

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

GABRIELLE RIBEIRO INDA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA POPULAÇÃO ADULTA
ATENDIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO NORTE
GAÚCHO**

**PASSO FUNDO, RS
2023**

GABRIELLE RIBEIRO INDA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA POPULAÇÃO ADULTA
ATENDIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO NORTE
GAÚCHO**

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

Orientador: Prof^ª. Me^a. Daniela Teixeira Borges

Coorientador: Prof. Me. Rogério Tomasi Riffel

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Renata dos Santos Rabello

PASSO FUNDO, RS

2023

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Inda, Gabrielle Ribeiro
Prevalência de Transtornos Psiquiátricos na população adulta atendida da Atenção Primária à Saúde em um município do Norte Gaúcho / Gabrielle Ribeiro Inda. -- 2023.
81 f.

Orientadora: Mestra Daniela Teixeira Borges
Coorientadores: Mestre Rogério Tomasi Riffel, Doutora Renata dos Santos Rabello
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2023.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Transtornos Mentais. 4. Depressão. 5. Ansiedade. I. Borges, Daniela Teixeira, orient. II. Riffel, Rogério Tomasi, co-orient. III. Rabello, Renata dos Santos, co-orient. IV. Universidade Federal da Fronteira Sul. V. Título.

GABRIELLE RIBEIRO INDA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA POPULAÇÃO ADULTA
ATENDIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO NORTE
GAÚCHO**

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

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

____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me^a. Daniela Teixeira Borges

Orientadora

Prof.^a Dra. Shana Ginar da Silva

Prof.^a Me^a. Bruna Chaves Lopes

Dedico este trabalho aos meus amados pais, Patricia e Victor, cujo amor, carinho e incentivo foram a bússola que guiou minha jornada. Agradeço por me proporcionarem as condições mais extraordinárias, por acreditarem em mim e serem meus alicerces neste caminho que percorro. Minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por me sustentar durante esta jornada, proporcionando a força necessária para superar mais esta etapa em minha vida.

Agradeço a minha orientadora, Prof^ª. Me^a. Daniela Teixeira Borges, por acreditar desde o início neste projeto, pelo apoio constante, pelos valiosos conselhos e pelo compartilhamento de conhecimentos.

Agradeço os meus coorientadores, Prof. Me. Rogério Tomasi Riffel e Prof^ª. Dra. Renata dos Santos Rabello, por contribuírem com este trabalho, por sua disponibilidade e pela atenção ao me auxiliarem sempre que necessário.

Agradeço a Dr^a Ivana Loraine Lindemann, por todo apoio e por ter me orientado no tema do projeto, assim como ser uma excelente coordenadora da pesquisa maior da qual fiz parte. Expresso também minha gratidão aos meus colegas que participaram ativamente da coleta de dados, tornando este projeto possível.

Agradeço ao meus pais, Patricia Pinto Ribeiro In da e Victor Evandro Escobar In da, pelo amor incondicional, cuidado constante, apoio e dedicação a mim. Serei eternamente grata por todas as oportunidades que me proporcionaram na vida.

Agradeço ao meu companheiro de vida, Haniel Willen Araújo Souza, pelo amor, força, auxílio e atenção desde o início desta jornada. Sou eternamente grata por tê-lo ao meu lado, e por você ter me apoiado de todas as formas possíveis neste projeto. A vida é boa com você.

Agradeço minha família, por todo amor, carinho e apoio durante minha trajetória, especialmente aos meus irmãos, Juliana Silva Coelho e Danilo Guerreiro Ribeiro Campos por tornarem minha vida mais feliz. Aos meus amigos, por compartilharem os melhores momento da vida e por torcerem pela minha felicidade.

“Nunca tenha certeza de nada, porque a sabedoria começa com a dúvida”
(Sigmund Freud, 1856 – 1939)

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um Trabalho de Curso (TC) realizado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo, RS. O volume foi estruturado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e está em conformidade com o Regulamento do TC. Este trabalho é intitulado “Prevalência de Transtornos Psiquiátricos na População Adulta Atendida na Atenção Primária à Saúde em um Município do Norte Gaúcho”, e foi desenvolvido pela acadêmica Gabrielle Ribeiro Inda, sob orientação da Prof.^a Me.^a Daniela Teixeira Borges, coorientação do Prof. Me. Rogério Tomas Riffel e coorientação da Prof.^a Dra. Renata dos Santos Rabello. Esse volume é composto por três partes, sendo a primeira o projeto de pesquisa, desenvolvido no componente curricular (CCR) de Trabalho de Curso I (TC I), no quinto semestre do curso em 2022/2. A segunda parte inclui um relatório descritivo da execução do Projeto no CCR Trabalho de Curso II, durante o sexto semestre em 2023/01. A terceira parte inclui um artigo científico com a compilação dos resultados obtidos, atividade realizada no CCR Trabalho de Curso III 2023/02.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) visa responder uma boa parcela dos problemas da população a ela adscrita, por tanto é necessário a reflexão sobre as práticas de saúde mental na APS. Será realizado um estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico cujo objetivo é investigar a prevalência de transtornos psiquiátricos na população adulta atendida na APS, realizado no período de agosto de 2022 a dezembro de 2023. O presente estudo é um recorte do Projeto intitulado “Agravos, Morbidade e Assistência à Saúde na Atenção Primária”. A população alvo do estudo é constituída de pacientes adscritos nas unidades de saúde do município de Marau/RS. A amostra probabilística foi selecionada por sorteio dentre os pacientes atendidos no ano de 2019 e foram incluídos indivíduos de ambos os sexos e de qualquer idade. Para o presente estudo, foram selecionados os dados dos pacientes da população adulta (20-59 anos). Os seguintes dados foram obtidos de prontuários online: peso, altura, morbidades, medicamentos em uso, prática de atividade física, consumo de tabaco, consumo de álcool e diagnóstico de quaisquer transtornos psiquiátricos. Os dados após conferência e codificação, foram digitados e validados no *software* EpiData versão 3.1 (distribuição livre) e as análises estatísticas foram realizadas no *software* PSPP (distribuição livre). As ferramentas descritivas utilizadas serão tabelas. O cálculo da prevalência de transtornos psiquiátricos será obtido por meio da divisão do total de casos diagnosticados pela amostra do estudo. Para avaliar a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes será utilizado o teste qui quadrado, com intervalo de confiança de 95%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$. Espera-se encontrar maior prevalência dos transtornos depressivos e de ansiedade na população do presente estudo. Assim como, encontrar uma alta prevalência dos transtornos psiquiátricos no sexo feminino, principalmente os transtornos depressivos e ansiosos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Transtornos Mentais, Depressão, Ansiedade.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) aims to address a significant portion of the population's problems within its assigned jurisdiction; therefore, reflection on mental health practices in PHC is necessary. A quantitative, cross-sectional, descriptive, and analytical study will be conducted with the objective of investigating the prevalence of psychiatric disorders in the adult population served in PHC, carried out from August 2022 to December 2023. This study is a subset of the project entitled "Injuries, Morbidity, and Health Care in Primary Care." The target population comprises patients assigned to health units in the municipality of Marau/RS. The probabilistic sample was selected randomly from patients seen in the year 2019, including individuals of both sexes and any age. For this study, data from adult patients (20-59 years) were selected. The following data were obtained from online medical records: weight, height, morbidities, medications in use, physical activity, tobacco consumption, alcohol consumption, and diagnosis of any psychiatric disorders. After verification and coding, the data were entered and validated in the freely distributed EpiData software version 3.1, and statistical analyses were performed using the freely distributed PSPP software. Descriptive tools utilized will be tables. The calculation of the prevalence of psychiatric disorders will be obtained by dividing the total diagnosed cases by the study's sample. To assess the relationship between the dependent variable and independent variables, the chi-square test will be used, with a confidence interval of 95%, considering values of $p < 0.05$ as significant. Higher prevalence of depressive and anxiety disorders is expected in the study population, as well as a high prevalence of psychiatric disorders in females, particularly depressive and anxiety disorders.

Keywords: Primary Health Care, Mental Health, Mental Disorders, Depression, Anxiety.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DESENVOLVIMENTO	15
2.1 PROJETO DE PESQUISA	15
2.1.1 Tema	15
2.1.2 Problemas	15
2.1.3 Hipóteses	15
2.1.4 Objetivos	15
2.1.4.1 Objetivo Geral	15
2.1.4.2 Objetivos Específicos	15
2.1.5 Justificativa	16
2.1.6 Referencial Teórico	16
2.1.6.1 Transtornos Depressivos	17
2.1.6.2 Transtornos Ansiosos	20
2.1.6.3 Transtorno Bipolar	24
2.1.6.4 Outros Transtornos Psiquiátricos	26
2.1.7 Metodologia	27
2.1.7.1 Tipo de estudo	26
2.1.7.2 Local e período de realização	27

2.1.7.3 População e amostragem	27
2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados	27
2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise de dados	28
2.1.7.6 Aspectos éticos	28
2.1.8 Recursos	28
2.1.9	29
	Cronograma
2.1.10	29
	Referências
2.1.11 Anexos	33
2.1.11.1 Anexo A- Ficha de Coleta de Dados.....	33
2.1.11.2 Anexo B - Parecer Consubstanciado do CEP.....	43
3. RELATÓRIO DE PESQUISA	52
4. ARTIGO CIENTÍFICO	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
6. ANEXOS.....	70
6.1 Anexo A- Normas do Jornal Brasileiro de Psiquiatria.....	70

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais (TM) são uma disfunção da atividade cerebral, do raciocínio, do comportamento, do humor, da forma de aprendizado e maneira de dialogar com o próximo. De acordo com a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), os TM se classificam como uma doença com manifestação psicológica associada a um comprometimento funcional decorrente de disfunção social, genética, biológica, química ou física. São classificados, como mudanças do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia significativa, gerando prejuízos no desempenho pessoal em todos os âmbitos de vida do indivíduo (SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

Os TM apresentam uma prevalência alta na sociedade. Um estudo brasileiro demonstrou que os TM mais prevalentes no país são os transtornos de humor, como o transtorno de ansiedade e depressão, seguidos dos transtornos de dependência química, destaca-se o uso de nicotina, transtorno de sintomas somáticos e abuso/dependência de álcool (SALGADO, FORTES, 2021). Outro estudo realizado com usuários de unidades de atenção primária mostrou a prevalência de 23,9% de depressão nas mulheres (MOLIMA, et al., 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização da atenção à saúde focada em responder de maneira regionalizada, sistematizada e contínua à maior parcela de necessidades de saúde da população, com ações curativas e preventivas, busca igualmente atender todas as necessidades dos usuários, incluindo os problemas de saúde mental (MATTA, MOROSINI, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecendo os impactos dos TM na população e a necessidade de tratamento dos transtornos, lançou um Plano de Ação de Saúde Mental. Este indica a necessidade de maior cobertura de serviços para os TM garantindo de forma integral o cuidado aos indivíduos (SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

Os cuidados primários de saúde são vistos como base para a redução de diferença entre o que é disponibilizado pela rede de saúde e o que a população necessita em termos de tratamento em saúde. Considera-se fundamental o fornecimento de cuidados primários em saúde mental para a atenuação da lacuna de tratamento que deve proporcionar longitudinalidade, integralidade e acesso do cuidado a população (SALGADO, FORTES, 2021).

As políticas de ações da APS, organizadas pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), baseadas no cuidado longitudinal e na criação de vínculos com os pacientes, colaboram com as novas ideias construídas com a Reforma Psiquiátrica. Assim, a produção de ações em saúde mental pelas equipes de ESF, pode ser visualizada como a forma mais propícia de mobilizar recursos e atingir as finalidades propostas pela Reforma Psiquiátrica (SOUZA *et al.*, 2012).

Considera-se que na APS as equipes não estão preparadas suficientemente para atender pacientes com transtorno psiquiátrico, necessitando de uma capacitação e apoio para aprender novas formas de abordar os pacientes que apresentam algum transtorno psiquiátrico (LIMA, FLECK, 2011). As ações das APS para o cuidado e identificação dos pacientes com transtorno mental, integrando os profissionais da atenção primária com os profissionais de saúde mental é essencial para maior redutibilidade de problemas (IVBIJARO *et al.*, 2014).

Os determinantes sociais atuam como papel essencial nos resultados dos cuidados de saúde e na sua prestação pois a saúde mental tem necessidades que vão além da saúde e dos cuidados sociais. Sua integração vai além do setor de saúde para atender as todas as carências dos pacientes e integrar a prestação de cuidados de saúde mental e física (IVBIJARO *et al.*, 2014).

Dados do Ministério da Saúde relatam que a maioria das pessoas com algum TM não buscam nenhum atendimento psiquiátrico, muitas vezes por razões ligadas aos estigmas, aos preconceitos da sociedade, ao desconhecimento da doença, à falta de serviços adequados para o atendimento, ao medo envolvido, entre outras. Ainda mostram que 3% da população geral brasileira possui algum TM grave e persistente, sendo que, dentre esses, 6% apresentam TM decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas. Ademais, dentre os pacientes que apresentam algum TM, 12% carecem de algum atendimento, seja esse eventual ou contínuo. (SANTOS, SIQUEIRA, 2010) .

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no seu relatório mostra que os TM correspondem a 12% da carga mundial de doenças 3 a 1% da mortalidade, mas menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações de saúde mental. Entretanto, mais de 40% dos países carecem de políticas em saúde mental e 30% não tem programas para essa área (SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

Visto as necessidades de identificar de forma correta os TM e sua alta prevalência na APS, é fundamental os cuidados primários de saúde para a efetivação de um correto diagnóstico e um adequado tratamento para os pacientes que são usuários da APS. A população deve ser atendida de maneira adequada, alcançando a integralidade e longitudinalidade e possibilitando melhorias ou a formulação de novas políticas públicas na APS. O presente trabalho possibilita verificar a prevalência dos transtornos psiquiátricos na população adulta atendida na APS e visa fornecer dados que possam auxiliar na abordagem e no diagnóstico dos transtornos mentais da população.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

Prevalência de Transtornos Psiquiátricos na População Adulta da Atenção Primária à Saúde no Norte Gaúcho.

2.1.2 Problema(s)

- Qual a prevalência de transtornos psiquiátricos na população adulta atendida da atenção primária ?
- Qual o transtorno psiquiátrico mais prevalente na população adulta atendida da atenção primária ?
- Quais as características sociodemográficas, comportamentais e epidemiológicas da população adulta atendida?
- Qual a relação dos transtornos psiquiátricos com as demais características da população?

2.1.3 Hipótese(s)

- Há uma prevalência de aproximadamente 30% de transtornos psiquiátricos na população adulta da atenção primária. Dentre os transtornos mentais há uma maior prevalência dos transtornos depressivos e ansiosos, sendo respectivamente, 15% e 10%.
- O transtorno depressivo maior será aquele com prevalência elevada na população adulta.
- A maior parte da população adulta atendida na Atenção Primária de Saúde será do sexo feminino, entre 20 e 40 anos e autodeclaradas brancas.
- Será observado uma maior prevalência dos transtornos psiquiátricos em mulheres entre 20 e 40 anos.

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Objetivo geral

Verificar a prevalência de transtorno psiquiátricos na população adulta atendida na atenção primária à saúde.

2.1.4.2 Objetivos específicos

- Verificar qual transtorno psiquiátrico na população adulta da atenção primária apresentam maior prevalência.
- Descrever características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da população

atendida.

- Relacionar as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da população adulta com os transtornos psiquiátricos apresentados pela população adulta.

2.1.5 Justificativa

O atual modelo da atenção primária à saúde (APS) visa responder 80% de agravos da população a ela adscrita, implicando os problemas de saúde mental. Um estudo constatou uma alta prevalência de problemas de saúde mental no Brasil e que esses estão associados a um impacto no desenvolvimento sustentável dos indivíduos. Deve ser garantido um cuidado na saúde mental da população de forma integral (SALGADO, FORTES, 2021).

Desse modo, os transtornos psiquiátricos constituem um importante problema de saúde pública que necessitam dos cuidados primários à saúde pois esta é considerada base para a redução entre o que a população necessita em termos de tratamento à saúde e o que é ofertado pela rede de saúde. O presente trabalho pode fornecer um novo panorama em saúde, tanto para psiquiatria como para a atenção primária à saúde, ele poderá sinalizar uma possível necessidade de reavaliação de determinadas políticas públicas ao que se refere aos cuidados dos transtornos mentais na APS.

Os dados de prevalência dos transtornos psiquiátricos na APS são escassos, o que também justifica a realização deste estudo.

2.1.6 Referencial teórico

Os transtornos psiquiátricos são alterações das atividades da mente que prejudicam o desenvolvimento do indivíduo em sua vida social, pessoal, familiar, nos estudos, no trabalho no entendimento de si e do próximo, na possibilidade de autocrítica, na condescendência de si e dos outros e na oportunidade de ter prazer na vida por completo. Assim, os transtornos psiquiátricos não deixam nenhum parâmetro da condição humana inalterado (AMARAL, 2011). A divisão dos transtornos psiquiátricos é descrita no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS) da Associação Psiquiátrica Americana. O último publicado, DSM-5, é o resultado de um processo de doze anos de revisões, estudos e pesquisa de campo com o objetivo de viabilizar uma fonte segura e cientificamente embasada para sua aplicação na prática clínica e aplicabilidade em pesquisa (ARAÚJO, NETO, 2013).

