UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA

JANAINA RIBEIRO FRANÇA

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PASSO FUNDO - RS
2021

JANAINA RIBEIRO FRANÇA

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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

Orientadora: Profª Drª. Ivana Loraine Lindemann

Coorientadora: Profª Me. Bruna Chaves Lopes

Coorientadora: Profª Drª. Priscila Pavan Detoni

PASSO FUNDO - RS

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

França, Janaina Ribeiro
Prevalência de Depressão e fatores associados em usuários da Atenção Primária à Saúde / Janaina Ribeiro França. -- 2021.
65 f.

Orientadora: Doutorado Ivana Loraine Lindemann
Coorientadores: Mestrado Bruna Chaves Lopes, Doutorado Priscila Pavan Detoni
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2021.

I. , Ivana Loraine Lindemann, orient. II. Lopes, Bruna Chaves, co-orient. III. Detoni, Priscila Pavan, co-orient. IV. Universidade Federal da Fronteira Sul. V. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

JANAINA RIBEIRO FRANÇA

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para a 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:

01/12/2021

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª Drª Ivana Loraine Lindemann - UFFS

Orientadora

_____

Daniela Teixeira Borges

_____

Jorge Alberto Salton

A Deus, pela dádiva da vida, pela misericórdia e proteção diárias.

Aos meus pais pelo apoio, sustento e amor.

Aos nossos pacientes que nos permitem evoluir em nossa profissão a cada dia mais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família e aos meus amigos por me apoiarem desde a decisão de cursar medicina, por estarem me acompanhando e me incentivando nessa jornada e por compreenderem minhas ausências nos momentos de estudo. É em vocês que encontro forças nos momentos de incertezas.

A Dra Ivana Loraine Lindemann, Me. Bruna Chaves Lopes e a Dra. Priscila Pavan Detoni, minhas orientadoras, pela incansável dedicação e zelo a este projeto e por acreditarem na importância deste. Ter pessoas tão comprometidas ao meu lado foi primordial para o trabalho e me inspirou a fazer o meu melhor.

Aos coordenadores do projeto intitulado "Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária", que permitiram acrescentar perguntas ao questionário referentes ao meu tema de estudo. Obrigada por nos incentivarem a pesquisar.

Aos colegas que redigiram seus trabalhos nesse mesmo cenário, por toda a ajuda, as correções, as trocas de informações e a construção conjunta dos projetos, da digitação e da análise de dados. Agradeço ainda a outros colegas voluntários que colaboraram na coleta dos dados, sem o auxílio de vocês uma amostra tão grande teria sido inviável.

Sou grata a todos os usuários da Atenção Primária à Saúde que dedicaram o seu tempo a responder os questionários, bem como as equipes de saúde, que nos receberam e possibilitaram o contato com a população, e à Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo.

“Jurei e cumprirei que hei de guardar os teus justos juízos” (BÍBLIA, Salmos 119:105)

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Curso (TC) de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo-RS. Foi desenvolvido pela discente Janaina Ribeiro França, tendo como orientadoras as professoras Drª Ivana Loraine Lindemann, Me. Bruna Chaves Lopes e Drª Priscila Pavan Detoni, com o objetivo principal de analisar a prevalência da depressão e fatores associados em usuários da Atenção Primária à Saúde. O estudo é um recorte da pesquisa "Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, parecer de número 3.219.633. A coleta de dados ocorreu mediante a aplicação de questionários a adultos e idosos em atendimento nos serviços de saúde da Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo/RS de 27 de maio de 2019 à 23 de agosto de 2019. O presente trabalho foi iniciado no segundo semestre letivo de 2020, durante o componente curricular (CCr) de TC I, com a elaboração do projeto de pesquisa. Teve seguimento nos CCr de TC II e III, nos semestres letivos de 2021, respectivamente com a redação do relatório de atividades e, análise dos dados, redação e divulgação dos resultados. O trabalho foi estruturado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e está em conformidade com o Regulamento do TC.

Palavras-chave: Depressão. Atendimento Primário. Saúde Mental.

ABSTRACT

This is an undergraduate course work (TC) presented as a partial requirement for obtaining a Bachelor of Medicine degree from the Federal University of Fronteira Sul, Campus Passo Fundo-RS. It was developed by student Janaina Ribeiro França, with the teachers Drª Ivana Loraine Lindemann, Me. Bruna Chaves Lopes and Drª Priscila Pavan Detoni, with the main objective of analyzing the prevalence of depression and associated factors in users of Primary Health Care. study is an excerpt from the research "Adults and elderly users of the Unified Health System: an epidemiological characterization from Primary Care", approved by the Ethics Committee on Research with Human Beings at UFFS, opinion number 3,219,633. Data collection took place through the application of questionnaires to adults and the elderly in care at the health services of the Urban Network of Primary Health Care (PHC) in Passo Fundo / RS from May 27, 2019 to August 23, 2019. This work started in the second academic semester of 2020, during the curricular component (CCr) of TC I, with the elaboration of the research project. It will be followed up in the CCr of TC II and III, in the academic semesters of 2021, respectively with the writing of the activity report and, analysis of the data, writing and dissemination of the results. The work was structured according to the UFFS Academic Works Manual and is in compliance with the TC Regulation.

Keywords: Depression. Primary Care. Mental Health.

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO** 9
2 **DESENVOLVIMENTO** 10
2.1 PROJETO DE PESQUISA 10
2.1.1 **Resumo** 10
2.1.2 **Tema** 10
2.1.3 **Problema** 10
2.1.4 **Hipóteses** 11
2.1.5 **Objetivos** 11
2.1.5.1 Objetivo geral 11
2.1.5.2 Objetivos específicos 11
2.1.6 **Justificativa** 11
2.1.7 **Referencial teórico** 12
2.1.8 **Metodologia** 17
2.1.8.1 Tipo de estudo 17
2.1.8.2 Local e período de realização da coleta 17
2.1.8.3 População e amostragem 18
2.1.8.4 Variáveis e coleta de dados 18
2.1.8.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados 19
2.1.8.6 Aspectos éticos 19
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 CIENTÍFICO** 41
4 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 59
5 **ANEXOS** 60

1 INTRODUÇÃO

A depressão é caracterizada por apresentar sintomas afetivos, instintivos, neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relacionados à autovaloração, à vontade e à psicomotricidade. Desencadeia mudanças comportamentais, no ânimo e nos estados de humor em variados níveis dos indivíduos portadores. Os pacientes depressivos apresentam distorções acerca dos acontecimentos, de modo que acabam perpetuando visões negativas de si próprios, do ambiente e do futuro (DALGALARRONDO, 2008). Diante disso, a doença pode comprometer o indivíduo, tanto fisicamente, quanto psicologicamente, desencadeando alterações na forma de pensar e de como percebe o mundo e manifesta suas emoções (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Tem sido uma condição relativamente comum, de curso crônico e recorrente, gerando maior demanda de recursos de saúde pelos indivíduos que apresentam sinais e sintomas. Além disso, tem forte associação à incapacidade funcional e grande comprometimento físico (FLECK et al., 2009).

Esta síndrome apresentou aumento mundial de 18% entre 2005 e 2015, atingindo 5,8% da população brasileira, acometendo principalmente mulheres e vindo a constituir um grave problema de saúde pública devido a sua alta prevalência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). No Brasil, de acordo com a literatura, a prevalência de depressão na população geral, ao longo da vida, chega a aproximadamente 17% (ANDRADE et al., 2002). Em um estudo quantitativo internacional, realizado em 18 países, a prevalência encontrada foi de 11,1%, e entre os países de renda média, a maior frequência encontrada foi no Brasil, com percentual de 18,4% (BROMET et al., 2011).

Ao se tratar de cuidados primários, essa prevalência pode chegar a 29,5% (VALENTINI et al., 2004). A literatura, tanto nacional quanto internacional, aponta que os índices de depressão na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam frequências consideráveis (COSTA, 2015). Entretanto, têm apresentado maiores escores nos estudos brasileiros, apontando fragilidades na assistência e nas políticas públicas (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Quanto ao público acometido pela depressão na APS, é maior em mulheres, correspondendo a uma prevalência de 19,7% (GONÇALVES et al., 2018). Referente à faixa etária, os idosos foram os mais acometidos apresentando cerca de 20,4% (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

Esta patologia além de ter grande impacto na saúde do indivíduo, pode colaborar para que este passe a desenvolver hábitos de consumo abusivo de álcool e de outras drogas. Para isso, faz-se necessário um conjunto de orientações quanto à necessidade de evitar fumar ou

ingerir bebidas alcoólicas e, se possível, investir em alimentação saudável e prática de atividades físicas (SMS-RJ, 2016).

Pouco se sabe a respeito da prevalência da doença na região de Passo Fundo, norte do Rio Grande do Sul. Desse modo, o objetivo do presente estudo é estimar a prevalência da depressão e fatores associados em usuários da APS do município.

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 e idosos atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, de abril a dezembro de 2021. Os objetivos da pesquisa são caracterizar a amostra e identificar a prevalência da depressão e os fatores associados. Serão utilizados os dados do projeto intitulado "Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária" coletados entre maio e agosto de 2019, mediante a aplicação de questionários a usuários em atendimento nos serviços urbanos de saúde da APS. O resultado esperado é encontrar uma prevalência similar a descrita pela literatura, sendo entre 20% e 25%, além de sua associação positiva com variáveis sociodemográficas, de saúde e de comportamento.
Palavras-chave: Depressão. Atendimento Primário. Saúde Mental.

2.1.2 Tema

Prevalência da depressão e fatores associados em usuários da Atenção Primária à Saúde.

2.1.3 Problemas

Qual é a prevalência da depressão em adultos e idosos usuários da Atenção Primária à Saúde?

Quais são os fatores associados à depressão em adultos e idosos usuários da Atenção Primária à Saúde?

2.1.4 Hipóteses

Estima-se que a prevalência da depressão esteja entre 20% e 25%.

Maior índice de depressão será observado em idosos, em mulheres, em indivíduos que apresentam risco de suicídio, multimorbidade, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, alimentação não saudável e ausência de atividade física.

2.1.5 Objetivos

2.1.5.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência de depressão em adultos e idosos atendidos na rede urbana de Atenção Primária à Saúde no município de Passo Fundo-RS.

2.1.5.2 Objetivos específicos

Descrever características sociodemográficas, de saúde e de comportamento em adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde.

