



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

BRUNO LOPES MARÇAL

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DAS
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DO RIO
GRANDE DO SUL**

PASSO FUNDO - RS

2021

BRUNO LOPES MARCAL

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DAS
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DO RIO
GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para obtenção do
grau de médico no curso de medicina da Universidade
Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo

Orientadora: Prof. M.^a Marindia Biffi

Coorientadora: Prof. M.^a Bruna Chaves Lopes

PASSO FUNDO - RS

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Marcal, Bruno Lopes

Prevalência de sintomas de depressão em trabalhadores das EStratégia Saúde da Família de um município do Norte do Rio Grande do Sul / Bruno Lopes Marcal. -- 2021.
68 f.

Orientadora: Mestre Maríndia Biffi

Co-orientadora: Mestre Bruna Chaves Lopes

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2021.

1. Saúde mental. 2. Depressão. 3. Estratégia Saúde da
Família. I. Biffi, Maríndia, orient. II. Lopes, Bruna
Chaves, co-orient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

BRUNO LOPES MARÇAL

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DAS
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DO RIO
GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para obtenção do
grau de médico no curso de medicina da Universidade
Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. M.^a Maríndia Biffi

Me. Eduardo Antonio Tedeschi

M.^a Daniela Teixeira Borges

RESUMO

Este volume de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação foi estruturado de acordo com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul e está em conformidade com o Regulamento de TCC do Curso de Graduação. O trabalho foi elaborado pelo acadêmico Bruno Lopes Marçal, sob orientação da Professora Me. Marindia Biffi e Coorientação da Professora Me. Bruna Chaves Lopes. Este volume é estruturado em 4 partes: projeto de pesquisa, relatório de atividades, artigo científico e considerações finais, desenvolvidas nos componentes curriculares de Pesquisa em Saúde, TCC I e TCC II, nos semestres de 2019/2, 2020/1 e 2020/2, respectivamente. O estudo tem por objetivo avaliar a prevalência de sintomas de depressão nos trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS). Foi encontrada alta prevalência dos sintomas de depressão. Assim como, foi possível traçar o perfil dos trabalhadores mais acometidos pelos sintomas de depressão. Nesse sentido, buscamos propor estratégias para melhorar a saúde mental destes profissionais.

Palavras-chave: Depressão. Estratégia Saúde da Família. Pessoas Mentalmente Doentes.

ABSTRACT

This volume of Undergraduate Course Conclusion Work (TCC) was structured in accordance with the rules of the Academic Works Manual of the Universidade Federal da Fronteira Sul and is in compliance with the Undergraduate Course TCC Regulation. The work was prepared by the academic Bruno Lopes Marçal, under the guidance of Professor Me. Maríndia Biffi and Coorientation by Professor Me. Bruna Chaves Lopes. This volume is structured in 4 parts: research project, activity report, scientific article and final considerations, developed in the curricular components of Health Research, TCC I and TCC II, in the semesters of 2019/2, 2020/1 and 2020 / 2, respectively. The study aims to assess the prevalence of symptoms of depression among workers at the Family Health Strategy units in the municipality of Marau (RS). A high prevalence of symptoms of depression was found. As well, it was possible to trace the profile of workers most affected by depression symptoms. In this sense, we seek to propose strategies to improve the mental health of these professionals.

Key words: Depression. Family Health Strategy. Mentally Ill Persons.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	DESENVOLVIMENTO	9
2.1.	PROJETO DE PESQUISA.....	9
2.1.1.	Resumo informativo	9
2.1.2.	Tema	10
2.1.3.	Problemas	10
2.1.4.	Hipóteses	10
2.1.5.	Objetivos	11
2.1.5.1.	Objetivo geral.....	11
2.1.5.2.	Objetivos específicos.....	11
2.1.6.	Justificativa	11
2.1.7.	Referencial teórico	12
2.1.8.	Metodologia	16
2.1.8.1.	Tipo de estudo.....	16
2.1.8.2.	Local e período de realização.....	16
2.1.8.3.	População e amostragem.....	16
2.1.8.4.	Variáveis e instrumentos de coleta de dados.....	16
2.1.8.5.	Logística e estudo piloto.....	18
2.1.8.6.	Processamento, controle de qualidade e análise dos dados.....	18
2.1.8.7.	Aspectos éticos.....	19
2.1.9.	Recursos	20
2.1.10.	Cronograma	21
2.1.11.	Referências	21
2.1.12.	Apêndices	24
2.1.13.	Anexos	28
2.2.	RELATÓRIO DE PESQUISA.....	31
2.2.1.	Apresentação	31
2.2.2.	Desenvolvimento	31
2.2.2.1.	Treinamento dos entrevistadores.....	31
2.2.2.2.	Logística da coleta de dados.....	32
2.2.2.3.	Período da coleta de dados.....	32
2.2.2.4.	Perdas e recusas.....	32

2.2.2.5.	Controle de qualidade dos dados.....	33
2.2.3.	Considerações finais.....	33
3.	ARTIGO CIENTÍFICO.....	34
4.	ANEXOS.....	55

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental grave que vem aumentando seus números no decorrer do tempo. Ela é caracterizada por sentimento de tristeza persistente, fazendo com que as pessoas percam a vontade de realizar tarefas cotidianas que, normalmente, dão prazer a elas (OPAS, 2017). Além disso, estudos mostram que a prevalência de depressão nos profissionais da área da saúde é maior do que na população geral brasileira, 22% contra 15,5% respectivamente. (SALES et al, 2010 apud AZAMBUJA; SCHNEIDER, 2014)

No contexto do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários. Ela é orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. A Atenção Básica possibilita a resolução de grande parte das necessidades de saúde e encaminha os usuários para outros níveis de atenção, caso seja necessário. Há 2.099 unidades de Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Sul, aproximadamente 60% de cobertura populacional. (RIO GRANDE DO SUL, 2019)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso a Atenção Básica. Ela busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco.

Nesse âmbito, o estabelecimento das unidades de ESF, propôs um contexto laboral diferenciado, exigindo também, um profissional mais capacitado. Nas unidades de ESF, o profissional da área da saúde tem que desenvolver práticas gerenciais e sanitárias, compondo uma série de ações tanto individuais, quanto coletivas, promovendo a proteção da saúde da população pertencente a unidade, prevenindo agravos, agilizando o diagnóstico e tratamento, tendo como base um trabalho em equipe multidisciplinar. Porém, este novo modelo de trabalho não está sendo acompanhado de uma formação apropriada dos profissionais da saúde, causando um sofrimento exagerado, acompanhado de outras diversas patologias físicas e psíquicas, devido à sobrecarga de função e responsabilidades, e ao pouco tempo para se realizar um planejamento e preparo da assistência. (BENITES, 2014; CARREIRO et al., 2013)

Nesse aspecto, um estudo realizado com trabalhadores das unidades de ESF do município de Santa Cruz do Sul (RS) demonstrou uma prevalência geral de transtorno mental comum de 19,7%, sendo que os profissionais com maior prevalência foram os enfermeiros com 25% (MOREIRA et al.,2016).

Ainda nesse tocante, foi realizado no município de Guarulhos (SP) com 59 enfermeiros de 29 unidades de ESF um estudo que revelou uma prevalência de 89,83% de sintomas depressivos nesses trabalhadores. (FERNANDES; MARCOLAN; 2017)

No contexto das unidades de ESF, o município de Marau, situado no norte do estado do Rio Grande do Sul (RS), pertencente a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, apresenta uma cobertura de 100% da população pelas unidades de ESF. O estado do RS possuía, em 2018, 60,09% de cobertura de ESF, mostrando que o município conta com uma cobertura superior em relação ao estado. (RIO GRANDE DO SUL, 2019)

Contudo, o município conta com altos índices referentes a saúde mental de seus habitantes. Em 2010, o percentual de internações por doenças relacionadas a transtornos mentais e comportamentais foi de 9,4%, enquanto no estado do RS foi 4,1% (BRASIL,2010). Além disso, a taxa de suicídio do município foi de 19,91/100.000 habitantes em 2018, ao mesmo tempo que no estado do RS foi 10,96/100.000 habitantes. (RIO GRANDE DO SUL, 2019)

Ademais, a saúde dos trabalhadores da Atenção Básica, as vezes, é esquecida pelos gestores, assim como pelos próprios profissionais, que se culpam por ficarem doentes, pois eles são responsáveis pela saúde dos usuários. Além disso, estudos sobre o sofrimento mental dos trabalhadores das unidades de ESF ainda são escassos no Brasil. (CARREIRO et al., 2013)

Esse estudo, portanto, faz-se oportuno pois é preciso conhecer a realidade desses profissionais e a prevalência de sintomas de depressão no ambiente das unidades de ESF para que possamos divulgar esses dados para os gestores, profissionais e comunidade, além de propor estratégias para melhorar a qualidade da saúde desses trabalhadores.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Resumo informativo

A depressão é um transtorno comum entre os profissionais da área da saúde. Nesse contexto, a análise da saúde mental dos profissionais que lidam diariamente com pacientes da atenção básica do Sistema Único de Saúde é de suma importância, já que estes enfrentam diversos desafios diariamente e sua saúde mental reflete diretamente na maneira como esses profissionais irão tratar com os pacientes. Nesse aspecto, o presente estudo propõe analisar a prevalência de sintomas de depressão nos trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS), por meio de um estudo quantitativo, descritivo e transversal. Os dados serão coletados por meio da aplicação de questionários e escalas, com objetivo de caracterizar e identificar os trabalhadores com sintomas positivos para depressão, e analisar fatores que possam estar relacionados a esse estado mental. A aplicação será realizada em todos os funcionários das 12 unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS), no período de janeiro de 2020 a junho de 2020. O questionário buscará dados epidemiológicos, tais como sexo; idade; escolaridade; estado civil; se tem filhos; renda mensal média familiar; se reside no município; qual bairro mora; qual área de graduação (se possuir); há quanto tempo trabalha na unidade; cargo profissional; horas trabalhadas por semana; se possui outra atividade remunerada; se pratica atividade física e qual a frequência; se é/foi tabagista ou etilista e por quanto tempo; se já possui o diagnóstico de depressão; se tem algum familiar com histórico de depressão; se faz uso de algum psicofármaco e qual utilizou. Além disso, será aplicada a escala de Hamilton para depressão que busca critérios de prevalência de depressão na população. Espera-se que os resultados encontrados nos questionários sugiram uma relevante prevalência dos sintomas de depressão. Assim como, possamos traçar o perfil dos trabalhadores mais acometidos pelos sintomas de depressão. Nesse sentido, buscaremos propor estratégias para melhorar a saúde mental destes profissionais.

Palavras-chave: Depressão. Estratégia Saúde da Família. Pessoas Mentalmente Doentes.

2.1.2 Tema

Prevalência de sintomas de depressão em trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família.

2.1.3 Problemas

Qual a prevalência de sintomas de depressão em trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF)?

Qual o perfil sociodemográfico dos trabalhadores das unidades de ESF?

Qual a prevalência de sintomas de depressão por categoria de trabalhadores?

Qual categoria tem maior prevalência de sintomas de depressão?

Qual o perfil sociodemográfico dos trabalhadores que apresentam sintomas de depressão?

2.1.4 Hipóteses

Será evidenciada uma prevalência de 20% dos trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família apresentem sintomas de depressão.

Será evidenciada uma idade média de 37 anos, sendo a maioria agentes comunitários de saúde, do sexo feminino, casadas, com filhos, renda per capita de até 2 salários mínimos, ensino médio completo, com jornada laboral de 40 horas semanais e dedicação exclusiva, e com tempo de trabalho entre 6 meses a 5 anos na mesma instituição.

Será evidenciado que sintomas de depressão estão em todas as categorias de profissionais.

Será evidenciada maior prevalência de sintomas de depressão entre os enfermeiros.

