

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

EMILLY ANNE CARDOSO MORENO

**FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE TRANSTORNO MENTAL
COMUM**

RECIFE/PE

2012

EMILLY ANNE CARDOSO MORENO



FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE TRANSTORNO MENTAL COMUM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar.

Grupo de Pesquisa: Saúde Mental e Qualidade de Vida no Ciclo Vital.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

Co-orientadora: Profa. Dra. Luciane Soares de Lima.

RECIFE/PE

2012

Catálogo na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

M835f Moreno, Emilly Anne Cardoso.
Fatores associados ao risco de transtorno mental comum / Emilly Anne
Cardoso Moreno. – Recife: O autor, 2012.
100 f. : il. ; tab.; quad.; 30 cm.

Orientador: Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Transtornos mentais. 2. Saúde mental. 3. Fatores de risco. 4.
Educação em saúde. 5. Enfermagem. I. Cavalcanti, Ana Márcia Tenório de
Souza (Orientador). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2013-017)

EMILLY ANNE CARDOSO MORENO

FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE TRANSTORNO MENTAL
COMUM

Dissertação aprovada em 28 de dezembro de 2012.

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Presidente)
Departamento de Enfermagem – UFPE

Prof. Dr. José Francisco de Albuquerque (Membro Externo)
Departamento de Neuropsiquiatria – UFPE

Profa. Dra. Telma Marques da Silva (Membro Interno)
Departamento de Enfermagem – UFPE

Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Membro Interno)
Departamento de Enfermagem – UFPE

RECIFE/PE

2012

*Dedico aos meus pais, a minha
irmã e ao meu amor, que sempre
sonham os meus sonhos e
compreendem pacientemente a
minha ausência.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por minha vida, família, noivo, orientadoras e amigos que me fizeram concluir com coragem, força e determinação mais esta etapa.

Ao meu Gustavo, por estar sempre ao meu lado e tantas vezes renunciar momentos de lazer para apoiar os meus estudos.

As minhas orientadoras, Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti e Luciane Soares de Lima, pelo apoio e confiança.

À Rafaela Travassos Ferreira Mascarenhas Leite e Fernanda Elizabeth Sena Barbosa, bolsistas de iniciação científica, que participaram da coleta de dados com tanta maturidade.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento do projeto.

A Glivson e Camila, secretários do programa, que fazem com que toda a parte administrativa funcione, deixando os discentes sempre bem informados e tirando todas as dúvidas pacientemente.

Ao corpo docente deste programa, por prezar pela qualidade e pela formação de profissionais críticos e comprometidos com a saúde e com a enfermagem, impulsionando a construção e reconstrução do saber.

Às equipes de saúde da família, pela companhia e paciência, indo na casa dos usuários com o grupo de pesquisa, viabilizando a coleta de dados.

As minhas amigas de turma (Ana Luzia, Adriana, Danielle, Felicialle, Francimar, Giselle, Júlia, Marília e Suely) que trabalham em equipe para o crescimento da turma e do programa, dando-me suporte sempre que eu precisei.

A todos que colaboraram de alguma forma para a realização deste trabalho.

MORENO, EAC. **Fatores associados ao risco de transtorno mental comum.** Recife, 2012. 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

RESUMO

O transtorno mental comum está entre as causas mais frequentes de desabilidade na atualidade e constitui uma porção substancial da morbidade vista na atenção primária, sendo considerado um problema de saúde pública. A identificação dos fatores associados ao transtorno possibilita focalizar os grupos de risco e direcionar o cuidado. A presente dissertação está no formato preconizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, estruturada em forma de artigos, um de revisão e um original, com metodologias descritas separadamente. O primeiro artigo, intitulado: Fatores associados ao transtorno mental comum: uma revisão integrativa, objetivou avaliar a produção científica disponível na literatura sobre os fatores associados ao transtorno mental comum. Foi realizado em seis etapas e utilizou para seleção as bases de dados: PubMed, LILACS, RCAAP, ADOLEC e CidSaúde. Dentre os principais resultados, destacam-se: sexo feminino, baixa escolaridade, baixa renda, violência e uso de álcool como prenunciadores importantes para o transtorno. Foi evidenciada uma lacuna de conhecimento no que se refere à identificação desses fatores em usuários da estratégia saúde da família e poucos estudos voltados para o público masculino, em relação aos estudos envolvendo a população feminina. O segundo artigo, intitulado: Transtorno mental comum: prevalência e fatores associados, objetivou identificar a prevalência e os fatores associados ao risco de transtorno mental comum em usuários da estratégia saúde da família do distrito sanitário V da cidade do Recife-PE. Trata-se de um estudo transversal, analítico e observacional, com amostra estratificada por sexo, de 404 usuários (45% homens e 55% mulheres). O risco para o transtorno foi avaliado utilizando o *Self-Report Questionnaire-20* e na análise multivariada dos dados utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta. A prevalência identificada foi de 33,9% (20,2% no sexo masculino e 45,2% no feminino) e as variáveis que se associaram significativamente ao transtorno foram: sexo, renda mensal individual, doença crônica, portador de transtorno mental na família e percepção de ter sofrido maus tratos ao longo da vida. Todo esse panorama deve ser considerado para o planejamento de medidas eficazes de educação voltadas para a promoção da saúde, com a efetivação da saúde mental.

Nesse contexto, o enfermeiro é capaz de prestar uma assistência integral, promovendo ações de saúde tanto no nível individual quanto coletivo na perspectiva da integralidade da assistência, atuando como agente de transformação social e melhorando a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Transtorno Mental Comum. Saúde Mental. Fatores Associados. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Enfermagem.

MORENO, EAC. **Factors associated with risk of common mental disorders.** Recife, 2012. 100p. Dissertation (Masters in Nursing) – Department of Nursing, Center for Health Sciences, Federal University of Pernambuco.

ABSTRACT

The common mental disorder is among the most frequent causes of disability in the present, form a substantial portion of the morbidity seen in primary care, and is considered a public health problem. The identification of factors associated with the disorder allows focus on risk groups and direct care. In attention to the format recommended by the Postgraduate Program in Nursing at the Center for Health Sciences, Federal University of Pernambuco, the dissertation is structured in articles, a review and an original, with methodologies described separately. The first article, entitled: Factors associated with common mental disorders: an integrative review, aimed to assess the available scientific literature on the factors associated with common mental disorders. It was conducted in six stages and used for selection the databases: PubMed, LILACS, RCAAP, ADOLEC and CidSaúde. Among the main results are: female sex, low education, low income, violence and alcohol use as important prognosticators for mental disorders. It was revealed a knowledge gap regarding the identification of these factors in users of the family health strategy and few studies aimed at the male audience, in relation to studies involving the female population. The second article, titled: Common Mental Disorder: Prevalence and Associated Factors, aimed to identify the prevalence and factors associated with the risk for common mental disorders in users of the health strategy of the family health district V of Recife-PE. This is a cross-sectional, observational and analytical study, with sample stratified by sex, of 404 users (45% men and 55% women). The risk for the disorder was evaluated using the Self-Report Questionnaire-20 and for the multivariate analysis the Poisson regression with robust variance was used. The identified prevalence was 33.9% (20.2% for males and 45.2% in females) and the variables significantly associated with the disorder were: sex, individual monthly income, health monitoring, patients with mental disorders in the family and those who perceived mistreatment through their lives. This whole scenario should be considered for the planning of effective education for health promotion, with the effectiveness of mental health. In this context, nurses are able to provide comprehensive care, promoting health actions at both the

individual and collective perspective, acting as agents of social change and improving the quality of life.