Verificar os fatores associados à depressão em adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde.

2.1.6 Justificativa

A depressão é reconhecidamente um problema de saúde pública e evidencia-se pelo comprometimento gradual em aspectos físicos e psicológicos na vida dos pacientes, vindo a acarretar em grandes impactos em sua qualidade de vida. Estima-se seu acometimento em cerca de 350 milhões de pessoas pelo mundo todo (WHO, 2016 apud CORRÊA et al., 2018).

Os resultados do presente estudo permitirão o conhecimento da realidade diante dos casos de depressão na Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo-RS visando a aprofundar as informações acerca desta realidade, nos vieses sociais e demográficos.

Desse modo, a detecção precoce dos pacientes que realmente precisam de tratamento é um ponto crucial, pois os diagnosticados com depressão, apesar de frequentarem as unidades

de saúde, em cerca de 50% a 60% dos casos, acabam não recebendo tratamento adequado e específico, indicando uma grande deficiência. A APS precisa estar preparada para identificar e manejar corretamente e de forma eficaz esses pacientes (MOLINA et al., 2012).

Realizar este estudo será uma importante oportunidade para contribuir com o conhecimento dos profissionais de saúde no que se refere ao transtorno depressivo, de forma que possam se atentar de maneira mais contundente e efetiva para os fatores associados e assim determinar ações que possibilitem a reabilitação e melhor qualidade de vida para estes pacientes. A ideia principal é colaborar para o desempenho das práticas na saúde a partir da reflexão sobre a atenção que se dá atualmente, no âmbito da APS, aos portadores deste transtorno.

As contribuições geradas a partir dos resultados encontrados serão conhecer a porcentagem da população que possui depressão e os fatores associados a esta condição. Em Passo Fundo, essa realidade é carente de estudos, o que justifica o presente trabalho.

2.1.7 Referencial teórico

A depressão é considerada um transtorno de caráter afetivo, vindo a desencadear distúrbios de humor, alterações corporais e mentais. Ela apresenta um quadro de sintomas que podem vir a persistir por semanas, meses e permanecer por anos, vindo a interferir de forma gradual e significativa na vida social, pessoal e profissional do indivíduo acometido (JARDIM, 2011).

Caracterizada por apresentar um conjugado de sinais e sintomas emocionais e físicos, pode acarretar em alterações na capacidade do indivíduo em realizar suas atividades normalmente. O paciente além de apresentar alterações de humor, relata sensação de vazio, angústia, agitação ou lentidão, crises de choro, sonolência ou insônia, déficit de memória, perda ou aumento no apetite, desinteresse sexual e isolamento social (ISTILLI et al., apud BOHRY; FEITOSA; MACHADO, 2011).

De caráter progressivo, chama atenção por ser uma doença de amplo acometimento, abrangendo um grande número de pessoas, incluindo crianças, jovens, adultos e idosos. É uma patologia que que necessita de cuidados, além de se destacar a importância de verificar as suas causas para considerar um tratamento eficaz para os pacientes portadores deste transtorno (BOHRY; FEITOSA; MACHADO, 2011).

A depressão pode apresentar um variado quadro sintomatológico nos pacientes de acordo com a intensidade dos episódios e a gravidade dos sintomas, permitindo assim,

determinar seus graus. De acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), ela pode ser denominada em quatro tipos principais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Em um quadro depressivo leve, ocorre principalmente a perda de interesse e a fadiga. Por duas semanas consecutivas, o paciente acaba realizando de forma progressiva suas atividades diárias, mas apresenta sintomas somáticos como dores pelo corpo, de forma vaga e imprecisa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Já em um quadro depressivo moderado, o indivíduo vivencia pelo menos quatro sintomas de uma lista que inclui mudanças no apetite e no peso, alterações no sono e no nível de atividade, falta de energia, sentimento de culpa, dificuldade para pensar e tomar decisões e pensamentos constantes de morte e suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Apresenta-se com dificuldade em desenvolver atividades domésticas e laborais, além de outros sintomas somáticos, podendo ocorrer também episódios subjetivos de falta de ar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Quando o paciente acaba ficando agitado ou angustiado e apresenta perda da autoestima, com sentimentos de inutilidade ou culpa, tem-se um quadro depressivo grave, sendo o suicídio um risco iminente e marcante, onde os sintomas somáticos estão também presentes, entretanto em maior gravidade. O indivíduo nesta condição não consegue desenvolver suas atividades diárias laborais, sociais e domésticas, podendo vir a apresentar sintomas psicóticos associados, como retardo psicomotor, alucinações e delírios (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Pacientes que estão enfrentando um segundo episódio de depressão sem presença da mania são classificados como portadores de um transtorno depressivo recorrente. Ou seja, requer que episódios distintos de depressão sejam isolados por pelo menos dois meses, sofrendo com uma intensa infelicidade várias vezes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Este quadro pode durar em média seis meses, vindo a ocorrer sua recuperação, mas podendo vir a ter depressão persistente na terceira idade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Quanto ao seu diagnóstico, questões voltadas à clínica apresentada, são muito relevantes. Busca-se, através da queixa depressiva relatada pelo paciente, formular critérios para seu diagnóstico (COSER, 2003). O diagnóstico da depressão é baseado em achados clínicos e no histórico do paciente, não havendo nenhum teste laboratorial disponível para detectar a depressão. Alguns testes laboratoriais são utilizados para descartar outras patologias

como no quadro de hipotireoidismo, pois este apresenta sintomas que podem ser associados à depressão (CHAND; GIVON, 2017 apud VICELLI, 2018).

Referente às mudanças comportamentais adotadas pelos pacientes com depressão, podem ser citadas algumas que exibirão bons resultados. No que tange ao tratamento através do exercício físico, este vem demonstrando benefícios aos pacientes acometidos pela depressão, principalmente diante da continuidade da prática (VASCONCELOS et al, 2009 apud RODRIGUES, 2017).

Quanto a hábitos envolvendo o consumo de álcool e tabaco, também devem serem vistos com grande atenção. O uso excessivo de álcool associado ao abuso de outras drogas como o cigarro, têm se constituído em uma problemática complexa na sociedade atual. Existem evidências de que o consumo destas substâncias psicoativas é prevalente em todo o mundo representando um problema de saúde pública. Tais substâncias podem constituir-se em fator de risco para uma grande variedade de problemas de saúde, sociais, financeiros e de relacionamento para os indivíduos e suas famílias (BRASIL, 2010).

No que se refere ao seu tratamento, com o advento das novas medicações, é cada vez mais presente no contexto dos pacientes. Na depressão, acaba ocorrendo uma diminuição nos neurotransmissores como noradrenalina, serotonina e dopamina, substâncias estas responsáveis pela regulação do humor e de respostas emocionais (AGUIAR et al., 2011).

Neste caso, os antidepressivos acabam atuando sinergicamente nesses neurotransmissores objetivando uma melhora na sintomatologia do paciente. Dentre os mais utilizados estão: Inibidores da Monoaminooxidase (IMAO), Antidepressivos Tricíclicos (ADT), Inibidores da Recaptação de Serotonina (ISRSs) e Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRNs) (AGUIAR et al., 2011).

Demais terapias alternativas podem ser associadas visando o bem-estar do paciente e sua melhor adesão. A terapia eletroconvulsiva, é utilizada em pacientes com sintomas delirantes, que apresentam alto risco suicida e naqueles que possuem contraindicação de uso de fármacos antidepressivos (ROMEIRO; FRAGA; BARREIRO, 2003). Estes pacientes também podem obter benefícios através da psicoterapia, pois além de levá-los a analisar, compreender e reconhecer as causas que desencadeiam tais conflitos, acaba ajustando pensamentos distorcidos que têm de si e do mundo, visando melhorar suas relações interpessoais, tornando-os cada vez mais capazes de administrar seus conflitos futuros (MELLO, 2004).

A depressão é reconhecida como um dos maiores problemas de saúde pública, apresentando-se como um dos processos patológicos de grande frequência na Atenção Primária

à Saúde (APS). Em um estudo realizado em Porto Alegre, RS, 2.201 usuários de serviços de saúde primários da cidade passaram por avaliações e foi possível observar que 37,8% desses indivíduos apresentaram sinais e sintomas de intensidade média para depressão, vindo a afetar a população em geral, independente do sexo, raça ou idade, sendo altamente incapacitante, podendo interferir de forma determinante em vários aspectos da vida do indivíduo, seja no aspecto pessoal, profissional, social e econômico (FLECK et al, 2009).

Também a partir de um estudo realizado no município de Passo Fundo-RS, sendo que somente foi realizado com os idosos, foi possível perceber o quanto esta patologia é prevalente. O trabalho identificou uma prevalência de depressão, entre os idosos da Estratégia de Saúde da Família pesquisada, de 21,2%, sendo a leve e moderada as mais frequentes (84% do total dos depressivos) (BORGES; DALMOLIN, 2012).

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, através de um inquérito de base populacional, foi investigado o autorrelato do diagnóstico médico prévio de depressão recebido em algum momento da vida do participante. O trabalho apontou que as maiores prevalências de depressão estavam em estados da região sul e sudeste, respectivamente. O estado do Rio Grande do Sul apresentou cerca de 13,2%, Santa Catarina teve 12,9% seguido do Paraná com 11,7% (STOPA et al., 2015).

Quanto à população mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem alertando para o aumento progressivo de casos de depressão no mundo. Entre 2005 e 2015, o número de casos da doença teve um acréscimo de cerca de 18%, sendo que o contingente populacional afetado pela doença já chega a 322 milhões em todo o mundo. Não bastando esses dados, ela também pode resultar de um quadro sintomatológico mais grave apresentado pelo paciente, influenciando de forma positiva o risco de suicídio, principalmente quando não diagnosticada e tratada corretamente. Anualmente, cerca de 800 mil casos de suicídio são registrados no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Outros fatores relacionados à depressão também devem ser levados em consideração, tais como o fato da prevalência ter sido alta em pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (8,6%) (STOPA et al., 2015). Tal achado pode inferir à hipótese de que pessoas com menor escolaridade apresentam dificuldades quanto ao entendimento de que os sintomas depressivos são um problema de saúde, fazendo com que, apesar das manifestações da doença, não busquem ajuda especializada (MUNHOZ, 2012). Ainda, maiores prevalências de depressão em indivíduos de mais baixa renda podem ser explicados pela dificuldade de acesso ao tratamento adequado (MUNHOZ, 2012).