Será evidenciado, entre os trabalhadores que apresentam sintomas de depressão, um perfil de trabalhadores do sexo feminino, entre 36 a 45 anos, com ensino médio completo, casadas, com filhos, renda per capita de até 2 salários mínimos, com jornada laboral de 40 horas/semana e dedicação exclusiva, e com tempo de trabalho na mesma instituição entre 6 a 9 anos.

2.1.5 Objetivos

2.1.5.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência de sintomas de depressão em trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS).

2.1.5.2 Objetivos específicos

Descrever características sociodemográficas de trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS).

Identificar a distribuição dos sintomas de depressão de acordo com as características sociodemográficas de trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS).

Identificar a prevalência de sintomas de depressão nas diversas funções exercidas nas unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS).

Identificar qual a função com maior prevalência de sintomas de depressão.

2.1.6 Justificativa

Em março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica estabeleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo preferencial da atenção básica do Brasil. Com isso as unidades de ESF tornaram-se a porta de entrada do sistema único de saúde, e com isso os profissionais destas tiveram que se adaptar a nova demanda.

Nesse contexto, estes trabalhadores estão cada vez mais recebendo novas atribuições, novas políticas e ações a serem implementadas, gerenciadas e repassadas a instâncias superiores, sistemas e informações a serem compartilhadas, além da insuficiente e descontinuada agenda de capacitações. Ainda há falta de recurso humano, material, intensa carga horária, como fatores que podem desencadear/agravar transtornos mentais, como a depressão, nessa classe de trabalhadores.

Portanto, a importância desse trabalho dá-se pelo fato de identificar a prevalência de sintomas de depressão nessa população, além de caracterizar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores acometidos pelos sintomas, assim como detectar a função mais acometida por esses e propor estratégias para melhorar a saúde mental desses profissionais que são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

2.1.7 Referencial teórico

A depressão é um transtorno mental grave que vem aumentando seus números no decorrer do tempo. Ela é caracterizada por sentimento de tristeza persistente, fazendo com que as pessoas percam a vontade de realizar tarefas cotidianas que, normalmente, dão prazer a elas. A depressão apresenta vários sintomas, mas, os mais comuns são: fadiga, mudanças no apetite, alterações no sono, ansiedade, perda ou ganho de peso, desconcentração, indecisão, inquietude, sentimento de culpa e, até mesmo, pensamento e/ou atos suicidas. (OPAS,2017)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) a depressão se apresenta ao longo da vida em 15,5% da população, sendo que este dado aumenta para 22% quando é focado aos profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, entre outros), pois, está diretamente relacionada à jornada excessiva de trabalho, manuseio de pacientes doentes, principalmente no ambiente hospitalar, baixa remuneração, mais de um vínculo empregatício, entre outros diversos fatores, que geram uma sobrecarga emocional ao profissional da saúde, causando estresse, ansiedade, cansaço físico e mental, dificuldade de raciocínio e de interação com as demais pessoas, desenvolvimento de distúrbios do sono e humor, diminuição da qualidade de vida e, também, evolução para a depressão. (SALES et al, 2010 apud AZAMBUJA; SCHNEIDER, 2014). Todos estes fatores resultam no aumento do número de afastamentos do trabalho e necessidade de auxílio psicofármaco dos profissionais. (SALES et al, 2010 apud AZAMBUJA; SCHNEIDER, 2014)

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários. Ela é orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. Para satisfazer esses princípios, a Atenção Básica desenvolve programas e ações,

considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários de cada população onde está instalada. (RIO GRANDE DO SUL, 2019)

A Atenção Básica possibilita a resolução de grande parte das necessidades de saúde e encaminha os usuários para outros níveis de atenção, caso seja necessário. Há 2.099 unidades de Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Sul, aproximadamente 60% de cobertura populacional. (RIO GRANDE DO SUL, 2019)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso a Atenção Básica. Ela busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Para alcançar tais objetivos, as unidades de ESF buscam aproximar sua equipe de saúde com os usuários, suas famílias e a sua vizinhança, com intuito de conhecer melhor seus usuários e assim garantir uma maior adesão aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe, criando um laço de confiança do usuário com a equipe de saúde. Esse tipo de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. (BRASIL, 2017)

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de agentes deverá ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 agentes por equipe de ESF, não ultrapassando o número máximo de 4.000 pessoas por ESF. Além desses profissionais, a equipe pode contar com cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico de saúde bucal, psicólogos e farmacêuticos. (BRASIL, 2017)

No Brasil, o estabelecimento do novo método de Estratégia da Saúde da Família (ESF) conjugada à Atenção Básica, propôs um contexto laboral diferenciado, exigindo também, um profissional mais capacitado à esta realidade. Porém, para isso, o trabalhador da saúde tem que se conduzir de maneira diferente do que no ambiente hospitalar, visto que a Atenção Básica é a porta de entrada dos pacientes ao Sistema Único de Saúde (SUS), e, que orienta os princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, participação social, coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade da Atenção. (BRASIL, 2006; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016)

Nas unidades de ESF, o profissional da saúde tem que desenvolver práticas gerenciais e sanitárias, compondo uma série de ações tanto individuais, quanto coletivas, promovendo a proteção da saúde da população pertencente a unidade, prevenindo agravos, agilizando o diagnóstico e tratamento, tendo como base um trabalho em equipe multidisciplinar. Porém, este novo modelo de trabalho não está sendo acompanhado de uma formação apropriada dos profissionais da saúde, causando um sofrimento exagerado, acompanhado de outras diversas patologias físicas e psíquicas, devido à sobrecarga de função e responsabilidades, à incapacidade de inserção no programa e ao pouco tempo para se realizar um planejamento e preparo da assistência. (BENITES, 2014; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016)

Um estudo realizado nas unidades de ESF do município de Santa Cruz do Sul (RS) apresentou o perfil sociodemográfico e avaliou as condições de saúde mental dos trabalhadores dessas unidades. O perfil sociodemográfico dos trabalhadores foi idade média de 37 anos, sendo a maioria ACS (57,8%), do sexo feminino (95,1%), casadas (80,2%), com filhos (83,2), renda per capita de até 2 salários mínimos (75%), ensino médio completo (43,9%), trabalhando em regime de dedicação exclusiva com carga horária de 40 horas semanais (80,7%) e com tempo de trabalho na Atenção Básica entre 6 meses a 5 anos (61,4%). Já a prevalência geral de transtorno mental comum foi de 19,7%, estando presente em todas as categorias de profissionais, e mais frequente entre os enfermeiros com 25% de prevalência. (MOREIRA et al.,2016)

Nesse aspecto, outro estudo realizado com 59 enfermeiros de 29 unidades de ESF do município de Guarulhos (SP) em 2016 demonstrou que a prevalência de sintomas depressivos foi de 89,83% pela Escala de Hamilton para Depressão. (FERNANDES; MARCOLAN; 2017)

A escala de depressão de Hamilton é utilizada para identificar a presença de sintomas depressivos. Ela é capaz de detectar sintomas melancólicos e físicos da síndrome depressiva. É a mais utilizada pela psiquiatria, principalmente na prática clínica e em ensaios clínicos. Tem como base a avaliação de sintomas somáticos da síndrome. A aplicação costuma ter um tempo ideal de 30 minutos. (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016)

No contexto das unidades de ESF, o município de Marau, situado no norte do estado do Rio Grande do Sul (RS), pertencente a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, possui um ótimo panorama referente a instalação do programa de ESF. O

munícipio conta com aproximadamente 41 mil habitantes e estes estão 100% cobertos pelo programa desde 2014. O estado do RS possuía, em 2018, 60,09% de cobertura de ESF, mostrando que o município conta com uma cobertura superior em relação ao estado que pertence. Outro aspecto que o município apresenta melhor resultado que o estado é em relação a cobertura de ACS. No município tivemos 84,3% da população coberta em 2018, contra 50,63% de cobertura no estado. (RIO GRANDE DO SUL, 2019)

Além dessas coberturas, o município conta com 12 unidades de ESF que dispõe de uma equipe ampliada que além das categorias de trabalhadores mínimas para que a unidade seja reconhecida como ESF, contam com profissionais como cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico de saúde bucal, psicólogos e ainda, farmacêuticos em algumas unidades. (ANUÁRIO DA SAÚDE DE MARAU, 2019)

Apesar dessa cobertura e estrutura, o município sofre com doenças relacionadas a transtornos mentais e comportamentais. Nesse aspecto, o percentual de internações por esse grupo de patologias foi de 9,4% no ano de 2010, enquanto no estado do RS tivemos 4,1% desse tipo de internação, um número que representa menos que a metade das internações do município. (BRASIL,2010)

Ainda nesse aspecto, a taxa de suicídio no RS foi de 10,96/100.000 habitantes em 2018, enquanto no município de marau foi quase o dobro no mesmo período, apresentando uma taxa de 19,91/100.000 habitantes. Essa taxa já é de 22,40/100.000 habitantes no ano de 2019, mostrando um aumento do número de suicídios no município. (RIO GRANDE DO SUL, 2019)

Nesse tocante, devido aos dados apresentados pelo município na parte da saúde mental de sua população, a cobertura total de ESF e sua equipe diferenciada, e tendo em vista que o profissional da área da saúde tem como objetivo cuidar da vida do próximo, é necessário conhecer a prevalência de sintomas de depressão nesses profissionais, reconhecer os fatores que possam estar associados a estes sintomas e estabelecer projetos e programas para o auxílio quando se trata da saúde do próprio profissional. Assim, se conseguirá um melhor resultado e aumento do desempenho do trabalhador.

2.1.8 Metodologia

2.1.8.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, descritivo e analítico.

2.1.8.2 Local e período de realização

O estudo será realizado durante o período de março a dezembro de 2020 nas unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS).

2.1.8.3 População e amostragem

A população do estudo consiste em funcionários das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS).

Será realizado um censo com essa população. Estima-se que sejam incluídos 120 entrevistados no estudo, dado baseado no número de funcionários nas unidades.

Serão considerados critérios de inclusão: ambos os sexos, maiores de 18 anos e que trabalhe há no mínimo 6 meses na atenção básica.

Serão considerados critérios de exclusão: os trabalhadores que, por motivos pessoais, se recusaram a responder o questionário estruturado e que não estiveram presentes no momento da coleta após três tentativas de aplicação do questionário.

2.1.8.4 Variáveis e instrumentos de coleta de dados

Será considerada variável quantitativa dependente: apresentar sintomas de depressão medidos através da escala de Hamilton para depressão.

Serão consideradas variáveis quantitativas independentes: sexo; idade; escolaridade; estado civil; se tem filhos; renda mensal média familiar; se reside no município; qual bairro mora; qual área de graduação (se possuir); há quanto tempo trabalha na unidade; cargo profissional; horas trabalhadas por semana; se possui outra atividade remunerada; se pratica atividade física e qual a frequência; se é/foi

tabagista ou etilista e por quanto tempo; se já possui o diagnóstico de depressão; se tem algum familiar com histórico de depressão; se faz uso de algum psicofármaco e qual utilizou.

A Escala de depressão de Hamilton é utilizada para identificar a presença de sintomas depressivos em pacientes. É uma escala multidimensional e heteroavaliativa do observador. Ela é capaz de detectar sintomas melancólicos e físicos da síndrome depressiva. É utilizada principalmente na prática clínica e em ensaios clínicos. Tem como base a avaliação de sintomas somáticos da síndrome nas últimas semanas. (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBUHLER, 2016)

A versão mais utilizada é a HAM-D composta por 17 itens, englobados em 6 categorias. São elas: humor (item 1), cognitivas (itens 2, 3, 17), somáticas (itens 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15 e 16), motores (itens 8 e 9), sociais (item 7) e de ansiedade (itens 10 e 11). Desse modo, os aspectos cognitivos e somáticos representam 50% da pontuação total. Os itens são pontuados de 0 a 2, 0 a 3 ou 0 a 4, tendo pontuação total de 50 pontos. (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBUHLER, 2016)

Não há na literatura pontos de corte determinados pelo autor da escala, porém, aceita-se na prática clínica, escores acima de 25 pontos como característicos de paciente gravemente deprimidos; escores de 18 a 25 pontos para pacientes moderadamente deprimidos; escores de 8 a 17 pontos para pacientes com depressão leve; e escores entre 0 a 7 pontos como indivíduo sem depressão (FREIRE et al., 2013).