Os transtornos são divididos em: transtornos de neurodesenvolvimento, bipolar, depressivos, ansiedade, obsessiva-compulsivo, relacionados a trauma e a estressores, dissociativos, sintomáticos, alimentares, da eliminação, do sono-vigília, disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, relacionados a substâncias e transtornos aditivos, neurocognitivos, de personalidade, parafílicos, do movimento induzido por medicamentos e outros efeitos adversos de medicamentos e

outros transtornos mentais, espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, disfunções sexuais e disforia de gênero (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS), por sua vez, é o primeiro nível de atenção em saúde, que se qualifica por ações de saúde, compreendendo a promoção e a proteção da saúde, a reabilitação, a redução de danos, a prevenção de agravos, a manutenção da saúde, o diagnóstico e o tratamento. O objetivo da APS é desenvolver uma atenção integral, tanto na esfera individual quanto na coletiva, para gerar resultados na saúde da população, incluindo a saúde mental. Por ser a principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção desse sistema, a APS deve se guiar pelos princípios da acessibilidade, da integralidade da atenção, da humanização, da universalidade, da responsabilização, da equidade e da continuidade do cuidado. Dessa maneira, a Atenção Primária tem a capacidade de sistematizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, seja dos mais simples ao mais complexo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

2.1.6.1 Transtornos Depressivos

Os transtornos depressivos têm como característica comum a presença de humor deprimido, vazio ou irritável, acompanhado de alterações cognitivas e somáticas que afetam imensamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. Suas diferenças estão entre os aspectos de duração, etiologia e momento. Dos transtornos depressivos estão incluídos os: transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo maior (unipolar), transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno depressivo persistente (distímia), é uma síndrome distímica pura ou um episódio maior persistente. Se manifesta com três ou mais dos seguintes sintomas, falta de esperança, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, concentração ou tomada de decisão comprometidas, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia e humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias. Os sintomas devem se manifestar no mínimo durante 2 anos consecutivos e um deles deve ser um humor deprimido (MELEIRO, 2018). Um estudo brasileiro mostrou que a prevalência de distímia é de aproximadamente 3 a 6% da população em geral (SPANEMBERG, JURUENA, 2004).

O transtorno disruptivo da desregulação do humor é caracterizado por uma irritabilidade crônica grave, e esta apresenta duas manifestações clínicas relevantes, a primeira são frequentes explosões de raiva e a segunda é a irritabilidade grave. Esse transtorno, é habitual entre as crianças que se apresentam em clínicas pediátricas de saúde mental. As estimativas da prevalência do

transtorno na população não são muito evidentes, mas provavelmente está dentro de uma variação de 2 a 5% e espera-se uma taxa mais elevada no sexo masculino e em idade escolar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno disfórico pré-menstrual é definido por sintomas emocionais e comportamentais que acontecem de forma repetida durante a semana anterior ao início da menstruação e têm remissão com o início da menstruação ou alguns dias depois (MELEIRO, 2018). Os sintomas são a labilidade do humor, irritabilidade, sintomas de ansiedade e irritabilidade. A prevalência estimada é entre 1,8 e 5,8% em mulheres que menstruam (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, por sua vez, se caracteriza por um humor persistentemente irritado ou deprimido, ou prazer ou interesse diminuídos na maior parte das atividades. O transtorno pode se desenvolver durante ou logo após o uso de substâncias para fins recreativos ou usando medicamentos prescritos (MELEIRO, 2018). A prevalência desse transtorno gira em torno de 0,26% na população adulta dos Estados Unidos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno depressivo devido a outra condição médica, caracterizado por humor irritável ou deprimido, com a diminuição de prazer ou interesse na grande parte das atividades. A partir da, anamnese, exame físico ou os testes laboratoriais é possível averiguar que o transtorno é causado por outra condição médica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno depressivo maior (unipolar), é caracterizado por uma história de um ou mais episódios depressivos maiores e sem história de mania ou hipomania. A duração do episódio depressivo maior é um período de pelo menos duas semanas, com cinco ou mais dos seguintes sintomas: insônia ou hipersonia, anedonia, humor deprimido, alteração no apetite ou peso, baixa energia, falta de concentração, pensamentos de inutilidade ou culpa, retardo ou agitação psicomotora e pensamentos recorrentes sobre morte ou suicídio, sendo que um dos sintomas, considerados os maiores, deve ser humor deprimido ou anedonia (MELEIRO, 2018). Além do mais, o episódio depressivo não é causado por medicamentos ou condições médicas gerais concomitantes (VAHIA, 2013).

O diagnóstico e a avaliação do transtorno depressivo maior são estruturados por intermédio de entrevistas e exames clínicos. Apesar do diagnóstico desse transtorno não ser realizado por meio de exames laboratoriais, tais exames são constantemente necessários para descartar outras patologias que podem contribuir ou causar episódios depressivos (PARK, ZARETE, 2019). Os pacientes que apresentam depressão maior clinicamente significativa consultam mais com um clínico geral que do que com um psiquiatra (MOJTABAI, OLFSON, 2008; MARCUS, OLFSON, 2010; HARMAN, VEAZIE, LYNESS, 2006). Dos pacientes que frequentam a APS, cerca de 50%

não são examinados ou avaliados quanto à depressão pelos profissionais de saúde (KATO, et al., 2018).

Nos Estados Unidos, o transtorno depressivo maior tem uma prevalência de 7%. Um estudo mostrou que a prevalência no Brasil chega a 12,6% e em pacientes com doenças crônicas pode chegar a 25% (FRANCISCONI, 1998; VILAS-BÔAS, 2015). Outros estudos mostraram a diferença da prevalência do transtorno depressivo maior. Nos Estados Unidos e Europa que são países desenvolvidos, a prevalência é cerca de 18%. Nos países em desenvolvimento, como Brasil e China a prevalência estimada ao longo da vida é de 9%. Essa diferença entre os países desenvolvidos e os que estão em desenvolvimento mostra uma variação real nos determinantes da depressão devido a muitos fatores, como, genéticos, culturais, vieses de seleção de amostras e problemas com a portabilidade transcultural dos critérios diagnósticos (GUREJE, KOLA E AFOLABI, 2007; WEISSMAN, *et al.*, 1996).

Outra pesquisa realizada no Brasil, mostrou uma prevalência de depressão ao longo da vida de aproximadamente de 15,5%. Já na APS a prevalência desse transtorno é próxima de 10,4%, correlacionada a um transtorno físico ou isoladamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Entre as regiões brasileiras, o Rio Grande do Sul teve a maior prevalência de depressão autorreferida em adultos domiciliados, cerca de 17,9% (BRITO, 2022). Conforme a Organização Mundial da Saúde a depressão está em 4º lugar entre as principais causas de sobrecarga, correspondendo a 4,4% dos ônus gerados por todas as doenças durante a vida, ocupando o 1º lugar se considerar o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida, sendo de aproximadamente 11,9% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Os sintomas de depressão maior podem se sobrepor aos sintomas de outros transtornos psiquiátricos e médicos gerais. Dentre os diagnósticos diferenciais desse transtorno, pode-se citar a Depressão Bipolar, que tem episódios de depressão semelhantes do transtorno depressivo maior. Nos pacientes com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar os sintomas depressivos, tendem a ter intensidade mais leves nas fases de remissão da doença. A diferenciação entre as depressões tem consequências muito relevantes para o manejo clínico e o prognóstico dos pacientes (MELEIRO, 2018).

Outros diagnósticos diferenciais que podem ocorrer são dos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade, pois nele a destrutibilidade e a baixa tolerância à frustração podem ocorrer também em um episódio depressivo maior. O transtorno de adaptação com humor deprimido é diferente de um episódio depressivo maior que ocorre em resposta a um estressor psicossocial, pois no transtorno de adaptação não estão satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior. Por último, a tristeza são aspectos intrínsecos à experiência humana, esses períodos não são diagnosticados com um episódio depressivo maior, salvo os critérios de gravidade (AMERICAN

PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O tratamento do transtorno depressivo maior é feito pelos antidepressivos de segunda geração que incluem: moduladores de serotonina, inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRs), inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina (SNRIs) e antidepressivos atípicos. É usado também os antidepressivos de primeira geração: inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) e antidepressivos tricíclicos (MARCUS, OLFSON, 2010; MOJTABIA, OLFSON, 2008; SPIJKER, NOLEN, 2010). Em relação a psicoterapias, a TCC é frequentemente escolhida para o tratamento inicial, pois têm sido mais analisadas do que as outras psicoterapias (CUIJPERS *et al.*, 2014).

2.1.6.2 Transtorno Ansiosos

Os transtornos ansiosos compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas, sendo a ansiedade uma antecipação de ameaça futura e o medo uma resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida. Os dois estados se justapõem, mas são diferentes, a ansiedade está associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cuidado e esquivamento, já o medo é mais relacionado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, comportamentos de fuga e pensamentos de perigo imediato (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno de ansiedade se diferencia do quadro ansioso e do medo adaptativo, uma vez que esse apresenta um longo período de manifestação clínica, além de períodos adequados ao nível de desenvolvimento. Esses se diferenciam da ansiedade e do medo provisórios, por serem constantes, induzidos por estresse, apesar do critério de duração ser apenas o guia geral, com a chance de ser flexível. A relevância do medo e da ansiedade nos pacientes, é feita pelo clínico devido ao fato que os indivíduos com transtorno de ansiedade em geral superestimam o perigo nas situações que evitam ou temem. A maioria dos transtornos ansiosos ocorrem na infância e tendem a persistir se não forem tratados, em sua maioria acontecem em indivíduos do sexo feminino (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os transtornos de ansiedades estão divididos em: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade especificado e transtorno de ansiedade não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

No transtorno de ansiedade de separação, existe ansiedade e medo excessivo de separar-se de figuras de apego, ou de casa, inadequados para a fase de desenvolvimento. Esse transtorno é muito comum na infância. Ainda que, a ansiedade de separação tenha sido classificada como

condição de início na infância e adolescência, pode ocorrer a possibilidade do diagnóstico ser feito desde a infância a vida adulta, segundo o DSM-5 (MELEIRO, 2018).

O transtorno de ansiedade de separação, geralmente se inicia aos 8 meses e aumenta até os 13 a 15 meses, quando começar a diminuir, esse pode ser autolimitado, mas muitos persistem ou se desenvolve outro distúrbio na vida adulta (MELEIRO, 2018). Um estudo realizado no Sul do Brasil mostrou que a prevalência desse transtorno é cerca de 4% (CASTILLO, *et al.*, 2000).

O mutismo seletivo se caracteriza por fracasso da fala, sendo mais comum em situações com uma maior demanda social, seja na presença de adultos ou crianças, mas não em todos os ambientes. É mais habitual a criança apresentar esse comportamento com familiares mais distantes ou na escola, mas consegue dialogar dentro de casa ou com os familiares próximos. Tem seu início, geralmente entre os 3 e 6 anos, mas seu diagnóstico entre 5 e 8 anos, geralmente após a criança entrar na escola. Mais comum nas meninas e pode ocorrer ao longo de meses ou prosseguir por anos (MELEIRO, 2018). Um estudo, mostrou a prevalência de menos de 1% do mutismo seletivo (PEIXOTO, *et al.*, 2017).

A fobia específica (FE), é caracterizada por um medo irracional e exagerado a uma situação ou objeto particular, causando um impacto negativo no dia a dia. O curso da fobia específica é persistente com grave prejuízo no dia a dia, e divide-se em 5 categorias, de acordo com o estímulo fóbico, ambiente natural, animal, situacional, sangue-injeção ferimentos, entre outros (MELEIRO, 2018). Um estudo realizado em São Paulo, com 103 pacientes tratados em ambulatório a prevalência da FE foi verificada em 26,2% dos pacientes, sendo que, as mulheres tinham duas vezes maior chance de apresentar FE que os homens (TERRA, GARCEZ, BETINA, 2007).

O transtorno de ansiedade social (fobia social), pode-se dividir o transtorno em 2 subtipos: o primeiro, o transtorno de ansiedade social tipo generalizado, é definido por ansiedade e medo de receber alguma avaliação negativa ou de ser envergonhado em situações sociais com pessoas desconhecidas. O segundo, é conhecido como transtorno de ansiedade social tipo desempenho, identificado por medo em situações específicas, como dar uma aula, falar em público ou fazer uma apresentação musical. A prevalência do transtorno de ansiedade social é entre 10 a 13% em toda população (MELEIRO, 2018).

O transtorno de pânico é definido pela ocorrência repetida de crises de pânico, sem ter relação com alguma fobia específica (MELEIRO, 2018). Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto, que tem seu pico em minutos, sendo que durante sua ocorrência pode ocorrer palpitações, taquicardia, sudorese, tremores ou abalos, sensação de asfixia, náusea ou desconforto abdominal, dor ou desconforto torácico, calafrios ou ondas de calor, sensação de tortura, desrealização ou despersonalização, parestesias, medo de perder o controle, enlouquecer ou medo de morrer (MELEIRO, 2018; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Um

estudo realizado na cidade de São Paulo verificou que a prevalência do transtorno de pânico é cerca de 1,6%. (SALUM, BLAYA, MANFRO, 2009).

Um estudo realizado pela Mini Internacional Neuropsychiatric Interview, mostrou uma maior prevalência do transtorno de ansiedade generalizada de 14,3% e da agorafobia, com cerca de 17,9%. A agorafobia é caracterizada por ansiedade e/ou evitação de certas situações. Frequentemente os pacientes que apresentam esse transtorno relatam medo de sintomas de pânico e pode ou não ter um histórico de ataques de pânico. Na maior parte dos casos, o indivíduo evita situações por medo de vivenciar sintomas de pânico e como consequência o constrangimento ou sentimento de desamparo. Os pacientes sentem medo de ficarem sobrecarregados por sintomas de ansiedade a ponto de perder o controle ou morrer. Muitas preocupações com perda de controle são próprias para cada indivíduos, em alguns casos podem ter mais problema em descrever seu medo e podem relatar ele como uma sensação de pavor ou morte iminente (COSTA, *et al.*, 2008).

O diagnóstico é feito por uma avaliação psiquiátrica amplo do paciente e requer que os sintomas ocorram em pelo menos duas das cinco situações subsequentes que o paciente apresente medo ou ansiedade: sair de casa sozinho, permanecer em locais fechados, como lojas, teatros ou cinemas, permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão, uso de transporte público, como automóveis, ônibus, trens, navios ou aviões e permanecer em espaços abertos, como áreas de estacionamento, mercados ou pontes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A agorafobia pode ocorrer sozinha ou concomitante com o transtorno de pânico, apesar da alta probabilidade de ocorrer quando os sintomas de pânico estão presentes. A presença da agorafobia está associada a prejuízo significativo no funcionamento, desemprego e grau de incapacidade e seu diagnóstico é feito independente do transtorno de. Os fatores de risco para agorafobia incluem a idade mais jovem, sexo feminino, presença de transtorno de pânico e outras fobias (WITTCHEN *et al.*, 2008).

É necessária uma avaliação cuidadosa para ser concluído um diagnóstico diferencial. Nas fobias específicas e agorafobia, o paciente relata variadas situações que evita. Se torna fundamental determinar o foco do medo em casa situação para distinguir os dois. Nas fobias específicas, os medos geralmente se concentram em aspectos específicos da situação ou objeto que diferem entre as situações evitadas, diferente da agorafobia que o foco do medo é o mesmo em todas as situações (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Outro diagnóstico diferencial é o transtorno de ansiedade social, onde os medos são focados na avaliação negativa das outras pessoas e ocorre um esquivamento das situações sociais, e os indivíduos se sentem confortáveis em entrar em uma situação que não tivessem outras pessoas no local. No transtorno de ansiedade de separação, é necessário examinar o foco da preocupação, visto que isto ajudará a diferenciar os transtornos, pois, nesse distúrbio, o medo se concentra na separação

de casa ou das principais figuras de apego (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

No transtorno de estresse pós-traumático é essencial examinar os gatilhos e o contexto de evitação que podem diferenciar ele com a agorafobia. Nesse transtorno, existe uma história de trauma. Já no transtorno depressivo maior a anedonia e o retraimento social podem ser parecidos com as características de evitação da agorafobia. Assim, determinar as razões para o esquívamento das situações sociais é útil para diferenciar os transtornos. E, por fim, certas condições médicas podem estar relacionadas com uma ansiedade relevante e evitação situacional, fazendo com que o medo e ansiedade estejam relacionados com o problema de saúde (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Há poucos estudos de tratamento para agorafobia fora dos ensaios em pacientes com transtorno de pânico e agorafobia. O tratamento da agorafobia deve seguir recomendações para agorafobia no contexto do transtorno de pânico. As classes de medicamentos usadas é: inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs), inibidores da recaptção da serotonina-norepinefrina (IRSNs), inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), antidepressivos tricíclicos e benzodiazepinas. No meio dos tratamentos psicossociais se destaca a TCC pois é amplamente apoiada por ensaios clínicos (BAKKER, BALKOM, SPINHOVEN, 2002; CLARK, 1986).

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) tem uma prevalência significativa na população e um dos transtornos mentais mais comuns em ambientes comunitários e clínicos (WITTCHEN *et al.*, 2008). A TAG é caracterizada por uma preocupação excessiva e persistente que é difícil de controlar. Ocorre na maioria dos dias por pelo menos seis meses e causa muito dano ou sofrimento significativo. Outros sintomas que pode afetar os pacientes são, a apreensão e irritabilidade e sintomas físicos com a tensão muscular e o cansaço (COSTA *et al.*, 2019).

Na TAG os sintomas característicos são preocupação excessiva ou ansiedade sobre saúde, relacionamentos interpessoais, trabalho ou outros eventos da vida. Normalmente as preocupações parecem reais, mas elas são desproporcionais ao impacto do evento previsto ou do objeto de preocupação. Os sintomas no geral causam prejuízo ou sofrimento no funcionamento psicossocial e os indivíduos com TAG expõem sentirem maiores preocupações com assuntos menores do que os controles (BALDWIN, 2022).