No Brasil, estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD – 2013) encontrou maior prevalência de depressão em brancos. Segundo a PNS, 7,6% dos adultos referiram ter recebido, em algum momento da vida, diagnóstico prévio de depressão feito por médico ou profissional de saúde mental. Esse diagnóstico foi mais frequente em mulheres (10,9%) do que em homens (3,9%). Com relação à faixa etária, a maior prevalência foi encontrada na faixa de 60 a 64 anos (11,1%) e a menor, na faixa mais jovem, de 18 a 29 anos (3,9%) (STOPA et al., 2015).

Além disso, dentre os diversos desdobramentos da depressão está o comportamento suicida. Estima-se que ocorra em todo mundo, cerca de um milhão de mortes diariamente, ou seja, equivalendo a uma morte a cada 40 segundos por essa causa (CHIAVERINI, 2011). As causas de um suicídio são muito complexas. Há um transtorno mental na maioria dos casos. Uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobou 15.629 suicídios ocorridos na população brasileira em geral e demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental (BERTOLOTE, FLEISCHMANN, 2002).

Diante deste contexto, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado após décadas de luta denominada Movimento da Reforma Sanitária, teve como principal objetivo a definição constitucional de que Saúde é Direito do Cidadão e dever do Estado (CARVALHO, 2013). Foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, com a lei número 8.080, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2020).

No SUS, a APS é colocada como um dos principais meios que visam a favorecer o acesso do indivíduo ao sistema público de saúde. A APS corresponde ao primeiro nível de atenção e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais recorrentes de uma população (PORTELA, 2017). É o contato preferencial dos usuários e tem como principal orientação a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (LAVRAS, 2011).

Os transtornos depressivos, devido ao seu grande acometimento da população, passam a ser considerados como um importante problema de saúde pública, sendo que a depressão é

uma das doenças mentais com maior demanda de atendimento na APS (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003).

Uma grande discussão sobre a APS e seu papel nos sistemas de saúde tem ocorrido em vários países, inclusive no Brasil, e possui como principal objetivo garantir a implantação de propostas que proporcionem mudanças nos modelos de atenção baseados na doença e no hospital. Tais modelos, acabam demandando altos investimentos financeiros, apresentando baixa qualidade e resolutividade das ações e serviços, além da insatisfação dos usuários (SOUZA; SAMPAIO, 2002).

A APS e a saúde mental são importantes áreas na assistência em saúde no país e estão passando por constantes reformulações. Essas transformações, respectivamente a Estratégia Saúde da Família e a Reforma Psiquiátrica, apresentam características em comum, em especial a abordagem com base territorial e comunitária além do cuidado integral e trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2015).

Neste contexto, pacientes portadores de transtornos mentais necessitam de um sistema de saúde que os atenda prontamente, suprindo suas necessidades de cuidado (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Diante disso, o apoio matricial em saúde mental demanda uma rede de pessoas e de serviços vindo a implicar na construção de um trabalho interdisciplinar. A alocação de recursos financeiros pelo gestor torna-se importante aliada para que o processo ocorra (HIRDES; SCARPARO, 2013).

Sendo assim, a inclusão de ações de saúde mental no contexto do SUS contribuiu para uma ampla consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). O caminho para alcançar a atenção adequada só será possível, num menor prazo e de maneira sustentável, por meio de uma APS forte, que integrada a uma rede de saúde mental organizada com recursos especializados, torne-se base da atenção à saúde mental (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

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-RS, de abril a dezembro de 2021.

2.1.8.3 População e amostragem

Este estudo será um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”, cuja coleta de dados foi realizada de maio a agosto de 2019.

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

Os critérios de inclusão foram: adultos e idosos, de ambos os sexos, atendidos na rede urbana de APS e residentes no município. Os critérios de exclusão contemplaram as pessoas impossibilitadas de responderem o questionário, por déficits cognitivos ou disfunções relacionadas à comunicação, e as que são usuárias da APS, mas eram atendidas a domicílio.

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 coleta de dados

Coletou-se os dados através da aplicação de questionário padronizado, testado e codificado (Anexo A), por acadêmicos de medicina especialmente treinados.

Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o número de participantes em cada uma das 34 unidades de saúde foi proporcional ao número médio de atendimentos 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 buscaram qualquer tipo de atendimento no serviço foram abordados e convidados a participar do estudo, até que se completasse,

consecutivamente, o número determinado para cada local ou até que todos os presentes no local no último turno da coleta fossem incluídos. A aplicação do questionário foi feita no próprio serviço, em espaço reservado previamente definido com a equipe de saúde, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho dos profissionais.

O presente trabalho analisará variáveis contempladas no questionário: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, renda, situação conjugal (sociodemográficas), multimorbidade, comportamento suicida, tratamento psicológico, autopercepção de saúde e insônia (de saúde), consumo de bebida alcoólica, tabagismo, hábitos alimentares e prática de atividade física (comportamentais).

Sendo assim, para fins de análise estatística, a variável dependente será a prevalência da depressão (diagnóstico médico autorreferido) aferida pela pergunta *Alguma vez algum médico lhe disse que você tem depressão?*

2.1.8.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados foram duplamente digitados e conferidos no programa EpiData versão 3.1 (distribuição livre). A estatística será composta da descrição da amostra e do cálculo da prevalência do desfecho com intervalo de confiança de 95% (IC95). Visando identificar os fatores associados ao desfecho, será realizada a análise bivariada, gerando as Razões de Prevalências (RP) brutas e seus IC95. Na análise multivariada será utilizada 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, 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 protocolo do projeto "Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária" foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, parecer número 3.219.633 (Anexo B).

2.1.9 Recursos

Os materiais serão adquiridos com recursos próprios.

Quadro 1: Orçamento.

ITEM	QUANTIDADE EM UNIDADES	CUSTO UNITÁRIO EM REAIS	CUSTO TOTAL EM REAIS
Canetas	10	2,00	20,00
Lápis	1 caixa com 12	10,00	10,00
Borracha	02	2,00	4,00
Apontador	02	3,50	7,00
Impressão	1000	0,15	150,00
			Valor total: 191,00 reais

Fonte: Elaborado pela autora.

2.1.10 Cronograma

- Revisão de literatura: de abril a novembro de 2021;
- Análise de dados: de abril a julho de 2021;
- Redação do artigo: de agosto a novembro de 2021;
- Divulgação dos resultados: dezembro de 2021.

2.1.11 Referências

AGUIAR, Clayton et al. Drogas Antidepressivas. **Acta Medica Portuguesa**. [S.L.], v. 24, n. 1, p. 91-98, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Transtornos Depressivos. In: CORDIOLI et al. **Manual Diagnósico e Estatístico de Transtornos Mentais:** DSM 5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 155-188, 2014.

ANDRADE, Laura et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. [S.L.], v. 1, n. 3, p. 181-185, 2002.

BERLOTE, José Manoel; FLEISCHMANN Alexandra. Suicídio e diagnóstico psiquiátrico: uma perspectiva mundial. **World Psychiatry.** [S.L.], v. 37, n. 7, p. 316-325, 2002.

BORGES, Daniela Teixeira; DALMOLIN Maria Bernadete. Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Florianópolis, v. 7, n 23, p. 75-82, 2012.

BRASIL, 2020. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus>. Acesso em 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Mental.** Brasília, v. 6, p. 548, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Álcool e outras Drogas.** Brasília, v. 69, n. 1, p. 60, 2010.

BROMET, Evelyn et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**. [S.L.], v. 9, n. 90, 2011.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CHIAVERINI, Dulce Helena. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

CORRÊA, Mariana Lima et al. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2083-2092, 2018.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

COSER, Orlando. **Depressão: clínica, crítica e ética**. Coleção Loucura & Civilização. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 170 p, 2003.

COSTA, Tarciana Sampaio. **Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro** [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2. ed. [S.l.]: Artmed, 440 p, 2008.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018.

FEITOSA, Michele Pereira; BOHRY, Simone; MACHADO, Eleuza Rodrigues. Depressão, família e seu papel no tratamento do paciente. **Encontro: Revista de Psicologia**. São Paulo: Anhanguera Educacional Ltda, v. 14, n. 21, p. 127-144, 2011.

FLECK, Marcelo P. et al. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Full version). **Rev. Bras. Psiquiatr**., São Paulo, v. 31, supl. 1, p. S7-S17, 2009.

GONÇALVES, Angela Maria Corrêa et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr**., Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018.

GULLICH, Inês; DURO, Suele Manjourani Silva; CESAR, Juraci Almeida**.** Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil**. Rev. bras. epidemiol**., São Paulo, v. 19, n. 4, p. 691-701, 2016 .

HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. **O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Canoas**, p. 12, 2013.

JARDIM, Sílvia. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 84-92, 2011.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

MELLO, Marcelo Feijó de. Terapia Interpessoal: um modelo breve e focal. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 124-130, 2004.

MOLINA, Mariane Ricardo Acosta Lopez et al. Prevalence of depression in users of primary care settings. **Rev. psiquiatr. clín**., São Paulo, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

MUNHOZ, Tiago Neuenfeld. **Prevalência e fatores associados à depressão em adultos**: estudo de base populacional. Mestrado em Medicina 2012. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, p. 136, 2012.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

RODRIGUES, Guilherme Moraes. **Efeitos da atividade física no tratamento da depressão**. Rio de Janeiro: Laureate iInternational Universities Curso de Educação Física, p. 35, 2017.

ROMEIRO, Luiz Antonio Soares; FRAGA, Carlos Alberto Manssour; BARREIRO, Eliezer. Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. **Quím. Nova**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 347-358, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-RJ. Superintendência de Atenção Primária. **Coleção Guia de Referência Rápida Depressão**. Rio de Janeiro, p. 38, 2016.

SILVA, Mariluci Camargo Ferreira da; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; COSTA JÚNIOR, Moacyr Lobo da. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

SOUZA, Heloiza Machado de; SAMPAIO, Luiz Fernando Rolim. **Atenção básica. Política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil.** In: Recursos Humanos em Saúde política, desenvolvimento e mercado de trabalho (B. Negri, R. Faria & ª L. Viana, org), p. 9-31, 2002.

STOPA, Sheila Rizzato et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 170-180, 2015.

VALENTINI, Willians et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 523-528, 2004.

