Tables should be set in rows and columns, without extra spaces and without "page breaks". Each data must be entered in a separate cell. Important note: Tables and charts should bear a brief information. Tables and charts should not be more than 15 cm wide x 18 cm high and should not exceed two pages (A4 size, single-spaced and font size 9).
4. The tables and charts should be produced in Word or Excel formats and submitted with titles and sources. Note: The IBGE link (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv2390.pdf>) contains the guidelines for the development of tables. Tables should be set in rows and columns, without extra spaces and without "page breaks". Each data must be entered in a separate cell. Important note: Tables and charts should bear a brief information. Tables and charts should not be more than 15 cm wide x 18 cm high and should not exceed two pages (A4 size, single-spaced and font size 9).
5. Graphs and figures can be produced in Excel, Word or PPT. Authors must submit the file in the original program, separated from the text, in an editable format (which allows the "copy and paste" feature) and in PDF or JPEG formats, GRAY SHADES. Graphs generated in image

programs should be submitted in JPEG, GRAY TONES, with a minimum resolution of 200 dpi and maximum size of 20cm height x 15cm width. The original image must be of good quality, since there is no point in increasing resolution if the original figure is compromised. Graphs and figures should also be submitted with titles and sources. Figures and graphs must fit at most one page (A4 size, 15cm wide x 20cm high, font size 9).

6. Picture files such as maps or photos should be saved in (or exported to) the JPEG, TIF or PDF formats. In any case, the material must be generated and saved at the highest resolution (300 DPI or more) and the largest possible size (within the 21cm height x 15cm width). Any text in the figure must be formatted in Times New Roman, font size 9. Fonts and captions should also be submitted in an editable format that allows the "copy / paste" feature. This type of figure should also be submitted with titles and sources.

7. Authors who insert scales in their works must explicitly state in the letter of submission of their articles, whether they are in the public domain or if they have been granted permission to use them.

Messages of Thanks

1. When these are included, they shall be placed before the bibliographical references.
2. The authors shall be responsible for obtaining written permission of the persons named in the messages of thanks, since readers may infer that such persons agree with the data and conclusions reached.
3. The messages of thanks for technical support shall be in a separate paragraph from other types of contribution.

References

1. References shall be numbered consecutively in accordance with the order in which they appear in the text. In the event that the references are from more than two authors, only the first author's name shall be cited in the text followed by *et al.*

2. References shall be identified by superscript Arabic numerals, as per the examples below:

Example 1: "Another indicator analyzed was the maturity of the PSF" ¹¹ (p.38).

Example 2: "As Maria Adelia de Souza⁴ warns, the city..."

References only cited in tables and figures shall be numbered from the last reference number cited in the text.

3. References shall be listed at the end of the article in numerical order following the general norms of the *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*

(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. The names of journals shall be abbreviated according to the style used in the Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. The names of individuals, cities and countries shall be cited in the original language of publication.

Examples of how to cite references

Articles in journals

1. Standard article (include all authors)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equity in the allocation of resources for health: the experience in Rio Grande do Sul, Brazil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Use of veterinary drugs, pesticides and related chemicals in water environments: demands, regulatory considerations and risks to human and environmental health. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Institution as author

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Without indication of authorship

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Issue with supplement

Duarte MFS. Physical maturation: a literature review with special attention to Brazilian children. *Cad Saude Publica* 1993; 9 (Suppl. 1):71-84.

5. Indication of the type of text, if necessary

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Books and other monographs

6. Individual as author

Cecchetto FR. *Violence, culture and power*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *The challenge of knowledge: qualitative health research*. 8th Edition. Sao Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizer or compiler as author

Bosi MLM, Mercado FJ, compilers. *Qualitative research in health services*. Petropolis: Vozes; 2004.

8. Institution as author

Brazilian Institute of Environment and Renewable Natural Resources (IBAMA). *Control of aquatic plants by means of pesticides and related chemicals*. Brasilia: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Book chapter

Sarcinelli PN. The exposure of children and adolescents to pesticides. In: Peres F, Moreira JC, organizers. *It is either medicine or poison*. Pesticides, health and environment. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Abstract in Annals of Congresses

Kimura J, Shibasaki H, organizers. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*, 1995 Oct 15-19, Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Complete works published in scientific events

Coates V, Correa MM. Characteristics of 462 pregnant adolescents in São Paulo. In: *Annals of the V Brazilian Congress of adolescence*, 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertation and thesis

Carvalho GCM. *The federal public funding of the Unified Health System 1988-2001* [thesis]. London: School of Public Health; 2002.

Gomes WA. *Adolescence, pubertal development and sexuality: information level of adolescents and teachers of municipal schools in Feira de Santana - BA* [dissertation]. Feira de Santana (BA): State University of Feira de Santana; 2001.

Other published works

13. Newspaper article

New assisted reproductive techniques enable motherhood after 40 years of age. *Jornal do Brasil*, 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).

14. Audiovisual material

HIV +/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book, 1995.

15. Legal documents

Brazil. Law No. 8.080 of September 19, 1990. Deals with the conditions for promotion, protection and recovery of health, the organization and functioning of relevant services and other matters. *Diário Oficial da União* 1990; 19 Sept.

Forthcoming or unpublished material

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med* Forthcoming 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.
Trabeculectomy with mitomycin C in patients with refractory congenital glaucoma. *Arq Bras Oftalmol*. Forthcoming 2004.

Electronic material

16. Article in electronic format

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [journal on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Epidemiological study of trachoma in the community of Chapada do Araripe – PE – Brazil. *Arq Bras Oftalmol* [serial on the Internet]. 2004 Mar-Apr [accessed 2004 Jul 12];67(2): [about 4 p.]. Available at: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monograph in electronic format

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Computer program

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993

The articles will be evaluated through Peer Review by at least three consultants from the research knowledge area, from national and foreign educational and/or research institutions, with proven scientific production. After appropriate corrections and possible suggestions, the article will be accepted if it has two favorable opinions, and rejected when two opinions are unfavorable.