O tempo de aplicação costuma ser de 30 minutos. Quando em dúvida quanto ao grau de intensidade, o aplicador deve pontuar o grau mais intenso. (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBUHLER, 2016)

Estudos de confiabilidade foram realizados, eles demonstraram um índice de consistência interna entre 0,46 e 0,97, e os itens de culpa, insônia intermediária, ansiedade psíquica, ansiedade somática, alterações de apetite e sintoma somático-geral foram os que mostraram índices de confiabilidade adequados. Referente à concordância, observou-se coeficiente entre 0,46 e 0,99 (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

Observa-se que as maiores limitações do teste se devem aos poucos estudos dos parâmetros psicométricos desenvolvidos pelo autor da escala, o que motivou inúmeras pesquisas sobre os possíveis pontos de corte, e isso dificultou a

padronização dos dados e a comparação dos resultados obtidos (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

2.1.8.5 Logística

A coleta, análise e processamento dos dados obtidos nas entrevistas serão realizados quinzenalmente, após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marau (RS) e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS e cessará em junho de 2020.

O acadêmico da equipe de pesquisa se deslocará as unidades de Estratégia Saúde da Família nas terças-feiras, quinzenalmente, das 8h30 às 16h e realizará a coleta de dados com os trabalhadores das unidades, conforme disponibilidade do profissional, sem prejudicar suas atividades laborais. Neste período, o acadêmico aplicará um questionário sociodemográfico e a escala de depressão de Hamilton, estima-se que essa aplicação cursará com uma duração de 30 minutos. A aplicação do questionário e da escala será realizada em uma sala reservada das unidades de Estratégia Saúde da Família. Será realizada a passagem de dados do questionário para planilha eletrônica, com intuito de compilar dados de aproximadamente 12 entrevistados a cada quinzena. Isso será baseado na quantidade de profissionais em cada unidade de Estratégia Saúde da Família.

2.1.8.6 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados obtidos nas entrevistas com os trabalhadores serão duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se dará no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) e compreenderá a distribuição dos entrevistados com sintomas de depressão em relação aos critérios sociodemográficos analisados.

A análise de associação entre as variáveis independentes com a variável dependente será verificada por meio do teste Qui-quadrado, empregando-se nível de significância de 5%. Será avaliada a positividade para depressão, assim como a relação da positividade com aspectos sociodemográficos da população.

2.1.8.7 Aspectos éticos

Em relação aos aspectos éticos o presente estudo será submetido para avaliação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Marau (RS). Após aprovação da SMS de Marau, o projeto será encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os preceitos éticos estabelecidos serão respeitados zelando pela legitimidade, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos.

Exibido no anexo A, está a Escala de Hamilton para Depressão. Além destas, está presente no apêndice A uma tabela de perguntas relacionadas a aspectos sociodemográficos dos entrevistados. No apêndice B está o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) necessário, visto que o estudo é baseado em entrevistas diretas com os participantes.

Como a equipe aplicará questionários na população pesquisada, existe o risco de o entrevistado sofrer perguntas invasivas com o risco emocional de constrangimento. Para que este risco seja minimizado, será elucidado ao entrevistado que a participação é voluntária, que ele pode não responder alguma pergunta e que poderá desistir a qualquer momento. Será também providenciado um local adequado e reservado para a entrevista. No caso de o risco ocorrer, a atividade desenvolvida será interrompida, e será oferecida a possibilidade de atendimento com profissional da área de psicologia da unidade, quando houver, ou com profissional médico(a). Existe ainda, o risco de vazamento de informações referentes aos questionários que poderia causar constrangimento ao participante. De maneira a minimizar este risco, os questionários serão identificados por números e não pelo nome do entrevistado, serão numerados aleatoriamente, sem lógica que permita a identificação dos participantes. No entanto, caso este risco previsto se concretize o estudo será interrompido.

Como benefício direto ao participante, destaca-se que ao responder o questionário, o participante terá oportunidade de expor sua condição emocional e/ou tornar-se ciente dela de forma sigilosa, podendo levar ao cuidado pessoal no que tange sua saúde mental. Os casos que forem identificados como positivos, serão

instruídos a procurar ajuda e a equipe de pesquisa fica à disposição em atender ou encaminhar ao atendimento especializado sigiloso e gratuito caso o entrevistado ache necessário. Também será entregue uma devolutiva dos resultados por meio de um relatório à SMS de Marau (RS) na perspectiva de incentivar ações direcionadas a saúde do trabalhador da atenção básica.

Ademais, a pesquisa poderá ter como benefício indireto o enfoque na promoção de estudos e pesquisas sobre a saúde dos trabalhadores da atenção básica, visto que há pouca produção literária sobre o tema e o conhecimento sobre o assunto pode melhorar não só a saúde dos profissionais, como também o atendimento aos usuários da Atenção Básica, melhorando a relação do usuário com as unidades.

O presente trabalho, escrito pelas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), possui todas as autorias das citações referenciadas conforme a lei 9610 que rege a questão dos direitos autorais vigente no Brasil com objetivo de evitar plágio.

Os dados obtidos na pesquisa serão armazenados por 5 anos em local seguro e privativo, em um armário com chave na sala dos professores da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo -, e posteriormente serão destruídos.

2.1.9 Recursos

Especificação	Quantidade	Preço unitário (R\$)	Total (R\$)
1 Material permanente			
Computador	1	2000,00	2000,00
Impressora	1	320,00	320,00
2 Material de consumo			
Cartucho de tinta para impressora	4	49,90	199,60
Papel A4	2	22,90	45,80
Caneta esferográfica azul	50	0,68	34,00
Lápis de escrever	12	0,68	8,16
Borracha	12	1,20	14,40
Prancheta	1	5,30	5,30
Total			2627,26

2.1.10 Cronograma

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisão bibliográfica												
Encaminhamento CEP												
Reenvio ao CEP												
Coleta de dados												
Processamento de dados												
Análise dos dados												
Confecção do artigo												
Apresentação do TCC												

2.1.11 REFERÊNCIAS

ANUÁRIO DA SAÚDE DE MARAU/RS: Ano 2020. Marau: Folha Regional, 2019. 250 p. Disponível em: <http://banca.maven.com.br/pub/jornalfolharegional/?numero=569#page/1>. Acesso em: 1 dez. 2019.

AZAMBUJA, Patrícia Gens; SCHNEIDER, Ana Paula Helfer. Uso de fármacos psicotrópicos por profissionais da saúde atuantes da área hospitalar. **Infarma**, [s. l.], ano 2015, v. 27, ed. 1, p. 14-21, 16 set. 2014. Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=665&path%5B%5D=pdf_24>. Acesso em: 8 out. 2019.

BENITES, Daiane Freire. **Saúde mental do profissional da atenção primária à saúde**: Dificuldades e necessidades dos trabalhadores da ESF. Orientador: Adriana Remião Luzardo. 2014. Monografia (Especialista em Linha de cuidado em Enfermagem) - Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167262>>. Acesso em: 8 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. **Cadernos de Informações de Saúde Rio Grande do Sul**, 2010. Disponível: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acesso em: 4 nov. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão**: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. [S. l.], 2019. Disponível em: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>>. Acesso em: 8 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**, 2019. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa> >. Acesso em: 4 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1a ed. Série Pactos pela Saúde. Brasília, DF; 2006. vol. 4

CARREIRO, Gisele Santana Pereira *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 15, ed. 1, p. 46-55, jan/mar 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14084/15532>>. Acesso em: 8 out. 2019.

CARVALHO, Danniel Britto de; ARAÚJO, Tânia Maria de; BERNARDES, Kionna Oliveira. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 41, ed. 17, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e17.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2019.

FERNANDES, Daniella Marques; MARCOLAN, João Fernando. Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 13, n. 1, p. 37-44, 2017.

FREIRE, Manoela Ávila *et al.* **Escala Hamilton**: Estudo das características psicométricas em uma amostra do Sul do Brasil. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Psicologia) - Universidade Católica de Pelotas, [S. l.], 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Alina_Vasconcelos/publication/272397676_Escala_Hamilton_estudo_das_caracteristicas_psicometricas_em_uma_amostra_do_sul_do_Brasil/links/560424aa08aea25fce30b89c/Escala-Hamilton-estudo-das-caracteristicas-psicometricas-em-uma-amostra-do-sul-do-Brasil.pdf>. Acesso em: 8 out. 2019.

GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBÜHLER, Ines. **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MOREIRA, Izadora Joseane Borrajo *et al.* Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, ed. 38, p. 1-12, 2016. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc\(38\)967](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc(38)967)>. Acesso em: 4 nov. 2019.

OPAS. **Depressão**: o que você precisa saber. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5372:depressao-o-que-voce-precisa-saber&Itemid=822>. Acesso em: 8 out. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Atenção Básica ou Primária**: Principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), 2019. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/atencao-basica-ou-primaria-principal-porta-de-entrada-para-o-sistema-unico-de-saude-sus>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação. **Bi Gestão Municipal**, 2019. Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_AtencaoBasica>. Acesso em: 4 nov. 2019.

2.1.12 Apêndices

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Número do questionário:	Num _____
ESF:	ESF _____
Sexo (1) Masculino (2) Feminino	Sex _____
Quantos anos completos você tem?	Anos _____
Escolaridade: (1) Não estudou (2) Ensino Fundamental incompleto (3) Ensino Fundamental completo (4) Ensino Médio incompleto (5) Ensino Médio completo (6) Ensino Superior incompleto (7) Ensino Superior Completo (8) Pós graduação/Mestrado/Doutorado	Esco _____
Você tem cônjuge? (1) Sim (2) Não	Conj _____
Você tem filhos? (1) Sim (2) Não Em caso afirmativo, quantos filhos você tem? _____	Filhos _____ NFilh _____
Qual é a renda mensal média da sua família (valores em reais, considerando todas as pessoas que moram na sua casa e qualquer fonte de renda)?	Rend _____
Você mora em Marau? (1) Sim (2) Não	Mora _____
Em que bairro você mora?	Bairro _____
Qual sua área de graduação?	Grad _____
Você tem pós-graduação? (1) Sim (2) Em andamento (3) Interrompida (4) Não Em qual área?	PosG _____
Há quanto tempo você trabalha na ESF?	Temp _____
Qual seu cargo atual?	Carg _____

Quantas horas, por semana, você trabalha?	Horas ____
Possui outra atividade remunerada? (1) Sim (2) Não	Outra ____
É ou já foi tabagista? (1) sim, sou (2) Sim, já fui (3) Não sou/Nunca fui	Tab ____
Se sim, por quanto tempo?	TTab ____
É ou já foi etilista? (1) sim, sou (2) Sim, já fui (3) Não sou/Nunca fui	Eti ____
Se sim, por quanto tempo?	TEti ____
Realiza atividade física? (1) Sim (2) Não Quantas vezes por semana? _____	AFis ____ QuanA ____
Possui ou já foi diagnosticado com depressão? (1) Sim (2) Não	Depr ____
Algum familiar já teve diagnóstico de depressão? (1) Sim (2) Não	FamD ____
Faz ou já fez uso de algum medicamento antidepressivo? (1) Sim (2) Não	Antid ____
Se sim, qual? _____	NAint ____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a saúde dos trabalhadores das Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS), desenvolvida por Bruno Lopes Marçal, acadêmico de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo fundo, sob orientação da Professora M.^a Maríndia Biffi e Coorientação da Professora M.^a Bruna Chaves Lopes.

