



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

VINÍCIUS ESTANISLAU ALBERGARIA

MULTIMORBIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS

**PASSO FUNDO, RS
2021**

VINÍCIUS ESTANISLAU ALBERGARIA

MULTIMORBIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS

Trabalho de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann

Coorientadora: Maríndia Biffi

PASSO FUNDO, RS

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Albergaria, Vinicius Estanislau
Multimorbidade e fatores associados e adultos /
Vinicius Estanislau Albergaria. -- 2021.
62 f.

Orientadora: Dr^a Ivana Loraine Lindemann
Co-orientadora: Ms^a Maríndia Biffi
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2021.

I. Lindemann, Ivana Loraine, orient. II. Biffi,
Maríndia, co-orient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

VINÍCIUS ESTANISLAU ALBERGARIA

MULTIMORBIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS

Trabalho de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

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

___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann – UFFS
Orientadora

Riceli Rodeghiero Oliveira– UFPEL
Examinadora

Prof^a. Dr^a. Daniela teixeira borges – UFFS
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aos meus pais, os quais nunca mediram esforços para me ver bem, apesar da distância e saudades. Sou grato também a minha namorada, que em todos os momentos esteve comigo me dando forças e aos meus amigos que compartilham junto de mim essa caminhada. Deixo minha gratidão a minhas orientadoras Ivana e Maríndia, que foram fundamentais para a conclusão desse trabalho.

RESUMO

Trata-se de um trabalho de curso (TC) realizado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo, RS. O volume foi desenvolvido conforme o Manual de Trabalhos acadêmicos da UFFS estando em conformidade com o Regulamento do TC. Esse trabalho é intitulado MULTIMORBIDADE E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS, desenvolvido pelo acadêmico Vinícius Estanislau Albergaria sob orientação do Prof^a. Dr^a Ivana Loraine Lindemann e coorientação da Prof. M.^a Maríndia Biffi. Esse volume será composto por três partes, sendo a primeira, o projeto de pesquisa, desenvolvido no componente curricular (CCR) de Trabalho de Curso I, escrito no segundo semestre letivo de 2020. A segunda parte incluirá um relatório descritivo das atividades realizadas no CCR Trabalho de Curso II, durante o primeiro semestre letivo de 2021. A terceira parte incluirá um artigo científico com a compilação dos resultados obtidos, atividade realizada no CCR Trabalho de Curso III, no segundo semestre letivo de 2021.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Comorbidade. Multimorbidade

ABSTRACT

This is a course work performed as a requirement for obtaining a Bachelor of Medicine degree from the Federal University of Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo. The volume was developed according to the UFFS Academic Works Manual, in accordance with the TC Regulation. This work is entitled MULTIMORBIDITY AND ASSOCIATED FACTORS IN ADULTS, developed by academic Vinícius Estanislau Albergaria under the guidance of Prof^a. Dr^a Ivana Loraine Lindemann. This volume will consist of three parts, the first being the research project, developed in the curricular component (CCR) of Course Work I, written in the second academic semester of 2020. The second part will include a descriptive report of the activities of data collection. data, in CCR Trabalho de Curso II, during the first academic semester of 2021. The third part will include a scientific article with the compilation of the results obtained, an activity carried out in CCR Trabalho de Curso III, in the second academic semester of 2021.

Keywords: Primary Health Care. Comorbidity. Multimorbidity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. DESENVOLVIMENTO.....	9
2.1. PROJETO DE PESQUISA	9
2.1.1. Resumo.....	9
2.1.2. Tema	9
2.1.3. Problemas	9
2.1.4. Hipóteses.....	10
2.1.5. Objetivos	10
2.1.6. Justificativa	10
2.1.7. Referencial Teórico.....	11
2.1.7.1. Multimorbidade	11
2.1.7.2. Multimorbidade e Doenças cardiovasculares	12
2.1.7.3. Multimorbidade e Doenças metabólicas.....	12
2.1.7.4. Multimorbidade e Câncer	13
2.1.7.5. Multimorbidade e Fatores associados	13
2.1.8. Metodologia.....	17
2.1.8.1. Tipo de estudo.....	17
2.1.8.2. Local e período de realização	17
2.1.8.3. População e amostragem.....	17
2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados.....	18
2.1.8.5. Processamento, controle de qualidade e análise de dados.....	19
2.1.8.6. Aspectos éticos.....	20
2.1.9. Recursos	20
2.1.10. Cronograma.....	20
2.1.11. Referências.....	20
2.1.12 Anexos	24
2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA.....	40
3. ARTIGO CIENTIFICO.....	42
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
5. REFERÊNCIAS.....	54

6. ANEXOS.....	57
-----------------------	-----------

1. INTRODUÇÃO

A incidência concomitante de problemas de saúde, operacionalizada pela ocorrência de duas ou mais doenças crônicas é denominada multimorbidade (FORTIN, 2012). O seu conceito vem sendo cada vez mais debatido (SALIVE, 2013; HARRISON, 2014) em razão do aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e da expectativa de vida da população mundial (SALOMON, 2012; WANG, 2012).

A crescente exposição a fatores ambientais e mudanças de estilo de vida, levaram a um aumento na prevalência de DCNT (LOZANO, 2012; VASCONCELOS, 2012). No cenário mundial da saúde, vivencia-se uma transição epidemiológica com uma profunda modificação dos padrões de saúde e doença, que interagem com fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais (SZWARCOWALD, 2010). O gerenciamento do aumento da prevalência de transtornos de longo prazo é o principal desafio enfrentado pelos governos e sistemas de saúde em todo o mundo (OMS, 2011).

Segundo Dias da Costa (2006), a multimorbidade é considerada um problema de saúde pública, tendo em vista a prevalência, gravidade, impacto na qualidade de vida e possibilidade de controle. No Brasil, o aumento das DCNT apresenta-se como um desafio para a atenção à saúde, principalmente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Estratégia Saúde da Família (ESF) (SCHMIDT, 2011). Essa situação deve-se possivelmente à redução do limiar de diagnóstico positivo para a maioria das DCNT, transição de uma população jovem para uma idosa ou pelo próprio aumento da prevalência dessas doenças (STARFIELD, 2011).

Tendo em vista a carência de dados acerca da população adulta, foi empregada uma estimativa com dados da população idosa. A prevalência de multimorbidade em idosos varia de 30,7% a 57,0% (MELO, 2019), com predominância de 60% no sexo feminino, 54,7% em indivíduos de cor branca, 44,5% casados, 38,4% com ensino fundamental incompleto e 77,4% que não praticam exercício físico (MELO, 2020). Desse modo, o trabalho objetiva descrever a prevalência e os fatores associados à multimorbidade em adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde de uma cidade de médio porte no norte do Rio Grande do Sul.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Resumo

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritiva e analítica, a ser realizado com adultos atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Os objetivos da pesquisa são caracterizar uma amostra de adultos atendidos na APS, identificar a prevalência de multimorbidade e os fatores associados a esses distúrbios. Serão utilizados os dados coletados na pesquisa intitulada “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”, mediante a aplicação de questionários a adultos e idosos em atendimento nos serviços de saúde da APS de maio a agosto de 2019. O resultado esperado é encontrar uma prevalência similar a descrita pela literatura, sendo entre 30% e 57% de multimorbidade em adultos, além da associação de multimorbidades com sexo feminino, baixa escolaridade, renda menor que um salário-mínimo e meio, baixa escolaridade, uso de álcool, tabagismo, hábitos alimentares irregulares e sedentarismo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Comorbidade. Multimorbidade.

2.1.2. Tema

Prevalência de multimorbidade e fatores associados em adultos.

2.1.3. Problemas

Qual é a prevalência de multimorbidades em adultos atendidos da Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo, RS?

Quais são as principais características de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo, RS?

Quais são os fatores associados a multimorbidade em adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo, RS?

2.1.4. Hipóteses

Será encontrada uma prevalência de 37% a 57% de multimorbidade na amostra analisada.

A multimorbidade será associada a doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres, sedentarismo, hábitos alimentares irregulares, alcoolismo e tabagismo.

A multimorbidade será mais prevalente em homens, brancos, de baixa renda, com hábitos alimentares inadequados, tabagistas, que consomem bebida alcoólica e não praticam atividade física.

2.1.5. Objetivos

2.1.5.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência de multimorbidade em adultos atendidos na rede urbana de Atenção Primária à Saúde no município de Passo Fundo, RS.

2.1.5.2 Objetivos Específicos

Determinar as principais características de uma amostra de adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde.

Descrever fatores associados à multimorbidade em adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde.

2.1.6. Justificativa

A multimorbidade deve ser mais estudada, em razão das consequências que acarreta na saúde dos indivíduos, desta forma, conhecer a prevalência da multimorbidade na região é de extrema relevância, pois despertará maior atenção por parte das equipes de saúde sobre o tema, o que oportunizará um diagnóstico mais precoce, com consequente melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Além do mais, é relevante identificar a associação entre a multimorbidade e outros fatores, para que desfechos negativos possam ser evitados e para que o cuidado do paciente seja otimizado.

É importante destacar, também, a falta de dados epidemiológicos acerca da multimorbidade em adultos e os fatores associados.

2.1.7. Referencial Teórico

2.1.7.1. Multimorbidade

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a realidade sanitária do mundo vem se alterando rapidamente, principalmente nos países em desenvolvimento. Os saberes a respeito da natureza das DCNT, seus fatores de risco, sua ocorrência e populações sob risco também estão em transformação (TUNSTALL, 2005). São definidas como DCNT as cardiovasculares, cerebrovasculares, neoplasias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e asma (OMS, 2005). Sabe-se que a crescente exposição a fatores ambientais, progressos na efetividade dos cuidados de saúde e alterações de estilos de vida, levaram a um aumento na prevalência de DCNT mundialmente (OMS, 2011; VASCONCELOS, 2012).