VICELLI, Leandro Donato. **Depressão e suas diversas possibilidades de tratamento disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde**: Curso de especialização multiprofissional na Atenção Básica 2016. Florianópolis: UNA-SUS UNIFESP, p. 28, 2018.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. **Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro**. Saúde mental na Atenção Primária e Saúde Mental Global. Rio de Janeiro, p. 12, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders** – Global Health Estimates. 2017.

2.1.12 Anexos

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DO PROJETO "ADULTOS E IDOSOS USUARIOS 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	
	NQUES
Nome do entrevistador	
Data	
Local	LOCAL __ __
QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICAS	
Qual é o seu nome completo?	
Qual é a sua idade? __ __ *ANOS COMPLETOS*	IDA
Você tem telefone para contato? *SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É*	
Qual é o número do seu cartão do SUS? *PEÇA PARA VER E ANOTE O NÚMERO*	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 **Diabetes** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra **Pressão alta** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra **Colesterol alto** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra **Triglicerideo alto** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra **Problema de coração** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra **Problema de tireoide** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra **Depressão** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra **HIV/AIDS** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra **Câncer** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra *SE SIM,* **em que local do corpo?** _____	 OBE__ DM__ HAS__ COLES__ TRIGLI__ CARDI__ TIRE__ DEPRE__ HIV__ CANCER__ 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 para quando para de chover?** (1) Sim (2) Não	ARTRI__ DORA__ DORAC__ DORAA__
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? __**	TUBER__ TTOTUBA__ TTOTUBO__ MTTO__
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 para quando para 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** **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** **Nas últimas 04 semanas, você teve noite curta de sono por que acordou muito cedo (6 horas ou menos de sono)?**	SONO__ DIFSONO__ MADRUGA__ VDORMIR__ CEDO__

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

(0) Não **Nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio por conta própria, sem receita?** (3) Não sabe/não lembra (2) Não (1) Sim. **Para que você tomou remédio?** Febre (1) Sim (2) Não Gripe, resfriado, dor de garganta (1) Sim (2) Não Dor (1) Sim (2) Não Problemas digestivos (1) Sim (2) Não Cólicas menstruais (1) Sim (2) Não Outros problemas. **Quais?**_____	AUTOM30__ FEBRE__ GRIPE__ DOR__ DIGE__ COLICA__ OUREM__
Você tem o costume de acessar a internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca *SE SEMPRE OU ÀS VEZES* **Você tem o costume de pesquisar sobre saúde na internet?** (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca *SE SEMPRE OU ÀS VEZES,* **Você acredita no que encontra sobre saúde na internet?** (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca **Você comenta com o médico sobre o que encontra sobre saúde na internet?** (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca	NET__ NETSAU__ ACRES__ COMEN__
Você fez a vacina da gripe nos últimos 12 meses? (1) Sim (0) Não. **Por quê?**_____	VACINA__ PQNVAC__
Você fuma? *SE FOR EX-FUMANTE, CONSIDERE "NÃO"* (1) Sim (0) Não	FUMA__
Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? *ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"* (1) Sim (0) Não	BEBE__
Você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? (1) Sim. *ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"* (0) Não *SE SIM*, **quantas vezes por semana?** _____ **Quanto tempo por dia?** _____ **Qual tipo de atividade física você faz?** Caminhada (1) Sim (0) Não Corrida (1) Sim (0) Não Esportes (futebol, voleibol, handebol, etc) (1) Sim (0) Não Ginástica/musoulação (1) Sim (0) Não Dança/zumba (1) Sim (0) Não Alongamento/yoga/tai-chi-chuan (1) Sim (0) Não Outra (especifique)_____ **Na maioria das vezes, como você se desloca para ir de um lugar ao outro no dia a dia?** (1) A pé (2) De bicicleta (3) De ônibus (4) De carro/moto **Quanto tempo, em média, você gasta caminhando ou pedalando por dia, considerando os trajetos de ida e volta de deslocamentos de um lugar ao outro?** (1) Não caminho ou pedalo como meio de deslocamento (2) Menos de 10 minutos (3) De 10 a 29 minutos	AF__ VAF__ TAFM__ __ __ CAMI__ CORRI__ ESPO__ GINA__ DANCA__ ALONGA__ OUTRAF__ DESLOCA__ TDESLOCA__

(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? *LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA SE "ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO", ASSINALE "NÃO"* **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: *LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA* **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__

_____ **Por que você fez o exame?** _____	PQCOLO__
Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida? (0) Não (1) Sim *SE SIM,* **você já chegou a traçar um plano para pôr fim a sua vida?** (0) Não (1) Sim *SE SIM,* **alguma vez você tentou pôr fim a sua vida?** (0) Não (1) Sim **Alguém da sua família tentou pôr fim à própria vida?** (0) Não (1) Sim **Alguém da sua família pôs fim à própria vida?** (0) Não (1) Sim	FVIDA__ PFVIDA__ TEFVIDA__ FTVIDA__ FFVIDA__
QUESTÕES SOMENTE PARA HIPERTENSOS	
Você toma remédio para pressão alta? (0) Não (1) Sim *SE SIM,* **Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?** (0) Sim (1) Não **Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?** (0) Sim (1) Não **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 **Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus remédios?** (0) Sim (1) Não **Você tomou seus remédios para pressão alta ontem?** (1) Sim (0) Não **Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus remédios?** (0) Sim (1) Não **Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?** (0) Sim (1) Não **Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?** (1) Nunca (0) Quase nunca (0) Às vezes (0) Frequentemente (0) Sempre	RMPA__ ESQUECE__ NTOMOU__ PAROU__ VIAJA__ ONTEM__ CONTROL__ COLATE__ LEMBRA__
QUESTÕES SOMENTE PARA MULHERES	
Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (0) Não(1) Sim *SE SIM,* **nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame**	PAPA__ PAPA3__

ginecológico preventivo? (0) Não (1) Sim *SE SIM*, **de que maneira você soube da necessidade de fazer o exame?**_____ *SE NÃO*, **por que você não fez o exame ginecológico preventivo?** _____ **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 **Nos últimos 02 anos você fez pelo menos uma mamografia?** (0) Não(1) Sim *SE SIM*, **de maneira você soube da necessidade de fazer a mamografia?** _____ *SE NÃO*, **por que você não fez mamografia?** _____ **Você está grávida?** (1) Sim (0) Não **Você já ficou grávida outras vezes?** (0) Não (1) Sim *SE SIM*, **quantas vezes você já ficou grávida?** __ __ *INCLUIR GRAVIDEZ ATUAL SE HOUVER* **Qual foi a idade da primeira gravidez?** __ __ anos **Você desenvolveu alguma doença quando ficou grávida?** (0) Não (1) Sim. **Quais?**_____ **Você tem filhos?** (0) Não (1) Sim. **Quantos?** __ __ filhos **Você fez parto normal?** (1) Sim. **Quantos?** __ __ (0) Não **Você fez parto cesáreo?** (1) Sim. **Quantos?** __ __ (0) Não	MSPAPA__ PQNPAPA__ MAMO__ IMAMO__ __ MAMO2 __ MSMAMO__ PQNMAMO__ GRAVIDA__ OGRAVIDA__ NGRAVI__ __ IGRAVI__ __ DOGRAVI__ FILHO__ QFILHO__ __ NORMAL__ QNORM__ __ CESAR __ QCESAR__ __
QUESTÕES SOMENTE PARA GESTANTES	
Com quantas semanas de gravidez você está? __ __ semanas	SEMA__ __
Você sabe a data da sua última menstruação? *SE SIM*, **quando foi?** _____ (0) Não sabe	DUM __ __/__ __/__ __ __ __
Você lembra do seu peso antes de ficar grávida? _____ (0) Não **Você faz pré-natal?** (1) Sim. **Quantas consultas você fez até agora?** __ __ consultas (0) Não lembra (0) Não **Você desenvolveu alguma doença durante esta gravidez?** (1) Sim. **Qual?**_____ (0) Não	PESOG __ __ __, __ PRE__ QCPRE__ __ DNGRAVI__

Você tomou algum remédio por conta própria, sem orientação, durante esta gravidez? (1) Sim. **Qual?_____** (0) Não	REMGRAVI__
QUESTÕES SOMENTE PARA OS HOMENS	
Alguma vez na vida você fez o exame de toque retal para câncer de próstata? (0) Não (1) Sim. **Quando foi a última vez que você fez o exame?** _____ **Por que você fez o exame?**_____	TOQUE__ QTOQUE__ PQTOQUE__ PSA__
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?** _____ **Por que você fez o exame?**_____	QDOPSA__ PQPSA__
QUESTÕES SOMENTE PARA IDOSOS	
No banho, você: **(0) Não precisa de ajuda** **(1) Precisa de ajuda para apenas uma parte** **(2) Precisa de ajuda para tudo**	BANHO__
Para vestir-se, você: **(0) Não precisa de ajuda** **(1) Precisa de ajuda para apenas uma parte** **(2) Precisa de ajuda para tudo**	VESTIR__
Para usar o banheiro você: **(0) Não precisa de ajuda** **(1) Precisa de ajuda para apenas uma parte** **(2) Precisa de ajuda para tudo**	BANHEIRO_
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**	CAMA__
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**	PERDA__
Para alimentar-se você: **(0) Não precisa de ajuda** **(1) Precisa de ajuda para apenas uma parte** **(2) Precisa de ajuda para tudo**	ALIMENTAR__
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 USUARIOS DO SISTEM ÚNICO DE SAÚDE: UMA CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA"

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

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

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

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

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

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

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

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

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, 3° 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

Durante o segundo semestre letivo de 2020 teve início a construção do projeto intitulado: Prevalência da depressão e fatores associados em usuários da Atenção Primária à Saúde. O estudo é um recorte da pesquisa "Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária". A coleta dos dados foi realizada de 27 de maio de 2019 a 23 de agosto de 2019. No primeiro semestre letivo de 2021 a acadêmica teve acesso ao banco de dados. Deu-se início, então, a análise dos dados e além daqueles já descritos no projeto, foram incluídas as variáveis excesso de peso, tempo desde a última consulta médica na APS, uso de medicação contínua, dor crônica, automedicação e costume de pesquisar sobre saúde na internet. Foi realizada a distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis independentes e foi calculada a prevalência da variável dependente e seu intervalo de confiança de 95% (IC95). Para verificação dos fatores associados, foram calculadas as Razões de Prevalências Brutas e Ajustadas e seus IC95. A partir disso foi iniciada a escrita da metodologia e seus resultados no formato de um artigo científico.