O diagnóstico é realizado nas pessoas com preocupação excessiva e ansiedade que ocorrem em mais dias do que não por pelo menos seis meses, associadas a sintomas somáticos, como irritabilidade, distúrbios do sono, tensão muscular. Os sintomas não são devido a outras condições médicas ou efeitos de substâncias e causam significativo sofrimento ou prejuízo no funcionamento ocupacional, social e outras áreas importantes (BALDWIN, 2022).

No diagnóstico diferencial é importante saber que a ansiedade estão presente em muitos transtornos e estado não patológicos. Essa pode estar presente na depressão, a diferenciação

acontece pelas características da preocupação e pela presença ou ausência de sintomas associados. No transtorno de ansiedade de doença e no transtorno de sintoma somático, está presente a preocupação, mas na TAG a preocupação diz a respeito aos vários âmbitos da vida. No transtorno de pânico, os indivíduos apresentam ataques paroxístmicos, estes não estão presentes na TAG. E por fim, a ansiedade não patológica é visualizada em muitas pessoas, ocorre a diferenciação pelo efeito da preocupação ou da ansiedade. Desta maneira, é imprescindível ser realizado uma boa anamnese para compreender se a preocupação causa prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas da vida do indivíduo. (BALDWIN, 2022).

O principal objetivo do tratamento é reduzir os sintomas de ansiedade, e como consequência melhorar o funcionamento do paciente. As principais escolhas para o tratamento são os medicamentos com efeitos ansiolíticos e a TCC (WEISSMAN, 2006).

O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento tem sintomas proeminentes de pânico e ansiedade, que são considerados como decorrentes dos efeitos de uma substância. Os sintomas devem acontecer durante ou logo após a exposição a um medicamento ou abstinência da substância, sendo que, dados de prevalência desse transtorno não são claros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.1.6.3 Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar deve ser considerado em pacientes que apresentam sintomas de depressão maior, hipomania ou mania, incluindo características mistas. Os transtornos bipolares estão divididos em: transtorno bipolar tipo I, tipo II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar relacionado induzido por substância/medicamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno bipolar I apresenta episódios maníacos e quase sempre apresenta episódios depressivos maiores e hipomaníacos. No transtorno bipolar tipo II é definido por pelo menos um episódio hipomaníaco, pelo menos um episódio depressivo maior e ausência de episódios maníacos. Pacientes que apresentam pelo menos quatro episódios durante um período de 12 meses são classificados como “ciclagem rápida” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A avaliação inicial dos pacientes com possível diagnóstico de transtorno bipolar deve incluir histórico médico geral e psiquiátrico, estado mental e exame físico e um conjunto de exames laboratoriais. Deve ser avaliado: a depressão maior, mania, hipomania, comportamentos impulsivos ou de risco, fatores de risco para tentativas de suicídio e mortes, características psicóticas, doenças psiquiátricas e médicas gerais e comportamentos impulsivos ou de risco. Importante analisar a intensidade, duração e frequências dos episódios anteriores de humor (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os episódios de humor bipolar incluem mania, hipomania e depressão maior. Os quadros maníacos são muito constantes nos pronto-socorro psiquiátricos e em ambulatórios. A mania é a euforia (alegria patológica), a expansão e a soberba com grandiosidade ou engrandecimento do eu, que pode estar acompanhado de taquipsiquismo que é o estado de euforia com a dificuldade de interromper o discurso e aceleração do débito verbal (MELEIRO, 2018).

Os principais sintomas de mania são: humor elevado, irritável e expansivo; aumento da energia ou atividade direcionada a objetos. Os sintomas acontecem por pelo menos uma semana, quase todos os dias, durante a maior parte do dia e pelo menos três ou quatro dos seguintes sintomas devem estar presentes: autoestima inflada ou grandiosidade, distração, fala mais falante do que o habitual ou pressionada, diminuição da necessidade de sono, pensamentos acelerados ou fuga de ideias, aumento na atividade direcionada a objetivos ou agitação psicomotora e envolvimento excessivo em atividades com alto potencial de consequências dolorosas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Nos episódios de mania, o paciente tem o comportamento alterado de maneira prejudicial, incluindo comportamentos de risco, com envolvimento em atividades arriscadas e ações inapropriadas. O paciente pode estar impulsivo, desta maneira, tem frequentes gastos e compras demasiadas, além de, iniciar diversas atividades ou projetos, que podem estar em oposto com sua situação de vida (MELEIRO, 2018).

A hipomania é descrita como um humor anormal e persistentemente elevado ou irritável, o aumento de energia ou atividade, com duração de pelo menos quatro dias consecutivos, na maior parte do dia. Durante sua ocorrência devem estar presentes pelo menos três ou quatro dos sintomas que caracterizam a mania. Na hipomania não estão presentes os sintomas psicóticos (MELEIRO, 2018).

Na depressão bipolar é necessário pelo menos cinco dos sintomas a seguir por pelo menos duas semanas, sendo um dos sintomas disforia ou anedonia: pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida ou tentativa de suicídio, pensamentos de inutilidade ou culpa inadequada quase todos os dias, capacidade diminuída de pensar ou se concentrar quase todos os dias, agitação ou retardo psicomotor quase todos dias, fadiga ou perdas de energia, perda ou ganho de peso significativo, humor deprimido na maior parte do dia e diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades. Pode ocorrer subtipos de episódios de humor bipolar, estes incluem: características psicóticas que podem ter delírios e alucinações, catatonia, angústia ansiosa, característica mistas, características melancólicas e atípicas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O tratamento de manutenção padrão do transtorno bipolar consiste em farmacoterapia mais psicoterapia adjuvante. É sugerido a farmacoterapia de manutenção para quase todos os pacientes

eutímicos com transtorno bipolar e estudos incentivam o início da farmacoterapia de manutenção desde o início da doença. A indicação para todos os pacientes bipolares é a psicoterapia durante o tratamento para prevenir recaídas e aumentar a adesão ao tratamento (POST, 2022).

Os medicamentos podem ser diferenciados como tratamento de primeira, segunda e terceira linha, com base na quantidade de dados e qualidade que demonstram a eficácia de cada medicamento na prevenção de episódios recorrentes de humor bipolar. Entre os medicamentos usados, o lítio foi mais amplamente estudado do que qualquer outro tratamento de manutenção para o transtorno bipolar manias (SMITH et al., 2007).

O uso do lítio reduz o risco de recaída em aproximadamente 30%. Uma meta-análise de cinco ensaios randomizados, com 753 pacientes, avaliou o uso do lítio por um a dois anos, os resultados mostram que as recaídas ocorreram em menos pacientes que receberam lítio em comparação com placebo. Por tanto, o lítio parece muito eficaz na prevenção de recorrências de manias (SMITH et al., 2007).

Aproximadamente 4% da população adulta mundial sofre de transtorno bipolar e, segundo a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB), esses números valem para o Brasil, o que retrata 6 milhões de pessoas no país (D'ALAMA, 2013). Um estudo realizado no sul do Brasil mostrou uma prevalência de 4,8% para o transtorno bipolar tipo I e 3,4% para o transtorno bipolar tipo II (LIMA, FLECK, 2011)

O transtorno ciclotímico, é caracterizado pela cronicidade e oscilação do humor, nele há períodos de sintomas depressivos e sintomas hipomaníacos distintos entre si. Os sintomas devem estar presentes durante o período inicial de dois anos, e qualquer intervalo sem sintomas não pode durar mais de dois meses. O diagnóstico é feito para quando os critérios de episódio depressivo maior, hipomaníaco e maníaco não são satisfeitos. A prevalência do transtorno ciclotímico é de 0,4% a 1% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno bipolar relacionado induzido por substância/medicamento, tem como características diagnósticas as mesmas que depressão, hipomania ou mania. Uma importante exceção, é quando os episódios de hipomania ou mania ocorrem após o uso de medicamento antidepressivo ou outros tratamentos e persiste além dos efeitos fisiológicos do fármaco, é diagnóstico de transtorno bipolar. Não existe uma prevalência estimada para esse transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.1.6.4 Outros Transtornos Psiquiátricos

Os transtornos psiquiátricos correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade segundo o relatório da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (SANTOS, SIQUEIRA, 2010). Um estudo publicado em 2016 revelou que as doenças mentais

equivalem a 32,4% dos anos por incapacidade e a 13% dos anos de vida ajustados por incapacidade (VIGO, THORNICROFT, ATUN, 2016). Estudos brasileiros, mostram que a prevalência dos transtornos mentais varia entre 17 e 25% (SANTOS, et al., 2019).

Um estudo realizado no Sul do Brasil, mostrou as prevalências dos TM em pacientes do Programa Saúde em Família. O transtorno depressivo maior foi o que tem a maior prevalência com 17,6%. Os demais foram: esquizofrenia com 0,5%, hipocondria com 0,4%, distímia com 11,3%, transtorno obsessivo compulsivo com 0,8%, transtorno de estresse pós-traumático com 3,2%, entre outros (GONÇALVES, KAPZINSKI, 2008).

É possível visualizar altas prevalências de TM na população e como está necessita de uma ótima avaliação para um diagnóstico correto, pelos profissionais de saúde, e um tratamento adequado. Desta maneira é essencial a compreensão dos transtornos psiquiátricos, para alcançar melhor os pacientes que vão em busca do atendimento nos APS, por isso este estudo visa verificar as prevalências dos TM e compreender as necessidades da população.

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico.

2.1.7.2 Local e período de realização

O estudo será realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau/RS no período de março a dezembro de 2023.

2.1.7.3 População e amostragem

Este estudo será um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Agravos, Morbidade e Assistência à Saúde na Atenção Primária”.

A população alvo da pesquisa maior é constituída de pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau/RS. A amostra probabilística foi selecionada por sorteio dentre os pacientes atendidos no ano de 2019 e foram incluídos indivíduos de ambos os sexos e de qualquer idade. O tamanho da amostra da pesquisa maior foi calculado considerando-se o nível de confiança de 95%, poder de estudo de 80%, razão de não expostos/expostos de 5:5, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 6,7% e RP de 2. Assim, totalizando um n de 1.234. Tendo em vista a pretensão de fazer análises globais e, separadamente nas diferentes faixas etárias da população atendida, a amostra final foi composta de 4.936 participantes.

Para o presente estudo, foram selecionados os dados de 1.581 pacientes que correspondiam

ao total da população adulta (20-59 anos) da amostra.

Critérios de inclusão do presente estudo: Pacientes de ambos os sexos da população adulta (20-59 anos), que foram atendidos no ano de 2019 na Atenção Primária à Saúde no município de Marau/RS

2.1.8.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

Os dados do projeto maior foram coletados pelos acadêmicos da equipe, da qual a pesquisadora do atual trabalho fez parte. A equipe após treinamento, acessou mediante *login* e senha fornecidos pela SMS, os prontuários eletrônicos disponíveis no sistema de prontuários integrados das Estratégias Saúde da Família do município, o G-MUS- Gestão Municipal de Saúde, transcrevendo os dados para a ficha de coleta (Anexo A). Os participantes foram identificados por números sequenciais conforme ordem de coleta e não foram coletados dados de identificação, mantendo o sigilo médico. A coleta foi realizada, nos domicílios dos acadêmicos da equipe, em espaço reservado visando garantir o anonimato e a privacidade dos dados das participantes.

De todos os dados coletados no instrumento original, para fins de cumprimento dos objetivos da presente pesquisa serão utilizados os seguintes dados do prontuário: Variáveis independentes: características de saúde (peso, altura, morbidades e medicamentos em uso) características sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade e situação no mercado de trabalho), comportamentais (prática de atividade física, consumo de tabaco e de álcool). Variável dependente: diagnóstico de quaisquer transtornos psiquiátricos.

2.1.8.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados após conferência e codificação, foram digitados e validados no *software* EpiData versão 3.1 (distribuição livre). As análises estatísticas foram realizadas no *software* PSPP (distribuição livre) e compreenderam frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão das numéricas.

O cálculo da prevalência de transtornos psiquiátricos será obtido por meio da divisão do total de casos diagnosticados pela amostra do estudo, com intervalo de confiança de 95%. Para avaliar a relação entre a variável dependente (transtorno psiquiátrico) e as variáveis independentes (comportamentais, sociodemográficas e de saúde) será utilizado o teste qui quadrado, admitindo-se erro tipo I de 5%.

2.1.8.6 Aspectos éticos

O projeto intitulado “Agravos, Morbidade e Assistência à Saúde na Atenção Primária” foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (Anexo B) sob o número

de Parecer 4.769.903.

2.1.8 Recursos

Os custos do projeto serão totalmente arcados pela pesquisa da pesquisa. São previstos os seguintes custos:

Item	Quantidade	Valor Total (R\$)	Especificação
Notebook	1	2.800,0	Samsung Expert
Internet	1	300,0	MHNET
Total do orçamento	-	3.100,0	-

2.1.9 Cronograma

Atividades de 2023	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Revisão da Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Processamento e divulgação dos resultados						X	X			
Redação e divulgação dos resultados								X	X	X

2.1.10 Referências

AMARAL, O.L. Instituto de Estudos e Orientação da Família: Transtornos Mentais. *In: Transtornos Mentais*. [S. l.], 2019. Disponível em: <http://www.inef.com.br/transtornos.html>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-5. 5. ed. rev. [S. l.]: ArtMed, 2014.

ARAÚJO, A. C.; NETO, F. L. Nova classificação americana para os transtornos mentais - o DMS-5. *Scielo*, [s. l.], 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352013000200011.

BALDWIN, D. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. **UpToDate**, [s. l.], 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=transtorno%20de%20ansiedade%20genralziada&source=search_result&selectedTitle=1~150 BRAZIL'S Family Health Strategy: Using Community Health Care Workers to Provide Primary Care. The Commonwealth Fund, 2016. Disponível em:

<https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/dec/brazils-family-health-strategy-using-community-health-care-workers>.

BAKKER, A; BALKOM, A. J.; SPINHOVEN, P. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. **PubMed**, [s. l.], 2022. DOI 10.1034/j.1600-0447.2002.02255.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12197851/>.

CASTILLO, A. R. GL. *et al.* Transtornos de ansiedade. **SciELO**, [s. l.], 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/>

CLARK, D. M. A cognitive approach to panic. **PubMed**, [s. l.], 1986. DOI 10.1016/0005-7967(86)90011-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3741311/>.

COSTA, C.O. *et al.* Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **SciELO**, [s. l.], 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/PSrDy4ZFSGDCzNgJfJwVRxz/?lang=pt>.

CUIJPERS, P. *et al.* The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. **PubMed**, [s. l.], 2014. DOI 10.1016/j.jad.2014.02.026. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24679399/>.

D'ALAMA, Luna. Transtorno Bipolar. **ABRATA**, [s. l.], 2013. Disponível em: <https://www.abrata.org.br/transtorno-bipolar-atinge-4-dos-adultos-saiba-mais-sobre-a-doenca/>.

FRANCISCONI, J. R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Conselho Federal de Medicina (Ed.). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **SciELO**, [s. l.], 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XbYkqsFtTrQ9G93P6qMJMwf/abstract/?lang=pt>.

GUREJE, O.; KOLA, E.; AFOLABI, L. Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: a community-based survey. **PubMed**, [s. l.], 2007. DOI 10.1016/S0140-6736(07)61446-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17869636/>.

HARMAN, J. S.; VEAZIE, P. J.; LYNESS, J. M. Primary care physician office visits for depression by older Americans. **UpToDate**, [s. l.], 2006. Disponível em: <https://referenciabibliografica.net/a/pt-br/ref/abnt>.

IVBIJARO, G. O. *et al.* Collaborative Care: Models for Treatment of Patients with Complex Medical-Psychiatric Conditions. **SpringerLink**, SpringerLink, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-014-0506-4>.

KATO, E. *et al.* Missed Opportunities for Depression Screening and Treatment in the United States. **PubMed**, [s. l.], 2018. DOI 10.3122/jabfm.2018.03.170406. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29743222/>.

LIMA, Ana Flávia Barros da Silva; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. **Scielo**, [s. l.], 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/7V98Bbcv7gqPLBc79xmHfrB/?format=html>.

MARCUS, S. C.; OLFSON, M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. **PubMed**, [s. l.], 2010. DOI 10.1001/archgenpsychiatry.2010.151. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21135326/>.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. Atenção Primária a Saúde. **Dicionário Educação da Profissional em Saúde**, [s. l.], 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>.

MELEIRO, Alexandrina. **Psiquiatria estudos fundamentais**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MOJTABAI, R.; OLFSON, M. National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. **PubMed**, [s. l.], 2008. DOI 10.4088/jcp.v69n0704. Disponível em: <https://referenciabibliografica.net/a/pt-br/ref/abnt>.

PARK, L.T.; JR, C. A. Z. Depression in the Primary Care Setting. **PubMed**, [s. l.], 2019. DOI 10.1056/NEJMcp1712493. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726688/>.

PEIXOTO, A. C. *et al.* Selective mutism: a case study with interdisciplinary treatment. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [s. l.], 2017. Disponível em: http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=244.

POST, R. M. Bipolar disorder in adults: Choosing maintenance treatment. **UpToDate**, [s. l.], 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-choosing-maintenance-treatment?search=transtorno%20afetivo%20bipolar%20tratmento&source=search_result&selectEdTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H124117.

SALGADO, M. A.; FORTES, S. L. C. L. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. **Scielo**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5b6TwpghJyXQvPxfgLnnSgF/?format=html>.

SALUM, G. A.; BLAYA, C.; MANFRO, G. G. Transtorno do pânico. **Revista Psiquiátrica**, [s. l.], 2009.

SANTOS, E. S.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Scielo**, [s. l.], 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/FNQ5qZjtSdwznsjZzH7H7jS/?lang=pt>.