A OMS destaca que é fundamental entender a realidade sobre as DCNT mundialmente e a importância de ações para combatê-las, pois, essas doenças são as principais causas de mortes em todo o mundo. Além do mais, têm ocasionado um número expressivo de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com limitação nas atividades de lazer e trabalho, impactos econômicos, com aumento das iniquidades e da pobreza (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, define-se multimorbidade como a ocorrência de múltiplos problemas de saúde em um mesmo indivíduo (SALIVE, 2013). Quadro este, que se configura como importante problema de saúde pública mundial pela alta frequência e pela associação com mortalidade, declínio funcional, dificuldade de manejo adequado pelos serviços de saúde e baixa qualidade de vida (FORTIN, 2012; SALIVE, 2013).

No Brasil, verificou-se, nas últimas décadas, uma grande mudança no perfil da mortalidade da população, caracterizada pelo aumento dos óbitos por DCNT (RIBEIRO, 2012). Em 2007, 72% dos óbitos em território nacional foram em decorrência dessas doenças, com ênfase para as do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). As DCNT atingem indivíduos de todos os níveis socioeconômicos, mas, principalmente, aqueles que pertencem a grupos vulneráveis (OMS, 2011; FORTIN, 2012).

Atualmente, a população adulta com dois ou mais diagnósticos de DCNT's em países como os Estados Unidos (WARD, 2014), Sérvia (JOVIC, 2016) e Canadá (ROBERTS, 2015) tem uma prevalência respectivamente de 26%, 26,9% e 12,9%.

Em razão do processo de envelhecimento, em que se encontra um aumento

das deteriorações fisiológicas e do risco para DCNT e seus respectivos agravos (POWERS, 2009) a população mais comumente investigada quanto ao diagnóstico da multimorbidade é a idosa (VIOLAN, 2014). No contexto brasileiro a prevalência de multimorbidade em idosos varia de 30,7% a 57% (MELO, 2019).

No Brasil, um estudo de Melo (2020) descreveu que idosos com multimorbidade têm idade média de 70,3 anos, a maioria era do sexo feminino (66,3%), com idade entre 60 a 69 anos (53%), brancos (56,1%), casados (44%), possuíam ensino fundamental incompleto (40%), não praticavam exercícios físicos (75,3%) e eram caracterizados por não consumirem bebida alcoólica (78,7%) e por não fumarem (44%). Em média, esses idosos possuíam 3,1 ($\pm 0,3$) doenças crônicas. Dentre as multimorbidades presentes, as mais frequentes foram: Hipertensão e Colesterol alto (31,3%), Hipertensão e AVC (30,9%) e Hipertensão e Diabetes (23,3%) (MELO, 2020).

2.1.7.2. Multimorbidade e Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil, responsáveis por aproximadamente 20% dos óbitos em indivíduos com mais de 30 anos. Conforme o Ministério da Saúde, ocorreram 962.931 mortes em indivíduos com mais de 30 anos no ano 2009. As doenças isquêmicas do coração (DIC) foram responsáveis por 95.449 mortes, as cerebrovasculares por 97.860 e as causas cardiovasculares atribuíveis à aterosclerose por 193.309 óbitos (MANSUR, 2012).

2.1.7.3. Multimorbidade e Doenças metabólicas

O diabetes mellitus (DM) abrange um grupo de doenças metabólicas ocasionando hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. Se origina da destruição autoimune das células beta do pâncreas resultando em deficiência de insulina ou de anormalidades que ocasionam em resistência à insulina. As complicações do DM incluem neuropatia autonômica causando sintomas gastrointestinais, geniturinários e cardiovasculares e disfunção sexual; nefropatia gerando a insuficiência renal; retinopatia com potencial perda de visão; neuropatia periférica com risco de úlceras nos pés e amputações. Pacientes com diabetes têm maior incidência de doença arterial periférica, cardiovascular aterosclerótica e doença cerebrovascular (SCHMIDT, 2011; BRASIL, 2011).

O DM é considerado um importante fator causal de morbidade e mortalidade.

Estimativas mundiais apontam que 382 milhões de indivíduos vivem com DM (8,3%). No Brasil, a doença representa um grande problema de saúde pública, pois, em 2013, o país ocupou a quarta posição entre aqueles com maior número de pessoas diabéticas, contando com 11,9 milhões de casos entre indivíduos adultos (FEDERATION, 2013).

2.1.7.4. Multimorbidade e Câncer

Câncer é definido como uma enfermidade multicausal crônica, caracterizada pelo crescimento descontrolado das células. Sua prevenção tem tomado uma dimensão importante no campo da ciência, uma vez que está despontando entre as causas de mortalidade no mundo (FARIAS, 2010).

A estimativa mundial no ano de 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma). O câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,1 milhões) seguido pelo de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão) (BRAY, et al., 2018).

No Brasil estima-se, no biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer. Os tipos de câncer mais frequentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) figurarão entre os principais. As estimativas apresentadas para o Brasil refletem o perfil semelhante ao de países desenvolvidos. Esse perfil é reflexo das desigualdades regionais tão peculiares ao Brasil, que vão desde as diferenças na expectativa de vida e condições socioeconômicas, até o acesso aos serviços de saúde para diagnóstico oportuno e tratamento adequado. A distribuição da incidência por região geográfica mostra que as regiões sul e sudeste concentram 70% da incidência, e o padrão dos cânceres assemelha-se ao de países desenvolvidos onde os tipos predominantes são próstata, mama feminina, pulmão e cólon e reto. Destaca-se na região sul a alta incidência de câncer de pulmão, especialmente no Rio Grande do Sul (OLIVEIRA, 2018).

2.1.7.5. Multimorbidade e Fatores associados

2.1.7.5.1. Tabagismo

O tabagismo é o principal fator de risco de morte por doenças crônicas não transmissíveis, responsável por 6 milhões de óbitos ao ano no mundo (NCI, 2016). Um total de 603 mil mortes anuais são atribuíveis ao tabagismo passivo, das quais 28% em crianças (ÖBERG, 2011). No mundo esse fator está associado a 75% dos casos de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a, respectivamente, 22% e 10% das mortes entre adultos por câncer e doenças cardíacas (NCI, 2016). Dentre as doenças ocasionadas pelo tabagismo, destacam-se o câncer (pulmão, mama e cavidade bucal), as doenças cardiovasculares, as respiratórias crônicas e as complicações gestacionais (OMS, 2013).

O Brasil destaca-se no cenário mundial pela sua Política Nacional de Controle do Tabaco, na qual estão integradas as diretrizes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS) ratificada pelo país há mais de dez anos (Decreto nº 5.658 de 2006). Apesar de ser um dos líderes em número de fumantes, entre 1990 e 2015 foi um dos países que registrou uma redução significativa da prevalência entre homens e mulheres de 56,5% e 55,8%, respectivamente (REITSMA, 2017). Esses avanços são importantes, mas dados de 2011 mostraram que a magnitude da carga da doença associada ao tabagismo ainda é elevada, com cerca de 147 mil mortes e 2,69 milhões de anos de vida perdidos ao ano, além de gerar um custo anual para o sistema de saúde de 23,37 bilhões de Reais (PINTO, 2015).

2.1.7.5.2. Alcoolismo

O consumo de álcool é um fator de risco para muitas doenças e condições crônicas. O volume médio de álcool consumido, os padrões de consumo e a qualidade das bebidas alcoólicas consumidas provavelmente têm um impacto causal na morbimortalidade relacionadas a doenças e condições crônicas. Além disso, o álcool tem impactos sobre o diabetes, acidente vascular cerebral isquêmico e doença cardíaca isquêmica, dependendo do volume total consumido e, no caso de doenças isquêmicas, dos padrões de consumo. O consumo de álcool contribui significativamente para a carga de doenças e condições crônicas em todo o mundo, e o fato deve ser um alvo de intervenção (SHIELD, 2014).

De acordo com a OMS, em 2012, 5,1% da carga global de doenças foram

atribuíveis ao consumo do álcool, o que equivale a 139 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (disability-adjusted life years - DALY). Além disso, a cada ano, ocorrem aproximadamente 3,3 milhões de mortes no mundo como resultado do consumo nocivo do álcool, o que representa 5,9% do total de mortes. A maior parte das lesões fatais decorrentes do uso do álcool ocorre em grupos etários relativamente jovens. Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 25% de todas as mortes são atribuíveis ao álcool (OMS, 2014).

2.1.7.5.3. Sedentarismo

O papel da prática de atividade física na manutenção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos é amplamente reconhecido na literatura (ESTEBAN, 2010; AWICK, 2015). Apesar da alta prevalência de inatividade física entre a população, um estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física, é condição desejável e representa aspecto importante na prevenção de diversos estados mórbidos como a hipertensão, diabetes, doenças vasculares e cardíacas, depressão, entre outras (BAUMAN, 2004).

Em seu relatório de 2010 sobre a situação das doenças não transmissíveis, a OMS estimou que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à falta de atividade física. Destacou ainda que constitui o quarto fator de risco mais importante que leva à morte em todo o mundo (6% de todas as mortes), superado apenas por hipertensão (13%), uso de tabaco (9%) e glicemia elevada (6%) (OMS, 2011). Estimativas globais indicam que a prática insuficiente de atividade física seja responsável por cerca de 3,2 milhões de mortes ao ano (5,5%) (OMS, 2009).

Atualmente, a OMS sugere que os adultos realizem, no mínimo, 75 a 15 minutos semanais de atividade física intensa e, no mínimo, 150 a 300 minutos de atividade física moderada, quando não existirem contraindicações (OMS, 2020).

2.1.7.5.4. Alimentação inadequada

A alimentação e nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2013).

O Brasil experimenta, nos últimos anos, uma rápida transição nutricional. Chama a atenção, o marcante aumento na prevalência de obesidade, consolidando-

se como o agravo nutricional mais importante, sendo associado a uma alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e doenças cardiovasculares. Alterações no estilo de vida, como a má-alimentação e redução no gasto calórico diário são os principais fatores que explicam o crescimento da obesidade (SOUZA, 2017).

A dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e na atualidade é fortemente caracterizada por uma combinação de uma alimentação dita “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultra-processados, com altos teores de gordura, sódio e açúcar e com baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década, enquanto alimentos ultra-processados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano (BRASIL, 2013).

Na população adulta, houve aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e de renda. A obesidade cresceu de 2,8% em homens e 7,8% em mulheres, passando para 12,5% entre homens e 16,9% entre as mulheres nos períodos entre 1974-1975 e 2008-2009, de modo que o excesso de peso alcançou 50,1% nos homens e 48,0% nas mulheres. Atualmente, a obesidade tem prevalências semelhantes entre as mulheres de todos os níveis de renda, mas, entre os homens, a obesidade entre os vinte por cento mais ricos da população é o dobro das prevalências encontradas entre o quinto mais pobre (BRASIL, 2013).

As doenças crônicas são a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil. Nos últimos anos, os percentuais de hipertensão arterial sistêmica e diabetes vêm se mantendo estáveis, embora a obesidade esteja em ascensão. Seus determinantes são de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial. Esses fatores interagem de forma complexa, exigindo que a obesidade seja tratada, tendo em vista toda a sua complexidade e determinação social (BRASIL, 2013).

2.1.7.5.5 Atenção Primária a Saúde

O SUS é um sistema de saúde em constante construção e, como tal, tem muitos desafios a serem enfrentados, seja de ordem financeira, operacional, estrutural ou de gestão. Há que se considerar que os ganhos obtidos em saúde não são permanentes nem cumulativos e é necessário protegê-los. Quebrar o paradigma do atendimento ao

episódio agudo, da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento do cidadão e da sociedade, é, sem dúvida, um grande desafio. Um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que elas não adoçam e não apenas cuidar de doentes e de doenças (MENDES, 2012).

O Brasil vive uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas (MENDES, 2012).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) tem a característica de ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. Tem o papel também de realizar ações de promoção e de proteção da saúde, diagnóstico, prevenção de agravos, reabilitação, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2011).

2.1.8. Metodologia

2.1.8.1. Tipo de estudo

Estudo quantitativo observacional transversal descritivo e analítico.

2.1.8.2. Local e período de realização

Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo, que inclui Estratégias da Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e ambulatórios, de abril a dezembro de 2021.

2.1.8.3. População e amostragem

Este estudo representa um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”, cujos dados foram coletados de maio a agosto de 2019.

A população da pesquisa foi constituída de adultos e idosos atendidos na

Atenção Primária à Saúde (APS), com amostragem não probabilística, sendo os participantes selecionados por conveniência e consecutivamente, entre as pessoas que procuraram os serviços oferecidos nas unidades no período estipulado para a coleta.

Foram considerados como critérios de inclusão: adultos e idosos, de ambos os sexos, atendidos na rede urbana de APS e residentes no município. Foram excluídas as pessoas sem condições de responderem o questionário, por déficits cognitivos ou disfunções relacionadas à comunicação, e as que são usuárias da APS, mas atendidas em domicílio. Para esse recorte também foram excluídos os idosos, tendo em vista que o tema só contempla a população adulta, em virtude de existir uma carência de trabalhos referentes a população adulta.

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

2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado (Anexo A), por acadêmicos de medicina, treinados para este fim.

Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o total de participantes em cada uma das 34 unidades de saúde foi proporcional ao número de atendimentos realizados no mês anterior ao início da coleta de dados. Assim, no período estipulado, todos os adultos e idosos que buscaram atendimento no serviço, foram arrolados até que se completasse o número determinado para cada local, ou, até que todos os presentes no local no último turno da coleta fossem convidados a participar. A aplicação do questionário foi feita no próprio serviço.

Nesse estudo a variável dependente será a multimorbidade, operacionalizada pela prevalência de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis, considerando

diagnóstico médico autorreferido de câncer, diabetes mellitus, dislipidemia, cardiopatia e hipertensão arterial sistêmica (FORTIN, 2012). Como variáveis independentes serão analisados fatores demográficos e socioeconômicos (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação e renda), de saúde (estado nutricional, autopercepção da saúde) e comportamentais: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, prática de atividade física e hábitos alimentares.

A avaliação dos hábitos alimentares foi realizada com base nos marcadores do consumo alimentar (BRASIL, 2015), considerando-se adequados os hábitos de indivíduos que responderam afirmativamente para o consumo de feijão, de frutas frescas e de verduras e/ou legumes no dia anterior e, negativamente para o consumo de hamburger e/ou embutidos; de bebidas adoçadas; de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e; de biscoito recheado, doces ou guloseimas. Para a classificação do estado nutricional, foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC - OMS, 1995; ATALAH 1997; BRASIL, 2005) a partir dos dados de peso e altura autorreferidos.

2.1.8.5. Processamento, controle de qualidade e análise de dados

Os dados foram duplamente digitados e validados. A estatística compreenderá a descrição da amostra e o cálculo da prevalência do desfecho com intervalo de confiança de 95% (IC95). Visando identificar os fatores associados à multimorbidade, será realizada a análise bivariada, gerando as Razões de Prevalências (RP) brutas e seus IC95. A análise multivariada será realizada empregando-se a Regressão de Poisson (variância robusta para conglomerados), para gerar as RP ajustadas e seus IC95. A análise será do tipo *backward stepwise*, seguindo um modelo hierarquizado pré-estabelecido, composto de três níveis de determinação (variáveis sociodemográficas, de saúde e comportamentais), sendo que em cada nível as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ serão mantidas para o ajuste com o nível seguinte. No caso das categóricas politômicas, quando houver ordenamento entre as categorias será realizado o teste de *Wald* para tendência linear e, quando não houver ou não for significativo, será testada a heterogeneidade. Em todos os testes, será admitido erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais.

2.1.8.6. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa “Adultos e idosos usuários do sistema único de saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da atenção primária”, já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, segundo parecer de número: 3.219.633 (Anexo B).

2.1.9. Recursos

Materiais serão adquiridos com recursos próprios.

Quadro 1: Orçamento

ITEM	QUANTIDADE EM UNIDADES	CUSTO UNITÁRIO EM REAIS	CUSTO TOTAL EM REAIS
Canetas	1 caixa com 50	27,00	27,00
Lápis	3 caixas com 12	8,00	24,00
Borracha	20	1,30	26,00
Apontador	10	1,50	15,00
Impressão	4200	0,10	420,00
Valor total: 512,00 reais			

2.1.10. Cronograma

Revisão de literatura: 05/04/2021 a 24/12/2021. Processamento e análise de dados: 05/04/2021 a 31/08/2021.

Redação e divulgação dos resultados: 01/09/2021 a 24/12/2021.

2.1.11. Referências

ATALAH SAMUR, Eduardo et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. **Rev. Med. Chile**, p. 1429-36, 1997.

AWICK, Elizabeth A. et al. Differential exercise effects on quality of life and health-related quality of life in older adults: a randomized controlled trial. **Quality of Life Research**, v. 24, n. 2, p. 455-462, 2015.

BAUMAN, Adrian E. Updating the evidence that physical activity is good for health:

an epidemiological review 2000–2003. **Journal of science and medicine in sport**, v. 7, n. 1, p. 6-19, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRAY, Freddie et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

COSTA, Juvenal Soares Dias da; VICTORA, Cesar G. O que é "um problema de saúde pública"? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, p. 144-146, 2006.

ESTEBAN, C. et al. Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD. **European Respiratory Journal**, v. 36, n. 2, p. 292-300, 2010.

FARIAS, J. F. Prevenção do Câncer Através da Alimentação. III Amostra de Trabalhos de Pós Graduação. **XVIII Simpósio de Iniciação Científica. UniFil**, p. 04-10, 2010.

FEDERATION, Internacional Diabetes. IDF diabetes atlas. **Brussels: International Diabetes Federation**, v. 128, p. 40-50, 2013.

FORTIN, Martin et al. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. **The Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 2, p. 142-151, 2012.

HARRISON, Christopher et al. Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. **BMJ open**, v. 4, n. 7, 2014.

JOVIC, Dragana; VUKOVIC, Dejana; MARINKOVIC, Jelena. Prevalence and patterns of multi-morbidity in Serbian adults: a cross-sectional study. **PloS one**, v. 11,

n. 2, p. e0148646, 2016.

LOZANO, Rafael et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2095-2128, 2012

MANSUR, Antonio de Padua; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.

MELO, Laércio Almeida de et al. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 1, 2019.

MELO, Laércio Almeida de; LIMA, Kenio Costa de. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3879-3888, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

ÖBERG, Mattias et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. **The lancet**, v. 377, n. 9760, p. 139-146, 2011.

OLIVEIRA SANTOS, Marceli. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 64, n. 1, p. 119-120, 2018.

PINTO, Márcia Teixeira; PICHON-RIVIERE, Andres; BARDACH, Ariel. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1283-1297, 2015.

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T.; IKEDA, M. Teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. **Exercícios para a população. 6a ed. São Paulo: Manole**, 2009.

REITSMA, Marissa B. et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 389, n. 10082, p. 1885-1906, 2017.10

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 7-17, 2012.

ROBERTS, K. C. et al. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. **Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice**, v. 35, n. 6, p. 87, 2015.

SALIVE, Marcel E. Multimorbidity in older adults. **Epidemiologic reviews**, v. 35, n. 1, p. 75-83, 2013.

SALOMON, Joshua A. et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n.

9859, p. 2144-2162, 2012.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SHIELD, Kevin D.; PARRY, Charles; REHM, Jürgen. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. **Alcohol research: current reviews**, v. 35, n. 2, p. 155, 2014.
SOUSA, Valéria Maria Caselato; GUARIENTO, Maria Elena. Avaliação do idoso desnutrido. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 46-9, 2009.