Keywords: Common Mental Disorders. Mental Health. Associated Factors. Primary Health Care. Health Education. Nurse.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das unidades de saúde da família do distrito sanitário V, localização e número de equipes de saúde da família. Recife-PE, 2010.....	32
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Unidades de saúde da família, equipes de saúde da família e área coberta, de acordo com os respectivos distritos sanitários. Recife-PE, 2010.....	31
Tabela 2 - Distribuição da população cadastrada na estratégia saúde da família do distrito sanitário V, de acordo com a faixa etária e sexo. Recife-PE, 2010.....	32

ARTIGO DE REVISÃO

Tabela I – Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados PubMed, LILACS, RCAAP, ADOLEC e CidSaúde, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos	42
Tabela II – Fatores demográficos e sua associação com o TMC em análise univariada e multivariada	44
Tabela III – Baixa escolaridade, baixa renda e desemprego e sua associação com o TMC em análise univariada e multivariada	45

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Prevalência do risco de TMC em usuários cadastrados na ESF de 15 a 49 anos, segundo fatores demográficos e sociais individuais. Recife-PE, 2012	63
Tabela 2. Prevalência do risco de TMC em usuários cadastrados na ESF de 15 a 49 anos, segundo fatores econômicos e condições de moradia. Recife-PE, 2012	64
Tabela 3. Prevalência do risco de TMC em usuários cadastrados na ESF de 15 a 49 anos, segundo condições de saúde individual e familiar. Recife-PE, 2012	65
Tabela 4. Razões de prevalência ajustadas com variáveis significativas para o risco de TMC em usuários cadastrados na ESF de 15 a 49 anos. Recife-PE, 2012	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADOLEC	Saúde de Adolescente e Jovem no Brasil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CidSaúde	Literatura em Ciências Saudáveis
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DS	Distrito Sanitário
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
PubMed	Publicações Médicas
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RF	Reforma Psiquiátrica
SCID	<i>Structured Clinical Interview</i>
SQR-20	<i>Self Reporting Questionnaire-20</i>
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCLER	Termo de Autorização Livre e Esclarecido do Responsável
TM	Transtorno Mental
TMC	Transtorno Mental Comum
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	19
3.2 MAGNITUDE E FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO MENTAL COMUM	23
3.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE	25
4 MÉTODOS	27
4.1 ARTIGO DE REVISÃO – FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO MENTAL COMUM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	27
4.1.1 Desenho do estudo	27
4.1.2 Elaboração da questão da pesquisa e objetivos da revisão	27
4.1.3 Seleção da amostra	27
4.1.3.1 <i>Crítérios de inclusão</i>	28
4.1.3.2 <i>Crítérios de exclusão</i>	28
4.1.3.3 <i>Estratégia de busca nas bases de dados</i>	28
4.1.4 Coleta de dados	29
4.1.5 Avaliação dos Estudos selecionados	30
4.1.6 Interpretação dos Resultados	30
4.1.7 Síntese do Conhecimento	30
4.2 ARTIGO ORIGINAL – TRANSTORNO MENTAL COMUM: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS	30
4.2.1 Desenho do Estudo	30
4.2.2 Caracterização da Área do Estudo	31
4.2.3 População do Estudo	33
4.2.4 Amostragem	33
4.2.4.1 <i>Crítérios de Inclusão</i>	34
4.2.4.2 <i>Crítérios de Exclusão</i>	34
4.2.5 Instrumentos	34

4.2.5.1 <i>Self-Report Questionnaire - 20 (SQR-20)</i>	34
4.2.5.2 <i>Entrevista estruturada</i>	35
4.2.6 Métodos e Técnicas de Investigação	36
4.2.7 Análise dos Dados	37
4.2.8 Aspectos Éticos	38
5 RESULTADOS	39
5.1 ARTIGO DE REVISÃO – FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO MENTAL COMUM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	39
5.2 ARTIGO ORIGINAL – TRANSTORNO MENTAL COMUM: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS	50
6 CONCLUSÕES	67
REFERENCIAS	68
APÊNDICES	74
APÊNDICE A – Seleção dos Artigos de Revisão	74
APÊNDICE B – Base de Dados - Artigo de Revisão	75
APÊNDICE C – Formulário de Pesquisa	76
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
APÊNDICE E – Termo de Autorização Livre e Esclarecido do Responsável	80
ANEXOS	82
ANEXO A - <i>Critical Appraisal Skills Programme (CASP)</i>	82
ANEXO B – Comprovante de Financiamento do CNPQ	83
ANEXO C - <i>Self Reporting Questionnaire-20 (SQR-20)</i>	84
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética	85
ANEXO E – Anuência da Prefeitura Municipal (Recife/PE)	86
ANEXO F– Anuência do Distrito Sanitário- V (Recife/PE)	87
ANEXO G – Instruções para publicação (Revista Eletrônica de Enfermagem)	88
ANEXO H – Instruções para publicação (Revista de Saúde Pública)	96

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais causam prejuízos nas condições físicas de saúde e podem afetar o autocuidado e a qualidade de vida dos seus portadores. Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 54 países apontaram que os transtornos mentais são responsáveis por 30,8% das doenças físicas, sendo responsáveis por sete das dez principais causas de anos vividos com incapacidades no mundo⁽¹⁾.

As patologias de ordem mental apresentam difíceis diagnósticos precoces, devido ao seu caráter subjetivo, podendo gerar alterações psicoemocionais, orgânicas, sociais e culturais. A estimativa da OMS prevê o índice de morbidade de ordem mental e neurológica de 15% no ano de 2020, com apenas uma minoria da população em sofrimento mental recebendo tratamento adequado^(1,2). Estudo realizado na população urbana da Tanzânia, na África Oriental, mostra que nesse país a morbidade por tais entidades nosológicas já atinge 18% da população, sendo responsável por cinco de cada dez anos de trabalho perdidos por desabilidade⁽³⁾.

Entre os transtornos mentais, encontra-se o Transtorno Mental Comum (TMC); descrito pela primeira vez em 1992, por Goldberg e Huxley, caracteriza-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, sensação de inutilidade e queixas somáticas que afetam o desempenho nas atividades diárias⁽⁴⁾. Frequentemente encontrado na comunidade, esse transtorno representa um alto custo social e econômico à sociedade, pois constitui causa importante de absenteísmo, além de elevar a demanda nos serviços de saúde^(4,5).

Uma proporção significativa de usuários da atenção primária sofre do TMC, sendo ele considerado um problema de saúde pública⁽⁶⁻⁹⁾. Vários países apresentam crescimento na prevalência deste transtorno, porém poucos casos são identificados e tratados adequadamente. Além disso, este transtorno não é uma prioridade nas práticas de saúde, os profissionais raramente estão preparados para identificá-lo, e quando um caso é diagnosticado, constata-se uma dificuldade no acompanhamento dos seus portadores^(8,9).

Estudo realizado no Brasil, levando em consideração a população geral, verificou prevalência de 28% para o TMC (32,8% e 23,5%, respectivamente, entre mulheres e homens)⁽¹⁰⁾; em estudo realizado com a população atendida pela estratégia saúde da família encontrou-se prevalência de 38%, sendo o sexo feminino o fator de associação mais significativa para o transtorno⁽⁷⁾.

Vários fatores, no panorama nacional e internacional, têm sido associados ao TMC, tais como, sexo feminino^(8,10-15), migração^(8,14), ter filhos^(9,16), baixo nível de escolaridade^(8-11,14-18), baixa renda^(8-11,16-20), estar desempregado^(3,14,17,21), alcoolismo⁽¹⁴⁻¹⁷⁾, ter sofrido violência^(14,16,19,22), possuir doença crônica^(16,18) e ser divorciado^(8,16,19). Os profissionais devem saber identificar os usuários com TMC, além de conhecer os seus fatores associados, pois são prenunciadores para incapacidades funcionais graves; o conhecimento dos grupos vulneráveis pode subsidiar políticas públicas a investir em capital social baseado em evidências, fomentando o desenvolvimento de estratégias adequadas à comunidade⁽²³⁾.