O objetivo central do estudo é identificar a prevalência de sintomas de depressão nos trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS). Nesse contexto, sua participação envolve responder a um questionário aplicado em sua ESF, conforme sua disponibilidade, sem atrapalhar suas atividades laborais, de duração de aproximadamente 30 minutos. O presente estudo envolve risco inerentes a qualquer projeto de pesquisa, como o risco de você sofrer perguntas invasivas com o risco emocional de constrangimento. Para que este risco seja minimizado, elucidamos que a sua participação é voluntária, você pode não responder alguma pergunta e que poderá desistir a qualquer momento. Será também providenciado um local adequado e reservado para a entrevista. No caso de o risco ocorrer, a atividade desenvolvida será interrompida, e lhe será oferecida a possibilidade de atendimento com profissional da área de psicologia da unidade, quando houver, ou com profissional médico(a). Existe ainda, o risco de vazamento de informações referentes aos questionários que poderia causar constrangimento a você. De maneira a minimizar este risco, os questionários serão identificados por números e não pelo seu nome, serão numerados aleatoriamente, sem lógica que permita a sua identificação. No entanto, caso este risco previsto se concretize o estudo será interrompido.

Como benefício direto a você, destaca-se que ao responder o questionário, você terá oportunidade de expor sua condição emocional e/ou tornar-se ciente dela de forma sigilosa, podendo levar ao cuidado pessoal no que tange sua saúde mental. Se seu caso for identificado como positivo, será instruído a procurar ajuda e a equipe de pesquisa fica à disposição em atender ou encaminhar ao atendimento especializado sigiloso e gratuito caso o você ache necessário. Também será entregue uma devolutiva dos resultados por meio de um relatório à Secretaria Municipal de

Saúde de Marau (RS) na perspectiva de incentivar ações direcionadas a saúde do trabalhador da atenção básica. Ademais, a pesquisa poderá ter como benefício indireto o enfoque na promoção de estudos e pesquisas sobre a saúde dos trabalhadores da atenção básica, visto que há pouca produção literária sobre o tema e o conhecimento sobre o assunto pode melhorar não só a saúde dos profissionais, como também o atendimento aos usuários da Atenção Básica, melhorando a relação do usuário com as unidades.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. A sua participação não envolve gastos, bem como não haverá nenhum tipo de pagamento. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Quaisquer dúvidas da pesquisa poderão ser obtidas a qualquer momento junto à equipe de pesquisa com a pesquisadora responsável Marindia Biffi, pelo endereço Avenida Presidente Vargas, 655, Centro, Marau – RS - Brasil; telefone (54) 99982-2761; por meio do e-mail marindia.biffi@uffs.edu.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, pelo endereço Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul – Bloco da Biblioteca – sala 310, 3º andar, Área Rural, CEP 89815-899, Chapecó – SC – Brasil; pelo telefone (49)2049-3745; por meio do e-mail cep.uffs@uffs.edu.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Marau, ____/____/2020

Assinatura da pesquisadora responsável Marindia Biffi

2.1.13 Anexos

ANEXO A – ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON

Escala de depressão de Hamilton (HAM-D)

1	Humor deprimido 0. Ausente 1. Sentimento relatados apenas ao ser perguntado 2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras 3. Comunica os sentimentos com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro 4. Sentimento deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente	Escore HD __
2	Sentimentos de Culpa 0. Ausentes 1. Auto recriminação; sente que decepcionou os outros 2. Ideias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações 3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras	SC __
3	Suicídio 0. Ausentes 1. Sente que a vida não vale a pena 2. Desejaria estar morto; pensa na possibilidade de sua morte 3. Ideias ou gestos suicidas 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria)	Sui __
4	Insônia inicial 0. Sem dificuldade 1. Tem alguma dificuldade ocasional, isto é, mais de meia hora 2. Queixa de dificuldade para conciliar todas as noites	IIn __
5	Insônia intermediária 0. Sem dificuldade 1. Queixa-se de inquietude e perturbação durante a noite 2. Acorda à noite; qualquer saída da cama (exceto urinar)	IM __
6	Insônia tardia 0. Sem dificuldade 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama	IT __
7	Trabalhos e atividades 0. Sem dificuldade 1. Pensamento/sentimento de incapacidade, fadiga, fraqueza relacionada às atividades; trabalho ou passatempos 2. Perda de interesse por atividades (passatempos, trabalho) – quer diretamente relatada pelo paciente, ou indiretamente, por	TA __

	<p>desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividades)</p> <p>3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda da produtividade.</p> <p>4. Parou de trabalhar devido à doença atual</p>	
8	<p>Retardo</p> <p>0. Pensamento e fala normais</p> <p>1. Leve retardo durante a entrevista</p> <p>2. Relato óbvio à entrevista</p> <p>3. Estupor completo</p>	Ret __
9	<p>Agitação</p> <p>0. Nenhuma</p> <p>1. Brinca com as mãos ou com os cabelos, etc.</p> <p>2. Troce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios</p>	Agi __
10	<p>Ansiedade psíquica</p> <p>0. Sem ansiedade</p> <p>1. Tensão e irritabilidade subjetivas</p> <p>2. Preocupação com trivialidades</p> <p>3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou fala</p> <p>4. Medos expressos sem serem inquiridos</p>	AP __
11	<p>Ansiedade somática (sintomas fisiológicos de ansiedade: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações; palpitações, cefaleia, hiperventilação, suspiros, sudorese, frequência urinária)</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Leve</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p>	AS __
12	<p>Sintomas somáticos gastrointestinais</p> <p>0. Nenhum</p> <p>1. Perda do apetite, mas alimenta-se voluntariamente; sensações de peso no abdome</p> <p>2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos</p>	SSGI —
13	<p>Sintomas somáticos em geral</p> <p>0. Nenhum</p> <p>1. Peso nos membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgia. Perda de energia e cansaço</p> <p>2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2</p>	SSGe —
14	<p>Sintomas genitais (perda da libido, sintomas menstruais)</p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Leves distúrbios menstruais</p> <p>2. Intensos</p>	SG __
15	<p>Hipocondria</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)</p> <p>2. Preocupação com a saúde</p>	Hipo —

	3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc. 4. Ideias delirantes hipocondríacas	
16	Perda de peso 0. Sem perda de peso ou não causada por sintomas atuais 1. Perda de peso provavelmente causada pelos sintomas atuais (menos de meio quilo) 2. Perda de peso definitivamente causada pelos sintomas atuais (meio quilo ou mais)	PP —
17	Consciência da doença 0. Reconhece que está deprimido e doente 1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, necessidade de repouso 2. Nega estar doente	CD ___

Escore total = _____ Pontos

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1. Apresentação

A Pesquisa teve como objetivo de avaliar a prevalência de sintomas de depressão nos trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS). A coleta de dado foi feita por meio de um questionário sociodemográfico e pela escala de depressão de Hamilton (HAM-D).

2.2.2. Desenvolvimento

Após entregar a versão final do projeto de pesquisa para correção, ele foi enviado para a secretária de saúde do município de Marau (RS), juntamente com o Termo de anuência. No dia 04 de dezembro de 2019, o secretário municipal de saúde Douglas Kurtz assinou o termo de anuência (anexo A).

De posse desse documento, o projeto de pesquisa foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 20 de dezembro de 2019 (anexo B). O primeiro parecer foi emitido no dia 10 de março de 2020 constando 6 pendências, as quais foram respondidas no dia 19 de março de 2020, já constando alteração no cronograma devido a pandemia do vírus SARS-COV-2. A pesquisa recebeu parecer de aprovação no dia 15 de abril de 2020 (anexo C).

Após a aprovação, o estudo entraria na fase de coleta de dados, porém a coleta foi postergada para o mês de agosto para que todos os cuidados necessários para a aplicação dos questionários e segurança dos envolvidos fossem tomados.

2.2.2.1. Treinamento dos entrevistados

O treinamento foi realizado pela coorientadora Prof. Me. Bruna Chaves Lopes por meio de uma reunião. Nessa reunião foram esclarecidos detalhes sobre como proceder as entrevistas e solucionar possíveis problemas. Também foi ressaltada a

importância de respeitar o tempo de resposta do entrevistado e não o induzir para algum desfecho.

2.2.2.2. Logística da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de um questionário sociodemográfico e da escala de depressão de Hamilton (HAM-D) em salas disponibilizadas nas unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS). Com permissão prévia das equipes de saúde das unidades, o acadêmico da equipe de pesquisa do projeto se deslocou até as unidades para entrevistar todos os funcionários presentes no dia. Após terem sido esclarecidos sobre os métodos da pesquisa, os trabalhadores das unidades foram convidados a participar da mesma. Aqueles que concordaram em participar foram solicitados que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e em seguida foram aplicados o questionário e a escala, com duração média de 30 minutos.

2.2.2.3. Período da coleta de dados

A coleta de dados teve início no dia 25 de agosto de 2020 e término no dia 2 de dezembro de 2020

2.2.2.4. Perdas e recusas

O estudo apresentou 15 funcionários que não puderam ser entrevistados devido a afastamento das atividades laborais, férias ou mudança de unidade nos dias das entrevistas. Também foram excluídas 2 entrevistas por não se encaixarem nos critérios de inclusão ou por se encaixarem nos critérios de exclusão, sendo que as 2 foram excluídas por estarem trabalhando há menos de 6 meses nas unidades de

atenção básica. Além disso, houve 3 recusas e a orientadora foi excluída para não gerar conflito de interesses.

2.2.2.5. Controle de qualidade dos dados

Os dados obtidos nas entrevistas com os trabalhadores foram duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística foi feita no programa de análises estatísticas PSP (distribuição livre) e compreende a distribuição dos entrevistados com sintomas de depressão em relação aos critérios sociodemográficos analisados.

A análise de associação entre as variáveis independentes com a variável dependente foi verificada por meio do teste Qui-quadrado, empregando-se nível de significância de 95%. Foi avaliada a positividade para depressão, assim como a relação da positividade com aspectos sociodemográficos da população.

2.2.3. Considerações Finais

Ao fim da análise estatística, os resultados e discussões foram apresentados em um artigo formatado de acordo com a Revista Brasileira de Medicina de Família e comunidade. As normas estão descritas no anexo D.

Para contemplar as normas da revista algumas variáveis não foram analisadas e apresentadas, tais como: ESF trabalha, qual bairro mora, área de graduação, área da pós-graduação, tabagismo. A variável etilismos foi descartada pois houve muito fator de confusão, sendo associado ao alcoolismo. Algumas categorias profissionais não foram utilizadas no teste de Qui-quadrado quando a prevalência de depressão nessas categorias, pois elas possuíam poucos entrevistados - menos de 5 – e não possuíam funcionários com depressão ou todos tinham depressão, resultado que se afasta muito da realidade.

Conclui-se, assim, a apresentação do presente trabalho, expondo e detalhando seus métodos e etapas vencidas.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

Prevalência de depressão em trabalhadores das Estratégia Saúde da Família de um município do norte do Rio Grande do Sul

Prevalence of depression among Family Health Strategy workers in a municipality in the north of Rio Grande do Sul

Prevalencia de depresión en los trabajadores de la Estrategia de Salud de la Familia en un municipio del norte de Rio Grande do Sul

Título resumido: Prevalência de depressão

Bruno Lopes Marçal¹, Bruna Chaves Lopes¹, Maríndia Biffi¹

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul

Autor correspondente:

Bruno Lopes Marçal

E-mail: lopes07.bruno@gmail.com

Resumo

Introdução: A depressão é um transtorno frequente entre os profissionais da área da saúde. Nesse contexto, a análise da saúde mental dos profissionais que lidam diariamente com pacientes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde é de suma importância, já que esses enfrentam diversos desafios diariamente, e sua saúde mental reflete diretamente na maneira como esses profissionais tratarão os pacientes.