SOUZA, Elton Bicalho. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, v. 5, n. 13, p. 49-53, 2017.

STARFIELD, Barbara. Challenges to primary care from co-and multi-morbidity. **Primary health care research & development**, v. 12, n. 1, p. 1-2, 2011.

SZWARCWALD, Célia L.; SOUZA-JÚNIOR, Paulo RB; DAMACENA, Giseli N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. **BMC health services research**, v. 10, n. 1, p. 217, 2010.

TUNSTALL-PEDOE, Hugh. **Preventing Chronic Diseases**. A Vital Investment: WHO Global Report. Geneva: World Health Organization, 2005. pp 200. CHF 30.00. ISBN 92 4 1563001.

US NATIONAL CANCER INSTITUTE AND WORLD HEALTH ORGANIZATION. The economics of tobacco and tobacco control. **National Cancer Institute tobacco control monograph** 21. 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VIOLAN, Concepció et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. **PloS one**, v. 9, n. 7, p. e102149, 2014.

WANG, Haidong et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2071-2094, 2012.

WARD, Brian W.; SCHILLER, Jeannine S.; GOODMAN, Richard A. Peer reviewed: multiple chronic conditions among us adults: a 2012 update. **Preventing chronic disease**, v. 11, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**: at a glance. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee**. World Health Organization, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Preventing chronic diseases: a vital investment.** World Health Organization, 2005.

2.1.12 Anexos

Anexo A - Questionário do projeto “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”

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

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

<p>Nas últimas 04 semanas, você teve noite curta de sono por que acordou muito cedo (6 horas ou menos de sono)? (0) Não (1) Sim. O quão curtas foram essas noites? <i>NÃO LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA</i> (1) Pouquíssimo (5 ou 6h) (2) Pouco (4h) (3) Muito (3h) (4) MUITÍSSIMO (menos de 3h)</p>		<p>QCURTAS__</p>
<p>Nas últimas 04 semanas, você se sentiu cansado durante o dia, prejudicando suas atividades por não dormir direito? (0) Não (1) Sim. Qual o grau de cansaço? (1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave</p>		<p>CANSADO__</p> <p>GRAUCAN__</p>
<p>Você toma remédio para dormir? (1) Sim (2) Não</p>		<p>RSONO__</p>
<p>Quando foi a sua última consulta médica (a mais recente) em posto de saúde, CAIS ou ambulatório aqui de Passo Fundo?</p>		<p>CONSULTA__</p>
<p>Sobre essa sua última consulta médica:</p> <p>O médico lhe recebeu de forma que você se sentisse confortável? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico perguntou sobre o motivo da sua consulta? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico perguntou sobre os medicamentos que você estava tomando? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico discutiu as opções de tratamento com você? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico respondeu todas as suas dúvidas? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico verificou se você entendeu tudo que ele explicou? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico destinou um tempo adequado para o seu atendimento? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>Você se sentiu satisfeito com sua consulta médica? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p>		<p>CONFO__</p> <p>MOTIVO__</p> <p>PMEDIC__</p> <p>OTRATA__</p> <p>DUVIDA__</p> <p>EXPLI__</p> <p>TEMPOA__</p> <p>SATIS__</p>
<p>No total, quantas pessoas, incluindo você, moram na sua casa? ____</p>		<p>MORA ____</p>
<p>Você exerce atividade remunerada? (0) Não/Aposentado/Pensionista (1) _____ Sim/Em _____ benefício. Trabalha em _____ quê? _____</p>		<p>REMU__</p> <p>TRAB__</p>
<p>Qual é a renda total das pessoas que moram na sua casa, incluindo você? <i>CONSIDERE QUALQUER RENDA E ANOTE EM REAIS OU EM SALÁRIOS MÍNIMOS</i></p> <p>_____</p>		<p>RENDA ____ , ____</p> <p>_____</p>
<p>Você sabe seu peso? _____ Kg (0) Não sei</p>		<p>PESO ____ , ____</p>
<p>Você sabe sua altura? _____ metros (0) Não sei</p>		<p>ALTURA ____ , ____</p>
QUESTÕES SOBRE HÁBITOS DE VIDA E DE SAÚDE		
<p>Que atitudes relacionadas à alimentação você considera saudáveis?</p> <p>_____</p>		
<p>Você tem o costume de tomar remédio por conta própria, sem receita? (1) Sim</p>		<p>AUTOM__</p>

<p>(0) Não</p> <p>Nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio por conta própria, sem receita?</p> <p>(3) Não sabe/não lembra</p> <p>(2) Não</p> <p>(1) Sim. Para que você tomou remédio?</p> <p>Febre (1) Sim (2) Não</p> <p>Gripe, resfriado, dor de garganta (1) Sim (2) Não</p> <p>Dor (1) Sim (2) Não</p> <p>Problemas digestivos (1) Sim (2) Não</p> <p>Cólicas menstruais (1) Sim (2) Não</p> <p>Outros problemas. Quais? _____</p>	<p>AUTOM30__</p> <p>FEBRE__</p> <p>GRIPE__</p> <p>DOR__</p> <p>DIGE__</p> <p>COLICA__</p> <p>OUREM__</p>
<p>Você tem o costume de acessar a internet? (1) Sempre (2) Às vezes</p> <p>(3) Não/Nunca</p> <p><i>SE SEMPRE OU ÀS VEZES</i></p> <p>Você tem o costume de pesquisar sobre saúde na internet?</p> <p>(1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca</p> <p><i>SE SEMPRE OU ÀS VEZES,</i></p> <p>Você acredita no que encontra sobre saúde na internet?</p> <p>(1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca</p> <p>Você comenta com o médico sobre o que encontra sobre saúde na internet?</p> <p>(1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca</p>	<p>NET__</p> <p>NETSAU__</p> <p>ACRES__</p> <p>COMEN__</p>
<p>Você fez a vacina da gripe nos últimos 12 meses?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(0) Não. Por quê? _____</p>	<p>VACINA__</p> <p>PQNVAC__</p>
<p>Você fuma? <i>SE FOR EX-FUMANTE, CONSIDERE "NÃO"</i></p> <p>(1) Sim (0) Não</p>	<p>FUMA__</p>
<p>Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i></p> <p>(1) Sim (0) Não</p>	<p>BEBE__</p>
<p>Você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre?</p> <p>(1) Sim. <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i></p> <p>(0) Não</p> <p><i>SE SIM, quantas vezes por semana? _____</i></p> <p>Quanto tempo por dia? _____</p> <p>Qual tipo de atividade física você faz?</p> <p>Caminhada (1) Sim (0) Não</p> <p>Corrida (1) Sim (0) Não</p> <p>Esportes (futebol, voleibol, handebol, etc) (1) Sim (0) Não</p> <p>Ginástica/musculação (1) Sim (0) Não</p> <p>Dança/zumba (1) Sim (0) Não</p> <p>Alongamento/yoga/tai-chi-chuan (1) Sim (0) Não</p> <p>Outra (especifique) _____</p> <p>Na maioria das vezes, como você se desloca para ir de um lugar ao outro no dia a dia?</p> <p>(1) A pé (2) De bicicleta (3) De ônibus (4) De carro/moto</p> <p>Quanto tempo, em média, você gasta caminhando ou pedalando por dia, considerando os trajetos de ida e volta de deslocamentos de um lugar ao outro?</p> <p>(1) Não caminho ou pedalo como meio de deslocamento</p> <p>(2) Menos de 10 minutos</p>	<p>AF__</p> <p>VAF__</p> <p>TAFM__ _ _ _</p> <p>CAMI__</p> <p>CORRI__</p> <p>ESPO__</p> <p>GINA__</p> <p>DANCA__</p> <p>ALONGA__</p> <p>OUTRAF__</p> <p>DESLOCA__</p> <p>TDESLOCA__</p>

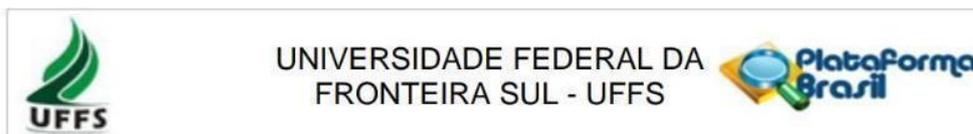
(3) De 10 a 29 minutos (4) De 30 a 59 minutos (5) 60 minutos ou mais	
Como você considera a sua alimentação? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim	ALIM__
Você tem dificuldades para ter uma alimentação saudável? (0) Não (1) Sim. Quais? _____	DIFAS__
Você tem o costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? (1) Sempre (2) Às vezes (0) Nunca	TV__
Quais refeições você faz ao longo do dia? <i>LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA</i> <i>SE "ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO", ASSINALE "NÃO"</i> Café da manhã (1) Sim (0) Não Lanche da manhã (1) Sim (0) Não Almoço (1) Sim (0) Não Lanche da tarde (1) Sim (0) Não Jantar (1) Sim (0) Não Ceia (1) Sim (0) Não	CAFE__ LANCHEM__ ALMOCO__ LANCHET__ JANTAR__ CEIA__
ONTEM VOCÊ CONSUMIU: <i>LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA</i> Feijão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Frutas frescas (não considerar suco de frutas) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Hambúrguer e/ou embutidos: presunto, mortadela, salame, linguiça ou salsicha (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Bebidas adoçadas: refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Biscoito recheado, doces ou guloseimas: balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	FEIJAO__ FRUTA__ VERDURA__ HAMBU__ BEBIDA__ MIOJO__ BISCOITO__
Você é sexualmente ativo? (0) Não (1) Sim. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 12 meses? _____ Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, o seu comportamento é: (1) Sem risco (2) De médio risco (3) De alto risco (0) Não sabe informar Você tem o hábito de usar preservativo? (0) Não (1) Sim. Nos últimos 12 meses você usou preservativo? (1) algumas vezes (2) sempre	ATIVO__ PARCE__ RISCO__ PRESERVA__ FPRE__
Alguma vez na vida você fez exame de colonoscopia? (0) Não (1) Sim. Quando foi a última vez que você fez o exame?	COLO__ QCOLO__ PQCOLO__