No segundo semestre letivo de 2021, no componente curricular de TC III, a discente concluiu a escrita do volume final e do artigo, que será submetido à Revista Debates em Psiquiatria (normas em anexo) após a avaliação da banca.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

Prevalência de Depressão e fatores associados em usuários da Atenção Primária à Saúde

Prevalence of Depression and associated factors in Primary Care users Health

Autores
Janaina Ribeiro França
Me. Bruna Chaves Lopes
Dra. Priscila Pavan Detoni
Dra. Ivana Loraine Lindemann

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo/RS

Docentes do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo/RS

Janaina Ribeiro França

Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

Rua Paissandu, 41, Centro, CEP 99010100 Passo Fundo, RS, Brasil

E-mail: janaina.ribeiro@estudante.uffs.edu.br

RESUMO

Introdução: A depressão em adultos e idosos é um grave problema de saúde pública. **Objetivo:** verificar a prevalência e os fatores associados à depressão em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** O delineamento foi transversal e a coleta de dados ocorreu a partir da aplicação de questionários a adultos e idosos atendidos na rede urbana de APS de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, 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 para identificação dos fatores associados. **Resultados:** Foram incluídos 1.443 participantes na amostra, dos quais 27% (IC95 25-29) apresentaram depressão, com maior probabilidade entre mulheres (RP=2,34; IC95 1,66-3,30), idosos (RP=1,45; IC95 1,26-1,68), indivíduos sem cônjuge (RP=1,35; IC95 1,10-1,66), com autopercepção negativa da saúde (RP=1,41; IC95 1,12-1,79), em uso de medicamento contínuo (RP=2,01; IC95 1,53-2,64), em tratamento psicológico (RP=2,10; IC95 1,80-2,45), com insônia (RP=1,66; IC95 1,39-1,98), histórico de tentativa de suicídio (RP=1,61; IC95 1,32-1,97) e tabagistas (RP=1,25; IC95 1,04-1,50). Também foi observado que quanto maior a escolaridade, menor a prevalência da depressão. **Conclusão:** Desse modo, conclui-se que a depressão é prevalente na população atendida na APS e diante disso, sugere-se que as equipes de saúde busquem cada vez mais aprimorar estratégias de investigação dessa problemática nos grupos suscetíveis visando identificar os pacientes e oferecer o atendimento mais adequado.

Palavras-chave: Depressão. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental.Estudos Transversais.

ABSTRACT

Introduction: Depression in adults and the elderly is a serious public health problem. **Objective:** to verify the prevalence and factors associated with depression in Primary Health Care (PHC) users. **Method:** The design was cross-sectional and data collection occurred through the application of questionnaires to adults and elderly people assisted in the urban network of PHC in Passo Fundo, Rio Grande do Sul, from May to August 2019. The prevalence of PHC was calculated. outcome, with a 95% confidence interval (CI95) and crude and adjusted Prevalence Ratios (PR) to identify associated factors. **Results:** 1,443 participants were included in the sample, of which 27% (CI95 25-29) had depression, with greater probability among women (PR=2.34; CI95 1.66-3.30), elderly (PR=1, 45; IC95 1.26-1.68), individuals without a spouse (PR=1.35; IC95 1.10-1.66), with negative self-perception of health (PR=1.41; IC95 1.12-1 .79), using continuous medication (PR=2.01; IC95 1.53-2.64), undergoing psychological treatment (PR=2.10; IC95 1.80-2.45), with insomnia (PR =1.66; IC95 1.39-1.98), history of attempted suicide (PR=1.61; IC95 1.32-1.97) and smokers (PR=1.25; IC95 1.04- 1.50). It was also observed that the higher the level of education, the lower the prevalence of depression. **Conclusion:** Thus, it is concluded that depression is prevalent in the population assisted in PHC and, in view of this, it is suggested that health teams increasingly seek to improve strategies for investigating this problem in susceptible groups in order to identify patients and offer the more adequate care.

Key-words: Depression. Primary Health Care. Mental Health. Cross-sectional Studies.

Introdução

A depressão é conhecida por causar grande sofrimento psíquico, acarretando comprometimento funcional ao indivíduo. Possui origem multifatorial, podendo apresentar uma combinação de desequilíbrios biológicos, psicológicos e ambientais, determinando sua extensão e gravidade, dependendo de cada caso. Diante disso, a depressão pode vir a acometer pessoas independentemente de idade, sexo, cor e classe social .

Além do importante grau de acometimento nas tarefas diárias, os pacientes apresentam mudanças comportamentais ou nos estados de humor, como também distorções dos acontecimentos . Diante disso, a doença acaba gerando uma grande demanda de recursos de saúde, pois apresenta também uma grande recorrência .

No Brasil, de acordo com a literatura, a prevalência de depressão na população geral, ao longo da vida, chega a aproximadamente 17% [4]. Em um estudo internacional, realizado em 18 países, a prevalência encontrada foi de 11,1% e entre aqueles de renda média, a maior frequência foi verificada no Brasil, com percentual de 18,4% [5]. Em nível mundial, observou-se um aumento de 18% entre 2005 e 2015, atingindo 5,8% da população brasileira, principalmente mulheres, vindo a constituir um grave problema de saúde pública devido a sua alta prevalência[6]. Em se tratando de cuidados primários, essa prevalência pode chegar a 29,5% [7].

Quanto ao público acometido pela depressão na Atenção Primária à Saúde (APS), a frequência é maior em mulheres, correspondendo a uma prevalência de 19,7%[8]. Referente à faixa etária, os idosos são os mais acometidos, apresentando cerca de 20,4%[9] e, entre os mais jovens, de 18 a 29 anos, observou-se 3,9% de prevalência[10]. Sabe-se ainda, que é inversamente relacionada à escolaridade[10].

Reconhecer o problema é primordial visto que, por possuir um caráter progressivo e de amplo comprometimento, necessita de profissionais capacitados na APS para sua breve identificação e tratamento adequado[11].

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de depressão em adultos e idosos atendidos na rede urbana de APS no município de Passo Fundo-RS, além de identificar fatores associados, visando fornecer informações úteis a possíveis intervenções quanto ao seu diagnóstico e manejo.

Métodos

Este estudo foi realizado a partir de dados de uma pesquisa transversal que teve o objetivo de analisar diferentes desfechos entre adultos e idosos atendidos na rede urbana de APS, em Passo Fundo, 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 de 10% dos vários desfechos, 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 baseou-se em 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, totalizando 1.220 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária seria de 1.403 participantes.

Foram considerados aptos a participar os indivíduos com 18 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, residentes na cidade e com condições de responder ao questionário. Todas as 34 unidades de saúde foram incluídas, sendo o quantitativo em cada local definido proporcionalmente a partir do número de procedimentos realizados em cada unidade no mês anterior ao início da coleta de dados. De forma consecutiva foram convidados a participar todos os usuários que estavam na unidade para a realização de algum procedimento, até que se atingisse o número de participantes estipulado para cada local. A coleta de dados ocorreu de maio a agosto de 2019 mediante aplicação de questionário padronizado por estudantes de medicina, previamente treinados, nas próprias unidades de saúde.

Neste estudo foram analisadas as variáveis sexo, idade, cor da pele autorreferida, escolaridade, situação conjugal, renda per capita em salários mínimos (valor de R$ 998,00 no período da coleta de dados), autopercepção da saúde, multimorbidade (duas ou mais doenças crônicas por diagnóstico médico autorreferido de obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e doença cardíaca), excesso de peso, tempo em meses desde a última consulta médica na APS, uso de medicamento contínuo, vigência de tratamento psicológico, insônia[12], dor crônica (com duração de 6 meses ou mais) e tentativa de suicídio. Além disso, foi questionado sobre costume de automedicar-se e de pesquisar sobre saúde na internet, como também foram avaliados os hábitos alimentares com base nos marcadores do consumo alimentar. Foi perguntado ainda sobre o hábito de fumar, o costume de consumir bebida alcoólica e o de praticar atividade física no tempo livre.

Para classificação do estado nutricional utilizaram-se as informações de peso e altura autorreferidos e os pontos de corte do Índice de Massa Corporal[13;14;15;16]. Os hábitos

alimentares, com base nos marcadores do consumo alimentar[17], foram considerados adequados quando incluíram consumo de feijão, de frutas frescas e de verduras e/ou legumes no dia anterior e, não contiveram hambúrger e/ou embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e; biscoito recheado, doces ou guloseimas. E por fim, como variável dependente foi considerada a prevalência da depressão aferida pela pergunta *Alguma vez algum médico lhe disse que você tem depressão?*

Posterior à dupla digitação e validação dos dados, a estatística compreendeu a descrição da amostra e da prevalência do desfecho com intervalo de confiança de 95% (IC95). A verificação dos fatores associados à depressão se deu por Regressão de Poisson sendo que nas análises bivariadas, foram geradas as Razões de Prevalências (RP) brutas e seus IC95. Na análise multivariada, com variância robusta para conglomerados, foram geradas as RP ajustadas e seus IC95. A análise foi do tipo *backward stepwise*, seguindo um modelo hierárquico[18] pré-estabelecido e composto por três níveis de determinação (características demográficas e socioeconômicas; de saúde e; comportamentais), no qual, em cada nível, as variáveis foram ajustadas entre si e as que apresentaram $p \leq 0,20$ foram mantidas para o ajuste com o seguinte. No caso das variáveis categóricas politômicas, quando houve ordenamento entre as categorias foi realizado o teste de *Wald* para tendência linear e, quando não houve ou não foi significativo, foi testada a heterogeneidade. Em todos os testes, foi admitido erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p<0,05$, para testes bicaudais.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente (Parecer de nº 3.219.633), obedecendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e atendendo os princípios éticos da Declaração de Helsinki.

Resultados

A amostra foi composta por 1.443 participantes e sua caracterização sociodemográfica, comportamental e de saúde está apresentada na Tabela 1. Observou-se predomínio de sexo feminino (71%), idade adulta (72%), cor da pele branca (64,8%), ensino fundamental (45,6%), indivíduos com cônjuge (72,2%) e renda per capita de até um salário mínimo (71,2%).