SANTOS, G. B. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Scielo**, [s. l.], 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/B4xZbzc6ZLt5ghtsdXJq9gf/?lang=pt>Gustavo de Brito Venâncio dos Santos.

SAÚDE, M. D. O que é Atenção Primária?. **Ministério da Saúde**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>.

SAÚDE, M. D. **Depressão**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-1#:~:text=De%20acordo%20com%20estudo%20epidemiol%C3%B3gico,associada%20a%20um%20transtorno%20f%C3%ADsico>.

SMITH, L. A. *et al.* Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: a systematic review of randomized controlled trials. **PubMed**, [s. l.], 2007. DOI 10.1111/j.1399-5618.2007.00490.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17547586/>.

SOUZA, L. G. S. *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Scielo**, [s. l.], 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gRtsvP8swWpfJ7wp943Lknd/?lang=pt>.

SPANEMBERG, L.; JURUENA, M. F. Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. **Scielo**, [s. l.], 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/mKkkpzcSt9kCpSjp6FyDS7J/?lang=pt#:~:text=A%20preval%C3%AAncia%20da%20distímia%20%C3%A9,encontradas%20na%20pr%C3%A1tica%20m%C3%A9dica5>.

SPIJKER, J; NOLEN, W. A. An algorithm for the pharmacological treatment of depression. **PubMed**, [s. l.], 2010. DOI 10.1111/j.1600-0447.2009.01492.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19878134/>.

TERRA, M. B. *et al.* Fobia específica: um estudo transversal com 103 pacientes tratados em ambulatório. **Scielo**, [s. l.], 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/CVC6ZD7S7ndLxyBS8GHgmFs/?lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2022.

VAHIA, V. N. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. **PubMed Central**, [s. l.], 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777342/>.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. **PubMed**, [s. l.], 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26851330/>.

VILLAS-BÔAS, M. E. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista Bioética**, [s. l.], 2015.

WEISSMAN, M. *et al.* National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. **PubMed**, [s. l.], 2006. DOI 10.1001/archpsyc.63.8.925. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16894069/>.

WEISSMAN, M. *et al.* Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. **PubMed**, [s. l.], 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8656541/>.

WITTCHEN, H. *et al.* Agoraphobia and panic. Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. **PubMed**, [s. l.], 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18277061/>.

2.1.11 Anexos

2.1.11.1 Anexo A - Ficha de Coleta de Dados

ANEXO A

UFFS-PESQUISA: Agravos, morbidade e assistência à saúde na Atenção Primária	
Pesquisadora Responsável: Profª Drª Ivana Loraine Lindemann. ivana.lindemann@uffs.edu.br (54) 9 8163 1716	
Número do participante	NUME _____
Nome/número do acadêmico pesquisador:	ACADE ____
VARIÁVEIS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICAS	
Número do prontuário:	PEP _____
Unidade de Saúde:	UNI ____
Área: (0000) Fora de área	AREA _____
Microárea: (000000) Fora de área	MICRO_____/____
Data da última consulta médica em 2019:	DATAME____/____/____ ____
Data da última consulta de enfermagem em 2019:	DATAEN____/____/____ ____
Nome completo	NOME
Data de nascimento:	DATAN____/____/____ ____
Nacionalidade (1) Brasileiro (2) Naturalizado (3) Estrangeiro (4) Não informado	NACI__
Naturalidade (1) Marau (2) Outro (3) Não informado	NATU__
Sexo (1) Masculino (2) Feminino (3) Ignorado	SEXO__
Orientação sexual (1) Heterossexual (2) Homossexual (3) Bissexual (4) Outro (5) Não informado	ORI__
Identidade de gênero (1) Homem transexual (2) Mulher transexual (3) Travesti (4) Outro (5) Não informado	GENE__
Raça/cor (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela (6) Não informado	COR__
Frequenta escola ou creche (1) Sim (2) Não (3) Não informado	CRECHE__

Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou? (01) Creche (02) Pré-escola (exceto CA) (03) Classe Alfabetizada – CA (04) Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries (05) Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries (06) Ensino Fundamental Completo (07) Ensino Fundamental Especial (08) Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) (09) Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) (10) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) (11) Ensino Médio Especial (12) Ensino Médio EJA (Supletivo) (13) Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado (14) Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) (15) Nenhum (16) Não informado (17) Não condizente com a idade	CURSO__ __
---	------------

Situação no mercado de trabalho (01) Empregador (02) Assalariado com carteira de trabalho (03) Assalariado sem carteira de trabalho (04) Autônomo com previdência social (05) Autônomo sem previdência social (06) Aposentado/Pensionista (07) Desempregado (08) Não trabalha (09) Servidor Público/Militar (10) Outro (11) Não informado	TRABA__ __
--	---------------

GERAIS E MORBIDADES

Participa de algum grupo comunitário? (0) Não/não informado (1) Sim Qual(is):	GRUPO__ QGRUPO
Peso (em gramas):	PESO__ __ __ __ __ __
Altura/comprimento (em centímetros):	ALTU__ __ __
Índice de Massa Corporal (IMC):	IMC__ __, __ __
Autorelato de atividade física (1) Sim (0) Não/não informado	AF__
Está fumante? (1) Sim (0) Não	FUMA__
Faz uso de álcool? (1) Sim (0) Não	BEBE__

Faz uso de outras drogas? (1) Sim (0) Não	DROGA__
Tem hipertensão arterial sistêmica? (1) Sim (0) Não	HAS__
Tem diabetes <i>mellitus</i> ? (1) Sim (0) Não Qual o tipo de DM? (1) Tipo 1 (2) Tipo 2 (3) Gestacional (4) Informação não localizada	DM__ QDM__
Teve dislipidemia? (1) Sim (0) Não	DISLI__
Teve AVC/derrame? (1) Sim (0) Não	AVC__
Teve infarto? (1) Sim (0) Não	IAM__
Tem doença cardíaca/do coração? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Insuficiência cardíaca (2) Outro (3) Não sabe	CARDI__ QCARDI__
Tem ou teve problema nos rins? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Insuficiência renal (2) Outro (3) Não sabe Realiza terapia renal substitutiva? (1) Sim (0) Não Qual o tipo de terapia renal substitutiva:	RINS__ QRINS__ TRS__ QTRS
Tem doença respiratória/no pulmão? (1) Sim (0) Não Qual? (1) Asma (2) DPOC/Enfisema (3) Outro (4) Não sabe	RESPI__ QRESPI__
Tem hanseníase? (1) Sim (0) Não	HANSE__
Está com tuberculose? (1) Sim (0) Não	TUBE__
Tem ou teve câncer? (1) Sim (0) Não Qual a localização do câncer:	CA__ LCA
Teve alguma internação nos últimos 12 meses? (1) Sim (0) Não Qual(is) causa(s):	INTERNA_ _ CAUSA
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde? (0) Não (1) Sim Qual(is)?	MENTA__ QMENTA
Está acamado? (1) Sim (0) Não	CAMA__
Está domiciliado? (1) Sim (0) Não	DOMI__
Uso de plantas medicinais (1) Sim (0) Não	CHA__

Qual(is):	QCHA
Usa outras Práticas Integrativas e Complementares (0) Não (1) Sim Qual(is):	PICS__ QPICS
Outra condição/doença do paciente (0) Não (1) Sim Qual(is):	CONDI__ QCONDI
Medida da pressão arterial sistólica:	PAS__ __ __
Medida da pressão arterial diastólica:	PAD__ __ __

EXAMES

Considerar a data de registro ou de realização mais recente no ano de 2019

Registro de exames (0) Não há registro (1) Sim, com descrição de resultados (2) Sim, sem descrição de resultados	EXAMES __
Mamografia (1) Sim (0) Não Resultado BIRADS: _____	MMG__ BIRADS____
Papanicolau (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo para neoplasia (1) Alterado	CP__ RCP__
Sangue oculto nas fezes (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo (1) Positivo	PSOF__ RPSOF__
Colonoscopia (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado	COLONO__ RCOLONO__
PSA TOTAL (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	PSA__ RPSA____, _____
Colesterol total (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	CT__ RCT____, _____
HDL (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	HDL__ RHDL____, _____
LDL (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	LDL__ RLDL____, _____
Triglicerídeos (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	TG__ RTG____, _____
Glicemia de jejum (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	GJ__ RGJ____, _____
Hemoglobina glicada (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	HB1AC__ RHB1AC____, _____
TGO (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	TGO__ RTGO____, _____
TGP (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	TGP__ RTGP____, _____
TSH (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	TSH__ RTSH____, _____
Creatinina sérica (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	CREATI__ RCREATI____, _____
Ureia (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	URE__ RURE____, _____
Hematócrito (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	HT__ RHT____, _____
Hemoglobina (1) Sim (0) Não Resultado _____, _____	HB__ RHB____, _____
EPF (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado	EPF__ REPF__

Parasita:	PARASITA
Teste rápido HIV (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo (1) Positivo (2) Indeterminado	TRHIV__ RTRHIV__
Teste rápido de sífilis (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo (1) Positivo	TRSIF__ RTRSIF__
VDRL (1) Sim (0) Não Resultado 1 / ____ (000) Não reagente	VDRL__ RVDRL____
HbsAg (1) Sim (0) Não Resultado (0) Negativo/Não reagente (1) Positivo/Reagente	HBSAG__ RHBSAG__
Teste rápido hepatite B (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente	TRHB__ RTRHB__
Teste rápido hepatite C (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente	TRHC__ RTRHC__
Toxoplasmose IgM (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente (2) Não se aplica Valor _____, _____	TOXOM__ RTOXOM__ VTOXOM_____, _____
Toxoplasmose IgG (1) Sim (0) Não Resultado (0) Não reagente (1) Reagente Valor _____, _____	TOXOG__ RTOXOG__ VTOXOG_____, _____
MEDICAMENTOS EM USO	
Anotar todos os medicamentos em uso contínuo (nome/nome comercial)	MEDI
Anotar todos os medicamentos (nome/nome comercial) indicados no plano da consulta (prescritos na última consulta de 2019)	FARMA
Encaminhamentos para especialidades médicas e outros (1) Sim (0) Não Qual(is):	ENCA__ QENCA
GESTANTES	
Gestante (1) Sim (0) Não	GESTA__
DUM ____/____/_____	DUM ____/____/____ ____
DPP ____/____/_____	DPP ____/____/____ ____
Tipo gestação (0) Gestação única (1) Gestação gemelar/múltipla	TIPOG__
Gravidez planejada/desejada (1) Sim (0) Não	PLANE__
Gestação prévia (1) Sim (0) Não	GESTAP__

Número de gestações totais <i>(incluindo a atual e todas as anteriores)</i> :	PARI__ __
HISTÓRICO GESTACIONAL <i>Mulheres com paridade maior ou igual a dois - informações sobre gestações prévias</i>	
Aborto <i>(interrupção involuntária de uma gestação antes da 20ª semana)</i> (1) Sim (0) Não	ABORTO__
Prematuridade (1) Sim (0) Não	PREMA__
Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia (1) Sim (0) Não	ECLA__
Diabetes gestacional (1) Sim (0) Não	DMG__
Hipertensão gestacional (1) Sim (0) Não	HASG__
Excesso de ganho de peso (1) Sim (0) Não	EPESOG__
Outros agravos gestacionais (0) Não (1) Sim Qual(is):	OHG__ QOHG
GESTAÇÃO ATUAL <i>Informações sobre a primeira consulta de pré-natal</i>	
Idade gestacional na primeira consulta de pré-natal (em semanas completas):	IGPN1__ __
Início do pré-natal (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre	INIPREN __
Data da primeira consulta de pré-natal:	DATAPN1 __ __/ __ __/ __ __ __ __
Peso na primeira consulta de pré-natal (em gramas):	PESOPN1__ __ __ __ __ __

Altura na primeira consulta de pré-natal (em centímetros):	ALTUG__ __ __
Medida da pressão arterial sistólica na primeira consulta de pré-natal: _____	PASPN1__ __ __
Medida da pressão arterial diastólica na primeira consulta de pré-natal: _____	PADPN1__ __ __
Hemograma realizado na primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não	HEMOPN1 __
Resultado ABO (1) A (2) B (3) AB (4) O	ABO__
Resultado Fator Rh (0) Negativo (1) Positivo	RH__
Resultado glicemia de jejum primeira consulta de pré-natal: _____(mg/dl)	GJPN1 __ __ __ , __ __
EQU primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não	EQU PN1 __
Urocultura primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não Resultado urocultura primeira consulta de pré-natal (0) Negativo (1) Positivo Patógeno:	UROPN1 __ RUROPN1 __ PATOGENO1

Realização de exames ultrassonográficos primeira consulta de pré-natal (1) Sim (0) Não Alterações:	ULTRAPN1 __ ALTERA1
INFORMAÇÕES SOBRE CONSULTA DE PRÉ-NATAL DO SEGUNDO TRIMESTRE (14 a 26 semanas de gestação) <i>* Se a gestante iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, anotar informações da consulta mais próxima à 14ª semana</i> <i>* Se a gestante iniciou o pré-natal no segundo trimestre, anotar informações da consulta mais próxima à 26ª semana</i>	
Data da consulta de pré-natal do segundo trimestre:	DATAPN2 __ __ / __ __ / __ __
Idade gestacional na consulta de pré-natal do segundo trimestre (em semanas completas):	IGPN2 __ __
Peso na consulta de pré-natal do segundo trimestre (em gramas):	PESOPN2 _____
Medida da pressão arterial sistólica na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____	PASPN2 __ __ __
Medida da pressão arterial diastólica na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____	PADPN2 __ __ __
Hemograma realizado na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não	HEMOPN2 __
Resultado glicemia de jejum na consulta de pré-natal do segundo trimestre: _____ (mg/dl)	GJPN2 _____ , _____
EQU na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não	EQU PN2 __
Urocultura na consulta de pré-natal do segundo trimestre (1) Sim (0) Não Resultado urocultura na consulta de pré-natal do segundo trimestre (0) Negativo (1) Positivo Patógeno:	UROPN2 __ RUROPN2 __ PATOGENO2
Realização de exames ultrassonográficos (1) Sim (0) Não Alterações:	ULTRAPN2 __ ALTERA2
INFORMAÇÕES SOBRE A CONSULTA DE PRÉ-NATAL DO TERCEIRO TRIMESTRE (a partir da 27ª semana) <i>* Anotar as informações da última consulta de pré-natal registrada no prontuário</i>	
Data da consulta de pré-natal do terceiro trimestre (segundo trimestre):	DATAPN3 __ __ / __ __ / __ __
Idade gestacional na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (em semanas completas):	IGPN3 __ __
Peso na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (em gramas):	PESOPN3 _____
Medida da pressão arterial sistólica na consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____	PASPN3 __ __ __
Medida da pressão arterial diastólica na consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____	PADPN3 __ __ __
Hemograma realizado na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não	HEMOPN3 __

Resultado glicemia de jejum consulta de pré-natal do terceiro trimestre: _____ (mg/dl)	GJPN3 ____ , ____
EQU na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não	EQU PN3 __
Urocultura na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (1) Sim (0) Não Resultado da urocultura na consulta de pré-natal do terceiro trimestre (0) Negativo (1) Positivo Patógeno:	URO PN3 __ RURO PN3 __ PATOGENO3
Bacterioscopia de fluido/secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação) (1) Sim (0) Não Resultado bacterioscopia (0) Negativo (1) Positivo Resultado:	BACTE __ RBACTE __ RESUBA
Realização de exames ultrassonográficos: (1) Sim (0) Não Alterações:	ULTRAPN3 __ ALTERA3

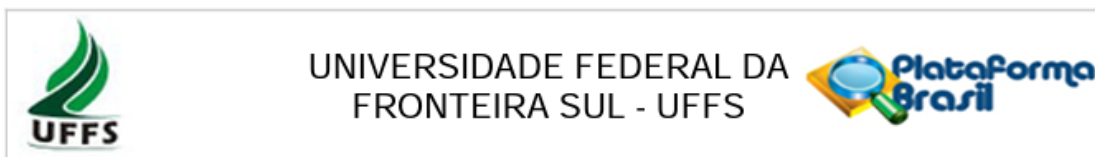
INFORMAÇÕES DO PARTO E DO NASCIMENTO <i>(referente à gestação acompanhada no módulo anterior)</i>	
Data do parto:	DATAP __/__/__ ____
Idade gestacional (em semanas completas):	IGP ____
Desfechos gestacionais (1) Vivo (2) Aborto (3) Neomorto (4) Natimorto	DESFE __
Tipo de parto (1) Normal (2) Cesáreo	PARTOG __
Local do parto (1) Maternidade em Marau/Hospital Cristo Redentor (HCR) (2) Maternidade em outro município (3) Em casa	LPARTO __
Complicações na gestação e no parto Oligodramnia (1) Sim (0) Não Descolamento prematuro de placenta - DPP (1) Sim (0) Não Amniorrexe prematura (1) Sim (0) Não Eclâmpsia (1) Sim (0) Não Pré-eclâmpsia (1) Sim (0) Não Diabetes gestacional (1) Sim (0) Não Hemorragia (1) Sim (0) Não Hipertensão arterial (1) Sim (0) Não Síndrome de Hellp (1) Sim (0) Não Outras complicações no parto (0) Não (1) Sim Qual(is):	OLIGO __ DESCO __ AMNIO __ ECLAP __ PECLAP __ DMGP __ HEMOP __ HASP __ HELLP __ OCOMPLI __ QCOMPLI
Número de consultas de pré-natal:	NCONSU ____
Recebeu orientação para aleitamento exclusivo (1) Sim (0) Não	OAME __
CRIANÇAS <i>Considerar 0-12 anos completos</i>	