Por que você fez o exame?	
<p>Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida? (0) Não (1) Sim</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>SE SIM, você já chegou a traçar um plano para pôr fim a sua vida?</i> (0) Não (1) Sim</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>SE SIM, alguma vez você tentou pôr fim a sua vida?</i> (0) Não (1) Sim</p> <p>Alguém da sua família tentou pôr fim à própria vida? (0) Não (1) Sim</p> <p>Alguém da sua família pôs fim à própria vida? (0) Não (1) Sim</p>	<p>FVIDA__</p> <p>PFVIDA__</p> <p>TEFVIDA__</p> <p>FTVIDA__</p> <p>FFVIDA__</p>
QUESTÕES SOMENTE PARA HIPERTENSOS	
<p>Você toma remédio para pressão alta? (0) Não (1) Sim</p> <p><i>SE SIM,</i></p> <p>Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão? (0) Sim (1) Não</p> <p>Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta? (0) Sim (1) Não</p> <p>Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (0) Sim (1) Não</p> <p>Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus remédios? (0) Sim (1) Não</p> <p>Você tomou seus remédios para pressão alta ontem? (1) Sim (0) Não</p> <p>Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus remédios? (0) Sim (1) Não</p> <p>Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta? (0) Sim (1) Não</p> <p>Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?</p> <p>(1) Nunca (0) Quase nunca (0) Às vezes (0) Frequentemente (0) Sempre</p>	<p>RMPA__</p> <p>ESQUECE__</p> <p>NTOMOU__</p> <p>PAROU__</p> <p>VIAJA__</p> <p>ONTEM__</p> <p>CONTROL__</p> <p>COLATE__</p> <p>LEMBRA__</p>
QUESTÕES SOMENTE PARA MULHERES	
<p>Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (0) Não (1) Sim</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>SE SIM, nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo?</i> (0) Não (1) Sim</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>SE SIM, de que maneira você soube da necessidade de fazer o exame?</i></p>	<p>PAPA__</p> <p>PAPA3__</p> <p>MSPAPA__</p> <p>PQNPAPA__</p>

<p>SE NÃO, por que você não fez o exame ginecológico preventivo? _____</p> <p>Alguma vez na vida você fez mamografia? (0) Não (1) Sim SE SIM, qual era a sua idade quando fez o exame pela primeira vez? _____ anos (00) Não lembra</p> <p>Nos últimos 02 anos você fez pelo menos uma mamografia? (0) Não (1) Sim SE SIM, de maneira você soube da necessidade de fazer a mamografia? _____ SE NÃO, por que você não fez mamografia? _____</p> <p>Você está grávida? (1) Sim (0) Não</p> <p>Você já ficou grávida outras vezes? (0) Não (1) Sim</p> <p>SE SIM, quantas vezes você já ficou grávida? _____ <i>INCLUIR GRAVIDEZ ATUAL, SE HOUVER</i></p> <p>Qual foi a idade da primeira gravidez? _____ anos</p> <p>Você desenvolveu alguma doença quando ficou grávida? (0) Não (1) Sim. Quais? _____</p> <p>Você tem filhos? (0) Não (1) Sim. Quantos? _____ filhos</p> <p>Você fez parto normal? (1) Sim. Quantos? _____ (0) Não</p> <p>Você fez parto cesáreo? (1) Sim. Quantos? _____ (0) Não</p>	<p>MAMO__</p> <p>IMAMO__</p> <p>MAMO2__</p> <p>MSMAMO__</p> <p>PQNMAMO__</p> <p>GRAVIDA__</p> <p>OGRAVIDA__</p> <p>NGRAVI__</p> <p>IGRAVI__</p> <p>DOGRAVI__</p> <p>FILHO__</p> <p>QFILHO__</p> <p>NORMAL__</p> <p>QNORM__</p> <p>CESAR__</p> <p>QCESAR__</p>
QUESTÕES SOMENTE PARA GESTANTES	
<p>Com quantas semanas de gravidez você está? _____ semanas</p>	<p>SEMA__</p>
<p>Você sabe a data da sua última menstruação? SE SIM, quando foi? _____ (0) Não sabe</p>	<p>DUM __/__/__</p> <p>__</p>
<p>Você lembra do seu peso antes de ficar grávida? _____ (0) Não</p> <p>Você faz pré-natal? (1) Sim. Quantas consultas você fez até agora? _____ consultas (0) Não lembra (0) Não</p> <p>Você desenvolveu alguma doença durante esta gravidez? (1) Sim. Qual? _____ (0) Não</p> <p>Você tomou algum remédio por conta própria, sem orientação, durante esta gravidez? (1) Sim. Qual? _____ (0) Não</p>	<p>PESOG _____, _____</p> <p>PRE__</p> <p>QCPRE__</p> <p>DNGRAVI__</p> <p>REMGRAVI__</p>
QUESTÕES SOMENTE PARA OS HOMENS	

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

Anexo B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS para a execução do projeto “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Ivana Loraine Lindemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09474719.3.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.219.633

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

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

DESENHO – COMENTÁRIOS:

Adequado

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

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

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

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

COMENTÁRIOS:

Adequado

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:

Adequado

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

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

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

Bairro: Área Rural

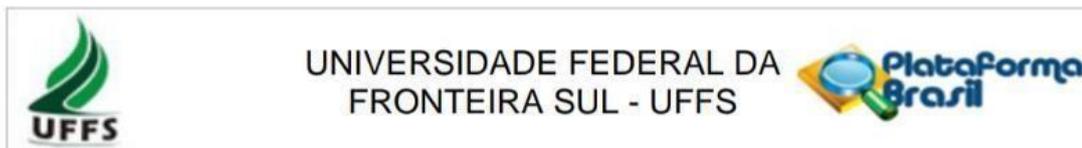
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

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



Continuação do Parecer: 3.219.633

relação com o serviço de saúde.

RISCOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

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

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

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

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

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

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

ASPECTOS ÉTICOS: O estudo será realizado em conformidade com a

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

METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

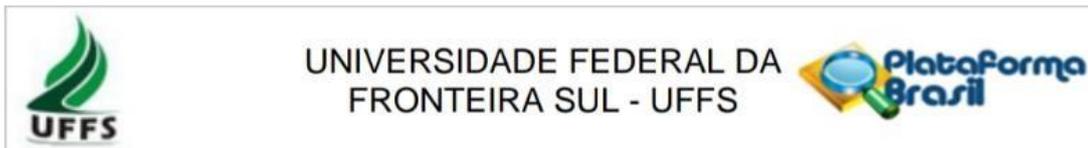
Critério de Inclusão:

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

Critério de Exclusão:

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

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



Continuação do Parecer: 3.219.633

questionário.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequados

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

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

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS:

Adequada

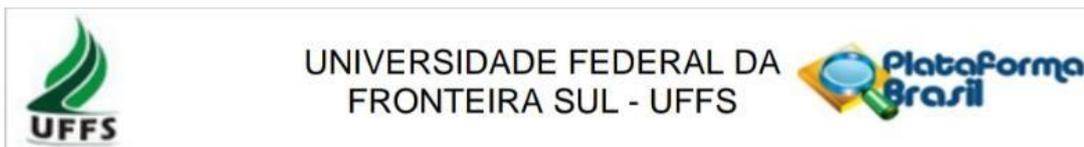
TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

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

DESFECHOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

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



Continuação do Parecer: 3.219.633

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS :

Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: Adequada

TCLE : Adequado

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

Adequada

Recomendações:

Sugere-se a explicitação de hipótese.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

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

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

Lembre-se que:

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

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

Bairro: Área Rural

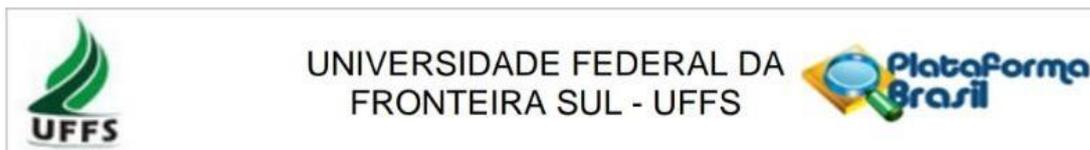
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

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



Continuação do Parecer: 3.219.633

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_PROJETO_1311362.pdf	12/03/2019 14:49:39		Aceito
Outros	ccSMS.pdf	12/03/2019 14:34:58	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	12/03/2019 14:34:32	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	questionario.doc	10/03/2019 11:39:11	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	08/03/2019 20:54:40	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	fupesquisa_APS_3.doc	08/03/2019 20:54:25	Ivana Loraine Lindemann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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: 3.219.633

CHAPECO, 25 de Março de 2019

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

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

O objetivo do estudo é identificar a prevalência de multimorbidade e os fatores associados em adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), além de determinar as características sociodemográficas, perfil demográfico e outras condições de saúde dessa população.

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritiva e analítica, realizado com adultos e idosos atendidos na Rede Urbana de APS de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

O projeto de pesquisa foi realizado no segundo semestre de 2020 e utiliza dados coletados na pesquisa: “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, sob parecer de número: 3.219.633.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado, por acadêmicos de medicina previamente treinados de acordo com o manual do entrevistador (Anexo A). Ainda como parte do treinamento, foi realizado um estudo piloto, para testagem e avaliação do instrumento de pesquisa, no Ambulatório da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS. A coleta ocorreu nas 34 Unidades de Saúde da Atenção Primária do município de Passo Fundo com usuários adultos e idosos que procuraram os serviços oferecidos entre 27/05/19 e 23/08/19. Para a logística, a visita dos estudantes era combinada com antecedência com os locais e era realizada de modo a modificar o mínimo possível a rotina de serviço.