Quanto às características de saúde, 53,3% referiram autopercepção negativa, 40,7% apresentavam multimorbidade e, 64,7%, excesso de peso. A maioria (45,8%) consultou médico na APS no mês anterior à coleta dos dados, 63,6% faziam uso de medicamento contínuo, 8,8%

estavam em tratamento psicológico, 52,8% apresentavam insônia e 54,7%, dor crônica, além de 9,4% terem mencionado tentativa de suicídio.

Referente às características comportamentais, 50,6% referiram o costume da automedicação e 65,2%, de pesquisar sobre saúde na internet. Ainda, os hábitos alimentares *foram considerados inadequados para 89%, 18,3% eram tabagistas, 29,1% consumiam bebida alcoólica e 57,5% não tinham o costume de praticar atividade física no tempo livre.

A prevalência de depressão foi de 27% (IC95 25-29) e, conforme Tabela 2, mesmo após ajuste para potenciais fatores de confusão, maior probabilidade foi observada entre mulheres (RP=2,34; IC95 1,66-3,30), idosos (RP=1,45; IC95 1,26-1,68) e indivíduos sem cônjuge (RP=1,35; IC95 1,10-1,66). Ainda, quanto maior a escolaridade, menor a prevalência do desfecho ($p<0,001$). Dentre as variáveis do segundo nível, maior prevalência de depressão foi verificada entre aqueles com autopercepção negativa da saúde (RP=1,41; IC95 1,12-1,79), em uso de medicamento contínuo (RP=2,01; IC95 1,53-2,64), em tratamento psicológico (RP=2,10; IC95 1,80-2,45), com insônia (RP=1,66; IC95 1,39-1,98) e histórico de tentativa de suicídio (RP=1,61; IC95 1,32-1,97). Quanto às variáveis do terceiro nível, apenas o tabagismo apresentou resultado estatisticamente significativo, sendo a prevalência de depressão 25% superior entre os tabagistas (RP=1,25; IC95 1,04-1,50).

Tabela 1. Caracterização de uma amostra de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1.443).

Variáveis	**n**	**%**
Sexo		
Masculino	418	29,0
Feminino	1.025	71,0
Idade em anos completos (n=1.438)		
18-59	1.035	72,0
≥60	403	28,0
Cor da pele autorreferida (n=1.437)		
Outras	506	35,2
Branca	931	64,8
Escolaridade em anos (n=1.338)		
Ensino fundamental	610	45,6
Ensino médio	454	33,9
Ensino superior ou mais	274	20,5
Situação conjugal (n=1.436)		
Com cônjuge	1.037	72,2
Sem cônjuge	399	27,8
Renda per capita em SM* (n=1.349)		
>1	389	288
≤1	960	71,2
Autopercepção da saúde (n=1.432)		
Positiva	669	46,7
Negativa	763	53,3
Multimorbidade		
Não	856	59,3
Sim	587	40,7
Excesso de peso (n=1.264)		
Não	446	35,3
Sim	818	64,7
Tempo em meses desde a última consulta médica na APS (n=1.419)		
≤1	650	45,8
2-6	464	32,7
7-12	183	12,9
>12	122	8,6
Uso de medicamento contínuo		
Não	525	36,4
Sim	918	63,6
Vigência de tratamento psicológico (n=1.440)		
Não	1.313	91,2
Sim	127	8,8
Insônia (n=1.435)		
Não	677	47,2
Sim	758	52,8
Dor crônica (n=807)		
Não	366	45,3
Sim	441	54,7
Tentativa de suicídio		
Não	1.307	90,6
Sim	136	9,4
Automedicação		
Não	713	49,4
Sim	730	50,6
Costume de pesquisar sobre saúde na internet (n=992)		
Não	345	34,8
Sim	647	65,2

Hábitos alimentares (n=1.427)		
Adequados	157	11,0
Inadequados	1.270	89,0
Tabagismo (n=1.441)		
Não	1,177	81,7
Sim	264	18,3
Consumo de bebida alcoólica (n=1.442)		
Não	1.023	70,9
Sim	419	29,1
Prática de atividade física (n=1.442)		
Sim	613	42,5
Não	829	57,5

*Salário mínimo = R$ 998,00.

Tabela 2. Fatores associados à depressão em usuários da Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019. (n=1.443).

Variáveis	RP Bruta (IC95)	P	RP Ajustada (IC95)	p
1º nível: características demográficas e socioeconômicas (n=1.244)				
Sexo		<0,001[a]		<0,001[a]
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	2,31 (1,67-3,20)		2,34 (1,66-3,30)	
Idade em anos completos		<0,001[a]		<0,001[a]
18-59	1,00		1,00	
≥60	1,48 (1,25-1,75)		1,45 (1,26-1,68)	
Cor da pele autorreferida		0,781[a]		0,614[a]
Outras	1,00		1,00	
Branca	1,03 (0,86-1,23)		1,06 (0,84-1,33)	
Escolaridade em anos		<0,001[b]		<0,001[b]
Ensino fundamental	1,00		1,00	
Ensino médio	0,71 (0,58-0,86)		0,75 (0,63-0,91)	
Ensino superior ou mais	0,64 (0,69-0,87)		0,64 (0,50-0,81)	
Situação conjugal		<0,001[a]		0,004[a]
Com cônjuge	1,00		1,00	
Sem cônjuge	1,47 (1,23-1,76)		1,35 (1,10-1,66)	
Renda per capita em salários mínimos*		0,065[a]		0,527[a]
>1	1,00		1,00	
≤1	1,19 (0,99-1,44)		1,06 (0,88-1,28)	
2º nível: características de saúde (n=640)				
Autopercepção da saúde		<0,001[a]		0,004[a]
Positiva	1,00		1,00	
Negativa	2,51 (2,02-3,12)		1,41 (1,12-1,79)	
Multimorbidade		<0,001[a]		0,482[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	1,84 (1,57-2,15)		1,06 (0,90-1,24)	
Excesso de peso		0,229[a]		0,893[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	1,14 (0,92-1,42)		1,02 (0,79-1,31)	
Tempo em meses desde a última consulta médica na APS		<0,001[b]		0,183[c]
≤1	1,00		1,00	
2-6	0,94 (0,71-1,24)		0,99 (0,78-1,26)	
7-12	0,53 (0,35-0,80)		0,77 (0,53-1,13)	
>12	0,45 (0,30-0,69)		0,80 (0,53-1,20)	
Uso de medicamento contínuo		<0,001[a]		<0,001[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	3,24 (2,58-4,08)		2,01 (1,53-2,64)	

Vigência de tratamento psicológico		<0,001[a]		<0,001[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	3,36 (2,85-3,97)		2,10 (1,80-2,45)	
Insônia		<0,001[a]		<0,001[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	2,23 (1,79-2,78)		1,66 (1,39-1,98)	
Dor crônica		<0,001[a]		0,622[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	1,44 (1,19-1,75)		1,04 (0,89-1,22)	
Tentativa de suicídio		<0,001[a]		<0,001[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	2,58 (2,24-2,98)		1,61 (1,32-1,97)	
3º nível: características comportamentais (n=911)				
Automedicação		0,799[a]		0636[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	1,02 (0,86-1,22)		1,05 (0,87-1,26)	
Costume de pesquisar sobre saúde na internet		0,069[a]		0709[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	0,83 (0,67-1,02)		1,04 (0,84-1,29)	
Hábitos alimentares		0,227[a]		0,196[a]
Adequados	1,00		1,00	
Inadequados	1,23 (0,88-1,70)		1,23 (0,90-1,68)	
Tabagismo		<0,001[a]		0,018[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	1,44 (1,18-1,74)		1,25 (1,04-1,50)	
Consumo de bebida alcoólica		<0,001[a]		0,902[a]
Não	1,00		1,00	
Sim	0,68 (0,58-0,78)		1,01 (0,82-1,25)	
Prática de atividade física		0,035[a]		0,078[a]
Sim	1,00		1,00	
Não	1,23 (1,01-1,49)			

Testes: a) qui-quadrado; b) tendência linear; c) Teste de Heterogeneidade; *Salário mínimo = R$ 998,00; RP = Razão de Prevalências; IC95 = Intervalo de Confiança de 95%.

Discussão

A depressão, assim como outros distúrbios relacionados à saúde mental, está cada vez mais prevalente na população em geral, não só em termos nacionais, como também mundiais, afetando a vida de milhões de pessoas. No presente estudo a prevalência encontrada foi de 27%, semelhante, portanto, à literatura segundo a qual em pacientes sob cuidados primários, a frequência pode chegar a aproximadamente 30%[7].

Estudos que identificam sintomas depressivos entre pessoas atendidas na APS ainda são escassos e, decorrente disso, torna-se difícil a comparação dos resultados encontrados com a literatura. Grande parte dos estudos disponíveis envolve grupos de populações muito específicas. Em uma pesquisa realizada na Bélgica, com maiores de 18 anos, foi encontrada uma prevalência de 11% de sintomas depressivos em usuários da APS[19]. Em Pelotas no sul do Brasil, constatou-se que em pacientes maiores de 14 anos que buscavam atendimento em saúde mental na APS, a depressão foi o transtorno mais frequente, com uma prevalência de 23,9%[20].

Quanto às variáveis sociodemográficas associadas, observou-se que a depressão foi mais frequente em mulheres, idosos, pessoas com menor escolaridade e sem cônjuge. Consoante à literatura, a maior frequência em mulheres pode estar relacionada às alterações no sistema endócrino que ocorrem no período pré-menstrual, pós-parto e menopausa, além da sobrecarga de trabalho doméstico e das altas taxas de violência[21].

Também de modo semelhante a relatos anteriores, verificou-se que a prevalência tende a aumentar com a idade persistindo após os 60 anos[22]. Quadros depressivos em idosos podem ser justificados devido ao aparecimento de doenças crônicas tornando-os mais vulneráveis para problemas de saúde, em especial, no que diz respeito aos transtornos de humor[23].

Em relação à escolaridade, observou-se que quanto menor tempo de estudos, maior é a frequência de depressão, corroborando achados prévios[24]. Ao mesmo tempo, pacientes com baixa escolaridade, possuem limitações quanto à compreensão da própria patologia e, diante disso, apresentam dificuldades em buscar ajuda profissional e tratamento[23].

Na amostra estudada, estar sem cônjuge apresentou associação positiva com o desfecho. Em estudo semelhante, foi possível constatar que as mulheres solteiras ou sem companheiro apresentaram maior prevalência de depressão[8]. No entanto, tal resultado vai de encontro a outros estudos que não encontraram associação entre as variáveis[20]. Apesar disso, sabe-se que viver com companheiro(a) e ter apoio funciona como efeito protetor contra a depressão[25].