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliou-se a rede de cuidados primários à saúde. Contudo, os profissionais das equipes de saúde da família, entre eles, os enfermeiros, ainda não se sentem preparados para atender a demanda de pessoas em sofrimento psíquico, desconhecem modos de abordagem a essa clientela, no sentido de ajudá-los a superar seus problemas e conseqüentemente melhorar a saúde e a qualidade de vida desta população⁽²⁴⁾. Todavia, o TMC vem sendo identificado como demanda de saúde mental característica da atenção primária, e os profissionais da equipe de saúde da família devem e podem tratar o usuário em sofrimento, uma vez que esses profissionais possuem a estrutura da ESF que possibilita vínculos, tornando-se fonte de apoio, suporte e fortalecimento⁽²⁵⁾, quando da evidência deste diagnóstico.

As equipes de saúde da família devem ser capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população⁽²⁶⁾. A ESF está em processo de desenvolvimento e fortalecimento, porém a saúde mental tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação, o que pode dificultar a efetivação do cuidado que tem o domicílio como espaço terapêutico⁽²⁷⁾.

Diversos estudos são unânimes ao revelar que o cuidar na ESF, ao se abordar o sofrimento mental, está pautado na insegurança e na falta de capacitações e orientações dos profissionais⁽²⁶⁻³³⁾. O cuidar é uma prática que deve contribuir para estimular e manter a saúde dos pacientes, respeitando sua privacidade, independência e autonomia⁽³⁴⁾.

Nesse sentido, o foco dos profissionais deve ser a assistência para a conquista da cidadania das pessoas mentalmente adoecidas⁽³⁵⁾; porém, quando se fala em saúde mental, as atividades estão restritas ao médico, à medicalização, à internação⁽³²⁾, além de estarem intimamente atreladas ao medo, à repressão e à discriminação⁽³¹⁾, mesmo depois da mudança de paradigma proposta pela Reforma Psiquiátrica (RP), que visa garantir o acesso ao

atendimento do público em saúde mental respeitando seu direito a liberdade, bem como a integração com a família e a comunidade⁽³⁶⁾.

A principal proposta reformista brasileira na área de saúde mental é a regulamentação dos direitos do doente mental em relação ao tratamento⁽³⁷⁾. Esse modelo de transição demanda um novo processo de trabalho, o qual requer uma sensibilização dos profissionais para a transformação da cultura manicomial, tendo as equipes que prestam atendimentos nas unidades básicas de saúde como referência importante nessa construção^(27,32,37).

Nesse contexto, o reconhecimento dos fatores associados ao risco de TMC deve funcionar como uma base de informação para a construção de programas de educação em saúde, sendo o enfermeiro importante articulador entre a equipe de saúde e a sociedade na identificação e reabilitação dos indivíduos com alteração da saúde mental. Apenas conhecendo o perfil dos usuários em risco de TMC na população pode-se fazer um planejamento dos serviços de saúde oferecidos à comunidade.

Em atenção ao formato preconizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, o resultado desta dissertação foi estruturado em forma de artigos. O primeiro, artigo de revisão, intitulado “Fatores associados ao transtorno mental comum: uma revisão integrativa” e o segundo, artigo original, “Transtorno mental comum: prevalência e fatores Associados”. Ambos no formato para publicação em periódico científico com Qualis (sistema de avaliação de periódicos, mantido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES) representativo para a enfermagem.

Assim, para conduzir esta dissertação, foi elaborada a seguinte questão condutora: Quais os fatores associados ao risco de transtorno mental comum? Tal questão subsidiou a elaboração dos dois artigos produzidos. Em virtude do número restrito de palavras ou páginas disponibilizadas pelas revistas, torna-se inviável a descrição minuciosa do percurso metodológico dentro dos artigos, logo, os métodos utilizados para a construção dos mesmos estão descritos separadamente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar os fatores associados ao risco de transtorno mental comum em usuários cadastrados na estratégia saúde da família do distrito sanitário V da cidade do Recife-PE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os aspectos demográficos e socioeconômicos da população atendida pela estratégia saúde da família;
- Determinar a prevalência dos usuários da estratégia saúde da família em risco de transtorno mental comum;
- Investigar os fatores associados ao risco de transtorno mental comum em usuários cadastrados na estratégia saúde da família.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Em 1977, na 30ª Assembleia Mundial de Saúde realizada pela OMS, foi lançado o movimento “Saúde para Todos no Ano de 2000” e, em setembro de 1978, a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizada pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, resultou na elaboração da Declaração de Alma-Ata, documento que reafirmou o significado de saúde como um direito humano fundamental e como uma das mais importantes metas mundiais para a melhoria social de todos os povos do mundo, permitindo assim o acesso universal à saúde para os indivíduos e famílias da comunidade, proporcionando-lhes levar uma vida social e economicamente produtiva^(38,39).

Assim, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para alcançar esta meta, reconhece a atenção primária, porta de entrada dos sistemas de saúde, como uma estratégia fundamental para reformar e reorganizar os serviços de saúde, garantindo o acesso a todos os usuários⁽³⁸⁾.

Na VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1977, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), que teve como objetivo criar as bases experimentais para implantação de uma assistência em saúde mental integrada ao atendimento básico, enfatizando a atenção extra-hospitalar e destacando a participação da família e da comunidade; prevendo, ainda, a integração das ações relativas à saúde mental com as demais equipes de saúde e o encaminhamento dos casos mais graves para as equipes especializadas⁽⁴⁰⁾, o que remete ao mecanismo de matriciamento*, proposto em 2005, no qual há equipe de apoio (equipe matricial) e equipe de saúde da família (equipe de referência).

Ainda nessa conferência, o sanitarista Josielli Freitas ressaltou que as ações em saúde mental estavam voltadas para fases tardias da doença, destacando a necessidade de promoção da saúde e prevenção primária na comunidade voltada para os grupos de risco, visando reduzir o surgimento de alterações mentais graves e promover a saúde da população atendida⁽⁴⁰⁾. Apesar de existirem políticas voltadas para a saúde mental, pouco se fala em

*Matriciamento ou apoio matricial é uma estratégia que busca conhecer e interagir com as equipes de atenção básica em seu território; procura estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre as demandas em saúde mental no território; atender conjuntamente situações complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas da equipe de saúde da família e atender casos complexos em conjunto^(36,41).

promoção da saúde através da educação voltada para a população em risco para o TMC, que pode gerar incapacidades físicas e ônus para o sistema de saúde, além de ser indicador de transtornos neuróticos graves^(3,8).

No ano seguinte, em 1978, surge um movimento que começa a construir uma crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência aos portadores de transtornos mentais e ao poder psiquiátrico hegemônico. Esse movimento, conhecido como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), desdobrou-se mais tarde nos movimentos da reforma psiquiátrica e da luta anti-manicomial, composto por associações de familiares, membros de associações de profissionais, sindicalistas, trabalhadores integrantes do movimento sanitário e pessoas com histórico de internações psiquiátricas⁽³⁵⁾.

Em outubro de 1979 ocorreu o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, um marco para a Reforma Sanitária, que contou com a participação de muitos integrantes do MTSM e, ao longo da década de 80, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, que tinha como finalidade prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, passaria por diversas mudanças, como a universalização progressiva do atendimento.

A partir dos anos 80 começam os movimentos de descentralização administrativa nas políticas de saúde, de universalização do acesso e de reorganização institucional, que culminaram com a Constituição de 1988, que instituiu Saúde como um “direito de todos e dever do Estado”⁽³⁸⁾. Entre os principais marcos destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1987)⁽⁴²⁾, sendo a primeira aberta à sociedade e fundamental na propagação do movimento da Reforma Sanitária. Dela resultou a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio com o INAMPS e os governos estaduais e a Lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde), em 19 de setembro de 1990, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o INAMPS extinto apenas em 1993.