Criança (1) Sim (0) Não	CRIA__
Nome da mãe:	NOMEM
Número do prontuário da mãe: OBS: buscar informações no prontuário da mãe, se necessário.	PEPM_____
Peso ao nascer (em gramas):	PESON_____
Comprimento ao nascer (em centímetros):	COMP __ __
Perímetro cefálico ao nascer (em centímetros):	PC__ __
Idade gestacional ao nascimento (semanas completas)	IGEN__ __
Tipo de parto (0) Normal (1) Cesáreo	PARTOC__
APGAR do 1º minuto: __ __	APGAR1__ __
APGAR do 5º minuto: __ __	APGAR5__ __
Aleitamento (1) Materno Exclusivo (2) Materno Predominante (3) Materno Misto/Complementado (4) Artificial/Materno Inexistente (5) Nenhum	ALE__
Idade de início do complemento (em meses):	COMPLE__ __
Introdução alimentar (1) Sim (0) Não Idade de início da introdução alimentar (em meses):__ __	IA__ IDAIA__ __
Teste do pezinho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	PE__ RPE__ QRPE
Teste do olhinho/Reflexo vermelho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	OLHO__ ROLHO__ QROLHO
Teste da orelhinha (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	ORE__ RORE__ QRORE
Teste do coraçãozinho (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	CORA__ RCORA__ QRCORA
Teste da linguinha (1) Sim (0) Não Resultado (0) Normal (1) Alterado Qual(is) alterações:	LINGUA__ RLINGUA__ QRLINGUA

<p>Periodicidade de consultas médicas nos 2 primeiros anos de vida</p> <p>1 semana (1) Sim (0) Não</p> <p>1 mês (1) Sim (0) Não</p> <p>2 meses (1) Sim (0) Não</p> <p>4 meses (1) Sim (0) Não</p> <p>6 meses (1) Sim (0) Não</p> <p>9 meses (1) Sim (0) Não</p> <p>12 meses (1) Sim (0) Não</p> <p>18 meses (1) Sim (0) Não</p> <p>24 meses (1) Sim (0) Não</p> <p>Acompanhamento irregular (1) Sim (0) Não</p>	<p>PRISE__</p> <p>UME__</p> <p>DOME__</p> <p>QUAME__</p> <p>SEME__</p> <p>NOVEME__</p> <p>DOZEME__</p> <p>DEZOME__</p> <p>VINTEME__</p> <p>IRRE__</p>
<p>Suplementação de Ferro</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim. Idade de início (em meses): __ __</p>	<p>FERRO__</p> <p>IFERRO__ __</p>
<p>Suplementação de Vitamina D</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim. Idade de início (em meses): __ __</p>	<p>VITAD__</p> <p>IVITAD__ __</p>
<p style="text-align: center;">Observações gerais</p> <p style="text-align: center;"><i>Anotar qualquer outra informação que julgar importante</i></p>	<p>GERA</p>

2.1.11.2 Anexo B - Parecer Consubstanciado do CEP

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária

Pesquisador: Ivana Loraine Lindemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47211821.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.769.903

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal descritivo e analítico, com abordagem quantitativa de dados secundários, a ser realizado de agosto de 2021 a julho de 2026, tendo como população pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau/RS. O estudo objetiva descrever aspectos relacionados à ocorrência de agravos e de morbidade, bem como à assistência à saúde da população. Os dados referentes a características sociodemográficas, comportamentais e de saúde dos pacientes serão coletados dos prontuários eletrônicos da rede de saúde. Espera-se que os resultados gerados possam ser úteis às gerências dos serviços e à gestão de saúde municipal, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações no intuito de melhorar o atendimento oferecido e, conseqüentemente, as condições de saúde da população. Espera-se ainda, fortalecer a inserção da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) em âmbito local e regional e colaborar com o desenvolvimento da comunidade, propósitos estes, que fazem parte da missão institucional.

COMENTÁRIOS:

Adequado

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

Objetivo da Pesquisa:**TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:**

Será verificado o predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, assim como, uma forte influência das características sociodemográficas e comportamentais sobre sua ocorrência.

HIPÓTESE – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário: Descrever aspectos relacionados à ocorrência de agravos e de morbidade, bem como à assistência da população atendida na Atenção Primária à Saúde. Objetivo Secundário: Descrever características sociodemográficas e de comportamento; Descrever os agravos e as doenças mais prevalentes; Analisar a influência de características sociodemográficas e comportamentais sobre a ocorrência de agravos e de doenças; Descrever aspectos técnicos de atendimentos e de procedimentos oferecidos nos serviços; Contribuir para a qualificação dos registros e dos bancos de dados dos serviços de saúde.

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:

Adequado

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**TRANSCRIÇÃO – RISCOS:**

Assim como em qualquer projeto de pesquisa que inclua a análise de prontuários, existem riscos inerentes, incluindo a possibilidade de divulgação acidental dos dados de algum participante. Buscando minimizar a probabilidade de ocorrência desse risco, os participantes serão identificados por códigos numéricos nas fichas de coleta e no banco de dados, não sendo coletadas informações que possibilitem a sua identificação. Além disso, a coleta de dados será realizada por

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

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

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



Continuação do Parecer: 4.769.903

acadêmicos da equipe de pesquisa, a partir de acesso específico fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde(SMS), em seus próprios domicílios, em espaço reservado, visando garantir o anonimato e a privacidade dos dados das participantes. No caso de concretização do risco, o estudo será interrompido, o participante será excluído e a SMS será imediatamente comunicada

RISCOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Considerando a natureza do estudo, em que os participantes já terão concluído o seu atendimento, não estão previstos benefícios diretos. Contudo, a participação poderá trazer benefícios indiretos, com a possibilidade do aprimoramento dos serviços de saúde oferecidos à população do município a partir dos resultados obtidos.

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

Trata-se de uma pesquisa observacional, do tipo transversal descritiva e analítica, com abordagem quantitativa de dados secundários. O estudo será realizado de agosto de 2021 a julho de 2026, tendo como população pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau/RS. A amostra probabilística será selecionada por sorteio dentre os pacientes atendidos no ano de 2019 e serão incluídos indivíduos de ambos os sexos e de qualquer idade. Com o propósito de garantir o poder estatístico necessário às análises inferenciais entre as variáveis, o tamanho amostral foi calculado considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80%. Assim, para possibilitar a identificação da associação entre os diferentes desfechos (agravos e doenças) e fatores de exposição (características sociodemográficas e comportamentais), considerou-se uma razão de não expostos/expostos de 5:5, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 6,7% e RP de 2, totalizando um n de 1.234. Tendo em vista a pretensão de fazer análises globais e, separadamente nas diferentes faixas etárias da população atendida, a amostra final será composta de 1.234 crianças (0-12 anos);

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.769.903

prevalências dos desfechos (agravos e doenças) com intervalo de confiança de 95% (IC95) e verificadas suas distribuições conforme as variáveis de exposição (independentes) empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Perfil de ocorrência de agravos e morbidade, assim como da assistência à saúde na atenção primária

DESFECHOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Período previsto para coleta de dados – 08/2021

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS:

Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO:

Adequada

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

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

Adequada

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários):

Adequado

JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Adequada

Recomendações:

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFS) recomenda cautela ao/a pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

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



Continuação do Parecer: 4.769.903

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

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

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



Continuação do Parecer: 4.769.903

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_1757378.pdf	19/05/2021 18:24:20		Aceito
Folha de Rosto	CEP_folha_de_rosto.pdf	19/05/2021 18:21:38	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	CEP_cienciaSMS.pdf	19/05/2021 14:29:44	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	CEP_TCUDA.pdf	19/05/2021 14:29:20	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_dispensa_TCLE.pdf	19/05/2021 14:28:30	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	CEP_ficha_coleta.pdf	18/05/2021 13:40:32	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_projeto_completo_Marau.pdf	18/05/2021 13:39:18	Ivana Loraine Lindemann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 11 de Junho de 2021

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

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

3. RELATÓRIO DE PESQUISA

O presente projeto é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Agravos, Morbidade e Assistência à Saúde na Atenção Primária” que tem por coordenadora a Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann. Este estudo iniciou em agosto de 2021 sob orientação da Prof. Me. Daniela Teixeira Borges e coorientação do Prof. Me. Rogério Tomasi Riffel e Prof. Dra. Renata dos Santos Rabello. O projeto guarda-chuva foi apresentado e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS, em seguida, foi submetido ao Comitê de ética de Pesquisa com Seres Humanos da UFFS sob o número de Parecer 4.769.903 (Anexo B).

Após a aprovação do último, foi iniciada a coleta dos prontuários no dia 05 de Fevereiro em 2022, pelos acadêmicos da pesquisa, da qual a pesquisadora do atual trabalho fez parte, os estudantes acessaram os prontuários integrados, pelo sistema G-MUS – gestão Municipal da Saúde, com o propósito de transcrever os dados para a ficha de coleta (Anexo A).

Neste projeto, intitulado “Prevalência de transtornos psiquiátricos na população adulta atendida na atenção primária à saúde em um município do norte gaúcho”, foram incluídos 1.581 pacientes que correspondiam o total da população adulta (20-59 anos) da amostra. O banco de dados da população adulta foi recebido no dia 28 de março de 2023.

Em relação a análise de dados, estes foram digitados e validados no *software* EpiData versão 3.1 (distribuição livre) e as análises estatísticas foram realizadas no *software* PSPP (distribuição livre) e compreendem frequência absoluta e relativas das variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão das numéricas. A prevalência do desfecho (transtornos psiquiátricos) foi realizada a partir de um cálculo no qual o numerador representa os adultos com qualquer diagnóstico de transtorno psiquiátrico e o denominador, o total da população adulta incluída na amostra, com intervalo de confiança de 95% (IC95). Ademais, foi verificada a distribuição da prevalência de transtornos psiquiátricos conforme as variáveis de exposição (independentes), sendo elas, de saúde, comportamentais e sociodemográficas empregando-se o teste do qui quadrado e admitindo-se erro do tipo I de 5%.

A análise de dados no presente estudo foi iniciada no dia 01 de Maio de 2023. Após o início das análises foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) a partir das informações peso e altura fornecidas, o estado nutricional foi categorizado em 4 grupos: baixo peso, eutrófico, sobrepeso e obesidade. As variáveis morbidades e medicamentos em uso foram excluídas da análise, devido à sua natureza descritiva, dificultando sua categorização. A natureza abrangente e contínua dessas variáveis torna difícil estabelecer categorias claras, comprometendo a validade e interpretação dos resultados da pesquisa. Por fim, para estar em conformidade com as normas do Jornal Brasileiro de Psiquiatria o título do artigo foi ajustado

em relação ao título original da pesquisa.

Ao finalizar a análise e processamento dos dados, foi dado início a elaboração do artigo científico. Ademais, a redação do texto foi estruturada conforme normas do Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

4. ARTIGO CIENTÍFICO

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS IN PRIMARY HEALTH CARE

Gabrielle Ribeiro Inda¹, Rogério Tomasi Riffel², Renata dos Santos Rabello³, Daniela Teixeira Borges⁴

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

² Docente mestre do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, RS

³ Docente doutora do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, RS

⁴ Docente mestre do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, RS

Correspondência: Gabrielle Ribeiro Inda. Avenida Brasil Oeste, 1003, Centro, 99025-002. Passo Fundo, RS, Brasil.
E-mail: gabiribeiroinda@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência de transtornos psiquiátricos na população atendida na Atenção Primária à Saúde. **Método:** O presente estudo representa um recorte de uma pesquisa maior denominada “Agravos, Morbidades e Assistência à Saúde na Atenção Primária”, realizada na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau/RS, no ano de 2019. Este estudo é transversal de caráter analítico e foram selecionados dados de 1.581 pacientes que correspondiam ao total da população adulta (20-59 anos) da amostra total. Os dados, coletados de prontuários eletrônicos disponíveis no sistema G-MUS-Gestão Municipal de Saúde, após analisadas as informações sobre características de saúde, sociodemográficas e comportamentais, foram digitados e validados no *software* EpiData e as análises estatísticas realizadas no *software* PSPP, ambos de livre distribuição. Foi calculada a prevalência de transtornos psiquiátricos (variável dependente) com intervalo de Confiança (IC95%), a qual o diagnóstico de saúde mental foi encontrado no registro em prontuário. Igualmente foi analisada a distribuição da prevalência dos transtornos psiquiátricos conforme as variáveis de exposição (independentes) aplicando o teste do qui-quadrado com nível de significância de 5%. A pesquisa maior foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS sob número de Parecer 4.769.903. **Resultados:** Na amostra (n=1581), a prevalência de transtornos psiquiátricos foi de 18,3% (IC95 16-20), com diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo feminino (21,4%; p<0,0001), à cor da pele (19,4% em brancos; p<0,094), a escolaridade ensino fundamental incompleto (25,9%; p<0,335), à inserção

ao mercado de trabalho (21,6% em desempregados; $p < 0,0001$), ao consumo de tabaco (28%; $p < 0,001$) e ao consumo de álcool (34,4%; $p < 0,001$). Os transtornos com maior prevalência na população adulta, compreenderam, o Transtorno Depressivo Maior (34,9%) e o Transtorno de Ansiedade Generalizada (32,8%). **Conclusões:** A prevalência de transtornos psiquiátricos é elevada entre o sexo feminino, na cor branca, em desempregados, nos fumantes e etilistas. Assim, é importante que os profissionais de saúde atentem para a saúde mental dos usuários da APS, aprimorando o serviço e melhorar a qualidade de vida da população adulta.

Palavras-chave: Saúde mental. Transtornos Psiquiátricos. Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of psychiatric disorders in the population served in Primary Health Care. **Method:** This study represents a subset of a larger research project called "Injuries, Morbidities, and Health Care in Primary Care," conducted in Primary Health Care (PHC) in the municipality of Marau/RS, in the year 2019. This study is a cross-sectional analytical study, and data from 1,581 patients, representing the total adult population (20-59 years) of the total sample, were selected. The data, collected from electronic medical records available in the G-MUS-Municipal Health Management system, after analyzing information on health, sociodemographic, and behavioral characteristics, were entered and validated in the EpiData software, and statistical analyses were performed using the PSPP software, both freely available. The prevalence of psychiatric disorders (dependent variable) was calculated with a Confidence Interval (CI95%), for which the mental health diagnosis was found in the medical record. The prevalence distribution of psychiatric disorders was also analyzed according to exposure variables (independent) using the chi-square test with a significance level of 5%. The larger study was approved by the Research Ethics Committee with Human Beings of UFFS under Opinion number 4.769.903. **Results:** In the sample ($n=1581$), the prevalence of psychiatric disorders was 18.3% (CI95 16-20), with a statistically significant difference in relation to female gender (21.4%; $p < 0.0001$), skin color (19.4% in whites; $p < 0.094$), incomplete elementary school education (25.9%; $p < 0.335$), labor market insertion (21.6% in the unemployed; $p < 0.0001$), tobacco consumption (28%; $p < 0.001$), and alcohol consumption (34.4%; $p < 0.001$). The most prevalent disorders in the adult population were Major Depressive Disorder (34.9%) and Generalized Anxiety Disorder (32.8%). **Conclusions:** The prevalence of psychiatric disorders is high among females, whites, the unemployed, smokers, and alcohol consumers. Therefore, it is crucial for healthcare professionals to pay attention to the mental health of PHC users, improving services and enhancing the quality of life of the adult population.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Disorders, Public Health

INTRODUÇÃO

O transtorno psiquiátrico foi tradicionalmente percebido como um desvio em relação ao padrão de comportamento previamente estabelecido como normal, tanto pela sociedade em geral quanto pela comunidade científica¹. A inclusão de critérios diagnósticos operacionalizados para transtornos mentais no final da década de 1970, e sua posterior inclusão na nomenclatura do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) representaram um marco significativo para a epidemiologia psiquiátrica².

Atualmente, os transtornos mentais se configuram como uns dos principais desafios na área da saúde, tanto em nações desenvolvidas quanto em desenvolvimento. Eles implicam uma responsabilidade significativa para os serviços públicos de saúde. Estimativas apontam que cerca de 30% dos adultos globalmente preenchem os critérios de diagnóstico para algum transtorno mental. Aproximadamente 80% daqueles que lidam com esses transtornos vivem em países de média e baixa renda³.

A saúde mental, portanto, assume uma posição prioritária na saúde pública, demandando respostas cada vez mais ágeis e inovadoras por parte dos serviços de saúde. Isso implica o envolvimento dos cuidados primários de saúde e a colaboração interdisciplinar entre os setores, conforme preconizado pelas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴.

As doenças mentais, em particular os transtornos depressivos, são comumente identificados em pacientes atendidos na Atenção Primária a Saúde (APS)⁵. A depressão é um dos transtornos mentais que tem apresentado um aumento significativo em sua prevalência no Brasil, de acordo com a OMS. Entre 2005 e 2015, observou-se um aumento de cerca de 18%. Sendo importante destacar que a maioria das 322 milhões de pessoas afetadas em todo mundo são mulheres⁶.

Os transtornos ansiosos se destacam como as condições psiquiátricas mais comuns na população, como também em pacientes que recebem atendimento na APS. No contexto brasileiro, esses transtornos são a categoria mais prevalente de doenças psiquiátricas. Apesar disso, ainda é averiguado baixas taxas de uso de serviços para o tratamento da ansiedade e sem adequação clínica^{3,8}.

A APS representa a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando um papel essencial na organização da rede, na coordenação do cuidado e na gestão do fluxo de pacientes entre as diversas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Com o objetivo de colocar o foco nos indivíduos e nas comunidades, ela envolve ações de longo prazo que ultrapassam os limites dos serviços de saúde e focam na vida cotidiana das pessoas que enfrentam desafios na saúde mental⁷.