No que tange à autopercepção da saúde, na presente pesquisa observou-se que os participantes com percepção negativa apresentaram maior probabilidade de depressão. Nesse sentido, os resultados corroboram achados de outros estudos realizados no Brasil, os quais demonstraram a estreita relação dos sintomas depressivos e de uma imagem negativa sobre si e seu contexto[26;24].

Ainda sobre aspectos de saúde, verificou-se que os portadores de depressão fazem, mais frequentemente, uso de medicamentos contínuos. Estudo sobre o uso de medicamentos contínuos para o tratamento de doenças crônicas na região sul do Brasil evidenciou uma prevalência em torno de 80% para pacientes que estavam em tratamento para a hipertensão arterial, diabetes e asma. Neste mesmo estudo, apenas metade dos pacientes diagnosticados com depressão faziam uso regular de medicamentos. Tais achados mostram um baixo uso de medicamentos psicotrópicos, quando comparados as demais doenças, o que pode indicar um menor acesso ao tratamento das doença mentais[27]. Nessa pesquisa, não foi avaliado o uso de psicofármacos de forma isolada.

Na literatura há uma grande defasagem quanto a estudos relacionados ao acesso da população diagnosticada com depressão aos tratamentos de saúde mental na APS. Em pesquisa

realizada na cidade de Campinas, SP, das 61 Unidades Básicas de Saúde (UBS), apenas um terço contava com profissionais da psicologia e demais profissionais capacitados atuando na saúde mental[28]. Tal achado está em consonância com a Pesquisa Nacional em Saúde, realizada em 2013, na qual observou-se que entre as pessoas que referiram diagnóstico de depressão, apenas 16,4% faziam psicoterapia e destes, somente 33,2% recebiam atendimento em UBS[29].

No presente estudo, a frequência foi ainda menor, sendo que somente 8,8% dos entrevistados daqueles diagnosticados com depressão (27%) referiram acesso à psicoterapia. Porém, embora os serviços de psicoterapia no município não sejam oferecidos na APS e sim em serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ainda, é necessário considerar que não foi questionado se o acompanhamento psicológico era realizado em serviço público ou privado. Outro ponto importante se refere à diferença temporal nas perguntas sobre o diagnóstico médico autorreferido de depressão (alguma vez na vida) e a realização de tratamento psicológico ou psiquiátrico (momento presente).

Por outro lado, é reconhecida a problemática de déficit de acompanhamento adequado haja vista a falta de profissionais para atuação e acolhimento relacionado às demandas de saúde mental[28]. Sabe-se que a prática clínica diante do quadro depressivo solicita múltiplas intervenções no âmbito do tratamento e da reabilitação, além da medicação e da psicoterapia, para poder intervir sobre a depressão em quadros graves que poderiam resultar no suicídio[30].

A associação positiva entre o desfecho estudado e o comportamento suicida já foi descrita em outros trabalhos. Em uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, foram englobados 15.629 suicídios ocorridos na população geral do Brasil e foi demostrado que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental[31]. Na presente pesquisa observou-se probabilidade de depressão 61% maior entre os participantes com história de tentativa de suicídio. Cabe mencionar ainda, que 9,4% dos participantes mencionaram tentativa de suicídio, o que pode estar relacionado com a existência prévia de transtornos mentais não tratados ou descontinuidade do tratamento.

Os resultados deste estudo demonstraram também que a depressão foi mais prevalente entre aqueles com insônia, o está em consonância com a literatura[32;33].

E por fim, a respeito do tabagismo, no presente trabalho os sintomas depressivos apresentaram prevalência 25% superior entre os fumantes. Em outro estudo com idosos do estado de São Paulo apontou uma prevalência de 12,2% para tabagistas com depressão, sendo maior no sexo masculino, na faixa de 60 a 69 anos[34]. Enquanto, a pesquisa nacional em saúde realizada em 2013 aponta 15% da população de fumantes diagnosticada com depressão, sejam eles com uso diário ou apenas ocasional[29].

Em relação às limitações do estudo, cabe citar a sua natureza transversal, a qual, além da possibilidade de causalidade reversa entre as variáveis, permite estabelecer a relação entre elas. Ainda, a mensuração da depressão por diagnóstico médico autorreferido, assim como, a aplicação dos questionários em sala de espera, pode ter levado à viés de informação e, por fim, a inclusão dos participantes a partir da busca por atendimento nas unidades de saúde leva à possibilidade de viés de seleção. Por outro lado, deve-se levar em conta a importância desse estudo, visto ser um tema pouco investigado, especialmente entre usuários da APS, além do tamanho amostral, o qual possibilitou estimativas mais precisas nos resultados apresentados.

Conclusão

A partir do exposto, é possível concluir que a depressão é uma doença prevalente entre as pessoas atendidas na APS do município de Passo Fundo, sendo nesta amostra associada positivamente com idade avançada, sexo feminino, ausência de cônjuge, autopercepção negativa da saúde, uso de medicamento contínuo, doenças crônicas, tabagismo, insônia, além de histórico de tentativa de suicídio e inversamente proporcional à escolaridade, reiterando assim, resultados semelhantes em outros estudos.

A partir dos resultados obtidos, será possível elaborar estratégias de intervenção, para reduzir a prevalência da sintomatologia depressiva, destinadas à organização dos serviços da APS de forma mais adequada à população acometida, bem como a afirmação de políticas públicas e da relevância de matricialidade em saúde mental nas UBS.

Assim, este estudo demostrou-se importante para aprofundar discussões sobre o referido tema, visto ainda não ter muitas produções localizadas, além de reafirmar a necessidade de mudanças na assistência aos pacientes, enfatizando estratégias voltadas para a prevenção, intervenção em fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento da depressão continuado.

Contribuições individuais

Janaina Ribeiro França – Contribuiu no desenho do estudo, coleta de dados, elaboração do projeto de pesquisa e do artigo, bem como aprovou a versão final a ser publicada.

Bruna Chaves Lopes – Contribuiu com o desenho do estudo, elaboração do projeto de pesquisa e do artigo, bem como aprovou a versão final a ser publicada.

Priscila Pavan Detoni – Contribuiu com o desenho do estudo, elaboração do projeto de pesquisa e do artigo, bem como aprovou a versão final a ser publicada.

Ivana Loraine Lindemann– Contribuiu no desenho do estudo, elaboração do questionário, coleta de dados, elaboração do projeto de pesquisa e do artigo, bem como aprovou a versão final a ser publicada.

Conflitos de interesse

Os autores citados nesse artigo Janaina Ribeiro França, Me. Bruna Chaves Lopes, Dra. Priscila Pavan Detoni, e Dra. Ivana Loraine Lindemann não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

Agradecimentos

Agradeço a minha família e aos meus amigos por me apoiarem desde a decisão de cursar medicina, por estarem me acompanhando e me incentivando nessa jornada e por compreenderem minhas ausências nos momentos de estudo. É em vocês que encontro forças nos momentos de incertezas.

A Dra Ivana Loraine Lindemann, Me. Bruna Chaves Lopes e a Dra. Priscila Pavan Detoni, minhas orientadoras, pela incansável dedicação e zelo a este projeto e por acreditarem na importância deste. Ter pessoas tão comprometidas ao meu lado foi primordial para o trabalho e me inspirou a fazer o meu melhor.

Aos coordenadores do projeto intitulado "Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária", que permitiram acrescentar perguntas ao questionário referentes ao meu tema de estudo. Obrigada por nos incentivarem a pesquisar.

Aos colegas que redigiram seus trabalhos nesse mesmo cenário, por toda a ajuda, as correções, as trocas de informações e a construção conjunta dos projetos, da digitação e da análise de dados. Agradeço ainda a outros colegas voluntários que colaboraram na coleta dos dados, sem o auxílio de vocês uma amostra tão grande teria sido inviável.

Sou grata a todos os usuários da Atenção Primária à Saúde que dedicaram o seu tempo a responder os questionários, bem como as equipes de saúde, que nos receberam e possibilitaram o contato com a população, e à Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo.

Referências

1. Costa, FG. et al . Rastreamento da depressão no contexto da insuficiência renal crônica. Temas psicol., Ribeirão Preto. 2014; 22. (2): 445-455.

2. Dalgalarrondo, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

3. Fleck, MP. et al. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Full version). Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo. 2009; (31): S7-S17.

4. Andrade, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;(1): 181-185.

5. Bromet, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Medicine. 2011; 9. (90).

6. World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. 2017. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accessed 09 Oct 2021.

7. Valentini, W. et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2004; 38. (4): 523-528.

8. Gonçalves, AMC. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro. 2018; 67(2): 101-109.

9. Gullich, I; Duro, SMS; Cesar, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Rev. bras. epidemiol., São Paulo. 2016; 19. (4): 961-701.

10. Stopa, SR. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2015; 18. (2): 170-180.

11. Feitosa, MP; Bohry, S; Machado, ER. Depressão, família e seu papel no tratamento do paciente. Encontro: Revista de Psicologia. São Paulo: Anhanguera Educacional Ltda. 2011; 14, (21): 127-144.

12. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12778 adultos in France. J Sleep Res 2000; 9:35-42.

13. Lipschitz, DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care.1994; 21. (1) :55 67.

14. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Accessed 09 Oct 2021.

15. 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. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Accessed 09 Oct 2021.

16. Atalah, ES. et al. Propuesta de unnuevoestándar de evaluación nutricional enembarazadas. Rev. Med. Chile, v. 125, (12): 1429-1436, 1997.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Mental. Brasília, 2018.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Accessed 09 Oct 2021.

18. Victora, CG. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. International Journal of Epidemiology 1997; 26. (1): 224-227.
Zaitune, MPA. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). C.adernos de Saúde Pública. 2012; 28. (3).

19. Ansseau M. et al. Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: The GADIS II study (Generalized anxiety and depression impact survey II). Depress Anxiety. 2008;25;506-13.

20. Molina, MRAL. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2012; 39. (6).

21. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23, (8): 2543-2554.

22. Barros MBA. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(9): 3755-68.

23. Vieira, RR; Santos, GS; Nink, FRO. Prevalência de Depressão em Idosos em uma cidade do Estado de Rondônia. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2020; 30. (3): 43-48.

24. Borges, DT; Dalmolin, MB. Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. Rev Bras Med Fam Comunidade. Florianópolis. 2012; 7, (23): 75-82.