Também na década de 80, ocorre a expansão da rede ambulatorial para atender a demanda de pacientes com transtornos mentais, com a intenção de evitar o alto índice de internação nos hospitais psiquiátricos. Porém, os ambulatórios não foram dispositivos efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico; dentre os motivos, destaca-se a manutenção do modelo biomédico^(43,44).

Em 1987, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo abordada a promoção da saúde mental⁽⁴⁵⁾. Como referência ao modelo assistencial, tem-se: “Promoção da saúde mental através de integração

das ações específicas com outros programas assistenciais de saúde, organizações e movimentos comunitários e outras instituições da sociedade civil”^(45:19), ou seja, pode-se através de ações de educação em saúde, minimizar os riscos de sofrimento mental.

No mesmo ano, em São Paulo, é fundado o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), como uma proposta de reorientação da assistência em saúde mental, considerando que somente a expansão da rede ambulatorial era insuficiente⁽³⁵⁾. Começa a se construir uma rede de cuidados substitutivos, possibilitando colocar em prática os princípios da RP de desospitalização e garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais⁽⁴⁶⁾.

Em 1990, a Declaração de Caracas assegura a impossibilidade da assistência psiquiátrica convencional e afirma o atendimento primário em saúde como estratégia para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades das populações, com o intuito de superar o modelo hospitalocêntrico⁽⁴⁷⁾.

Em 1992, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que refere ser imprescindível a inserção da saúde mental nas ações gerais de saúde, ou seja, não voltadas apenas para pessoas com diagnóstico psiquiátrico⁽⁴⁸⁾. Também nesse ano é publicada a Portaria nº 224/92, a qual reafirmava os princípios do SUS, estabelecia diretrizes, regulamentava o funcionamento de serviços de saúde mental existentes à época e fixava normas para: equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde e centros de saúde; ambulatorios de saúde mental; Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e CAPS; hospital-dia de psiquiatria; serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral; leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral; e hospital especializado em psiquiatria⁽⁴⁹⁾. O NAPS surge junto com o CAPS, mas a partir de 2002 esses serviços passaram por várias mudanças, entre elas a alteração da denominação NAPS, que deu lugar às subdivisões do CAPS.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, traz no título: “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. A Conferência consolida a RP como política de governo e define as diretrizes do modelo assistencial em saúde mental; quando aborda o acesso a rede de atenção, afirma que se deve: “Estabelecer como porta de entrada da rede de saúde mental as Unidades Básicas de Saúde, preferencialmente por meio da Estratégia Saúde da Família”^(50: 48).

Ainda na III Conferência Nacional de Saúde Mental, ao se discorrer sobre Atenção Básica, afirma-se que é necessário:

garantir que a Rede Básica de Saúde desenvolva ações de vigilância à saúde na área de Saúde Mental, no sentido de localizar e atuar nas áreas de risco geradoras de sofrimento mental (locais de trabalho, condições de moradia e outras), contribuindo

assim para desenvolver a ação intersetorial necessária para a redução do sofrimento^(50:49).

Identificar os usuários em risco para o TMC é uma forma de diminuir o sofrimento e prevenir transtornos neuróticos graves. O mesmo documento afirma a necessidade de “priorizar as ações de cuidado de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade”^(50:49).

No âmbito latino-americano, em 2005, acontece a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, que lança um documento intitulado “Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”. Esse documento afirma a importância dos serviços comunitários de base territorial, e propõe o apoio matricial das equipes de saúde mental às equipes de atenção primária, permitindo um suporte técnico e o aumento da capacidade resolutiva das equipes locais, evitando encaminhamentos desnecessários, além de compartilhar responsabilidades⁽³⁵⁾.

Sobre a saúde mental na atenção primária, o documento afirma:

existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença [...] poderíamos dizer que todo problema de saúde é também - e sempre- de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica [...]^(35: 32).

Assim, verifica-se a importância da identificação dos grupos de maior risco para transtornos mentais, para que sejam realizadas ações que promovam a redução do sofrimento psíquico através de estratégias de educação em saúde na atenção básica.

Em 2010, acontece a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, buscando assegurar que a saúde mental esteja inserida em todas as esferas de saúde, e que usuários tenham participação em todos os níveis de atenção. Além disso, aponta a necessidade de incluir a saúde mental como área estratégica da atenção primária, promovendo a integralidade das ações de saúde mental, sendo então:

fundamental garantir o planejamento, o desenvolvimento, e a avaliação das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção, conforme suas responsabilidades de forma intersetorial e interdisciplinar na atenção à saúde da comunidade, em parceria com outras políticas públicas e atores, por exemplo: lazer, esportes, cultura, assistência social, conselho tutelar, Ministério Público, e assegurar que a atenção primária seja porta de entrada da rede visando atingir 100% de cobertura^(51:82).

Para efetivação da saúde mental na atenção básica, deve-se:

inserir estratégias de saúde mental em todos os grupos e programas já existentes nas unidades básicas de saúde - saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança e do adolescente, saúde do homem, saúde do adulto, programas de atenção às vítimas de violência, entre outros, assegurando a intersectorialidade^(51:83).

As ações de promoção da saúde mental devem se fazer presentes em todos os grupos atendidos na ESF, focando especialmente os grupos de risco, entre eles, os de vulnerabilidade para o TMC, minimizando o risco de sofrimento psíquico e o surgimento de doenças graves e incapacitantes.

3.2 MAGNITUDE E FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO MENTAL COMUM

O TMC reúne manifestações que se caracterizam por queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, fadiga, dor de cabeça, esquecimento, falta de concentração, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam indicar quadros depressivos, ansiosos ou somatoformes⁽⁴⁾. A comorbidade, assim como a indiferenciação entre alguns sintomas, faz com que o conceito de TMC possa capturar manifestações de sofrimento⁽⁸⁾.

Na atenção primária, os usuários podem sofrer transtornos mentais não psicóticos, sem que necessariamente, todos os critérios diagnósticos para psicopatologias, de acordo com a classificação do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*)^(8,52), sejam preenchidos. O TMC não requer perfeito enquadramento na nosologia psiquiátrica clássica⁽⁴³⁾; representa um modelo dimensional⁽⁵³⁾, logo, não há preocupação com uma classificação, mas sim com a detecção de uma forma de sofrimento que produz prejuízos sociais, mentais e laborais na vida dos indivíduos^(8,43,52,53). Os modelos dimensionais facilitam o estudo de sintomas que tendem a aparecer juntos e, no que se refere aos problemas de saúde mental na atenção básica, o TMC é a demanda mais frequente, seguido pelos transtornos relativos ao consumo de bebidas alcoólicas^(43,53).

Por se apresentarem predominantemente através de queixas somáticas inespecíficas, há uma dificuldade no manejo correto dessas manifestações de sofrimento, levando ao subdiagnóstico⁽⁸⁾, à prescrição abusiva de benzodiazepínicos e muitas vezes a encaminhamentos e exames desnecessários⁽⁵²⁾.

Apesar de não ter uma classificação diagnóstica definida, os TMC causam incapacidades funcionais comparáveis ou mais graves que transtornos crônicos^(3,8), levam a uma falência em completar a educação secundária^(10,54) e a mais queixas de doenças físicas⁽⁵⁵⁾;

as taxas de mortalidade são mais altas quando comparados com a população em geral e trazem prejuízos significativos nas capacidades sociais e físicas⁽⁵⁶⁾, além de serem uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária^(9,57).

A intensidade do sofrimento, assim como a gradação entre os transtornos mentais, é variável⁽⁴³⁾. Há cinco níveis distintos em que as morbidades psiquiátricas se manifestam, e esses níveis vão crescendo em ordem de especialização de assistência, que vão desde a comunidade/atenção primária, até a internação. Pessoas que procuram os serviços de atenção primária com queixas sintomáticas difusas, típicas dos TMC, são diferentes dos pacientes das unidades especializadas em saúde mental, pois apresentam quadros mais leves, principalmente com sintomatologia depressiva e ansiosa associadas às queixas somáticas, mas, se não reconhecidos e tratados, podem levar a um sofrimento crônico, além de aumentar os custos para o sistema de saúde⁽⁵⁸⁾.