Objetivo: Descrever fatores sociodemográficos, trabalhistas, hábitos de vida, história prévia e familiar de depressão, além de verificar a prevalência de depressão nos trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de um município de pequeno porte do Norte do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo quantitativo, do tipo transversal, realizado no período de agosto a dezembro de 2020. A população do estudo consiste em todos os funcionários das 12 unidades de Estratégia Saúde da Família do município. A coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário com aspectos sociodemográficos e trabalhistas, hábitos de vida e histórico de depressão prévia e familiar, e, posteriormente, a escala de depressão de Hamilton. **Resultados:** Foram entrevistados 99 funcionários. A idade média foi de 39,2 ±10,0 anos, predominantemente do sexo feminino, com ensino médio completo, casado(a) ou com companheiro(a), com filhos e renda familiar média de 5,75 ±4.32

salários mínimos. Quanto aos aspectos trabalhistas, a maioria era Agente Comunitária de Saúde, trabalhando em Unidades de Atenção Básica entre 6 meses a 5 anos, até 40 horas semanais e sem outra atividade remunerada. Os funcionários em sua maioria praticavam atividade física regularmente e não possuíam diagnóstico prévio de depressão, porém possuíam histórico familiar de depressão e utilizavam ou já tinham utilizado medicamentos antidepressivos. Ademais, 31% dos funcionários apresentaram escore para depressão (IC 95% 22-41); e praticar atividade física demonstrou uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,023$) na prevalência de depressão. **Conclusão:** O presente estudo caracterizou a população de trabalhadores das Unidades de Estratégia Saúde da Família do município e demonstrou alta prevalência de depressão entre esses trabalhadores. Além disso, mostrou uma diminuição da prevalência de depressão no grupo que pratica atividade física regularmente. Com isso, sugere-se que sejam tomadas medidas que visem à prevenção e à promoção da saúde mental desses trabalhadores.

Palavras-chave: Depressão. Estratégia Saúde da Família. Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador

Abstract

Introduction: Depression is a frequent disorder among health professionals. In this context, the analysis of the mental health of professionals who deal daily with Primary Health Care patients of the Unified Health System is of paramount importance, as they face several challenges on a daily basis, and their mental health directly reflects in the way these professionals will treat patients. **Objective:** To describe sociodemographic, labor, lifestyle habits, previous and family history of depression, in addition to verifying the prevalence of depression among workers in the Family Health Strategy units in the municipality of a small municipality in the north of Rio Grande do Sul. **Methods:** Quantitative, cross-sectional study, carried out from August to December 2020. The study population consists of all employees of the 12 units of the Family Health Strategy in the municipality. The data collection consisted of the application of a questionnaire with sociodemographic and labor aspects, lifestyle and history of previous and family depression, and, later, the Hamilton scale of depression. **Results:** 99 employees were interviewed. The average age was 39.2 ± 10.0 years, predominantly female, with complete high school education, married or with a partner, with children, with an average family income of 5.75 ± 4.32 minimum wages. As for labor aspects, the majority were Community Health Agents, working in Primary Care Units between 6 months to 5 years, up to 40 hours a week and with no other paid activity. Most

employees practiced physical activity regularly and had no previous diagnosis of depression, but had a family history of depression and used or had used antidepressant medications. In addition, 31% of employees had a depression score (95% CI 22-41); and practicing physical activity showed a statistically significant difference ($p = 0.023$) in the prevalence of depression. **Conclusion:** The present study characterized the population of workers in the Family Health Strategy Units in the municipality and demonstrated a high prevalence of depression among these workers. In addition, it showed a decrease in the prevalence of depression in the group that regularly practices physical activity. Thus, it is suggested that measures be taken to prevent and promote the mental health of these workers.

Keywords: Depression. Family Health Strategy. Public Health. Primary Health Care. Occupational Health.

Resumen

Introducción: la depresión es un trastorno frecuente entre los profesionales de la salud. En este contexto, el análisis de la salud mental de los profesionales que atienden a diario a los pacientes de Atención Primaria de Salud del Sistema Único de Salud es de suma importancia, ya que se enfrentan a varios desafíos en el día a día, y su salud mental se refleja directamente en la forma en que estos los profesionales tratarán a los pacientes. **Objetivo:** Describir hábitos sociodemográficos, laborales, de estilo de vida, antecedentes familiares y antecedentes de depresión, además de verificar la prevalencia de depresión entre los trabajadores de las unidades de la Estrategia de Salud de la Familia en el municipio de un pequeño municipio del norte de Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, realizado de agosto a diciembre de 2020. La población de estudio está conformada por todos los empleados de las 12 unidades de la Estrategia Salud de la Familia del municipio. La recogida de datos consistió en la aplicación de un cuestionario con aspectos sociodemográficos y laborales, estilo de vida e historia de depresión previa y familiar y, posteriormente, la escala de depresión de Hamilton. **Resultados:** se entrevistó a 99 empleados. La edad promedio fue de $39,2 \pm 10,0$ años, predominantemente mujeres, con estudios secundarios completos, casados o en pareja, con hijos, con un ingreso familiar medio de $5,75 \pm 4,32$ salarios mínimos. En cuanto a los aspectos laborales, la mayoría fueron Agentes Comunitarios de Salud, trabajando en Unidades de Atención Primaria entre 6 meses y 5 años, hasta 40 horas semanales y sin otra actividad remunerada. La mayoría de los empleados practicaban actividad física con regularidad y no tenían un diagnóstico previo de depresión, pero tenían antecedentes

familiares de depresión y usaban o habían usado medicamentos antidepresivos. Además, el 31% de los empleados tenía una puntuación de depresión (95% CI 22-41); y la práctica de actividad física mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,023$) en la prevalencia de depresión. **Conclusión:** El presente estudio caracterizó la población de trabajadores de las Unidades de Estrategia de Salud de la Familia del municipio y demostró una alta prevalencia de depresión entre estos trabajadores. Además, mostró una disminución en la prevalencia de depresión en el grupo que practica regularmente actividad física. Así, se sugiere que se tomen medidas para prevenir y promover la salud mental de estos trabajadores.

Palabras Clave: Depresión. Estrategia de Salud Familiar. Salud Pública. Atención Primaria de Salud. Salud Laboral.

Introdução

A depressão é um transtorno mental grave caracterizado por um sentimento de tristeza persistente que faz com que as pessoas percam a vontade de realizar tarefas cotidianas que, normalmente, dão prazer a elas¹. No decorrer do tempo, os casos de depressão vêm aumentando, e estudos mostram que a prevalência de depressão nos profissionais da área da saúde é maior do que na população geral brasileira, 22% contra 5,8% respectivamente^{2,3}.

No contexto do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador de acesso dos usuários. Ela é orientada pelos princípios de acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. A Atenção Básica possibilita a resolução de grande parte das necessidades de saúde e encaminha os usuários para outros níveis de atenção, caso seja necessário. Há 2.099 unidades de Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Sul, aproximadamente 60% de cobertura populacional⁴.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso à Atenção Básica. Ela busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco⁵.

Nesse âmbito, o estabelecimento das unidades de ESF propôs um contexto laboral diferenciado exigindo também um profissional mais capacitado. Nas unidades de ESF, o profissional da área da saúde tem que desenvolver práticas gerenciais e sanitárias, compondo uma série de ações tanto individuais quanto coletivas, promovendo a proteção da saúde da população pertencente a unidade, prevenindo

agravos, agilizando diagnósticos e tratamentos, tendo como base um trabalho em equipe multidisciplinar. Porém, esse novo modelo de trabalho não está sendo acompanhado de uma formação apropriada dos profissionais da saúde, causando sofrimento exagerado e outras diversas patologias físicas e psíquicas, devido à sobrecarga de função e de responsabilidades, além do pouco tempo para realizar planejamento e preparo da assistência^{6,7}.

Nesse aspecto, um estudo realizado com trabalhadores das unidades de ESF do município de Santa Cruz do Sul (RS) demonstrou uma prevalência geral de transtorno mental comum de 19,7%⁸. Ainda nesse aspecto, foi realizado um estudo, no município de Guarulhos (SP) com 59 enfermeiros de 29 unidades de ESF, que revelou uma prevalência de 89,83% de sintomas depressivos nesses trabalhadores⁹.

No contexto das unidades de ESF, o município de Marau, situado no norte do estado do Rio Grande do Sul (RS), pertencente a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, apresenta uma cobertura de 100% da população pelas unidades de ESF¹⁰. O estado do RS possuía, em 2018, 60,09% de cobertura de ESF, mostrando que o município conta com uma cobertura superior em relação ao estado¹⁰. Contudo, o município apresenta altos índices referentes à saúde mental de seus habitantes. Em 2010, o percentual de internações por doenças relacionadas a transtornos mentais e comportamentais foi de 9,4%, enquanto no estado do RS foi de 4,1%¹¹. Além disso, a taxa de suicídio do município foi de 19,91/100.000 habitantes em 2018, ao mesmo tempo que no estado do RS foi de 10,96/100.000 habitantes¹⁰.

Estudos sobre o sofrimento mental dos trabalhadores das unidades de ESF ainda são escassos no Brasil⁷. Esse estudo, portanto, fez-se oportuno, pois seu objetivo foi verificar a prevalência de depressão nos trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau, RS, e descrever características sociodemográficas e trabalhistas, hábitos de vida, histórico de depressão prévia e histórico familiar de depressão.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal. O estudo foi realizado durante o período de agosto a dezembro de 2020 nas unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS).

A população do estudo consiste em todos os funcionários das 12 unidades do município. Foram considerados critérios de inclusão: ambos os sexos, maiores de 18 anos e que estivesse trabalhando há no mínimo 6 meses em uma unidade de atenção

básica. Foram consideradas perdas: trabalhadores que se recusaram a responder o questionário estruturado e que não estiveram presentes no momento da coleta.

O estudo foi realizado por meio de entrevistas baseadas em um questionário com variáveis sociodemográficas e trabalhistas, hábitos de vida e histórico de depressão prévia e familiar, além da escala de depressão de Hamilton. Apresentar depressão, segundo ponto de corte da escala de depressão de Hamilton, foi considerado variável quantitativa dependente; já as variáveis quantitativas independentes foram sexo, idade, escolaridade, estado civil, possuir filhos, número de filhos (se possuir), renda familiar, tempo de serviço na atenção básica, cargo exercido, horas semanais trabalhadas, possuir outra atividade remunerada, praticar atividade física regularmente, ter ou ter tido depressão, histórico familiar de depressão e utilizar medicamento antidepressivo em algum momento da vida.

A Escala de depressão de Hamilton é uma escala multidimensional e heteroavaliativa do observador. Como tem por base a avaliação de sintomas somáticos nas últimas semanas, ela é utilizada para identificar a presença de sintomas depressivos em pacientes e é capaz de detectar sintomas melancólicos e físicos da síndrome depressiva sendo utilizada principalmente na prática clínica e em ensaios clínicos. Estudos de confiabilidade foram realizados e demonstraram um índice de consistência interna entre 0,46 e 0,97; referente à concordância, observou-se coeficiente entre 0,46 e 0,99¹².

A versão da escala de depressão de Hamilton utilizada no estudo foi a HAM-D composta por 17 itens englobados em 6 categorias. Os pontos de corte da escala são 0 a 7 pontos indivíduo sem depressão; de 8 a 17 pontos indivíduo com depressão leve; 18 a 25 pontos indivíduo com depressão moderada; e acima de 25 pontos indivíduo com depressão grave¹³.