25. Máximo GC. Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
26. Menolli, PV. et al . Uso de antidepressivos e percepção de saúde entre adultos de 40 anos ou mais: estudo longitudinal. Rev. colomb. cienc. quim. farm., Bogotá. 2020; 49. (1): 183-198.

27. Tavares, NUL. et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2015; 24. (2): 315-323.

28. Cintra, MS; Bernardo, MH. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. Psicologia: Ciência e Profissão. 2017; 37. (4): 883-896.

29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/. Acessed 12 Aug 2021.

30. Estellita-Lins, C; Oliveira, VM; Coutinho, MFC. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. Psyche (Sao Paulo), São Paulo. 2006; 10. (18): 151-166.

31. Berlote, JM; Fleischmann ,A. Suicídio e diagnóstico psiquiátrico: uma perspectiva mundial. World Psychiatry. 2002; (7): 316-325.

32. Shahly, Victoria. et al. The associations of insomnia with costly workplace accidents and errors. Arch Gen Psychiatry. 2012; 69. (10): 1054- 63. https://doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2188.

33. Buysse, DJ. Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults. Sleep. 2008. (4): 473-80.

34. Zaitune, MPA. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). Cadernos de Saúde Pública. 2012; 28.(3): 583-596.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o desenvolvimento do projeto de pesquisa e a apresentação dos resultados no artigo científico, foi possível observar que os objetivos desse estudo foram cumpridos, identificando a prevalência de depressão como também descrever a população usuária da APS em Passo Fundo, RS.

Foi possível confirmar hipóteses referentes à prevalência de depressão na população, em torno de 27%, respectivamente. Apesar de escassos trabalhos existentes na área foi possível obter sua associação com as demais variáveis, como idade, genro, classe social, doenças crônicas, tabagismo, insônia, baixa escolaridade.

A revista escolhida para direcionar as normas do artigo foi o Jornal Brasileiro em Psiquiatria. Cabe ressaltar que o o artigo após sugestões da banca examinadora será submetido para a publicação.

Diante disso, espera-se que o cenário relacionado à depressão em Passo Fundo alerte os profissionais da saúde sobre sua prevalência, para que diagnósticos precoces sejam estabelecidos colaborando para seu segmento correto, principalmente na Atenção Primária à Saúde, e reafirme a importância de maior investimento no campo da saúde mental, ainda mais pós. pandemia de covid 19, e a urgência de matriciamento e suporte na APS.

5. ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

O **Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP)** é o periódico oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Ele é o jornal psiquiátrico com maior tradição no Brasil, sendo regularmente publicado há mais de 70 anos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica artigos originais, relatos breves, revisões, cartas ao editor e editoriais que sirvam aos objetivos acima mencionados, como também aqueles com características eurísticas, que possam auxiliar os pesquisadores a vislumbrar novas linhas de estudo e investigação. Todos os manuscritos são revisados por pareceristas anônimos o mais rápido possível.

Tipos de artigos aceitos:

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica os seguintes tipos de manuscritos:

- Artigos originais – Relatos de estudos originais baseados na excelência científica em psiquiatria, e que proporcionem um avanço na pesquisa clínica e experimental. Artigos originais devem conter novos dados, oriundos de um número representativo de pacientes, utilizando métodos adequados e confiáveis. Os artigos não devem ultrapassar 4.000 palavras.
- Relatos breves – Pequenos relatos de estudos originais, avaliações ou estudos-piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.
- Revisões – Revisões sistemáticas objetivas e concisas desenhadas para reunir informações relevantes e atualizadas sobre um tópico específico de particular interesse e importância em psiquiatria e saúde mental. Os autores devem analisar e discutir criticamente a literatura disponível. Revisões devem conter no máximo 6.000 palavras.
- Cartas ao editor – São comunicações discutindo artigos recentemente publicados neste jornal, descrevendo pesquisas originais, relato de casos ou descobertas científicas relevantes. As cartas não devem ter mais de 500 palavras e cinco referências.
- Editoriais – Comentários críticos e baseados em evidências feitos por pesquisadores com grande experiência em uma área específica do 87 conhecimento, a pedido dos editores deste jornal. Devem conter no máximo 900 palavras e cinco referências.

Originalidade e autoria

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria somente considera para publicação manuscritos compostos de material original, que não estão submetidos para avaliação em nenhum outro periódico, ou que não tenham sido publicados em outros meios. As únicas exceções são resumos com menos de 400 palavras. Os autores devem identificar tabelas, figura e/ou qualquer outro material que tenham sido publicados em outros locais, e obter a autorização dos proprietários dos direitos autorais antes de reproduzir ou modificar esses materiais. Ao submeter um manuscrito, os editores entendem que os autores estão de acordo e seguem estas exigências, que todos os autores participaram substancialmente do trabalho, e que cada um deles reviu e aprovou a versão submetida. Assim, cada autor precisa declarar sua contribuição individual ao artigo na carta de apresentação (veja abaixo).

Declaração de conflitos de interesse e suporte financeiro

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria exige que todos os autores declarem individualmente qualquer potencial conflito de interesse e/ou qualquer tipo de suporte financeiro para o estudo obtido nos últimos três anos ou em um futuro previsível. Esta declaração inclui, mas não está limitada à compra e venda de ações, bolsas, fomentos, empregos, afiliações, royalties, invenções, relações com organizações financiadoras (governamentais, comerciais, não-profissionais, etc.), aulas, palestras para indústrias farmacêuticas, patentes (solicitadas, registradas, em análise ou fase de preparação) ou viagens; independente do valor envolvido. Se um ou mais autores não possuírem conflitos de interesse a serem declarados, isto precisa ser explicitamente informado (p.ex. Drs. Leme Lopes e Nobre de Mello não possuem conflitos de interesse a serem declarados). Os autores interessados em obter mais informações sobre este tópico podem ler um editorial publicado no British Medical Journal, intitulado "Beyond conflict of interest", que está disponível em: http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/281.

Questões éticas

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos. Assim, na seção intitulada "Métodos", os autores devem identificar a aprovação e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo. Ainda, em caso de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem declarar explicitamente que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, os autores devem descrever os métodos empregados para avaliar a capacidade dos voluntários em entender e dar seu consentimento informado para participar do estudo, além de descrever também as estratégias utilizadas no estudo para garantir a proteção dos participantes. Finalmente, em caso

de estudos envolvendo animais, os autores devem declarar que as normas institucionais e nacionais para o cuidado e emprego de animais de laboratório foram estritamente seguidas.

Estrutura geral do manuscrito

Abreviações devem ser evitadas. Porém, abreviações oficiais podem ser usadas, desde de que a primeira menção do termo no texto seja feita de forma completa e por extenso, seguida de sua abreviação entre parênteses. Os autores devem usar o nome genérico dos medicamentos, ao invés de seus nomes comerciais. Todas as páginas devem ser numeradas, com a contagem total de palavras indicada na primeira página (não devem ser contadas as palavras do resumo em português e inglês, das referências e das figuras e ilustrações).

A primeira página deve conter o título, o título curto (ambos em português e em inglês), a contagem total de palavras do manuscrito, o nome dos autores e suas afiliações. O título do artigo não deve conter siglas ou acrônimos. O título curto deve conter até 50 caracteres (incluindo espaços) e um máximo de cinco palavras. Diferente do título, o título curto deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (no mesmo idioma que o manuscrito foi escrito).

A segunda página deve conter o resumo em português. O resumo deve ser informativo, claro e sucinto, descrevendo o conteúdo do manuscrito em até 250 palavras. Para artigos originais, relatos breves e revisões, o resumo deve ser 89 estruturados em 4 tópicos: objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. Após o resumo, devem ser incluídas até cinco palavras-chave. Estas palavras, se possível, devem ser retiradas da lista de termos MeSH do Index Medicus e ser escolhidas considerando sua utilidade para a localização do artigo. Para artigos escritos em português, estes termos podem ser encontrados nos Descritores de Ciências da Saúde, publicados pela BIREME.

A terceira página deve conter o resumo e as palavras-chave em inglês. Ambos devem ser equivalentes às suas versões em português.

A quarta página deve conter o início ou toda a Introdução. Em artigos originais, relatos breves e revisões, a Introdução deve ser seguida pelas seções Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesses, Agradecimentos e referências; nesta ordem. Apesar do Jornal Brasileiro de Psiquiatria não estipular um número máximo de páginas, os autores devem sempre respeitar o número máximo de palavras e referências permitidas para cada tipo de artigo. Tabelas e figuras devem vir após as referências, devem ser citadas no texto, e o local desejado para sua inserção deve ser indicado no manuscrito.

Introdução - Deve incluir uma revisão sucinta de toda a literatura diretamente relacionada ao assunto em questão, além disso, deve descrever os objetivos do estudo.

Métodos - Deve relatar o desenho do estudo e descrever detalhadamente os métodos empregados, de forma a permitir que outros autores sejam capazes de replicá-lo.

Resultados - Devem ser descritos de forma lógica, sequencial e sucinta, usando-se, ocasionalmente, o auxílio de tabelas e figuras.

Discussão - A discussão deve limitar-se a destacar as conclusões do estudo, considerando as similaridades e diferenças dos seus resultados e daqueles de outros autores, as implicações dos seus resultados, as limitações do seu estudo e as perspectivas futuras.

Conclusões - Os autores devem especificar, de preferência em parágrafo único e curto, somente as conclusões que podem ser respaldadas pelos dados do estudo, assim como sua importância clínica (sem generalizações excessivas).

Contribuições individuais - Nesta seção, o manuscrito deve descrever as contribuições específicas feitas por cada um dos autores. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve preencher, no mínimo, todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho dos estudos, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada.

Conflitos de interesse - Cada autor deve revelar qualquer potencial conflito de interesse (financeiro ou não) que possa ter potencial de ter enviesado o estudo. Caso um ou mais dos autores não possuam conflitos de interesse a serem declarados, isto deve ser afirmado explicitamente (ver seção Declaração de Conflitos de Interesse e Suporte Financeiro)

Agradecimentos - Nesta seção, os autores devem reconhecer as assistências pessoais e técnicas recebidas, assim como fornecer informação detalhada a respeito de todas as fontes de financiamento ou outras formas de auxílio econômico. Referências - Devem seguir o estilo Vancouver ("Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]), ordenadas de acordo com a sua citação no texto.