Estudos epidemiológicos usam o *Self Reporting Questionnaire-20* (SQR-20)[†] para determinar o TMC e apontam uma maior prevalência em mulheres^(3,8,10-15), populações com baixa renda^(8-10,16,18,19), baixa escolaridade^(10,17), migrantes^(8,14), desempregados^(3,21), vítimas de violência^(14,16,19,22). As associações citadas sublinham a ideia de que, também no campo das doenças não transmissíveis, a relação entre o individual e o coletivo é tão íntima como no campo das doenças transmissíveis e o sofrimento individual se relaciona com as condições sociais, apesar da singularidade do sujeito. Os aspectos coletivos não eliminam o sofrimento individual, e o aspecto singular do sujeito não invalida suas raízes coletivas⁽⁴³⁾.

Identificar fatores que deixam a população vulnerável pode direcionar estratégias de educação em saúde para melhorar a qualidade de vida da população, ajudando os profissionais que atuam nas equipes de saúde a reconhecer os usuários em risco e em sofrimento mental, e assim, evitar o surgimento de doenças com potenciais incapacitantes.

A saúde mental ainda é vista com preconceito, principalmente na ESF; esta, entretanto, é a porta de entrada para o usuário com queixas difusas, e a equipe multiprofissional da atenção primária deve saber reconhecer os usuários em risco de TMC e acompanhá-los no território, minimizando o sofrimento e o surgimento de cronicidades. Tal constatação pode demonstrar a necessidade de uma abordagem voltada à promoção da saúde mental.

[†] Instrumento de rastreamento para suspeição diagnóstica do Transtorno Mental Comum, patrocinado e recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

3.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A construção de programas voltados para a educação em saúde deve estar atrelada ao conhecimento da realidade, pois além de identificar os fatores associados ao risco, encontram-se condições que diminuem a vulnerabilidade ao TMC⁽⁵⁷⁾, subsidiando os profissionais a direcionar suas ações educativas.

Por meio da motivação e capacitação, pode-se construir e reconstruir valores e práticas para melhorar a qualidade de vida dos usuários em sofrimento. A educação em saúde (processo político de formação para a cidadania ativa) viabiliza a Promoção da Saúde, pois transforma a realidade social⁽⁵⁹⁾.

Para a promoção da saúde, deve-se trabalhar com prevenção; há duas formas de prevenção primária (medidas universais e seletivas) para o TMC, que devem ser baseadas na realidade local. As universais seriam aplicadas a toda população, através de políticas públicas; e as seletivas, direcionadas às populações vulneráveis. Como prevenção primária seletiva, por exemplo, propõem-se visitas domiciliares, no intuito de prevenir o sofrimento e promover as habilidades parentais no sistema familiar⁽⁴³⁾.

Além da prevenção primária, destaca-se a prevenção secundária, na qual se deve reforçar o reconhecimento e o tratamento das pessoas com TMC na atenção primária através do capacitação dos profissionais para a identificação dos usuários em sofrimento⁽⁵⁷⁾, e deve-se levar em consideração a representação da doença e do sofrimento psíquico das classes populares, pois tratamentos exclusivamente farmacológicos, pautados no modelo biomédico, não possibilitam resultados adequados⁽⁴³⁾.

Os usuários com TMC podem ser detectados e tratados na ESF, logo as equipes de saúde da família necessitam estar capacitadas para uma abordagem efetiva aos usuários em sofrimento⁽⁶⁰⁾; no entanto, ainda se associa a abordagem em saúde mental exclusivamente ao tratamento psiquiátrico⁽⁶¹⁾, e isso leva a práticas terapêuticas pautadas em ações inadequadas, voltadas para a medicalização, repressão e discriminação⁽³¹⁾.

É nesse contexto que deve estar inserida a prática profissional do enfermeiro, membro da equipe da ESF, para articular com a sociedade ações de educação em saúde. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, as instituições de Ensino Superior devem formar profissionais voltados para as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento, sendo a prática assistencial pautada pelo desenvolvimento de ações educativas^(62,63).

Além disso, o enfermeiro deve ser capaz de conhecer e intervir nos problemas mais prevalentes, com ênfase em sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais de seus determinantes, atuando como promotor da saúde integral do ser humano⁽⁶³⁾, promovendo o desenvolvimento da educação em saúde de forma dialógica, inclusiva e problematizadora, identificando os usuários vulneráveis ao TMC e promovendo a saúde biopsicossocial da população assistida.

Assim, para a promoção da saúde, é necessário investimento em recursos humanos que promova o desenvolvimento de habilidades para lidar com questões relacionadas à subjetividade e aos vínculos, visando converter em realidade a desejada e efetiva assistência em saúde mental⁽²⁷⁾.

A implantação de propostas de atuação no setor saúde com ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce, implica a formação de profissionais sob a ótica da ação integral, acesso universal, equidade, participação e controle social, gerando profissionais mais comprometidos em atender as necessidades de saúde da população⁽⁶²⁾.

A educação em saúde é capaz de promover qualidade de vida da população, uma vez que esta caracteriza-se como uma prática transformadora da realidade, demandando de profissionais que se reconheçam como agentes de transformação. Para a enfermagem, é um desafio definir/redefinir a prática assistencial, desenvolvendo uma educação em saúde mental transformadora.

4 MÉTODOS

4.1 ARTIGO DE REVISÃO – FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO MENTAL COMUM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

4.1.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão integrativa, método que oferece subsídios aos profissionais, proporcionando-lhes um saber fundamentado em conhecimentos científicos^(64,65). A revisão integrativa foi o método escolhido por permitir a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos à prática, constituindo-se um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE)⁽⁶⁴⁾.

A utilização deste método permite a avaliação crítica das evidências disponíveis do tema investigado, com acesso a resultados de pesquisas relevantes, proporcionando o planejamento de intervenções efetivas na assistência à saúde e assim, a redução de custos. Além disso, é possível identificar as lacunas do conhecimento, direcionando novos objetos de estudo a serem explorados^(64,65).

4.1.2 Elaboração da questão da pesquisa e objetivos da revisão

Para guiar este estudo foi levantada a seguinte questão: Qual(is) o(os) fator(es) associado(s) ao transtorno mental comum? Com o objetivo de avaliar a produção científica disponível na literatura sobre os fatores associados ao transtorno mental comum.

A partir da questão norteadora, foram determinados os meios adotados para a identificação dos estudos, e as informações a serem coletadas.

4.1.3 Seleção da amostra

O levantamento dos estudos foi realizado em novembro de 2011 e para a seleção dos artigos foram utilizadas cinco bases de dados: Publicações Médicas (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Saúde de Adolescente e Jovem no Brasil (ADOLEC) e Literatura em Ciências Saudáveis (CidSaúde).

Foram utilizadas como palavras chave os descritores controlados cadastrados via *DeCS*: transtornos mentais e fatores de risco e *risk factors and mental disorders*. O descritor – fatores de risco – foi utilizado, pois era o único que fazia menção a associação de fatores. Para evitar possíveis vieses de seleção, a busca de dados teve como referência a pergunta norteadora e os critérios de inclusão, tendo em vista que cada base de dados apresenta características diferentes.

4.1.3.1 Critérios de inclusão

- Estar publicado nos idiomas português, inglês e espanhol nos últimos 10 anos;
- Abordar no título e/ou resumo o TMC;
- Ser artigo original de pesquisa;
- Utilizar instrumento validado e/ou avaliação psiquiátrica para determinar o TMC;
- Abordar os fatores associados ao TMC;
- Apresentar análise multivariada dentre os procedimentos estatísticos utilizados para determinar os fatores associados ao TMC.