As entrevistas foram conduzidas pela equipe de pesquisa, em salas reservadas nas próprias unidades de Estratégia Saúde da Família, conforme disponibilidade dos funcionários, sem atrapalhar suas atividades laborais e respeitando os protocolos de distanciamento social estabelecidos para o combate a pandemia da Covid19. Os entrevistadores foram submetidos a treinamento para padronização da aplicação do questionário e da escala.

Os dados obtidos nas entrevistas com os trabalhadores foram duplamente digitados por duas pessoas distintas, para garantir a confiabilidade dos dados e evitar erros, em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre).

A análise estatística foi feita no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) no qual foi analisada a frequência das variáveis independentes (distribuição absoluta e relativa), além da prevalência de depressão e seu intervalo de confiança de 95%.

A análise de associação entre as variáveis independentes e a variável dependente foi verificada por meio do teste Qui-quadrado, empregando-se nível de significância de 5%. Foi avaliada a positividade para depressão, assim como a relação da positividade com aspectos sociodemográficos e trabalhistas, hábitos de vida e histórico de depressão prévia e familiar da população. Quanto a realização do teste Qui-quadrado com a variável “cargo exercido pelo funcionário”, devido a reduzida amostra, só foram cruzados os dados dos cargos que tinham mais de 5 entrevistados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob CAAE 28979619.5.0000.5564, no parecer nº 3.909.110 e pela coordenação da Secretaria de Saúde do município.

Resultados

Dos 120 funcionários das Unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau foram entrevistados 99 funcionários (82,5%). O estudo apresentou 3 recusas, 2 exclusões devido ao tempo de contratação ser inferior ao período de 6 meses e 15 funcionários estavam afastados de suas atividades laborais. Além disso, foi excluída a pesquisadora do presente trabalho, que também é funcionária de uma unidade, a fim de não gerar conflitos de interesses.

O perfil sociodemográfico predominante dos funcionários é do sexo feminino (93,9%), com idade média de 39,2 ±10 anos, com ensino médio completo (47,5%), casados(as) ou com companheiro(a) (63,6%), com filhos (65,7%) e renda familiar média de 5,75 ±4.32 salários mínimos - considerando o valor do salário mínimo no período da coleta de R\$ 1.045,00. As características sociodemográficas da amostra estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de uma amostra de trabalhadores das unidades Estratégia Saúde da Família. Marau, RS, 2020 (n=99)

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	6	6,1
Feminino	93	93,9
Idade (anos completos) - 39,2 (± 10,0)*		
≤34	30	30,3
35 – 49	50	50,5

≥50	19	19,2
Escolaridade		
Não estudou	4	4,0
Ensino Fundamental completo	4	4,0
Ensino Médio completo	47	47,5
Ensino Superior completo	14	14,1
Pós-graduação/Mestrado/Doutorado	30	30,4
Estado Civil		
Casado(a) ou com companheiro(a)	63	63,6
Solteiro(a)	36	36,4
Possui filhos		
Sim	65	65,7
Não	34	34,3
Número de filhos - 1,71 (± 0,74)*		
1	29	44,6
2	27	41,6
≥3	9	13,8
Renda Familiar (SM**) – 5,75 (± 4,32)*		
0 - 4	46	46,5
5 - 8	32	32,3
9 - 12	10	10,1
>12	11	11,1

Fonte: Sistematizado pela equipe de pesquisa, 2021

* Média (± desvio padrão) ** Salário mínimo em 2020 = R\$ 1.045,00

No tocante trabalhista, a maioria era Agente Comunitário de Saúde (35,4%), trabalhavam na mesma unidade entre 6 meses a 5 anos (65,7%), exerciam até 40 horas semanais (92,9%) e não possuíam outra atividade remunerada (83,8%). Em relação aos hábitos de vida e ao histórico de depressão prévia ou familiar, mais da metade declarou praticar atividade física regularmente (61,6%), não possuíam diagnóstico prévio de depressão (67,7%), porém já haviam utilizado antidepressivos em algum momento da vida (56,6%) e possuíam algum familiar com diagnóstico de depressão (61,6%). As variáveis citadas acima estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização por aspectos trabalhistas, hábitos de vida, histórico de depressão prévia e familiar de uma amostra de trabalhadores das unidades Estratégia Saúde da Família. Marau, RS, 2020 (n=99)

Variáveis	n	%
Tempo de serviço - 4,5 (± 4,39)* anos		
6 meses a 5 anos	65	65,7
6 a 10 anos	21	21,2
>10 anos	13	13,1
Cargo		
Agente Administrativo	7	7,1
Agente Comunitário de Saúde	35	35,4

Auxiliar de Enfermagem	1	1,0
Auxiliar de Saúde Bucal	4	4,0
Auxiliar de Serviços Gerais	7	7,1
Enfermeira	12	12,1
Farmacêutica	1	1,0
Médica(o)	9	9,1
Odontologista	2	2,0
Psicóloga	4	4,0
Residente de Enfermagem	2	2,0
Residente de Farmácia	2	2,0
Residente de Psicologia	2	2,0
Técnico de Enfermagem	11	11,2
Horas semanais de trabalho		
até 40 h	92	92,9
Mais de 40 h	7	7,1
Outra atividade remunerada		
Possui	16	16,2
Não possui	83	83,8
Pratica atividade física		
Sim	61	61,6
Não	38	38,4
Tem ou tiveram diagnóstico de depressão		
Sim	32	32,3
Não	67	67,7
Histórico Familiar de depressão		
Sim	61	61,6
Não	38	38,4
Já utilizou ou utiliza antidepressivo		
Sim	56	56,6
Não	43	43,4

Fonte: Sistematizado pela equipe de pesquisa, 2021

* Média (\pm desvio padrão)

A prevalência de depressão foi de 31% (IC 95% 22-41), de acordo com o ponto de corte estabelecido. A tabela 3 apresenta os valores de prevalência de depressão de acordo com as classificações da escala HAM-D.

Tabela 3. Prevalência de depressão segundo classificação da escala de depressão de Hamilton. Marau, RS, 2020 (n=99)

Variável dependente	n	%
Escore Hamilton - 5,96 (\pm 5,65)*		
Eutímia (0-7)	68	68,7
Depressão Leve (8-17)	26	26,3
Depressão Moderada (18-25)	5	5,0

Fonte: Sistematizado pela equipe de pesquisa, 2021

* Média (\pm desvio padrão)

Dentre as variáveis independentes, praticar atividade física regularmente mostrou diferença estatística significativa ($p=0,023$), com 23% das pessoas que praticavam atividade física apresentando depressão, em contraste com os 44,7% que não praticavam atividade física e apresentavam depressão. As demais variáveis independentes não apresentaram diferença estatisticamente significativa (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4. Prevalência de depressão em uma amostra de trabalhadores das unidades Estratégia Saúde da Família, de acordo com características sociodemográficas. Marau, RS, 2020 (n=99).

Variáveis	Depressão		Eutimia		p*
	n	%	n	%	
Sexo					0,425
Masculino	1	16,7	5	83,3	
Feminino	30	32,3	63	67,7	
Idade (anos completos)					0,952
≤34	10	33,3	20	66,7	
35 - 49	15	30,0	35	70,0	
≥50	6	31,6	13	68,4	
Escolaridade					0,409
Não estudou	3	75,0	1	25,0	
Ensino Fundamental completo	1	25,0	3	75,0	
Ensino Médio completo	15	31,9	32	68,1	
Ensino Superior completo	4	28,6	10	71,4	
Pós-graduação/Mestrado/Doutorado	8	26,7	22	73,3	
Estado Civil					0,902
Casado(a) ou com companheiro(a)	20	31,7	43	68,3	
Solteiro	11	30,6	25	69,4	
Possui filhos					0,227
Sim	23	35,4	42	64,6	
Não	8	23,5	26	76,5	
Número de filhos					0,106
1	9	31,0	20	69,0	
2	13	48,1	14	51,9	
≥3	1	11,1	8	88,9	
Renda Familiar (SM**)					0,371
0 – 4	16	34,8	30	65,2	
5 – 8	10	31,3	22	68,7	
9 – 12	4	40,0	6	60,0	
>12	1	9,1	10	90,9	

Fonte: Sistematizado pela equipe de pesquisa, 2021

* Qui-quadrado ** Salário mínimo em 2020 = R\$ 1.045,00

Tabela 5. Prevalência de depressão em uma amostra de trabalhadores das unidades Estratégia Saúde da Família, de acordo com características trabalhistas, hábitos de vida e histórico de depressão. Marau, RS, 2020 (n=99).

Variáveis	Depressão		Eutimia		p*
	n	%	n	%	
Tempo de serviço					0,428
6 meses a 5 anos	18	27,7	47	72,3	
6 a 10 anos	9	42,9	12	57,1	
>10 anos	4	30,8	9	69,2	
Cargo (n=81)**					0,562
Agente Administrativo	3	42,9	4	57,1	
Agente Comunitário de Saúde	11	31,4	24	68,6	
Auxiliar de Serviços Gerais	3	42,9	4	57,1	
Enfermagem	2	16,7	10	83,3	
Médica(o)	1	11,1	8	88,9	
Técnico de Enfermagem	4	36,4	7	63,6	
Horas semanais de trabalho					0,126
até 40 h	27	29,3	65	70,7	
Mais de 40 h	4	57,1	3	42,9	
Outra atividade remunerada					0,076
Possui	2	12,5	14	87,5	
Não possui	29	34,9	54	65,1	
Pratica atividade física					0,023
Sim	14	23,0	47	77,0	
Não	17	44,7	21	55,3	
Tem ou tiveram diagnóstico de depressão					0,65
Sim	14	43,7	18	56,3	
Não	17	25,4	50	74,6	
Histórico Familiar de depressão					0,82
Sim	23	37,7	38	62,3	
Não	8	21,1	30	78,9	
Já utilizou ou utiliza antidepressivo					0,13
Sim	21	37,5	35	62,5	
Não	10	23,3	33	76,7	

Fonte: Sistematizado pela equipe de pesquisa, 2021

*Qui-quadrado ** Foram excluídos os cargos com menos de 5 entrevistados

Discussão

O principal achado do estudo foi a alta prevalência de depressão nos trabalhadores das Unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS) sendo de 31% (IC 95%, 22-41). Ademais, entre as variáveis independentes, somente o fato de praticar atividade física demonstrou diferença estatisticamente relevante ($p=0,023$).

Evidenciou-se a predominância do sexo feminino entre os trabalhadores das ESF (93,9%), e prevalência de depressão nesse grupo de 32,3%, valor que corresponde a quase o dobro da prevalência na população masculina do estudo (16,7%). Outras pesquisas encontraram valores semelhantes, com um percentual de trabalhadoras do sexo feminino variando entre 76,3 a 95,1%^{8,14,15,16}. No aspecto de prevalência de depressão por sexo, dados da Organização Mundial de Saúde³ revelam que há maior prevalência no sexo feminino. Embora o presente estudo traga esse dado, não foi possível validar essa diferença estatisticamente significativa entre sexo feminino e masculino. Provavelmente, o fato de a amostra não conter um “n” vasto e por apresentar majoritariamente mulheres, não se atingiu o mesmo resultado.

A idade média dos entrevistados ficou em 39,2 anos ($\pm 10,0$) em consonância com estudos anteriores^{8,14,15}. Assim como no trabalho de Moreira et al.⁸ que não apresentou relevância estatística significativa quanto ao desfecho, porém o estudo de Dilélio et al.¹⁵ demonstrou existir diferença estatisticamente significativa com a prevalência de TMC diminuindo à medida que aumenta a idade. Essa divergência entre os estudos, provavelmente tem relação com o tamanho da amostra, pois o último possui mais de 4 mil entrevistados.