Uma vez que a APS é vista como o ponto de referência local para cuidados de saúde, é frequente que os pacientes com transtornos mentais tenham seu primeiro contato com a APS,

especialmente com os profissionais que fazem parte da Estratégia de Saúde de Família (ESF). O que se destaca, porém, é se a APS possui as capacidades técnicas pessoais e profissionais para atender a demanda em saúde mental ⁹. Existe uma constante dificuldade de implantação e incorporação do modelo psicossocial na atenção primária, um dos motivos é a baixa articulação entre os serviços da rede pública de saúde. Ainda persistem diversos obstáculos e desafios relacionados à identificação e ao acolhimento do sofrimento mental nas unidades de saúde, assim como à organização e estruturação em saúde mental na atenção primária ¹⁰.

Posto isso, o presente estudo tem como objetivo identificar a prevalência de transtornos psiquiátricos na população adulta atendida na APS em um município do norte gaúcho, e a relação com atores de saúde, sociodemográficos e comportamentais, a fim de compreender as características desse grupo populacional e contribuir com os desafios encontrados diariamente na atenção primária.

METODOLOGIA

Este estudo adota um delineamento transversal, com componente analítico, aplicando uma abordagem quantitativa de dados secundários. Faz parte de um recorte da pesquisa intitulada “Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária”, realizada na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)/*campus* Passo Fundo.

O estudo foi realizado no período de março a dezembro de 2023, na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau, no Rio Grande do Sul. A população alvo de estudo compreendeu pacientes atendidos no ano de 2019, incluindo todos os indivíduos de 20 a 59 anos, de ambos os sexos. A lista dos pacientes com agendamento para consultas médicas e de enfermagem entre 01/01 e 31/12/2019 foi adquirida através do sistema de prontuários integrados das Estratégias Saúde da Família do município, chamado G-MUS, utilizando credenciais de acesso fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os dados foram coletados dos prontuários eletrônicos disponíveis no sistema G-SUS, incluindo, para esta análise, características de saúde (peso, altura e diagnóstico de problema de saúde mental), sociodemográficas (sexo, idade, cor de pele, escolaridade e situação no mercado de trabalho) e comportamentais (práticas de atividade física, consumo de tabaco e de álcool). A partir das informações de peso e altura fornecidas, o Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado e, com base nesse cálculo, o estado nutricional foi categorizado em quatro grupos: baixo peso ($IMC \leq 18,5$ kg/m²), eutrófico ($IMC \geq 18,5$ e <25 kg/m²), sobrepeso (≥ 25 e <30 kg/m²) e obesidade (≥ 30 kg/m²) ¹¹. Os participantes foram designados com números sequenciais na pesquisa de acordo com a ordem de coleta, e não foram registrados quaisquer dados de identificação pessoal.

A fim de alcançar os resultados desejados, os dados foram duplamente digitados no *software* EpiData versão 3.1 (distribuição livre), a análise estatística compreendeu frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão das numéricas, utilizando o *software* PSPP (distribuição livre). Ainda, foi calculada a prevalência dos transtornos psiquiátricos na população adulta (variável dependente) com intervalo de confiança de 95% (IC95). Além disso, foram verificadas suas distribuições conforme as variáveis de exposição (saúde, comportamentais e sociodemográficas) empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%.

Este estudo está em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece diretrizes éticas para pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O protocolo da pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, conforme parecer de número 4.769.903.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 1581 adultos. Conforme demonstrado na Tabela 1 o perfil socioeconômico da amostra foi composto principalmente por mulheres (63,2%), indivíduos entre 30 e 39 anos (26,5%) e com cor de pele branca (68,1%). Ademais, em relação a nacionalidade e procedência, 98,3% dos indivíduos são brasileiros e 72,1% são provenientes da cidade de Marau. Em relação, a escolaridade e mercado de trabalho, 29,3% apresentam ensino fundamental completo e 21,7 % o ensino médio completo e 52,1% dos adultos trabalham.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de uma amostra de pacientes adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Marau, RS, 2019 (n=1581).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	582	36,8
Feminino	999	63,2
Idade		
20-29	358	22,7
30-39	419	26,5
40-49	411	25,9
50-59	393	24,9
Cor		
Branca	1076	68,1
Parda	381	24,1
Preta	75	4,8
Amarela	13	0,8
Indígena	4	0,2
Não Informado	32	2,0
Nacionalidade		
Brasileiro	1554	98,3

Estrangeiro	27	1,7
Procedência		
Marau	1141	72,1
Outra	419	26,5
Não Informado	21	1,4
Escolaridade		
Sem Instrução	33	0,8
Ensino Fundamental Incompleto	127	8,0
Ensino Fundamental Completo	463	29,3
Ensino Médio Completo	342	21,7
Ensino Superior Completo	112	7,1
Não informado	523	33,1
Mercado de trabalho		
Trabalha	823	52,1
Não trabalha/Não informado	758	47,9

Fonte: Própria (2023).

Tabela 2. Caracterização epidemiológica e clínica de uma amostra de pacientes adultos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Marau, RS, 2019 (n=1581).

Variáveis	n	%
Estado nutricional (n=997)		
Baixo Peso	2	0,13
Eutrofia	299	18,9
Sobrepeso	370	23,4
Obesidade	326	20,6
Prática de atividade física		
Sim	36	2,3
Não/não informado	1545	97,7
Consumo de tabaco		
Sim	157	9,9
Não/não informado	1424	90,1
Consumo de álcool		
Sim	58	3,7
Não/não informado	1523	96,3
Diagnóstico de problema de saúde mental		
Sim	289	18,3
Não/não informado	1292	81,7
Transtorno Depressivo Maior		
Sim	101	34,9
Não	188	65,1
Transtorno Ansioso		
Sim	95	32,8
Não	194	65,2
Transtorno Afetivo Bipolar		
Sim	13	4,5
Não	276	95,5
Transtorno de Abuso de Substâncias		
Sim	12	4,1
Não	277	95,9

Esquizofrenia		
Sim	5	1,7
Não	284	98,3

Fonte: Própria (2023).

De acordo com as características epidemiológicas e clínicas apresentadas na Tabela 2, em relação a saúde desse grupo, 23,4% estão em sobrepeso e 18,3% foram diagnosticados com algum transtorno de saúde mental por um profissional médico. Referindo-se aos hábitos de vida, 97,7% não praticam atividade física ou não informaram, para 90,1% não foram registradas ou não consomem tabaco e 96,3% não consome bebida alcóolica ou não existe registro. Em relação, aos diagnósticos de transtornos mentais da amostra foi observado que 34,9% têm algum transtorno depressivo maior, 65,2% têm algum transtorno ansioso, 4,5% têm transtorno afetivo bipolar e 1,7% têm esquizofrenia. Em relação ao desfecho, 18,3% (IC95 16-20) dos adultos atendidos na Atenção Primária a Saúde tem algum transtorno psiquiátrico, como mostrado na Tabela 2.

Somando a isso, de acordo com a Tabela 3 observou-se diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de transtornos psiquiátricos na população adulta e o sexo (21,4% entre mulheres; $p < 0,0001$), à cor da pele (19,4 % em brancos; $p < 0,094$), a escolaridade (25,9% em ensino fundamental incompleto; $p < 0,362$), à inserção ao mercado de trabalho (21,6% em desempregados; $p < 0,0001$), ao consumo de tabaco (28% ; $p < 0,001$) e ao consumo de álcool (34,4% ; $p < 0,001$).

Tabela 3. Prevalência de transtornos psiquiátricos na população adulta atendida na Atenção Primária à Saúde, de acordo com características comportamentais, de saúde e comportamentais. Marau, RS, 2019 (n=1581).

Variáveis	Sim		Não		p*
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	75	12,8	507	87,1	<0,0001*
Feminino	214	21,4	785	78,5	
Idade					
20-29	47	13,1	311	86,9	<0,437
30-39	79	18,8	340	81,2	
40-49	80	19,5	331	80,5	
50-59	83	21,1	310	78,9	
Cor					
Branca	209	19,4	867	80,5	<0,094
Parda	67	17,5	314	82,4	
Preta	6	8,0	69	92,0	
Amarela	0	0,0	13	100,0	
Indígena	1	25,0	3	75,0	
Não informado					
Estado Nutricional (n=997)					

Baixo Peso	0	0,0	2	100,0	<0,128
Eutrofia	63	21,0	236	78,9	
Sobrepeso	67	18,1	303	81,8	
Obesidade	82	25,1	244	74,8	
Nacionalidade					
Brasileiro	288	18,5	1265	81,4	<0,126
Estrangeiro	1	3,7	26	96,3	
Procedência					
Marau	217	19,0	924	80,9	<0,335
Cidade do Rio Grande do Sul	70	16,7	349	83,2	
Não Informado					
Escolaridade					
Sem Instrução	2	6,0	31	94,0	<0,362
Ensino Fundamental Incompleto	33	25,9	94	74,1	
Ensino Fundamental Completo	89	19,2	374	80,8	
Ensino Médio Completo	57	16,6	285	83,4	
Ensino Superior Completo	23	20,5	89	79,5	
Não informado	84	16,1	439	83,9	
Mercado de Trabalho					
Trabalha	125	15,2	698	84,8	<0,0001*
Não trabalha/não informado	164	21,6	594	78,4	
Prática de atividade física					
Sim	10	27,7	26	72,2	<0,136
Não/não informado	279	18,0	1266	81,9	
Consumo de tabaco					
Sim	44	28,0	113	71,9	<0,001*
Não/não informado	245	17,2	1179	82,7	
Consumo de álcool					
Sim	20	34,4	38	65,5	<0,001*
Não/não informado	269	17,6	1254	82,3	

*Teste do qui-quadrado.

Fonte: Própria (2023).

DISCUSSÃO

O presente estudo determinou a prevalência de transtornos psiquiátricos na população adulta atendida na APS, correlacionando os achados com as características socioeconômicas, de saúde e comportamentais da amostra. Em relação a caracterização epidemiológica da amostra, esta foi predominante constituída por mulheres (63,2%), cor de pele branca (68,1%) e faixa etária entre 30 e 39 anos (26,5%). Verificou-se que 18,3% dessa população foi diagnosticada com algum transtorno de saúde mental, divergindo de um estudo realizado no município de Petrópolis na capital do Rio de Janeiro, que mostrou uma prevalência de 56% de transtornos mentais nos indivíduos atendidos na APS, com uma amostra de 714 participantes¹². Outro estudo, realizado na região centro-oeste do Brasil, no qual participaram 607 indivíduos, a prevalência dos transtornos mentais foi de 31,47%¹³. Essa divergência referente à prevalência dos transtornos psiquiátricos na população atendida na

APS pode ocorrer devido ao fato de que, nos estudos em questão, foram aplicados instrumentos de coleta relacionados às condições de saúde mental para a identificação dos transtornos mentais.

Quanto aos fatores relacionados, observou-se maior prevalência de transtornos psiquiátricos no sexo feminino, com cor de pele branca, na faixa etária entre 50 e 59 anos, desempregados, fumantes e etilistas. A prevalência dos transtornos mentais foi significativamente maior nas mulheres e estudos confirmaram essa associação com o sexo feminino^{12,13}. As mulheres são mais vulneráveis aos transtornos mentais, em grande parte devido à sobrecarga na jornada de trabalho, tanto no emprego como no lar, às desigualdades de gênero e às elevadas taxas de violência. Outra explicação plausível é que as mulheres tendem a perceber com maior facilidade o adoecimento, comunicando prontamente seus sintomas e buscando com maior frequência os serviços de saúde em comparação com os homens^{13,14}. Mulheres mais velhas, de baixa escolaridade, separadas ou viúvas, donas de casa, com problemas de insônia, que enfrentam problemas de saúde e vítimas de violência compõem os grupos mais vulneráveis aos transtornos mentais. Portanto, é essencial que os serviços de saúde priorizem o atendimento a esses segmentos¹⁴.

A discrepância na prevalência dos transtornos mentais, de acordo com a cor de pele pode ser atribuída à composição demográfica exclusiva do Estado do Rio Grande do Sul em relação ao restante do Brasil, onde 79% da população é de cor branca, 14,3% de cor parda, 6,2% de cor negra e 0,5% amarelas ou indígenas¹⁵. Uma explicação para a associação de transtornos mentais e a faixa etária, pode ser atribuída ao fato de que a idade parece ser decisiva na análise dos fatores associados ao risco de transtornos mentais. A maior prevalência em idades avançadas pode ser explicada ao considerar as consequências típicas do envelhecimento, que incluem aumento de doenças crônicas, limitações físicas, redução da capacidade sensorial, isolamento social, perdas cognitivas, entre outros. Nesta faixa etária mais avançada, observa-se uma incidência elevada de transtornos, principalmente demência, transtornos de ansiedade, mas, sobretudo, transtornos depressivos¹⁶.

Além disso, em relação ao mercado do trabalho, grande parte da amostra está empregada (52,1%). Embora a renda específica dos indivíduos empregados não tenha sido identificada, é relevante destacar a importância de receber uma renda mensal, uma vez que foi observada uma prevalência mais alta de transtornos mentais entre os desempregados. Uma renda insuficiente ou inexistente pode levar a eventos estressores, a insegurança, cumprimento penoso de papéis sociais, além de que, foi evidenciado que indivíduos com renda inferior a um salário-mínimo ou sem podem apresentar maior prevalência de transtornos mentais^{10,17}.

No que se refere a escolaridade, a maioria dos indivíduos apresenta o ensino fundamental completo (29,3%), sendo um fator positivo para a saúde mental dessas pessoas pois estudos demonstram que pessoas com baixo grau de escolaridade apresentam maior probabilidade de desenvolverem transtornos mentais, ou seja, a escolaridade aumenta a possibilidade de escolhas ao

longo da vida, expande as oportunidades de inserção no mercado de trabalho, sobretudo em cargos mais bem remunerados e socialmente valorizados. Esse aumento de oportunidades pode, por sua vez, incentivar a adesão de comportamentos mais saudáveis e contribuir positivamente para a saúde mental^{10,13,17}.

Quanto ao consumo de tabaco este desempenha um papel significativo na saúde mental. As graves repercussões do tabagismo entre os indivíduos que sofrem de transtornos mentais são claramente visíveis, complicando o tratamento psiquiátrico. Um estudo demonstrou que paciente com esquizofrenia que são fumantes apresentam taxas elevadas de hospitalização, doses mais elevadas de medicação e sintomas psiquiátricos em comparação com aqueles que não fumam. Além do que, componentes da fumaça do tabaco aceleram o metabolismo de alguns medicamentos antidepressivos e antipsicóticos, levando a níveis sanguíneos reduzidos e, conseqüentemente, a possíveis diminuições nos efeitos terapêuticos. Portanto torna-se importante os médicos identificarem os pacientes que são tabagistas para aconselhar a cessação e proporcionar tratamento adequado para esses pacientes.¹⁸. Na amostra o consumo de tabaco foi reduzido (9,9%), no entanto, houve uma associação com a prevalência dos transtornos mentais.

No que diz respeito ao consumo do álcool, uma minoria o consome (3,7%), contudo foi identificada uma relação com a prevalência dos transtornos psiquiátricos. O uso excessivo representa um grave problema de Saúde Pública e está associado ao aumento da taxa de morbidade e mortalidade devido ao seu potencial de gerar doenças e impactar negativamente na qualidade de vida. Embora haja expectativas e motivações para o consumo de bebidas alcoólicas, como lazer, recreação e interação social, que podem ser justificativas para o consumo de álcool, é importante salientar que a dependência de álcool pode surgir quando são identificados danos físicos e mentais associados ao consumo dessa substância, o que contribui negativamente para os aspectos físicos e mentais da qualidade de vida¹⁹. Além disso, o uso abusivo de álcool é frequente em pacientes atendidos na APS e têm impacto negativo na saúde mental dessas pessoas, justificando a necessidade de atenção por parte dos profissionais de saúde. A APS é considerada a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde, e, portanto, esse nível de atenção desempenha um papel fundamental na assistência às pessoas com transtornos mentais e consumo excessivo de álcool¹⁸.

Os resultados indicam que a variável prática de atividade física não apresentou significância estatística, porém, é fundamental destacar que a participação em atividades físicas está associada de forma positiva ao estado de saúde mental. Um estudo demonstrou que a prevalência de transtornos mentais foi inferior no grupo que relatou tempo satisfatório com a prática de exercícios físicos. Ressalta-se uma relação importante na prática de atividades físicas e os transtornos mentais, uma vez que os indivíduos sedentários apresentam uma incidência de transtornos psiquiátricos quase

duas vezes maior do que aqueles que se envolvem em atividades físicas ¹⁷. Além disso, o estilo de vida sedentária, além de estar correlacionada a um aumento na mortalidade, exerce um impacto direto na saúde mental dos indivíduos ²⁰.

No que se refere a prevalência dos transtornos psiquiátricos deste estudo, 34,9% da amostra é diagnosticada com Transtorno Depressivo Maior, enquanto 32,8% possuem Transtorno Ansioso, 4,5% Transtorno Afetivo Bipolar, 4,1% Transtorno de Abuso de Substâncias e 1,7% Esquizofrenia. Esses resultados se alinham com uma pesquisa feita na atenção primária à saúde dos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, em uma amostra com 1.466 indivíduos. Nesse estudo, a prevalência de casos positivos para ansiedade foi 37% e para depressão 25,15% ¹⁰. Esses números evidenciam uma tendência consistente de uma maior prevalência de depressão seguida de ansiedade, em ambas as pesquisas.