4.1.3.2 Critérios de exclusão

- Publicações duplicadas
- Publicações com risco de viés aumentado de acordo com o *Critical Appraisal Skills Programme*

4.1.3.3 Estratégia de busca nas bases de dados

Ao iniciar o rastreamento dos artigos que fariam parte da amostra, cada base de dados foi explorada separadamente, através do cruzamento dos descritores controlados somados ao período (2001-2010) e ao idioma (inglês, português e espanhol) de publicação; dessa forma foram encontrados 3.656 artigos.

Após essa etapa, o título e o resumo dos artigos encontrados foram lidos, sendo incluídos apenas aqueles que abordavam o TMC, reduzindo a amostra para 47 artigos. Assim, foi realizada uma avaliação dos artigos, excluindo-se aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão preestabelecidos. Para facilitar este processo, foi construído um instrumento

estruturado (APÊNDICE A) com respostas “sim” ou “não”, contemplando os critérios de inclusão; quando o artigo pré-selecionado não atendeu a todos os critérios, com marcação de uma ou mais resposta “não”, o artigo foi excluído, sendo selecionados 17 artigos.

Os 17 artigos foram avaliados quanto à qualidade por meio do instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* – CASP (ANEXO A) que apresenta uma análise objetiva, sistemática e de fácil entendimento. O instrumento é composto por 10 itens, abrangendo: 1- objetivo, 2- adequação metodológica, 3- apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos, 4- seleção da amostra, 5- procedimento para a coleta de dados, 6- relação entre o pesquisador e pesquisados, 7- consideração dos aspectos éticos, 8- procedimento para a análise dos dados, 9- apresentação dos resultados e 10- importância da pesquisa. Cada item pontua 0 (zero) - resposta negativa, ou 1 (um) – resposta afirmativa, sendo o resultado representado pela soma de todas as pontuações; assim, ao final, pode-se obter um escore máximo de 10 pontos.

Ao final da avaliação utilizando o CASP, os estudos foram classificados em níveis, de acordo com suas respectivas pontuações: nível A - 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido); ou nível B - até 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado)⁽⁶⁶⁾. Neste estudo, os 17 artigos apresentaram nível A, permanecendo e compondo a amostra final.

4.1.4 Coleta de dados

Após a seleção dos estudos, foi formada uma base de dados de forma a contemplar a questão de pesquisa. Utilizou-se um instrumento adaptado⁽⁶⁴⁾ (APÊNDICE B) considerando a identificação do artigo (título do artigo original, autores, periódico da publicação, ano da publicação e idioma da publicação), amostra, qualidade do estudo[‡], avaliação do TMC, resultados (fatores associados ao TMC) em análise univariada e multivariada, recomendações e conclusão.

Faz-se necessária a utilização de um instrumento para assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída e garantir a precisão na checagem das informações, além de servir como registro⁽⁶⁴⁾.

[‡] Utilizado o *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP)

4.1.5 Avaliação dos Estudos selecionados

Nesta etapa, os estudos selecionados foram analisados detalhadamente e apresentados de forma descritiva. Além dos dados referentes à identificação do artigo (indexação, idioma), ao instrumento utilizado para a identificação do TMC e à população investigada (com destaque aos estudos realizados no Brasil), os fatores associados ao TMC foram divididos em dados demográficos e socioeconômicos, visando contemplar a questão de pesquisa e o objetivo desta revisão integrativa.

4.1.6 Interpretação dos Resultados

Foi realizada uma avaliação crítica dos estudos selecionados, comparando com dados da literatura atual, e apresentadas conclusões para direcionar além de ações públicas para a saúde mental, os cuidados de enfermagem na prática clínica no que se refere à população vulnerável para o TMC. Lacunas sobre a temática estão apresentadas, podendo direcionar futuras pesquisas para a melhoria da assistência da saúde.

4.1.7 Síntese do Conhecimento

A revisão integrativa está apresentada em forma de artigo, no capítulo que aborda os resultados desta dissertação, seguindo as normas pré-estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ CCS/UFPE.

4.2 ARTIGO ORIGINAL – TRANSTORNO MENTAL COMUM: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

4.2.1 Desenho do Estudo

Estudo epidemiológico do tipo analítico, observacional e transversal, com abordagem quantitativa. Faz parte da segunda etapa do projeto intitulado: “Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife – necessidades do cuidar”, financiado pelo órgão de fomento do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) aprovado no edital MCT/CNPq 14/2010-Universal, processo 482070/2010-2 (ANEXO B).

O estudo epidemiológico tem por objetivo descrever o quadro epidemiológico em termos de variáveis relativas às pessoas, ao tempo e ao espaço através de uma tríplice resposta: quem, quando e onde é atingido pelo agravo à saúde? Este tipo de estudo se presta a identificar características de uma população afetada⁽⁶⁷⁾ e traz o risco como conceito fundamental e o fator de risco como conceito correlato⁽²⁴⁾.

Estudos epidemiológicos em saúde mental auxiliam a compreender como os transtornos ocorrem na população geral, avaliam a consequência direta e indireta em nível individual, familiar e social, além de trazer a associação com as variáveis socioeconômicas e demográficas direcionando o cuidado para os grupos de risco⁽⁷⁾.

4.2.2 Caracterização da Área do Estudo

O estudo ocorreu em todas as áreas cobertas pelas equipes de saúde da família do Distrito Sanitário(DS) -V da cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco (PE). Recife tem seu município dividido em seis distritos sanitários e apresenta uma cobertura de atendimento na estratégia saúde da família de 60%, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Unidades de saúde da família, equipes de saúde da família e área coberta, de acordo com os respectivos distritos sanitários. Recife-PE, 2010.

Distrito Sanitário	Unidades de Saúde da Família (USF)	Equipes de Saúde da Família	% Cobertura
I	09	16	78
II	18	43	74
III	24	46	55
IV	19	39	47
V	15	31	42
VI	34	76	66
Total	119	251	60

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2011

O DS-V possui 15 USF, algumas possuem mais de uma equipe de saúde, constituindo um total de 31 equipes, distribuídas conforme mostra o Quadro 1.

A cidade do Recife-PE possuía uma população de 1.472.202 habitantes em 2010 com um crescimento populacional de 11,08% em relação ao ano de 2000, apresentava uma maior proporção de mulheres (53,5%) em relação aos homens (46,5%) e, 865.950 habitantes cadastrados na ESF⁽⁶⁸⁾.

Quadro 1 – Distribuição das unidades de saúde da família do distrito sanitário V, localização e número de equipes de saúde da família. Recife-PE, 2010

UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)	LOCALIZAÇÃO	Nº DE ESF
US 177 – USF Chico Mendes/Xiboré	1ª Travessa do Campo, s/n. Areias	2
US 186 – USF Jardim Uchoa	Rua Jupiraci, s/n. Areias	2
US 238 – USF Iraque	Rua Mearim, 55. Estância	2
US 245 – USF Planeta dos Macacos I	Rua Edgar Carneiro, 929. Jardim São Paulo	1
US 239 – USF Coqueiral I e II	Rua Maria Tereza, 174. Coqueiral	2
US 265 – USF Mangueira I	Rua Jupiciara, 70. Mangueira	2
US 266 – USF Mangueira II	Rua Feliciano Castilho, 64. Mangueira	2
US 284 – USF Vila São Miguel/Marron Glacê	Rua Mariápolis, 132. Afogados	3
US 294 – USF Vila Tamandaré	Rua Dias Cardoso, 11. Estância	2
US 301 – USF Boa Idéia (San Martin)	Rua Araguaia, 83. San Martin	3
US 300 – USF Geraldo Barreto Campelo	Rua Comendador Franco Ferreira, 876. San Martin	3
US 338 – USF Jardim São Paulo Guarulhos	Avenida São Paulo, 665. Jardim São Paulo	2
US 323 – USF Mustardinha	Rua Major Portela, 472. Mustardinha	2
US 344 – USF Jiquiá	Rua Bezinha, 137. Jiquia	2
US 345 – USF Planeta dos Macacos II	Rua Quatro de Setembro, s/n. Jardim São Paulo	1
TOTAL USF – 15		31

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2011

O DS-V tem uma população de 249.000 habitantes e uma cobertura de usuários cadastrados na ESF de 42% que corresponde a 106.950 habitantes⁽⁶⁸⁾, distribuídos conforme mostra a Tabela 2. Levando em consideração a população com idade de 15 a 49, o DS-V apresenta 112.895 usuários, sendo 53.169 homens e 59.726 mulheres, aproximadamente 45% e 55% respectivamente.