No aspecto de escolaridade, trabalhadores com ensino médio completo representaram 47,5% dos entrevistados. Já os trabalhadores com ensino superior completo representaram 44,5% dos trabalhadores, dentre eles 68,3% cursavam ou já haviam completado Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado, o que demonstra maior qualificação dos profissionais e um mercado de trabalho mais exigente^{9,17}. Moreira et al.⁸ apresentaram que 43,9% dos funcionários das ESF de Santa Cruz do Sul (RS) tinham ensino médio completo, enquanto 19,5% possuíam ensino superior completo. Já Braga et al.¹⁶ demonstraram que 54% dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP) tinham ensino médio completo e 44% possuíam ensino superior.

A maior parte dos entrevistados era casado ou vivia com companheiro (63,6%). Nesse sentido, Braga et al.¹⁶ mostrou que 58% dos trabalhadores da atenção básica viviam em união estável, ao passo que Moreira et al.⁸ constatou que 80,2% dos seus entrevistados eram casados ou moravam com companheiro. Apesar de ambos os estudos não encontrarem diferença estatisticamente significativa nos desfechos, Moreira et al.⁸ encontraram maior prevalência de TMC em casados ou com companheiros, em contraste com o presente estudo que mostrou prevalência de depressão parecida entre os grupos.

A pesquisa demonstrou maior prevalência de depressão nos funcionários que eram pais. Ainda nesse aspecto, a maioria dos entrevistados possuíam filhos. O fato de serem pais acarreta mais responsabilidades e afazeres domésticos com intuito de conciliar família e trabalho¹⁸. Isso pode causar uma perturbação do equilíbrio emocional gerando prejuízo a saúde mental desses profissionais¹⁴, estando de acordo com o que foi encontrado por Moreira et al.⁸, Barbosa et al.¹⁴ e Braga et al.¹⁶

A renda familiar absoluta foi em média de 5,75 ($\pm 4,32$) salários mínimos e não houve significância estatística entre os valores de renda e o desfecho como demonstrado por Moreira et al.⁸ e Dilélio et al.¹⁵ O estudo de Cunha¹⁹ conseguiu demonstrar associação entre nível econômico e a prevalência de depressão, mostrando diminuição da prevalência à medida que aumenta o nível econômico. Isso pode ser explicado pela baixa qualidade de moradia, alimentação, educação e diminuição do poder econômico dos trabalhadores de baixa renda o que os tornam mais susceptíveis a doenças mentais^{19,20}.

No tocante trabalhista, mais da metade dos trabalhadores atuavam na rede de atenção básica entre 6 meses a 5 anos (65%). Esse resultado condiz com o encontrado por Moreira et al.⁸, onde 61,4% dos trabalhadores estavam entre 6 meses a 5 anos na atenção básica; assim como na pesquisa de Dilélio et al.¹⁵ que relatou 74% dos funcionários com esse mesmo tempo de trabalho. Os funcionários que trabalhavam há mais de 5 anos apresentaram maior prevalência de depressão, apesar de não apresentar significância estatística.

Em relação aos cargos, a prevalência de depressão foi maior nos Agentes Administrativos e Auxiliar de Serviços Gerais, ambos com 42,9% de prevalência. O estudo de Braga¹⁶, encontrou maior prevalência de TMC nos auxiliares de serviços gerais (55,6%). Ainda nesse aspecto, os cargos que exigem menor escolaridade apresentaram maior prevalência do desfecho do que nos cargos de Ensino Superior, resultado em consonância com os trabalhos de Moreira et al.⁸, Dilélio et al.¹⁵ e Braga et al.¹⁶ Essa maior prevalência pode estar ligada a menor escolaridade e a menor renda desses cargos^{19,20}. Apesar de o presente estudo não conseguir encontrar diferença estatisticamente relevante, o estudo de Braga¹⁶ conseguiu demonstrar relevância estatística indicando maior prevalência de TMC em trabalhadores com ensino médio em comparação com Ensino Superior.

Dos profissionais com ensino superior, os enfermeiros apresentaram 16,7% de prevalência de depressão. Pesquisas^{8,14,15,16} demonstram uma prevalência de TMC

entre 12 a 48% nessa classe. Além disso, Fernandes e Marcolan⁹ relataram que 89,8% dos enfermeiros das unidades de ESF do município de Guarulhos apresentavam depressão, de acordo com a escala de depressão de Hamilton. Já os profissionais médicos apresentaram 11,1% do desfecho, no presente trabalho. As mesmas pesquisas^{8,14,15,16} sobre TMC mostraram valores entre 14 a 33% de prevalência. Já os estudos sobre depressão^{21,22} na categoria apresentaram de 13 a 27% de ocorrência do desfecho. Nota-se que os profissionais enfermeiros apresentaram maior prevalência, fator que pode ser explicado pelo fato de que, além dos cuidados com os pacientes, os enfermeiros acumulam funções gerenciais dentro das unidades, podendo causar uma alta demanda de trabalho o que pode acabar sendo um dos possíveis fatores desencadeantes para doenças mentais^{8,23}. Ademais, o sistema de metas incorporado no modelo, pode contribuir para o aparecimento de transtornos mentais, já que muitas vezes os profissionais se vêm de mãos amarradas e não podem acolher alguns pacientes por já terem sido esgotadas as consultas estabelecidas para a sua unidade⁷.

Quanto a jornada de trabalho, os trabalhadores que trabalham até 40 horas semanais corresponderam a 92,9%, sendo que dos 7 entrevistados que referiram trabalhar mais de 40h, 6 deles estavam fazendo residência multiprofissional. Esse já era um dado esperado; pois, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁵, a jornada de trabalho dos profissionais das ESF deve ser de 40 horas semanais. Importante ressaltar que os trabalhadores com mais de 40 horas semanais apresentaram maior prevalência do desfecho. Como esse grupo é formado majoritariamente por residentes, esse resultado não surpreende, já que a alta carga horária (60 horas semanais) e as diversas atribuições ajudam a causar um maior estresse mental nesses profissionais²⁴. Porém, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Ainda referente aos aspectos trabalhistas, um total de 16% dos trabalhadores relatou possuir outra atividade remunerada, e o grupo não apresentou mais depressão (12,5%). Um fato interessante sobre o grupo que possuía outra atividade remunerada é que nenhum deles relatou trabalhar mais que 40 horas semanais. Não incluir mais carga horária a sua jornada trabalhista associado ao fato de poder gerar mais renda familiar gera maior satisfação financeira, o que justifica menores índices de depressão^{19,20}.

No contexto de hábitos de vida, a prática de atividade física regular chama atenção na amostra estudada, além de que mostrou relevância estatística ($p=0,023$),

resultando em menores índices de prevalência de depressão no grupo que pratica atividades físicas regularmente. Pesquisas sobre o benefício de exercícios físicos na prevenção e tratamento de depressão também encontraram essa relação^{25,26,27,28}. Vieira et al.²⁵ notou redução de 8 pontos na Escala de Hamilton para depressão após 12 semanas com duas sessões semanais de hidroginástica em mulheres com depressão graves (escore maior que 25 pontos). Costa et al.²⁷ notou que idosos que praticavam atividades físicas obtinham escore menor para depressão pela Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (DASS-21) - 2,75 pontos contra 5,00 pontos de quem não praticava. Sabe-se que a prática de atividade física provoca melhorias fisiológicas, que ajudam a regular os sistemas nervosos simpático e parassimpático, auxiliando na regulação de hormônios adrenérgicos e glicocorticoides, e assim dando condições de o organismo remodelar os neuroreceptores desplastificados por agentes estressores intrínsecos²⁹. Outro fator essencial a ser mencionado é a liberação de endorfina ao término da atividade física que provoca uma sensação de bem estar³⁰, contribuindo para despolarização neuronal que tem também relação com o quadro de depressão³¹.

Em relação ao histórico prévio de depressão e uso de medicamentos antidepressivos, 32,3% dos entrevistados tem ou já tiveram diagnóstico de depressão, enquanto 56,6% relataram já terem utilizado medicamentos antidepressivos. Nota-se que o número de pessoas que já utilizou antidepressivos é maior que o número de pessoas que tem ou já tiveram diagnóstico para depressão. Isso provavelmente deve-se ao fato de que esse tipo de medicamento, não é só utilizado para tratamento de depressão. Assim, os trabalhadores da área da saúde em virtude de estarem expostos a situações desencadeantes de sofrimento, estresse e ansiedade, estão mais propensos a utilizarem esses medicamentos³².

O presente estudo apresentou prevalência de 31% de depressão entre os trabalhadores das unidades, valor elevado quando comparado com a prevalência da doença na população brasileira que é de 5,8% – segundo a Organização Mundial de Saúde³. Esse valor também é superior aos 22% de prevalência encontrado na população de profissionais da área da saúde no estudo de Sales². Estudos com critérios mais amplos para Transtorno Mental Comum realizado em trabalhadores de unidades de ESF demonstraram prevalência entre 16 a 21,7%^{8,14,16}.

A alta prevalência de depressão demonstrada pelo estudo pode implicar em menor produtividade e maior número de afastamentos do trabalho, pois a depressão é a terceira maior causa de afastamento no Brasil^{33,34}. Além disso, a qualidade de vida

do indivíduo fica comprometida, trazendo prejuízos físicos, cognitivos, sociais e até econômicos³⁵.

Destaca-se como ponto forte do estudo a abordagem de um tema de grande relevância, pois esses profissionais são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde e sua saúde mental impacta diretamente em como os usuários serão atendidos. Para mais, o estudo reúne dados para caracterização sociodemográfica e trabalhista dessa população, além de investigar variáveis que possam estar relacionadas com o desfecho.

Dentre as limitações do estudo estão: viés de seleção devido à ausência ou recusa de 18 funcionários; viés de não-respondentes, pois os indivíduos não localizados, tipicamente, podem apresentar prevalência maior do desfecho que os localizados; viés de informação decorrente do fato de sentirem eventual constrangimento para informar antecedentes psiquiátricos, sintomas, insatisfação com o local de trabalho, uma vez que foram entrevistados dentro do próprio local de trabalho ou medo de receberem alguma represália; tempo de coleta estendido; desfecho pode ter sido maior devido a pandemia do vírus SARS-CoV-2; dificuldade de validar externamente o estudo devido a poucos estudos utilizarem a escala de depressão de Hamilton, e normalmente avaliarem Transtornos Mentais Comuns e não depressão; devido ao pequeno número de profissionais de algumas áreas, não foi possível realizar o teste Qui-quadrado para todos os cargos entrevistados.

Considerações Finais

O presente estudo caracterizou a população de trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau e demonstrou uma alta prevalência de depressão entre esses trabalhadores. Mostrou também uma diminuição de prevalência de depressão no grupo que pratica atividade física regularmente. Com isso, sugere-se que sejam tomadas medidas que visem à prevenção e à promoção da saúde mental desses trabalhadores. A criação de grupos para realização de atividades físicas pode ajudar nesse sentido, pois além dos benefícios causados pela atividade física, podem gerar laços mais estreitos entre os trabalhadores das unidades os quais serviriam de apoio para situações que possam gerar mal-estar mental. Outra sugestão seria a implementação de ginástica laboral nas unidades, pois propiciaria aos profissionais um momento de relaxamento em meio as suas atividades profissionais diárias.

Ressalta-se a importância da realização de mais estudos para poder investigar de forma mais clara quais fatores levam essa população a ter um nível elevado de prevalência de depressão.