Portanto, é importante ressaltar que a APS representa o primeiro ponto de contato na rede de assistência de saúde, tornando a integração entre saúde mental e APS essencial. Conforme o documento *Integrating mental health into primary care: a global perspective*, elaborado com a Organização Mundial de Saúde (OMS), destaca-se a importância da APS em incorporar regularmente a identificação precoce dos transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, o cuidado de pacientes psiquiátricos estáveis, encaminhamentos quando necessário, atenção às necessidades de saúde mental em indivíduos com problemas de saúde física e, por último, a prevenção e promoção da saúde mental. Assim, é crucial compreender o papel dos profissionais não especialistas em saúde mental na APS, a fim de garantir os direitos dos portadores de transtornos mentais e melhorar a qualidade da assistência²¹.

Para concluir, é importante notar que os resultados desta pesquisa podem estar subestimados devido ao preenchimento incompleto dos prontuários. Além disso, é necessário considerar a limitação temporal inerente ao tipo de pesquisa realizada. No entanto, como ponto de destaque e relevância, é importante ressaltar a contribuição deste estudo para a observação da prevalência de transtornos psiquiátricos e os fatores associados à população adulta atendida na APS, trazendo à identificação das características dessa população e ao aprimoramento da capacidade diagnóstica.

CONCLUSÃO

Com base no exposto, podemos concluir que os transtornos psiquiátricos se constituem como tema relevante que requerem uma discussão tanto no meio científico quanto entre a população atendida na APS, especialmente no contexto da população adulta, que são predominantemente mulheres, de cor branca, na faixa etária entre 50 e 59 anos, desempregados, fumantes e etilistas. Diante desse conhecimento, é fundamental que as equipes de saúde, em particular os profissionais médicos da atenção básica, estejam atentos à necessidade de avaliar os pacientes com transtornos

psiquiátricos. A recente pandemia causada pelo novo Coronavírus e o período pós-pandêmico podem ter agravado a saúde mental da população, principalmente dos adultos. Portanto torna-se necessário conduzir estudos com dados atualizados para investigação e diagnóstico adequado da população adulta.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Gabrielle Ribeiro Inda – Contribuiu na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados. Também, fez parte da coleta de dados e da elaboração do projeto de pesquisa e do artigo. Por fim, aprovou a versão final a ser publicada.

Rogério Tomasi Riffel - Contribuiu na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados. Também, fez parte da elaboração do projeto de pesquisa e do artigo. Por fim, aprovou a versão final a ser publicada.

Renata dos Santos Rabelo - Contribuiu na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados. Também, fez parte da elaboração do projeto de pesquisa e do artigo. Por fim, aprovou a versão final a ser publicada.

Daniela Texeira Borges - Contribuiu na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados. Também, fez parte da elaboração do projeto de pesquisa e do artigo. Por fim, aprovou a versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores deste artigo, Gabrielle Ribeiro Inda, Rogério Tomasi Riffel, Renata dos Santos Rabelo e Daniela Teixeira Borges não possuem conflitos de interesses a serem declarados.

AGRADECIMENTOS

À todas as partes envolvidas neste trabalho e a Secretaria Municipal de Saúde de Marou por possibilitar a realização deste estudo com a sua autorização.

REFERÊNCIAS

1. Reinaldo Amanda Márcia dos Santos, Rocha Ruth Milyus. Revista Eletrônica de Enfermagem. VISITA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: IDÉIAS PARA HOJE E AMANHÃ [Internet]. 2022; Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/758/827>
2. Steel Zachary, Marnane Claire, Iranpour Changiz, Chey Tien, Jackson John W, Patel Vikram, Silove Derrick. National Library Of Medicine. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013 [Internet].2014; Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24648481/>.
3. Lopes Claudia de Souza. Caderno Saúde Pública. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 12]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WwQjPXP47HByZVtpHvvZXBh/>.
4. Apóstolo João Luís Alves, Figueiredo Maria Henriqueta, Mendes Aida Cruz, Rodrigues Manuel Alves. Revista Latino-Americana Enfermagem. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde [Internet]. 2011; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GQqtYNjzjMYVKXVPGQL4mJK/abstract/?lang=pt#ModalTutors>
5. MacMillan Harriet L. Harriet L., Patterson Christopher J.S., Wathen Nadine. Canadian Medical Association. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care [Internet]. 2005; Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/172/1/33.long>
6. Gonçalves Angela Maria Corrêa, Teixeira Maria Teresa Bustamante, Gama Jairo Roberto de Almeida, Lopes Claudia Souza, Silva Gulnar Azevedo, Gamarra Carmen Justina, Duque Kristiane de Castro Dias, Machado Maria Lucia Salim Miranda. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família [Internet]. 2018; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TrQdtMNct5Dk3VSvjpthXtH/?lang=pt#>
7. Frateschi Mara Soares, Cardoso Cármen Lúcia. Revista Psico. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde [Internet]. 2018; Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/22024>
8. Morais Luysa Gabrielly de Araujo, Araujo Regina Morais da Silva, Porto Rodolfo de Melo, Trajano Janice Alves, Sousa Milena Nunes Alves de. Brazilian Journals of Health Review.

- Mental health: the role of primary health care [Internet]. 2021; Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/29716>
9. Mangolini Vitor Iglesias, Andrade Laura Helena, Wang Yuan-Pang. Revista Med. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura [Internet]. 2019; Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/144226/157948>
 10. Portugal Flávia Batista, Campos Mônica Rodrigues, Gonçalves Daniel Almeida, Mari Jair de Jesus, Fortes Sandra Lúcia Correia Lima. Ciência e Saúde Coletiva. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental [Internet]. 2019; Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/JTHZJ4XsGcyHJzgDxdfjRqC/>.
 11. Ministério da Saúde. ISBN 978-85-334-1813-4. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: [Editora MS]; 2011. 76 p.
 12. Fortes Sandra, Lopes Claudia S., Villano Luiz A. B., Campos Mônica R., Gonçalves Daniel A., Mari Jair de Jesus. Brazilian Journal of Psychiatry. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies [Internet]. 2011; Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbp/a/MfPtZ9yQVHWtfnMpfN5ZGjk/?lang=en#>
 13. Lucchese Roselma, Sousa Kamilla de, Bonfin Sarah do Prado, Vera Ivânia, Santana Fabiana Ribeiro. Acta Paulista de Enfermagem. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária [Internet]. 2014; Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/hPYgLCWbcyrsWt5jhgxT5z/?lang=pt#>
 14. Senicato Caroline, de Azevedo Renata Cruz Soares, Barros Marilisa Berti de Azevedo. Ciência & Saúde Coletiva. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis [Internet]. 2018; Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/rSxF9pjYHk5MwQ3xrvS5zcT/>.
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese dos Indicadores Sociais 2008: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e pesquisas [Internet]. 2008 [cited 2021 Oct 10]; Available from:
<https://web.archive.org/web/20120710024258/http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/co>
 16. Santos Gustavo de Brito Venâncio dos, Alves Maria Cecília Goi Porto, Goldbaum Moises, Cesar Chester Luiz Galvão, Gianini Reinaldo José. Cadernos de Saúde Pública. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São

- Paulo, Brasil [Internet]. 2019; Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n11/e00236318/pt/#>
17. Rocha Saulo Vasconcelos, Almeida Maura Maria Guimarães, Araújo Tânia Maria de, Júnior Jair Sindra Virtuoso. Revista Brasileira de Epidemiologia. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia [Internet]. 2010; Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/5JqHNWdHrmX3s3Lzbp9XDy/?lang=pt#>
18. Rocha Saulo Vasconcelos, Almeida Maura Maria Guimarães, Araújo Tânia Maria de, Júnior Jair Sindra Virtuoso. National Library Of Medicine. Smoking and Mental Illness — Breaking the Link [Internet]. 2015; Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4457781/>.
19. Santos Marcos Vinicius Ferreira dos, Campos Mônica Rodrigues, Fortes Sandra Lúcia Correia Lima. National Library Of Medicine. Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde [Internet]. 2015; Disponível em:
20. Perreault Leigh. UpToDate. Obesity in adults: Role of physical activity and exercise [Internet]. 2021; Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-role-of-physical-activity-and-exercise?search=obesida%20e%20saude%20mental&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
21. Wenceslau Leandro David, Ortega Francisco. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro [Internet]. 2015; Disponível em
<https://www.scielo.br/j/icse/a/LBVxWYCLX8tCVPB3jkJSCGQ/abstract/?lang=pt>

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do trabalho, constatou-se que os objetivos estabelecidos foram alcançados com sucesso. Identificou-se a prevalência de transtornos psiquiátricos na população adulta atendida na Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do Norte Gaúcho. Supreendentemente, essa prevalência foi menor do que o previsto, quando comparada a estudos semelhantes realizados em diferentes regiões do país

Conforme previsto anteriormente no trabalho, a amostra foi constituída majoritariamente por indivíduos do sexo feminino e de cor de pele branca. Em relação aos transtornos psiquiátricos, os mais frequentes foram os transtornos depressivos e os ansiosos, como esperado.

Por fim, a pesquisa atual fornece dados de suma relevância para a pesquisa científica e para a epidemiologia no campo da psiquiatria, e servindo de base para novos estudos sobre o assunto. O tema oferece um panorama geral sobre os transtornos mentais na APS, constituindo-se como uma ferramenta para os profissionais da área de saúde que lidam diariamente com os usuários da APS, auxiliando no manejo e na conduta desses pacientes que necessitam de um tratamento específico e qualificado.

6. ANEXOS

6.1 ANEXO A – NORMAS DE JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

INTRUÇÕES GERAIS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NO JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP) é o periódico de acesso aberto e revisado por pares, oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), com fluxo contínuo, publicado trimestralmente há mais de 70 anos.

O Jornal brasileiro de Psiquiatria (JBP) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento clínico e científico em psiquiatria e saúde mental, através da ciência aberta que consiste no conhecimento transparente e acessível que é compartilhado e desenvolvido por meio de redes de trabalhos colaborativos. O JBP visa disseminar pesquisas de alta qualidade e impacto clínico e científico em Psiquiatria e Saúde Mental.

O JBP aceita a manuscritos nos idiomas inglês e português e seus conteúdos publicados estão sob a sob licença da Creative Commons (CC-BY) Atribuição 4.0 Internacional. O jornal publica as seguintes categorias de artigos: artigos originais, relatos breves, revisões, editoriais, relatos de casos e artigos especiais.

O JBP apoia e segue irrestritamente as recomendações do Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), da Council of Science Editors (CSE) e da World Association of Medical Editors (WAME). A aceitação será feita com base em originalidade, significância e contribuição científica.

Artigos com objetivos meramente propagandísticos ou comerciais não serão aceitos. Os artigos devem ser submetidos em inglês ou português, empregando linguagem fácil, precisa e concisa, evitando-se a informalidade da linguagem coloquial. Só serão considerados para avaliação os manuscritos cujos dados não estejam sendo avaliados por outros periódicos e/ou que não tenham sido previamente publicados.

Os autores são fortemente encorajados a usar diretrizes de relatórios apropriadas ao preparar e enviar manuscritos, para maximizar a transparência e reprodutibilidade.

O JBP não cobra nenhuma taxa Article Processing Charge (APC) por textos submetidos para avaliação, revisão, publicação, distribuição ou download. A publicação é totalmente gratuita e de acesso aberto.

Pesquisa em Seres Humanos e Experimentais

Todos os estudos envolvendo seres humanos ou tecido humano devem estar em consonância com a Declaração de Helsinki (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>) e devem ter sido aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição local. Assim, na seção "Métodos", os autores devem identificar a aprovação e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo. 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.

Nos trabalhos experimentais envolvendo animais devem seguir as normas estabelecidas no Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos), de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, disponível em: www.cobea.org.br), de 1991. Estas informações devem constar no método de acordo com a recomendação do ARRIVE - <https://www.nc3rs.org.uk/arrive-guidelines>.

Considerações Éticas e Integridade em Pesquisa

O JBP considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos, por isso apoia as recomendações para a condução, por isso recomenda e apoia as recomendações do Committee on Publication Ethics (COPE), da Council of Science Editors (CSE) e do World Association of Medical Editors (WAME) em relação aos padrões éticos de publicação: plágio, duplicatas e publicação redundante, fabricação de dados e correções e retratações.

Quaisquer casos de má conduta serão tratados com as devidas sanções estabelecidas pelo Conselho Editorial. A má conduta científica e os atos não éticos incluem, mas não estão limitados a: plágio, fabricação, falsificação, publicação redundante ou duplicada, violação de regras federais, estaduais ou institucionais e autoria honorária. Má-conduta em pesquisa não inclui erros honestos ou diferenças de opinião.

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

O JBP utiliza o software Similarity Check, que permite detectar similaridades nos materiais submetidos.

- **Uso de Chatbots, ChatGPT nos manuscritos submetidos ao JBP:** visando garantir a integridade e confiabilidade dos resultados e conclusões apresentados em

manuscrtos científicos que usam Chatbots ou ChatGPT e para manter a confiança do público nas descobertas e avanços apresentados, o JBP apoia recomendações da WAME (<https://wame.org/page3.php?id=106>) sobre as considerações éticas relacionadas ao destas tecnologias nos manuscritos científicos, sendo elas:

- **Transparência:** Os autores devem ser transparentes sobre o uso de Chatbots ou ChatGPT no processo de escrita do manuscrito, incluindo informações detalhadas (nome, versão, modelo e fonte) sobre como a tecnologia foi usada e qual foi o papel dos Chatbots ou ChatGPT no desenvolvimento do texto.
- **Responsabilidade:** Os autores devem se responsabilizar pelo trabalho realizado pelos Chatbots ou ChatGPT em seus manuscritos, incluindo a precisão do que é apresentado e a ausência de plágio. Os autores humanos também devem ser capazes de afirmar que não há plágio em seu artigo, incluindo no texto produzido pelos Chatbots ou ChatGPT.
- **Atribuição:** Os autores devem garantir a atribuição apropriada de todas as fontes, incluindo o material produzido pelos Chatbots ou ChatGPT. Os autores também devem buscar e citar as fontes que sustentam as declarações do Chatbots ou ChatGPT.
- **Limitações:** Os autores devem discutir as limitações e potenciais vieses do uso de Chatbots ou ChatGPT na produção de textos científicos, como a falta de capacidade.

Os autores devem divulgar a utilização de IA generativa e de tecnologias assistidas por IA no processo de redação, acrescentando uma declaração no final do arquivo principal do manuscrito, antes da seção Referências. A declaração deve ser colocada em uma nova seção intitulada "Declaração de IA generativa e tecnologias assistidas por IA no processo de redação".

Declaração: Durante a preparação deste trabalho, o(s) autor(es) utilizou(aram) [NOME DA FERRAMENTA/SERVIÇO] com o objetivo de [RAZÃO]. Após a utilização dessa ferramenta/serviço, o(s) autor(es) revisaram e editaram o conteúdo conforme necessário e assumem total responsabilidade pelo conteúdo da publicação.

Esta declaração não se aplica à utilização de ferramentas básicas de verificação gramatical, ortográfica, referências, entre outros. Se não houver nada a revelar, não é necessário acrescentar uma declaração.

Declaração de Originalidade e Direitos Autorais: Os autores retêm os direitos autorais do artigo e concordam em conceder ao JBP a licença para publicação, com a condição de que a autoria seja devidamente creditada e que o artigo original seja citado corretamente. Ao submeter o manuscrito, os autores declaram que o trabalho é original e não contém fabricação, fraude ou plágio; não viola nenhum direito autoral ou de propriedade de terceiros; não está sob consideração para publicação

em outra revista; e não foi publicado anteriormente. Além disso, os autores devem garantir que cada um atenda aos requisitos de autoria conforme a recomendação do ICMJE (ver seção Preparação dos Manuscritos) e entendem que, se o artigo ou parte dele for falho ou fraudulento, cada autor compartilha a responsabilidade.

Declaração de Conflito de Interesse

Autores devem descrever quaisquer conflitos de interesse que possam existir com relação à pesquisa ou à publicação do artigo. A não declaração de quaisquer conflitos de interesse existente caracteriza uma forma de má conduta em pesquisa. Conflitos de interesse podem ser de natureza financeira ou não. Todos os autores deverão preencher a declaração do ICMJE para a declaração de potenciais conflitos de interesse. Este documento contempla uma seção para declaração de conflitos de interesse baseada nas recomendações do Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals - <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/>. O formulário preenchido deverá ser submetido juntamente com o manuscrito.

Uso da Linguagem Inclusiva

A linguagem inclusiva é um tema cada vez mais discutido na sociedade atual. Trata-se de uma forma de comunicação que busca incluir e representar todas as pessoas, independentemente de sua identidade de gênero, raça, etnia, orientação sexual, entre outros aspectos.

Na área da psiquiatria, o uso da linguagem inclusiva é fundamental para garantir que todos os pacientes se sintam acolhidos e respeitados. Isso é especialmente importante quando se considera que muitas condições psiquiátricas são associadas a estigmas e preconceitos, como é o caso de transtornos de ansiedade, depressão e esquizofrenia.

Ao utilizar uma linguagem inclusiva, os profissionais de psiquiatria podem contribuir para reduzir esses estigmas e preconceitos. Isso porque a linguagem inclusiva reconhece e valoriza a diversidade humana, ao mesmo tempo em que promove a empatia e a compreensão entre as pessoas.

Alguns exemplos de práticas de linguagem inclusiva na psiquiatria incluem o uso de pronomes neutros (como "ela/ele" ou "they/them") para se referir a pacientes de gênero não-binário, o uso de termos que evitem estereótipos de gênero ou raça (como "pessoa com transtorno bipolar" ao invés de "bipolar" ou "pessoa negra" ao invés de "negro/a"), e a utilização de linguagem clara e acessível para pacientes com diferentes níveis de escolaridade.