Para o controle de qualidade dos dados, foi ser realizada a codificação, a dupla digitação e a validação dos dados no programa EpiData. A amostra final foi constituída por 1.443 participantes. Para esse recorte, resolveu-se incluir apenas adultos. Por isso, a amostra da presente pesquisa é constituída por 958 participantes.

A análise estatística foi realizada no mês de julho de 2021 e transcorreu como programado na metodologia do projeto. Após essa etapa, irá ser realizada a redação do artigo.

A redação do artigo foi realizada, entre agosto e novembro de 2021, e após a avaliação da banca examinadora será formatado e enviado para a Revista Brasileira de medicina de Família e As normas estão descritas no anexo C deste volume (Anexo B).

A apresentação deste trabalho ocorrerá no dia 30 de novembro de 2021 no formato tele-presencial via plataforma Cisco Webex Meetings, devido a pandemia do Covid-19.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

Multimorbidade e fatores associados em adultos usuários da atenção primária à saúde no norte do Rio Grande do Sul

Multimorbidity and associated factors in adults in primary health care users in north Rio Grande do Sul

Multimorbidad y factores asociados en adultos en usuarios de atención primaria de salud en north Rio Grande do Sul

Vinícius Estanislau Albergaria¹, Ivana Loraine Lindemann¹, Maríndia Biffi¹

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul

RESUMO

O objetivo foi analisar a prevalência e os fatores associados a multimorbidade em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, norte do Rio Grande do Sul, Brasil. Realizou-se um estudo transversal cujos dados foram coletados por meio da aplicação de questionários a adultos atendidos na rede urbana da APS de maio a agosto de 2019. Calculou-se a prevalência do desfecho, com intervalo de confiança de 95% (IC95) e as Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas, visando identificar os fatores associados. A prevalência de multimorbidade na amostra de 958 participantes foi de 31% (IC95 28-34) e seus fatores associados foram idade entre 50-59 anos (RP=5,47; IC95 3,54-8,45), autopercepção negativa de saúde, (RP=1,61; IC95 1,29-2,01), excesso de peso (RP=3,14; IC95 2,21-4,44) e polifarmácia (RP=1,55; IC95 1,33-1,81). Assim, conclui-se que a multimorbidade é prevalente na população atendida na APS e sugere-se que as equipes de saúde busquem estratégias de investigação dessa condição e nos fatores que possam estar associados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Comorbidade. Multimorbidade.

ABSTRACT

The objective was to analyze the prevalence and factors associated with multimorbidity in users of Primary Health Care (PHC) from Passo Fundo, north of Rio Grande do Sul, Brazil. A cross-sectional study was carried out whose data were collected through the application of questionnaires to adults assisted in the urban network of the PHC from May to August 2019. The prevalence of the outcome was calculated, with a confidence interval of 95% (CI95) and the gross and adjusted Prevalence Ratios (PR), in order to

identify the associated factors. The prevalence of multimorbidity in the sample of 958 participants was 31% (CI95 28-34) and its associated factors were age between 50-59 years (PR=5.47; CI95 3.54-8.45), negative self-perception of health, (PR=1.61; IC95 1.29-2.01), overweight (PR=3.14; IC95 2.21-4.44) and polypharmacy (PR=1.55; IC95 1, 33-1.81). Thus, it is concluded that multimorbidity is prevalent in the population assisted in PHC and it is suggested that health teams seek strategies to investigate this condition and the factors that may be associated.

Keywords: Primary Health Care. Comorbidity. Multimorbidity.

RESUMEN

El objetivo fue analizar la prevalencia y los factores asociados a la multimorbilidad en usuarios de Atención Primaria de Salud (APS) de Passo Fundo, al norte de Rio Grande do Sul, Brasil. Se realizó un estudio transversal cuyos datos se recolectaron mediante la aplicación de cuestionarios a adultos atendidos en la red urbana de la APS de mayo a agosto de 2019. Se calculó la prevalencia del desenlace, con un intervalo de confianza del 95% (IC95) y las Razones de Prevalencia (RP) brutas y ajustadas, con el fin de identificar los factores asociados. La prevalencia de multimorbilidad en la muestra de 958 participantes fue 31% (IC95 28-34) y sus factores asociados fueron edad entre 50-59 años (RP = 5,47; IC95 3,54-8,45), autopercepción negativa de salud, (RP = 1,61; IC95 1,29-2,01), sobrepeso (RP = 3,14; IC95 2,21-4,44) y polifarmacia (RP = 1,55; IC95 1, 33-1,81). Así, se concluye que la multimorbilidad es prevalente en la población atendida en APS y se sugiere que los equipos de salud busquen estrategias para investigar esta condición y los factores que pueden estar asociados.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Comorbilidad. Multimorbilidad.

INTRODUÇÃO

No Brasil, diante das mudanças demográficas, de estilo de vida, bem como a alteração de comportamentos nutricionais e a exposição a agentes ambientais, assiste-se um processo de modificação no retrato da mortalidade da população^{1 2 3}, prevalecendo, nas últimas décadas, um perfil epidemiológico de aumento dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁴.

Essa alteração de perfil epidemiológico em que predominam as DCNT, confere destaque à multimorbidade, condição definida como a ocorrência de duas ou mais doenças em um mesmo indivíduo^{5 6}. Tendo em vista a sua gravidade, prevalência, possibilidade de manejo e impacto na qualidade de vida, a multimorbidade tem se tornado um importante problema de saúde pública⁷.

Desse modo, compreender a multimorbidade em estágios iniciais durante a vida adulta é importante por uma série de razões. Durante esse período, os indivíduos normalmente lidam com papéis sociais muitas vezes exigentes e conflitantes ao administrar relações profissionais, pessoais e familiares^{8 9}. O esforço por administrar esses múltiplos papéis sociais pode aumentar a vulnerabilidade a doenças crônicas ou pode tornar mais difícil o manejo das condições crônicas existentes^{10 11}.

Estudos apontam que a prevalência de multimorbidade em adultos varia de 25% a 30,0%^{6 12}, com predominância de no sexo feminino, menor escolaridade⁶ e em indivíduos com obesidade¹³.

Somado à elevada prevalência, os efeitos da multimorbidade podem incluir maior risco de morte, piora da qualidade de vida, incapacidades funcionais e aumento no uso de serviços de saúde¹⁴.

Apesar do impacto e importância clínica da multimorbidade, existem poucas evidências científicas que avaliem essa problemática na população adulta atendida na APS no Brasil. Desse modo, o trabalho objetiva descrever a prevalência e os fatores associados à multimorbidade em adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde de uma cidade de médio porte no norte do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Este estudo representa um recorte de uma pesquisa transversal mais ampla, a qual teve o intuito de descrever diferentes características de usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) e cujos dados foram coletados de maio a agosto de 2019, na rede urbana de APS de Passo Fundo, norte do Rio Grande do Sul.

O tamanho da amostra foi calculado de duas formas, considerando-se um nível

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

Foram considerados como critérios de elegibilidade: idade \geq 18 anos, ambos os sexos, residência no município, em atendimento na rede no período da coleta e com condições de responder ao questionário. Assim, a população da pesquisa foi constituída de adultos e idosos, amostrados de forma não probabilística, sendo os participantes selecionados por conveniência e consecutivamente, entre aqueles que procuraram os serviços oferecidos nas unidades no período estipulado para a coleta. A amostragem foi realizada em duplo estágio, nas 34 unidades urbanas da APS. O número de entrevistados em cada local foi proporcional à quantidade de procedimentos realizados em cada unidade no mês anterior ao início da coleta dos dados. De forma consecutiva foram incluídos na amostra todos os usuários que estavam na unidade para a realização de algum procedimento, até que se atingisse o n estipulado para cada local, ou até que todos os presentes no último turno da coleta fossem convidados a participar. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário padronizado, aplicado por entrevistadores treinados, os quais abordavam os usuários, conforme os critérios de elegibilidade. Para este estudo, foram excluídos os idosos da amostra.

O desfecho – multimorbidade – foi operacionalizado pela prevalência simultânea de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis, considerando diagnóstico médico autorreferido de câncer, diabetes mellitus, dislipidemia, cardiopatia e hipertensão arterial sistêmica⁵.

As variáveis sociodemográficas incluíram sexo (masculino; feminino), idade em anos completos (18-29; 30-39; 40-49; 50-59), cor da pele autorreferida (branca; outra); escolaridade (ensino fundamental; médio e; superior), situação conjugal (com e sem companheiro), exercício de atividade remunerada (não; sim), renda familiar mensal per capita em salários mínimos (valor de R\$ 998 no período da coleta de dados). Ainda, foram analisadas autopercepção de saúde (positiva; negativa), excesso de

peso, avaliado a partir de peso e altura autorreferidos, com classificação pelo Índice de Massa Corporal^{15 16}, polifarmácia (uso concomitante de cinco ou mais medicamentos¹⁷, tabagismo (não; sim), consumo de bebida alcoólica (não; sim) e prática de atividade física (não; sim).