Referências

1. Bastos LFCS. OPAS/OMS Brasil - Depressão: o que você precisa saber | OPAS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 04 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5372:depressao-o-que-voce-precisa-saber&Itemid=822
2. Sales A, Lemos I, Aguiar A, Caldas M. O cuidador cuidado: a experiência de cuidar de quem cuida. *Neurobiol.* 2010;73(1):61-73
3. WHO [Internet]. WHO. World Health Organization [citado 04 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=B9929224C278877C3187163D2D579807?sequence=1>
4. Atenção Básica ou Primária - Principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Secretaria da Saúde. 2017 [citado 04 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/atencao-basica-ou-primaria-principal-porta-de-entrada-para-o-sistema-unico-de-saude-sus>
5. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde [Internet]. [citado 04 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>
6. Benites - 2014 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.pdf [Internet]. [citado 04 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167262/Daiane%20Freire%20Benites%20-%20Psico%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Carreiro GSP, Filha M de OF, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 31 de março de 2013;15(1):146–55. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>
8. Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Borges DT, Cristofari AB, Chaves J et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul,

RS. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)967](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)967)

9. Fernandes DM, Marcolan JF. Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2017;13(1):37–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p37-44>

10. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul [Internet]. [citado 04 de janeiro de 2021]. Disponível em: http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_AtencaoBasica

11. Cadernos de Informações em Saúde - Rio Grande do Sul [Internet]. [citado 04 de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>

12. Gorenstein C, Wang Y-P, Hungerbühler I. Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental. Porto Alegre: Artmed; 2016.

13. Freire M, Figueiredo V, Vasconcelos A, Jansen K, Silva R, Magalhães P, et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1o de dezembro de 2014; 63:281–9. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Alina_Vasconcelos/publication/272397676_Escala_Hamilton_estudo_das_caracteristicas_psicometricas_em_uma_amostra_do_sul_do_Brasil/links/560424aa08aea25fce30b89c/Escala-Hamilton-estudo-das-caracteristicas-psicometricas-em-uma-amostra-do-sul-do-Brasil.pdf

14. Barbosa GB, Correia AKS, Oliveira L de MM, Santos V do C, Ferreira SM da S, Martins Júnior DF, et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. dezembro de 2012;37(126):306–15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000200012>

15. Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. março de 2012;28(3):503–14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>

16. Braga LC de, Carvalho LR de, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*. junho de 2010;15:1585–96. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>
17. Silva KL, Sena RR de, Tavares TS, Belga SMMF, Maas LWD, Silva KL, et al. Migrant nurses in Brazil: demographic characteristics, migration flow and relationship with the training process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 04 de janeiro de 2021];24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0390.2686>
18. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(1):45-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v7i1.4895>
19. Cunha RV da, Bastos GAN, Duca GFD. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. junho de 2012;15(2):346–54. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>
20. Ludermir AB, Melo Filho DA de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*. abril de 2002;36(2):213–21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000200014>
21. Garcia Jr. CAS, Ferracioli JA, Zajankauskas AE, Dias NC. Depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 12 de julho de 2018;13(40):1–12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1641](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1641)
22. Aragão JA, Andrade ML, Mota MIA, Aragão MEC de S, Reis FP, Aragão JA, et al. Ocorrência de sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. dezembro de 2014;63(4):341–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000043>
23. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. fevereiro de 2004;12(1):14–21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100003>
24. Carvalho CN, Melo-Filho DA de, Carvalho JAG de, Amorim ACG de. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da

área multiprofissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2013;62(1):38–45. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000100006>

25. Vieira JLL, Porcu M, Rocha PGM da. A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007;56(1):23–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000100007>

26. Costa RA, Soares HLR, Teixeira JAC. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*. 2007;19(1):273–4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232007000100022>

27. Teixeira CM, Nunes FMS, Ribeiro FMS, Arbinaga F, Vasconcelos-Raposo J. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuad psicol deporte*. 23 de dezembro de 2016;16(3):55–66. Disponível: <https://revistas.um.es/cpd/article/view/278431/205461>

28. Antunes HKM, Stella SG, Santos RF, Bueno OFA, Mello MT de. Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Brazilian Journal of Psychiatry*. dezembro de 2005;27(4):266–71. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000400003>

29. Roeder MA. *Atividade Física, Saúde Mental & Qualidade de Vida*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Shape; 2004.

30. Taylor D, Boyaijin J, James N. Acidosis stimulates beta-endorphin release during exercise. *Journal of Applied Physiology*: 1913-8, 1994.

31. Ransford C. A role of amines in the antidepressant effect of exercise. *Medical Science in Sports*: 1-10, 1982.

32. Schneider APH, Azambuja PG. Uso de fármacos psicotrópicos por profissionais da saúde atuantes da área hospitalar. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*. 30 de março de 2015;27(1):14–21. DOI: <http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v27.e1.a2015.pp14-21>

33. Razzouk D. Capital mental, custos indiretos e saúde mental. In: Razzouk D, Lima M, Quirino C, editores. *Saúde mental e trabalho*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2016. p. 61-70.

34. Razzouk D, Alvarez C, Mari J. O impacto econômico e o custo social da depressão. In: Lacerda A, Quarantini L, Miranda-Scrippa A, DelPorto J, editors. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 27-37.
35. WHO | The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope [Internet]. WHO. World Health Organization. 2001 [citado 04 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2001/en/>

4 ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CURSO DE MEDICINA - CAMPUS PASSO FUNDO/RS

TERMO DE ANUÊNCIA

Com objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz**, o representante legal da instituição Secretaria de Saúde do Município de Marau – RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado: *“Prevalência de sintomas de depressão em trabalhadores das Estratégia Saúde da Família de um Município do norte do Rio Grande do Sul”*, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde
PM Marau/RS

Representante Secretaria de Saúde do Município de Marau – RS

Secretário de Saúde

Douglas Kurtz

Maríndia Biffi

Pesquisadora Responsável

Marau, 04 de DEZEMBRO de 2019.

ANEXO B – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DAS ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: MARINDIA BIFFI

Versão: 2

CAAE: 28979619.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 011358/2020

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DAS ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL que tem como pesquisador responsável MARINDIA BIFFI, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS em 12/02/2020 às 16:02.

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 C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DAS ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: MARINDIA BIFFI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28979619.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.973.968

Apresentação do Projeto:

Trata de reapresentação de projeto de pesquisa em que permaneceram pendências éticas de acordo com o parecer nº 3.909.110.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a prevalência de sintomas de depressão em trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS).

Objetivo Secundário:

Descrever características sociodemográficas de trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS). Identificar a distribuição dos sintomas de depressão de acordo com as características sociodemográficas de trabalhadores das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS). Identificar a prevalência de sintomas de depressão nas diversas funções exercidas nas unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Marau (RS). Identificar qual a função com

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: 3.973.968

maior prevalência de sintomas de depressão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Como a equipe aplicará questionários na população pesquisada, existe o risco de o entrevistado sofrer perguntas invasivas com o risco emocional de constrangimento. Para que este risco seja minimizado, será elucidado ao entrevistado que a participação é voluntária, que ele pode não responder alguma pergunta e que poderá desistir a qualquer momento. Será também providenciado um local adequado e reservado para a entrevista. No caso de o risco ocorrer, a atividade desenvolvida será interrompida, e será oferecida a possibilidade de atendimento com profissional da área de psicologia da unidade, quando houver, ou com profissional médico(a). Existe ainda, o risco de vazamento de informações referentes aos questionários que poderia causar constrangimento ao participante. De maneira a minimizar este risco, os questionários serão identificados por números e não pelo nome do entrevistado, serão numerados aleatoriamente, sem lógica que permita a identificação dos participantes. No entanto, caso este risco previsto se concretize o estudo será interrompido.

RISCOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR:

- Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Como benefício direto ao participante, destaca-se que ao responder o questionário, o participante terá oportunidade de expor sua condição emocional e/ou tornar-se ciente dela de forma sigilosa, podendo levar ao cuidado pessoal no que tange sua saúde mental. Os casos que forem identificados como positivos, serão instruídos a procurar ajuda e a equipe de pesquisa fica à disposição em atender ou encaminhar 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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.973.968

atendimento especializado sigiloso e gratuito caso o entrevistado ache necessário. Também será entregue uma devolutiva dos resultados por meio de um relatório à SMS de Marau (RS) na perspectiva de incentivar ações direcionadas a saúde do trabalhador da atenção básica.

Ademais, a pesquisa poderá ter como benefício indireto o enfoque na promoção de estudos e pesquisas sobre a saúde dos trabalhadores da atenção básica, visto que há pouca produção literária sobre o tema e o conhecimento sobre o assunto pode melhorar não só a saúde dos profissionais, como também o atendimento aos usuários da Atenção Básica, melhorando a relação do usuário com as unidades.

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR:

- Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora anexou carta de resposta às pendências contendo todas as informações adequadas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas

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

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.973.968

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 não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1492199.pdf	19/03/2020 07:49:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tcc_finalalterado.docx	19/03/2020 07:48:09	MARINDIA BIFFI	Aceito
Outros	questionario_sociodemografico.docx	19/03/2020 07:47:13	MARINDIA BIFFI	Aceito
Outros	escala_hamilton.docx	19/03/2020 07:45:53	MARINDIA BIFFI	Aceito
Outros	Carta_ao_relator.docx	19/03/2020 07:45:07	MARINDIA BIFFI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAtualizado.docx	19/03/2020 07:42:49	MARINDIA BIFFI	Aceito
Declaração de Instituição e	SMS.pdf	20/12/2019 14:22:36	MARINDIA BIFFI	Aceito

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS

Plataforma
Brasil

Continuação do Parecer: 3.973.968

Infraestrutura	SMS.pdf	20/12/2019 14:22:36	MARINDIA BIFFI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/12/2019 14:19:37	MARINDIA BIFFI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 15 de Abril de 2020

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

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 D – NORMAS DA REVISTA

“Preparo do manuscrito

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as recomendações do ICMJE. Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “Declarações”, contendo:

- **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos critérios de autoria. Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a Taxonomia das Funções do Colaborador (CRediT) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.
- **Conflitos de interesse:** Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a política de conflitos de interesse.
- **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- **Título nos três idiomas.** Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- **Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).**

- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta MeSH on Demand ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da National Library of Medicine (EUA). O digital object identifier (DOI; exemplo: “[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)”) deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de uniform resource locator) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de Dados Abertos e Reprodutibilidade (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial “Pesquisar para quê?”, manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo CSE e pelo ICMJE.

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como sp ou spp na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapés.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão. ¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores devem substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita material suplementar. Instrumentos de pesquisa (por exemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios como Zenodo, OSF ou Figshare, e citados no manuscrito conforme descrito na política de Dados Abertos e Reprodutibilidade.

Políticas de Seção

Artigos de Pesquisa

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da EQUATOR Network (ver Dados abertos e reprodutibilidade) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaos têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre Ética em pesquisa e Dados abertos e reprodutibilidade.”

ANEXO E – FORMULÁRIO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO E COORIENTAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
 CAMPUS PASSO FUNDO/RS
 CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC

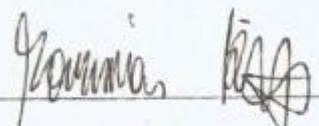
FORMULÁRIO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO E COORIENTAÇÃO

Eu, professor(a) MARILINDA BIFFI,
 aceito orientar o TCC do(a) Acadêmico(a) BRUNO LOPES MARCAL,
 cujo tema provisório é PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM
TRABALHADORES DAS ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DO RS

Eu, BRUNA CHAVES LOPES, aceito co-orientar o
 TCC do(a) Acadêmico(a) BRUNO LOPES MARCAL, cujo tema
 provisório é PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DAS
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DO RS.

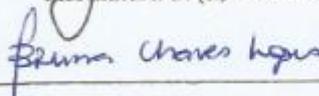
Por ser verdade, firmo o presente documento.

Passo Fundo, 01 de DEZEMBRO de 2020.



 Assinatura do(a) Orientador(a)

Marilinda Biffi
 Médica
 CREMERRS 35064



 Assinatura do(a) Coorientador(a)



 Assinatura do(a) Acadêmico(a)