Tabela 2 - Distribuição da população cadastrada na estratégia saúde da família do distrito sanitário V, de acordo com a faixa etária e sexo. Recife-PE, 2010.

Faixa Etária	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
< 01 ano	5	5	10
01 – 04 anos	448	462	910
05 – 06 anos	1.082	1.090	2.172
07 – 09 anos	4.039	3.886	7.925
10 – 14 anos	10.762	10.327	21.089
15 – 19 anos	10.257	9.902	20.159
20 – 39 anos	30.665	35.000	65.665
40 – 49 anos	12.247	14.824	27.071
50 – 59 anos	8.176	10.479	18.655
> 60 anos	9.250	15.555	24.805

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2011

A escolha do campo de estudo foi intencional, tendo em vista que o DS-V faz parte da área de atuação da Universidade Federal de Pernambuco, sendo utilizado para as práticas do curso de graduação em Enfermagem na disciplina Enfermagem psiquiátrica.

4.2.3 População do Estudo

Usuários cadastrados na estratégia saúde da família do DS-V da cidade de Recife-PE, com faixa etária de 15 a 49 anos, idade na qual os transtornos mentais estão mais presentes, sendo responsáveis pelo ônus da incapacidade⁽³⁶⁾.

4.2.4 Amostragem

Para o cálculo da amostra foram utilizados como referência, além dos dados da Secretaria Municipal de Saúde apresentados na Tabela 2, que traz o número de habitantes cadastrados no DS-V, os dados de prevalência para o transtorno mental comum de 38% da pesquisa realizada em Santa Cruz do Capibaribe – RS⁽⁶⁹⁾, que utilizou o *Self-Report Questionnaire-20* para a identificação do transtorno e teve como população os usuários da estratégia saúde da família, na mesma faixa etária do presente estudo.

A amostra foi calculada por meio da equação para estudos de proporção com população finita: $n = \frac{z^2 pq N}{d^2 (N-1) + z^2 pq}$, em que:

N = número de moradores cadastrados na estratégia saúde da família, do DS-V do município de Recife-PE, com faixa etária de 15 a 49 anos (N = 112.895, sendo aproximadamente 45% do sexo masculino e 55% do sexo feminino);

p = prevalência de pessoas com transtorno mental comum (0,38);

q = prevalência de pessoas sem o transtorno mental comum (1 - 0,38);

d = margem de erro (d = 0,05);

z = 1,96 (quantil normal para probabilidade de 0,95).

Considerando o tamanho da população (N = 112.895), prevalência de transtorno mental comum (p = 0,38) e margem de erro (d = 0,05), o tamanho da amostra proposto foi de 397 pessoas (sendo 361 + 10% de perdas).

Para a coleta de dados foi empregado um plano amostral estratificado por sexo, pelo fato de alguns estudos^(3,6,15-17,20,23) relatarem um risco significativamente maior para o TMC no sexo feminino; dessa forma, necessitariam ser investigados 178,65 (45%) homens e 218,35 (55%) mulheres; em seguida, essa amostra foi dividida de forma proporcional em todas as 31 equipes de saúde da família, visando que todo o distrito fosse contemplado, porém gerando números decimais quanto ao número de usuários. Assim, a amostra final ficou composta por 404 (183 homens e 221 mulheres) usuários da ESF do DS-V.

Em cada equipe de saúde da família, ocorreu sorteio aleatório simples das famílias que participaram da amostra, e, durante a visita, apenas um usuário cadastrado que atendia os critérios de inclusão/exclusão foi convidado a participar do estudo.

4.2.4.1 Critérios de Inclusão

Ser cadastrado na Unidade de Saúde da Família e ter idade de 15 a 49 anos.

4.2.4.2 Critérios de Exclusão

Pessoas com diagnóstico de déficit de comunicação, deficiência mental e/ou transtorno mental severo.

4.2.5 Instrumentos

4.2.5.1 Self-Report Questionnaire - 20 (SQR-20)

O *Self-Report Questionnaire* (SQR) é um instrumento de rastreamento proposto por Harding *et. al.*, em 1980, composto por trinta questões, sendo vinte sobre sintomas psicossomáticos servindo para o rastreamento de transtornos não-psicóticos, quatro para transtornos psicóticos, uma para convulsões do tipo tônico-clônica e cinco para transtornos por abuso de álcool⁽⁷⁰⁾.

O *Self-Report Questionnaire-20* (ANEXO C), versão em que são utilizadas as 20 questões para o rastreamento de transtornos não psicóticos, foi patrocinado pela OMS com o objetivo de avaliar os transtornos mentais em países emergentes, devido à preocupação com os impactos que os problemas de saúde mental poderiam apresentar em países periféricos. O SRQ-20 tornou-se um instrumento amplamente utilizado para suspeição diagnóstica do TMC⁽⁷¹⁾ e é recomendado pela OMS em estudos comunitários e na atenção primária a saúde^(24,69), sendo validado no Brasil desde 1986⁽⁷²⁾.

O SQR-20 destina-se à detecção de sintomas do transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico; assim, avalia se há algum risco para o TMC, no entanto não oferece diagnóstico, apresenta caráter de triagem, é bastante adequado para estudos de populações e útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos⁽⁷³⁾.

O SRQ-20 é um instrumento autoaplicável, respondido se pensando nos últimos 30 dias, contém escala dicotômica (sim/não) para cada uma das suas 20 questões; a cada resposta “sim” é atribuído o valor um, sendo o escore final a soma das respostas sim, podendo variar de zero (nenhuma resposta sim) a 20 (todas as respostas sim)⁽⁷³⁾.

No que se refere aos pontos de corte para classificação de risco para o TMC, destaca-se a variação em pontos de corte adotados para suspeição diagnóstica da morbidade psíquica. A mensuração dos sintomas realizada pelo SRQ é feita por agrupamento de itens, o que pode facilitar fatores de classificação errônea para esse instrumento⁽⁷³⁾.

Estudo de validação, tendo como referência a entrevista psiquiátrica usando *Structured Clinical Interview (SCID) for DSM-IV* como padrão-ouro, realizado para avaliar o desempenho do SQR-20 em usuários da ESF com idade superior a 14 anos apresentou uma sensibilidade de 86,33%, especificidade de 89,31%, valor preditivo positivo 76,43% e preditivo negativo 94,21%, quando utilizados os pontos de corte 7-8 (até 7 respostas positivas = sem risco; 8 ou mais respostas positivas= risco para o TMC)⁽⁶⁹⁾.

Neste estudo, utilizou-se o SQR-20 com pontos de corte 7-8, o que serviu para identificar a variável dependente, o risco de TMC, quando 8 ou mais respostas positivas formaram o escore final.