Após dupla digitação e validação dos dados, procedeu-se a estatística descritiva para caracterização da amostra e o cálculo da prevalência do desfecho com intervalo de confiança de 95% (IC95). Verificaram-se os fatores associados à multimorbidade por meio da Regressão de Poisson, sendo que, inicialmente, com análise bivariada, foram geradas as Razões de Prevalências (RP) brutas e seus IC95. Posteriormente, para controlar possíveis fatores de confusão, empregou-se análise multivariada com, com variância robusta para conglomerados, sendo calculadas as RP ajustadas e seus IC. Nesta análise, do tipo backwardstepwise, seguiu-se um modelo hierárquico¹⁸ previamente estabelecido e composto por três níveis de determinação (variáveis demográficas e socioeconômicas, características de saúde e, de hábitos de vida, respectivamente). Em cada nível ajustaram-se as variáveis entre si e aquelas com $p \leq 0,20$ permaneceram para o ajuste com o nível seguinte. Para as categóricas politômicas, quando ocorreu ordenamento entre as categorias realizou-se o teste de Wald para tendência linear e, caso contrário ou com resultado não significativo, testou-se a heterogeneidade. Em todos os testes, foi admitido erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente (Parecer de nº 3.219.633), obedecendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e atendendo os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki. Foi solicitado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O estudo incluiu 958 participantes e sua caracterização está apresentada na Tabela 1. Verificou-se que 72,8% eram mulheres, 27% tinham idade entre 30 e 39 anos, 63,6% se declararam brancos, 40,5% com ensino fundamental, 75,3% mencionaram ter companheiro (cônjuge), 55,3% exerciam atividade remunerada e, 74,5% relataram renda familiar mensal per capita de até um salário mínimo. Também se evidenciou que 58,4% autopercebiam positivamente sua saúde, 68,2% apresentaram excesso de peso, 8,5% estavam polimedicados, 20,8% eram fumantes, 33,2% relataram consumo de bebida alcoólica e 61,4% não praticavam atividade

física.

A prevalência de multimorbidade foi de 31% (IC95 28-34). Após análise ajustada, verificou-se, conforme demonstrado na Tabela 2, uma tendência de aumento da probabilidade do desfecho conforme acréscimo da faixa etária, sendo $RP=5,47$ (IC95 3,54-8,45) entre aqueles com idade de 50 a 59 anos. Referente às variáveis do segundo nível, constatou-se que a prevalência do desfecho foi influenciada positivamente pela autopercepção negativa de saúde ($RP=1,61$; IC95 1,29-2,01), pelo excesso de peso ($RP=3,14$; IC95 2,21-4,44) e pela polifarmácia ($RP=1,55$; IC95 1,33-1,81). Por fim, entre as variáveis comportamentais, observou-se uma menor probabilidade do desfecho entre os participantes que não praticavam atividade física ($RP=0,81$; IC95 0,66-0,98).

Tabela 1. Caracterização de uma amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2018 (n=958).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	261	27,2
Feminino	697	72,8
Idade (anos completos)		
18-29	241	25,2
30-39	259	27,0
40-49	212	22,1
50-59	246	25,7
Cor da pele autorreferida (n=957)		
Branca	609	63,6
Outra	348	36,4
Escolaridade (n= 914)		
Ensino fundamental	370	40,5
Ensino médio	341	37,3
Ensino superior	203	22,2
Situação Conjugal		
Sem companheiro	236	24,7
Com companheiro	718	75,3
Exerce atividade remunerada		
Não	428	44,7
Sim	530	55,3
Renda Familiar mensal per capita em salários mínimos* (n=901)		
>1	230	25,5
≤1	671	74,5
Autopercepção de saúde (n=949)		
Positiva	554	58,4
Negativa	395	41,6
Excesso de peso (n=850)		
Não	270	31,8
Sim	580	68,2
Polifarmácia		
Não	877	91,5
Sim	81	8,5
Tabagismo (n=957)		
Não	758	79,2
Sim	199	20,8
Consumo de bebida alcóolica		
Não	640	66,8
Sim	318	33,2
Prática de atividade física (n=957)		
Sim	369	38,6
Não	588	61,4

*R\$ 998,00.

Tabela 2. Análise bruta e ajustada de fatores associados à multimorbidade entre adultos usuários da Atenção Primária de Saúde (APS). Passo Fundo, RS, 2019. (n=958).

Variáveis	RP Bruta (IC95)	p	RP Ajustada (IC95)	p
1º nível: variáveis demográficas e socioeconômicas (n=857)				
Sexo		0,875 ^a		0,321 ^a
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,01 (0,87-1,18)		1,09 (0,92-1,29)	
Idade em anos completos		<0,001 ^b		<0,001 ^b
18-29	1,00		1,00	
30-39	2,29 (1,48-3,55)		2,29 (1,49-3,53)	
40-49	3,74 (2,53-5,54)		3,82 (2,58-5,66)	
50-59	5,63 (3,65-8,67)		5,47 (3,54-8,45)	
Cor da pele autorreferida		0,824 ^a		0,519 ^a
Branca	1,00		1,00	
Outra	0,98 (0,78-1,22)		1,08 (0,86-1,64)	
Escolaridade		0,008 ^c		0,511 ^c
Ensino fundamental	1,00		1,00	
Ensino médio	0,76 (0,64-0,91)		0,96 (0,81-1,14)	
Ensino superior	0,88 (0,68-1,13)		1,14 (0,88-1,48)	
Situação conjugal		0,346 ^a		0,179 ^a
Sem cônjuge	1,00		1,00	
Com cônjuge	1,10 (0,91-1,32)		1,13 (0,95-1,35)	
Exerce atividade remunerada		0,008 ^a		0,055 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,80 (0,67-0,94)		0,83 (0,69-1,00)	
Renda familiar mensal per capita em salários mínimos*		0,587 ^a		0,745 ^a
>1	1,00		1,00	
≤1	0,95 (0,78-1,15)		1,03 (0,86-1,24)	
2º nível: características de saúde (n=840)				
Autopercepção de saúde		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Positiva	1,00		1,00	
Negativa	2,29 (1,84-2,85)		1,61 (1,29-2,01)	
Excesso de peso		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	4,07 (2,89-5,72)		3,14 (2,21-4,44)	
Polifarmácia		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	3,11 (2,69-3,60)		1,55 (1,33-1,81)	
3º nível: hábitos de vida (n=838)				
Tabagismo		0,447 ^a		0,221 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,92 (0,73-1,15)		0,88 (0,71-1,08)	
Consumo de bebida alcoólica		0,006 ^a		0,758 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,74 (0,60-0,92)		0,97 (0,80-1,18)	
Prática de atividade física		0,276 ^a		0,033 ^a
Sim	1,00		1,00	
Não	0,89 (0,72-1,10)		0,81 (0,66-0,98)	

*R\$ 998,00; ^ateste do qui-quadrado; ^bteste de tendência linear; ^cteste de heterogeneidade.

DISCUSSÃO

Uma análise realizada pelo National Health Interview Survey (NHIS), em 2012, mostrou que aproximadamente 25% dos adultos dos EUA com mais de 18 anos apresentam mais de duas doenças crônicas^{11 19}. Resultado semelhante foi observado em pesquisa conduzida em Pelotas, Rio Grande do Sul, a qual demonstrou uma prevalência geral de multimorbidade de 29,1% na população adulta⁶. No presente estudo, encontrou-se uma prevalência de 31%, valor próximo dos citados anteriormente.

Conforme a literatura, o agravo está relacionado ao aumento da idade⁶, o que foi também verificado neste estudo, sendo a prevalência linearmente mais elevada conforme acréscimo de anos de vida. Isso pode ser explicado em razão de que com o envelhecimento, processo natural do organismo, o corpo humano modifica sua homeostase, diminuindo a eficácia contra agentes endógenos e exógenos, aumentando, assim, o risco para o surgimento de doenças²⁰.

Além disso, hábitos de vida inadequados, a exemplo do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, são fatores de risco reconhecidos para o aumento da frequência de DCNT^{21 22}. Entretanto, no presente trabalho, não foi observada associação da multimorbidade com tabagismo e consumo de álcool, o que pode ser explicado pela possibilidade de causalidade reversa, pois, evitar tabagismo e bebida alcoólica fazem parte do tratamento não medicamentoso de muitas DCNT, sendo, portanto, recomendações básicas e fundamentais, especialmente entre adultos atendidos na APS.

No que diz respeito à percepção da própria saúde, um estudo realizado com idosos no norte do Rio Grande Sul mostrou que a multimorbidade está associada à autopercepção negativa da saúde²³. A mesma associação foi verificada nesta pesquisa, embora com amostra de adultos. A relação entre os fatores pode ser explicada pelo fato de que indivíduos com multimorbidade apresentam déficit no autocuidado com a saúde, pior qualidade de vida e maior grau de dependência para atividade de vida diária, com repercussões negativas em sua capacidade funcional²⁴.

É conhecida também a associação entre polifarmácia e multimorbidade na população idosa²³, sendo o mesmo verificado no presente estudo. O uso simultâneo de vários medicamentos e o relato de uma saúde ruim ou péssima parecem ser consequência do acúmulo de doenças crônicas e não o contrário. A polifarmácia pode ser justificada pela necessidade frequente dos idosos em ingerir medicações para o tratamento das doenças crônicas, enquanto autopercepção com relação a sua saúde

tende a ser negativa devido a um maior número de hospitalização desses idosos frente à multimorbidade²⁵.

No que se refere à associação entre excesso de peso e multimorbidade, os resultados indicam que é positiva, o que corrobora achados prévios de estudo realizado também com adultos²⁶. Isso reitera o fato de que a obesidade é um fator de risco subjacente para uma série de doenças crônicas e, conseqüentemente, multimorbidade.

No tocante à prática de atividade física, observou-se em pesquisa realizada com adultos de Santa Catarina que é um fator protetivo contra a multimorbidade²⁷. Porém, no presente estudo constatou-se que a probabilidade do desfecho é menor entre aqueles que não praticam atividade física, achado este possivelmente, também derivado da causalidade reversa entre as variáveis.

Referente à escolaridade, em um estudo realizado nos EUA observou-se que entre os adultos de 30-64 anos, níveis mais baixos de educação mostraram-se associados a maiores chances de multimorbidade¹⁰. No Brasil, o estudo realizado em Pelotas no Rio Grande do Sul, também verificou tal associação⁶. Entretanto, no presente estudo, a multimorbidade não está associada a baixos níveis educacionais.

No mesmo sentido, no presente estudo a cor da pele dos participantes não se mostrou associada ao desfecho, o que não está em consonância com a literatura⁶, assim como não foi identificada associação entre e renda per capita, exercício de atividade remunerada e sexo^{6 12} e consumo de bebida alcoólica e tabagismo²¹.