O JBP recomenda a consulta da recomendação da APA - American Psychology Association Equity, diversity and inclusion disponível em: referente a <https://www.apa.org/about/apa/equity-diversity-inclusion/language-guidelines.pdf>

Categoria de Manuscritos

O JBP encoraja fortemente que os autores os manuscritos atendem aos padrões de qualidade estabelecidos pelas diretrizes para produção de pesquisa em saúde – Enhancing the Quality and Transparency of Health Research Network (EQUATOR) (<https://www.equator-network.org/>). O EQUATOR é um diretório que fornece diretrizes com o objetivo de melhorar a confiabilidade da literatura de pesquisa em saúde publicada, promovendo relatórios transparentes e precisos.

- **Artigos originais:** relatos de estudos originais que proporcionem um avanço na pesquisa clínica e experimental e, devem conter novos dados, oriundos de um número representativo de participantes , utilizando métodos adequados e confiáveis. Os artigos originais devem conter, no máximo, 4.000 palavras e 40 referências.
 - O JBP apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Dessa forma, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos da OMS e pelo ICMJE, podendo ser a plataforma de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos – REBEC – <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>, Clinical Trial (<http://www.clinicaltrials.gov>) entre outras. O número de identificação do registro deve ser inserido na seção “Métodos”.
 - Os estudos randomizados devem seguir as diretrizes CONSORT (<http://www.consort-statement.org>). O CONSORT fornece uma abordagem baseada em evidências para melhorar a qualidade dos relatórios de ensaios clínicos. Todos os manuscritos descrevendo um estudo clínico devem incluir o Diagrama de Fluxo CONSORT mostrando o número de participantes de cada grupo de intervenção, bem como a descrição detalhada de quantos pacientes foram excluídos em cada passo da análise de dados. Todos os testes clínicos devem ser registrados e disponibilizados em um site de acesso livre. O protocolo do ensaio clínico (incluindo o plano de análise estatística completa) deve ser encaminhado com o manuscrito (<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-11-9>)

- Estudos observacionais: coorte, casos-controle ou desenhos transversais devem ser reportados de acordo com a declaração STROBE - <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>, e devem ser submetidos com seus protocolos.
 - Os estudos de associação genética devem ser relatados de acordo com as diretrizes de STREGA - <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe-strega/>
- **Artigos de Revisão:** artigos que empregam métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Nesta categoria incluem-se as revisões sistemáticas com ou sem metanálises, integrativas e narrativas. As revisões devem conter até 6.000 palavras e 120 referências.
 - Revisões sistemáticas e meta-análises devem ser relatadas de acordo com as diretrizes PRISMA - <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/> e devem fornecer o número de registro de protocolo da base PROSPERO - <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>.
 - Revisões integrativas e narrativas somente serão aceitas a convite dos editores.
- **Artigos Especiais:** encomendados ou pré-aprovados pelos editores que abordam a história da Psiquiatria ou outros tópicos relevantes para a Psiquiatria e Saúde Mental. Artigos Especiais devem conter entre 3000 a 5000 palavras e até 50 referências.
 - **Relatos Breves:** Pequenos relatos de estudos originais, avaliações ou estudos-piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.
 - **Relatos de Caso:** devem fornecer uma descrição dos casos particularmente interessantes sobre pacientes, grupos ou eventos e devem conter até 1500 palavras e 15 referências. Nesta categoria recomenda-se a diretriz Case Report Guidelines - CARE - <http://www.care-statement.org>.
 - **Cartas ao Editor:** comunicações que discutam artigos recentemente publicados neste jornal, descrevendo pesquisas originais, relato de casos ou descobertas científicas relevantes. As cartas ao editor devem conter no máximo 500 palavras e cinco (05) referências.

- **Editoriais:** comentários críticos e baseados em evidências feitos por pesquisadores com grande experiência em uma área específica do conhecimento, a pedido dos editores deste jornal. Devem conter no máximo 900 palavras e cinco (05) referências.

Checklist: Número máximo de palavras e referências de acordo com a categoria dos artigos:

Categoria	Palavras	Palavras Referências
Artigo Original	4.000	40
Artigo de Revisão	6.000	120
Artigos Especiais	3.000 a 5.000	50
Relatos Breves	1.500	50
Relato de Caso	2.000	15
Cartas ao Editor	500	5
Editoriais	900	5

Preparação do manuscrito

O manuscrito deve ser submetido no formato Word (.doc ou .docx). O texto deverá ser digitado em tamanho A4, utilizando fonte Times New Roman, tamanho 12, com margens de 3 cm e 2 cm, da esquerda para a direita, usando espaçamento entre linhas de 1,5 e alinhamento do texto justificado à esquerda.

O JBP solicita que o manuscrito seja feito submetido em arquivos separados sendo elas:

Página de Título:

- **Título:** o título deve ser conciso e informativo e não conter abreviaturas. Títulos em português devem ser traduzidos para o inglês.
- **Título curto:** o título curto deve conter até cinco palavras e até 50 caracteres (incluindo espaços). Diferente do título, o título curto deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (no mesmo idioma que o manuscrito foi escrito).
- **Autores:** nome completo dos autores com seus respectivos graus acadêmicos.
- **Afiliação:** A afiliação de cada autor deve conter as informações: universidade, departamento, cidade, CEP, país, e-mail e ORCID (todos os autores devem ter o identificador ORCID – Open Researcher and Contributor ID – <https://orcid.org/signin>). Um autor correspondente deve ser indicado.

- **Responsabilidade dos Autores:** cada autor deve atestar ter participado suficientemente do trabalho para assumir a responsabilidade por uma parcela significativa do conteúdo do manuscrito. Todos os colaboradores que não atendam aos critérios de autoria devem ser listados na seção Agradecimentos, bem como o apoio financeiro das agências de fomento. Os seguintes critérios são solicitados de acordo com o ICMJE:
 - Contribuições substanciais para concepção ou desenho da obra; ou aquisição, análise ou interpretação dos dados para o trabalho;
 - Elaboração do trabalho ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual;
 - Aprovação final da versão a ser publicada; e
 - Consentimento em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou à integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.
- **Resumo:** o resumo não deve exceder 250 palavras e ser em quatro (04) seções: (1) introdução, (2) métodos, (3) resultados e (4) conclusões. Os resumos em português devem ser traduzidos para o inglês.
- **Palavras-Chaves:** devem ser incluídos de três a cinco palavras-chaves. O JBP recomenda que as palavras-chaves sejam consultadas no MeSH (Medical Subject Headings), o vocabulário controlado da National Library of Medicine (NLM): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
- **Declaração de Financiamento:** os autores devem declarar como a pesquisa e a publicação do seu artigo foram financiadas, nomeando o corpo(s) de apoio financeiramente (escrito integralmente) seguido por número(s) de concessão(s) associada(s) em colchetes (se aplicável), por exemplo: "este trabalho foi apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq [Número do Fomento/Ano]. Se a pesquisa não recebeu financiamento específico, mas foi realizada como parte do emprego dos autores, incluir o nome do empregador.
- **Agradecimentos:** colaboradores que fizeram contribuições substanciais no manuscrito (por exemplo, coleta de dados, análise e redação ou edição de assistência), mas que não preenchem os critérios de autoria, devem ser nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimento no manuscrito.

Os manuscritos devem seguir as recomendações das diretrizes do Equator Network – (<https://www.equator-network.org/>). O corpo do texto não deve trazer qualquer informação como nome ou afiliação dos autores. E deve ser estruturado da seguinte forma:

Artigos Originais, Revisão, Artigos Especiais e Relatos Breves: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflito de Interesse, Agradecimentos e Referências.

Relatos de Caso: Introdução, Relato de Caso ou Série de casos (com as subdivisões: Informação do Pacientes, Achados Clínicos, Diagnóstico, Intervenção e Avaliação e Desfechos), Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesse, Agradecimentos e Referências.

Carta ao Editor e Editoriais: podem ser estruturados em seções a critério do autor.

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).

Referências: devem seguir o estilo Vancouver (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication), ordenadas de acordo com a sua citação no texto. As referências devem ser identificadas no corpo do texto com algarismos arábicos, sobrescritas, entre colchetes, obedecendo à ordem de citação no texto. Exemplos de referências estão disponíveis no seguinte site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Unidades e Medidas: devem ser apresentadas de forma simples e concisa usando o Sistema Internacional de Unidades (SI).

Figuras e Tabelas: Figuras e Tabelas não devem ser enviadas em arquivos separados. As tabelas não devem conter dados já citados no texto. Devem ser abertas nos lados e com fundo totalmente branco. Cada tabela deve ter um título descritivo e, se forem fornecidas medidas numéricas, as unidades devem ser incluídas no cabeçalho da coluna. Se o manuscrito for aceito, os autores podem ser solicitados a fornecer os arquivos de origem das figuras. Todas as figuras devem ser citadas no manuscrito de uma ordem consecutiva. Só serão aceitas imagens nos

formatos TIFF ou JPEG, com resolução mínima de acordo com o tipo de imagem, tanto para imagens em preto e branco como para imagens em cores: 1200 dpi para gráficos simples em preto e branco, 300 dpi para fotografias em preto e branco e 600 dpi para fotografias coloridas.

Materiais Suplementares: materiais suplementares são as partes adicionais de um manuscrito, como arquivos de áudio, vídeos ou conjuntos de dados que podem ser do interesse dos leitores. Os autores podem enviar o arquivo de material suplementar junto com seu manuscrito no processo de submissão. Uma seção intitulada material suplementar deve ser incluída antes da lista de referências com uma descrição concisa para cada arquivo de material suplementar. Os materiais complementares não são modificados pela equipe editorial do JBP. Os autores são responsáveis por fornecer os arquivos finais do material suplementar que serão publicados junto com o artigo.

Processo de Submissão

Os manuscritos devem ser, obrigatoriamente, submetidos e preenchidos online no sistema ScholarOne - <https://mc04.manuscriptcentral.com/jbpsiq-scielo> acompanhados de:

Carta de Apresentação (Cover Letter), assinada pelo autor correspondente, onde os autores devem explicar por que eles acreditam que o manuscrito submetido é adequado para publicação no JBP, destacando sua relevância e seus aspectos inovadores. Os autores devem declarar que o manuscrito submetido representa um material original, que não foi publicado anteriormente e que não está sendo avaliado para publicação em nenhum outro lugar;

- Declaração de conflitos de interesse de cada autor;
- Página Título;
- Manuscrito;
- Carta de autorização

Os autores devem submeter a seguinte carta de autorização juntamente ao manuscrito:

"Os autores abaixo-assinados aprovam, através desta, a submissão deste trabalho e da subsequente transferência de todos os seus direitos autorais para o Jornal Brasileiro de Psiquiatria, a fim de permitir a sua publicação. Os autores atestam ainda que o seu trabalho representa um material original, que não infringe nenhum direito autoral de terceiros, e que nenhuma parte deste trabalho foi publicada ou será submetida para publicação em outro lugar, até que tenha sido rejeitado pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Finalmente, os autores concordam em indenizar os editores por qualquer dano ou prejuízo secundário a quebra deste acordo. No caso de o manuscrito não ser publicado, seu direito autoral retorna a seus autores."

Todos os autores devem assinar a carta de permissão e incluir seus nomes completos, endereços, telefones e e-mails. Esta carta deve ser escaneada e submetida aos editores através do ScholarOne.

- **Após o manuscrito aceito:** Declaração dos Autores devidamente assinada por todos os autores do manuscrito.

Processo de Avaliação Por Pares

O JBP adota o processo de Anonimização Simples (Single Anonymous). Após receber o manuscrito através do ScholarOne, os editores julgarão se ele será revisto pelos pareceristas anônimos. A decisão será baseada no foco de publicação, originalidade e relevância do manuscrito para o campo. Em seguida, o manuscrito será enviado a pelo menos dois revisores anônimos e independentes (que não são necessariamente aqueles sugeridos pelos autores). Os editores do JBP esforçam-se para manter rápido o processo de publicação. Geralmente o período entre a submissão e o aceite do manuscrito é de cerca de três meses. Os autores receberão um e-mail dos editores com sua decisão final e uma cópia dos comentários dos revisores. No caso de ter sido indicada a revisão do manuscrito, os autores devem enviar um texto final com as alterações necessárias (respondendo cada item levantado pelos revisores), seguindo as instruções dadas pelos editores. **Os autores devem reproduzir o item levantado pelo revisor imediatamente antes de cada uma das suas respostas.** Enviar apenas as respostas separadas dos itens levantados pelos revisores poderá identificar o processo de avaliação do manuscrito. Todo este processo pode ser acompanhado pelos autores através do ScholarOne.

Preprints

O JBP aceita manuscritos que foram previamente depositados em um servidor não comercial de preprints, desde que não tenham sido submetidos a revisão por pares em outro periódico simultaneamente. O preprint consiste em uma versão completa do artigo científico que ainda não foi revisado por pares. Os preprints operam independentemente do periódico e a publicação de um preprint não afeta o processo de revisão por pares.

O JBP só aceita preprints se o autor responsável pela submissão informar em qual servidor de preprints o manuscrito está depositado e obrigatoriamente fornecer o DOI correspondente. O manuscrito também deve obedecer a uma licença que permita compartilhar o material em qualquer suporte ou formato (Creative Commons - CC-BY).

O JBP solicita o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta que deve ser submetido como arquivo suplementar ao manuscrito e que ficará acessível aos revisores.

Quando um manuscrito que foi publicado em um repositório de preprint é posteriormente publicado como um artigo revisto por pares, a publicação oficial deve ser usada como referência. Os preprints que são fundamentais para o desenvolvimento do manuscrito ou que abrangem avanços importantes na área, mas que ainda não foram devidamente publicadas, podem ser citadas. Os preprints devem ser explicitamente identificados como tal, por exemplo:

- Li X, Lidsky P, Xiao Y, Wu CT, GarciaKnight M, Yang J, Nakayama T, Nayak JV, Jackson PK, Andino R, Shu X. Ethacridine inhibits SARS-CoV-2 by inactivating viral particles in cellular models. bioRxiv [Preprint]. 2020 Nov 2:2020.10.28.359042. doi: 10.1101/2020.10.28.359042.
- **Referência de Dados:** O JBP incentiva a citação de um conjunto de dados subjacentes ou relevantes no manuscrito, mencionando-os no texto e incluindo na seção Referências. As referências de dados devem conter os seguintes elementos: nome(s) do(s) autor(es), título do conjunto de dados, repositório de dados, versão (se disponível), ano e identificador persistente global. Exemplo:
- **Dados de Pesquisa:** Coin L. Genomics of development and disease [dataset]. 2014 Jun 1 [cited 2017 Jun 9]. The University of Queensland. Available from: <http://dx.doi.org/10.14264/uql.2016.583>.
- **Dados de Repositório:** Dryad Digital Repository [Internet]. Durham (NC): Dryad. 2008 Jan - [cited 2014 Oct 3]. Available from: <https://datadryad.org/stash/>
- **Dados depositados em Repositórios:** Kraemer MUG, Sinka ME, Duda KA, Mylne A, Shearer FM, Brady OJ, Messina JP, Barker CM, Moore CG, Carvalho RG, Coelho GE, Van Bortel W, Hendrickx G, Schaffner F, Wint GRW, Elyazar IRF, Teng H, Hay SI. The global compendium of *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus* occurrence [dataset]. 2015 Jun 30 [cited 2015 Oct 23]. In: Dryad Digital Repository [Internet]. Durham (NC): Dryad. 2008 Jan - . 3 files: 3.406 MB; 1.549 MB; 1.815 MB. Available from: <https://datadryad.org/stash/dataset/doi:10.5061/dryad.47v3c> Referenced in doi: 10.7554/eLife.08347
- **Dados descritos em artigos:** Kraemer MU, Sinka ME, Duda KA, Mylne A, Shearer FM, Brady OJ, Messina JP, Barker CM, Moore CG, Carvalho RG, Coelho GE, Van Bortel W, Hendrickx G, Schaffner F, Wint GR, Elyazar IR, Teng HJ, Hay SI. The global compendium of *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus* occurrence. Sci Data. 2015 Jul 7 [cited 2015 Oct 23];2:150035. Available from: <http://www.nature.com/articles/sdata201535> doi: 10.1038/sdata.2015.35.

Processo de Avaliação de Preprints

O JBP adota o processo de Anonimização Simples (Single Anonymous) para preprints, em que os revisores são conhecidos pelos autores do preprint, mas não o contrário. Isto ajuda a garantir que os preprints submetidos à revista sejam avaliados de forma crítica e imparcial antes da sua possível publicação no JBP.

O JBP, sempre que for necessária, solicitará aos autores dos preprints informações detalhadas sobre a metodologia utilizada na pesquisa, resultados obtidos e conclusões alcançadas, para que os revisores possam avaliar a qualidade do trabalho de forma apropriada.

O JBP também pode solicitar aos autores informações sobre a revisão por pares que o preprint já tenha recebido em outro repositório, se aplicável, para ajudar os revisores a avaliarem a qualidade do trabalho de forma mais completa.

Provas

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc e docx), com as observações e alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de quatro dias. Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para que seja feita a revisão, até que seja alcançada uma versão final do texto.

Antes da publicação dos artigos aceitos, os autores correspondentes receberão o artigo em sua versão finalizada e editorado para aprovação o PDF PROOF (em arquivo PDF). Para abrir esses arquivos, é necessário instalar o Acrobat Reader (download gratuito no endereço <http://get.adobe.com/br/reader/>). As correções solicitadas nessa fase do processo devem limitar-se a erros tipográficos, sem alteração do conteúdo do estudo. Não serão permitidas alterações de conteúdo ou de autores. Os autores deverão devolver as provas aprovadas via e-mail, até 48 horas após o recebimento da mensagem. Uma vez finalizado o processo de produção de PDFs, o artigo será enviado para publicação.

Disponível em: <https://www.scielo.br/journal/jbpsiq/about/#instructions>