Uma das possibilidades para tais divergências, é que esses estudos não foram conduzidos com usuários da APS, sugerindo que diferentes populações possam demonstrar características distintas quanto aos fatores associados a multimorbidade.

Destaca-se que este é um dos poucos trabalhos a analisar a multimorbidade em adultos. Além disso, é importante ressaltar que mais de 70% dos cidadãos brasileiros utilizam serviços públicos de saúde, e entre estes, aproximadamente 48% apresentam as Unidades Básicas de Saúde como principal porta de entrada no sistema¹⁹. Desse modo, estudos, como este, que objetiva a investigação de usuários da APS, tornam-se fundamentais, principalmente no que diz a respeito à condições que possam trazer conseqüências prejudiciais à saúde, como é o caso da multimorbidade.

Como limitação do estudo é preciso mencionar que os resultados apresentados referem-se a uma estimativa da prevalência real de multimorbidade na população de adultos atendidos na APS. Isso por que, as DCNT computadas na definição do

desfecho foram aferidas por diagnóstico médico autorreferido pelos entrevistados e não medidas de forma independente por um especialista ou verificadas em prontuário médico. Embora seja possível aos entrevistados saber de sua condição, isso não pode ser tomado com a certeza que seria dada se as doenças fossem medidas objetivamente.

Ainda, cabe reforçar a possibilidade de causalidade reversa entre algumas variáveis independentes e o desfecho, por se tratar de estudo transversal, além de que pode ter ocorrido viés de seleção devido ao fato de amostra ser composta por pessoas em atendimento no serviço de saúde. E, por fim, considerando tratar-se de um recorte de uma pesquisa mais ampla, com tamanho amostral reduzido, pode não ter havido poder estatístico suficiente em algumas comparações.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a elaboração do projeto de pesquisa e a apresentação dos resultados no artigo científico, conclui-se que os objetivos do estudo foram cumpridos, tendo em vista que foi possível identificar a prevalência de multimorbidade na amostra e também descrever a população usuária da APS em Passo Fundo, RS.

Observando as variáveis demográficas, confirmou-se que a multimorbidade é mais frequente em pessoas com excesso de peso, em uso de polifarmácia e com percepção negativa da saúde, no entanto, não se verificou associação com o sexo feminino e escolaridade.

Desse modo, espera-se que esse panorama relacionado à multimorbidade em Passo Fundo alerte os profissionais da saúde sobre a prevalência e ao perfil sociodemográfico e de saúde que esses pacientes apresentam, com intuito de que diagnósticos precoces sejam estabelecidos, assim como o tratamento e seguimento adequados das doenças, principalmente na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS:

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). Global status report on noncommunicable diseases 2010: description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. **WHO**, 2011.
2. LOZANO, Rafael; NAGHAVI, Mohsen; FOREMAN, Kyle; LIM, Stephen; SHIBUYA, Kenji; ABOYANS, Victor; ABRAHAM, Jerry; ADAIR, Timothy; AGGARWAL, Rakesh; AHN, Stephanie y. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. **The Lancet**, [S.L.], v. 380, n. 9859, p. 2095-2128, dez. 2012. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61728-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61728-0).
3. VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742012000400003>.
4. RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Viçosa, v. 17, n. 1, p. 1-174, mar. 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622002>.
5. FORTIN, M.; STEWART, M.; POITRAS, M.-E.; ALMIRALL, J.; MADDOCKS, H.. A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: toward a more uniform methodology. **The Annals Of Family Medicine**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 142-151, 1 mar. 2012. Annals of Family Medicine. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1337>.
6. NUNES, Bruno Pereira *et al.* Multimorbidity in adults from a southern Brazilian city: occurrence and patterns. **International Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 61, n. 9, p. 1013-1020, 22 abr. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-016-0819-7.7>. COSTA, Juvenal Soares Dias da; VICTORA, Cesar G.. O que é. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 144-146, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2006000100018>.
8. GREENHAUS, Jeffrey H.; BEUTELL, Nicholas J.. Sources of Conflict Between Work and Family Roles. **Academy Of Management Review**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 76-88, jan. 1985. Academy of Management. <http://dx.doi.org/10.5465/amr.1985.4277352>.
9. MILLER, Dorothy A.. The 'sandwich' generation: adult children of the aging. **Social Work**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 419-423, set. 1981. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/sw/26.5.419>.
10. JOHNSON-LAWRENCE, Vicki; ZAJACOVA, Anna; SNEED, Rodlescica. Education, race/ethnicity, and multimorbidity among adults aged 30–64 in the National Health Interview Survey. **Ssm - Population Health**, [S.L.], v. 3, p. 366-372, dez. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.03.007>.
11. COSTA, Ândria Krolow *et al.* Existe desigualdade socioeconômica na multimorbidade entre adultos brasileiros? **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 54, p.

138, 12 dez. 2020. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002569>.

12. WARD, Brian W.; SCHILLER, Jeannine S.; GOODMAN, Richard A.. Multiple Chronic Conditions Among US Adults: a 2012 update. **Preventing Chronic Disease**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-1, 17 abr. 2014. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.130389>.

13. KEETILE, Mpho *et al.* Prevalence and correlates of multimorbidity among adults in Botswana: a cross-sectional study. **Plos One**, [S.L.], v. 15, n. 9, p. 1-13, 25 set. 2020. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0239334>.

14. NUNES, Bruno Pereira *et al.* Multimorbidity in adults from a southern Brazilian city: occurrence and patterns. **International Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 61, n. 9, p. 1013-1020, 22 abr. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-016-0819-7>.

15. WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suiça). **Physical status**: the use of and interpretation of anthropometry, report of a who expert committee. Geneva: Who Library Cataloguing In Publication Data, 1995.

16. WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suiça). AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/tools/> (Acessado em 30 de Agosto de 2020).

17. NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do *et al.* Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the brazilian unified health system. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 2, p. 1-12, 22 set. 2017. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007136>.

18. VICTORA, Cezar G; HUTTLY, Sharon R; FUCHS, Sandra C; A OLINTO, Maria Teresa. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach.. **International Journal Of Epidemiology**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 224-227, 1 fev. 1997. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ije/26.1.224>

19. INSTITUTE OF HEALTH METRICS AND EVALUATION. GBD profile - Brazil: Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010[Internet]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013. Available from: [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_brazil.pdf]

20. MACENA, Wagner Gonçalves; HERMANO, Lays Oliveira; COSTA, Tainah Cardoso. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, [S.L.], n. 27, p. 223-238, 10 maio 2018. Revista Mosaicum. <http://dx.doi.org/10.26893/rm.v15i27.64>.

21. SHIELD KD, PARRY C, REHM J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res.* 2013;35(2):155-73. PMID: 24881324; PMCID: PMC3908707

22. US NATIONAL CANCER INSTITUTE AND WORLD HEALTH ORGANIZATION. The economics of tobacco and tobacco control. **National Cancer Institute tobacco**

control monograph 21. 2016.

23. CAVALCANTI, Gustavo *et al.* Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 20, n. 5, p. 634-642, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170059>.

24. HUNTLEY, Alyson L.; JOHNSON, Rachel; PURDY, Sarah; VALDERAS, Jose M.; SALISBURY, Chris. Measures of Multimorbidity and Morbidity Burden for Use in Primary Care and Community Settings: a systematic review and guide. **The Annals Of Family Medicine**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 134-141, 1 mar. 2012. Annals of Family Medicine. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1363>

25. MELO, Laércio Almeida de; BRAGA, Luciana de Castro; LEITE, Fabíola Pessôa Pereira; BITTAR, Breno Fortes; OSÉAS, Jéssica Mayara de Figueirêdo; LIMA, Kenio Costa de. Factors associated with multimorbidity in the elderly: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1-1, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180154>.

26. ALABA, Olufunke; CHOLA, Lumbwe. The social determinants of multimorbidity in South Africa. **International Journal For Equity In Health**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 63, 2013. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-12-63>

27. SANTOS, Marina Christofolletti dos *et al.* Multimorbidade de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prevalência e associação com indicadores sociodemográficos, de atividade física e de comportamento sedentário em adultos e idosos. 2017.

7. ANEXOS

Anexo C - Instruções para autores: Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade

Antes mesmo de preparar o manuscrito, autores em potencial devem verificar se o trabalho atende ao foco e escopo, assim como às outras [políticas editoriais](#) da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC). Essas políticas e estas instruções foram atualizadas pela última vez em 2 de março de 2021.

A RBMFC não cobra taxas de publicação ou submissão, nem aceita publicidade; suas despesas são integralmente custeadas pela SBMFC.

A RBMFC é indexada pela [LILACS](#), [DOAJ](#), [REDIB](#), [Open Citations Index](#), [Dimensions](#), [Scite](#), [Google Scholar](#) (índice h5) e [PKP Index](#), além de ser listada nos diretórios [Latindex](#), [EZB](#), [Diadorim](#), [Sherpa Romeo](#), [Periódicos CAPES](#) e [ISSN Portal](#) (ROAD, The Keepers). Na avaliação do quadriênio 2013 a 2016 (que é a mais recente), o sistema [Qualis CAPES](#) classificou a RBMFC como B3 nas áreas de avaliação Enfermagem e Serviço social; B4 em Saúde coletiva, Odontologia, Antropologia e Arqueologia e Interdisciplinar; e B5 em Medicina II.

Em 2020, a RBMFC aceitou para publicação 18% das submissões recebidas. No mesmo ano, a revista declinou 82% das submissões: 65% na entrada e 17% após a avaliação externa. Quatro quintos das submissões receberam a primeira decisão editorial em 30 dias. Os artigos foram publicados em média 263 dias após a submissão.

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.).

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 rodapé.

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 deve 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. Ensaios 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](#).

Referência:

Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade. Submissões. acesso em 21 nov 2021]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/about/submissions>