4.2.5.2 Entrevista estruturada

Para guiar a entrevista, foi utilizado um formulário estruturado com perguntas acerca de dados demográficos, socioeconômicos e de condições de saúde (APÊNDICE C), utilizado com a finalidade de investigar as situações existentes que estão associadas ao desenvolvimento do TMC. O formulário foi dividido em 3 partes, a primeira contendo variáveis que abordaram os fatores demográficos e sociais individuais (sexo, idade em anos, local de nascimento, religião, estado civil, cônjuge falecido, número de filhos, filhos falecidos, anos de estudo, atividade remunerada e provedor familiar), a segunda fatores econômicos e condições de moradia (renda mensal individual, renda mensal familiar, habitação, número de pessoas na residência, destino dos dejetos, origem da água e energia elétrica) e a terceira condições de saúde individual e familiar (possuir plano de saúde, possuir doença crônica, percepção de ter sofrido maus tratos ao longo da vida, uso de remédio controlado, diagnóstico de portador de Transtorno Mental na família e o uso de álcool e/ou outras drogas); assim, as variáveis independentes foram identificadas facilitando a associação com os fatores de vulnerabilidade para o risco do TMC.

4.2.6 Métodos e Técnicas de Investigação

Os dados foram coletados no primeiro trimestre de 2012, por uma equipe previamente capacitada, composta pela autora da dissertação e por duas alunas da graduação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, bolsistas de iniciação científica, que fazem parte do grupo de pesquisa, cadastrado no CNPq, intitulado: Saúde mental e qualidade de vida no ciclo vital.

Cada entrevistadora acompanhou o agente comunitário de saúde responsável pela família previamente selecionada até o local da residência do usuário da ESF. A seleção foi realizada, pela pesquisadora, por meio de sorteio aleatório simples no primeiro dia de coleta de dados dos usuários de cada equipe de saúde da família, e todas as famílias cadastradas na ESF participaram do sorteio.

Quando o agente de saúde responsável pela família selecionada estava de férias ou afastado, a entrevistadora foi acompanhada por outro agente de saúde da mesma equipe e algumas vezes pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem da equipe.

A identificação do usuário ocorreu das seguintes formas:

- Quando na residência selecionada havia apenas um usuário que atendia aos critérios previamente estabelecidos, ele foi convidado a participar do estudo; em caso de recusa, seria considerada perda. Tendo mais de um usuário que atendesse aos critérios estabelecidos, foi convidado a participar o primeiro em ordem alfabética; quando esse não aceitou o convite, outro membro da família foi convidado; esgotando-se as possibilidades devido à recusa nesta família, seria considerada perda.

- Quando na residência selecionada não havia nenhum usuário que atendia aos critérios pré-estabelecidos, a casa vizinha de número crescente foi visitada, e assim sucessivamente, até que os critérios estabelecidos fossem atendidos.

- Quando o número de homens e/ou mulheres daquela equipe havia sido atingido, a coleta continuou seguindo essa identificação do usuário, acrescentando-se aos critérios de exclusão ser do sexo masculino, quando atingindo o número de homens ou do sexo feminino, quando já tinha a entrevista de todas as mulheres.

Após a identificação do usuário, foi feito o convite para a participação voluntária, sendo entregue Termo de Consentimento Livre e Esclarecido juntamente com o Termo de Autorização Livre e Esclarecido do Responsável, quando o usuário era menor de dezoito anos; assinados os termos, iniciava-se a coleta de dados.

Primeiro foi entregue ao usuário o questionário auto respondido, o SQR-20, para que fosse lido e preenchido; quando o mesmo não sabia ler, ou tinha dificuldade na informação, o questionário foi lido pelo entrevistador e respondido conforme indicado pelo entrevistado. Após responder as 20 perguntas do questionário, essas foram checadas pelo entrevistador para verificar se não havia respostas duplas e/ou não respondidas. Sendo confirmado o correto preenchimento, iniciava-se a entrevista.

4.2.7 Análise dos Dados

A construção da base de dados foi realizada no programa estatístico EpiInfo versão 3.5.2 em dupla digitação e realizado o *validate*, com limpeza do banco de dados. Após, os dados foram transportados para o programa estatístico R versão 2.15 e processados.

Por meio de frequência simples, caracterizou-se a amostra, identificando os fatores demográficos e sociais individuais, econômicos e condições de moradia e condições de saúde individual e familiar dos indivíduos assistidos pela estratégia saúde da família, assim como a prevalência dos usuários em risco para o TMC.

O cruzamento das variáveis analisadas possibilitou determinar os fatores associados ao risco de TMC, sendo utilizado para avaliação estatística o modelo de regressão de Poisson, pois altas prevalências tendem a superestimar as razões de *odds*, quando obtidas por meio da regressão logística⁽⁷⁴⁾.

Para examinar a associação das variáveis independentes com o risco de apresentar o TMC foi realizado primeiramente a análise univariada (regressão de Poisson com 1 variável independente), sendo considerando estatisticamente significativa as associações com $p < 0,05$.

A análise multivariada foi realizada por meio da regressão de Poisson com variância robusta, utilizando-se como variável dependente o risco de TMC, e como variáveis independentes aquelas com nível de significância estatística ao nível de $p < 0,20$ na análise univariada. Utilizou-se o método *backward stepwise* para selecionar as variáveis mais importantes para o modelo múltiplo e, ao final da análise, as variáveis com pelo menos uma categoria com valor de $p < 0,05$ no teste de Wald foram consideradas estatisticamente significantes para o risco de TMC. As razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) para as variáveis consideradas estatisticamente significantes no modelo multivariados foram estimadas.

4.2.8 Aspectos Éticos

Para a execução deste estudo, foram cumpridas todas as exigências estabelecidas pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁷⁵⁾, que trata sobre os aspectos éticos com pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), CAAE 0105.0.000.172-11 (ANEXO D); mediante as cartas de anuência da prefeitura municipal da cidade do Recife-PE (ANEXO E) e do Distrito Sanitário V (ANEXO F).

Os usuários da ESF que atenderam aos critérios estabelecidos previamente para participar do estudo foram informados sobre a garantia do sigilo e confidencialidade quanto às informações prestadas, além de informações sobre o objetivo do estudo, a relevância e o método para a coleta das informações. Foi assegurado o direito de ser esclarecido sobre o estudo em qualquer etapa do processo e sobre o direito de abandoná-lo a qualquer momento, sem haver dano à sua integridade.

A partir do aceite voluntário em participar da pesquisa, foi assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE D) contendo todas as informações necessárias para o real esclarecimento, sendo esse documento assinado pelo voluntário da pesquisa, pelo pesquisador e por duas testemunhas, ficando uma cópia para ambas as partes.

Aos voluntários menores de idade, além do TCLE foi assinado pelo responsável do menor um Termo de Autorização Livre e Esclarecido do Responsável – TCLER (APÊNDICE E) contendo todos os elementos indispensáveis para a total elucidação do estudo.

Os resultados desse estudo não beneficiam diretamente aos participantes, no entanto, tais resultados serão encaminhados à prefeitura da cidade do Recife-PE, através de documento impresso, trazendo sugestões para direcionar a assistência à saúde mental na ESF, visando o direcionamento de ações para a melhoria da qualidade de vida da população estudada; além disso, os resultados vão prover a comunidade científica de conhecimento da população vulnerável, auxiliando a prática profissional na ESF, potencializando as possibilidades de transformação.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO DE REVISÃO – FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO MENTAL COMUM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA[§]

Fatores associados ao transtorno mental comum: uma revisão integrativa

Factors associated with common mental disorder: an integrative review

Factores asociados con el trastorno mental común: una revisión integradora

O transtorno mental comum está entre as principais causas de morbidade, e a identificação dos fatores associados torna-se necessária para focalizar os grupos de risco e direcionar o cuidado. Trata-se de uma revisão integrativa que objetivou avaliar a produção científica disponível na literatura sobre os fatores associados ao transtorno mental comum. Foi realizada em seis etapas e utilizou para seleção as bases de dados: PubMed, LILACS, RCAAP, ADOLEC e CidSaúde. O sexo feminino, baixa escolaridade, baixa renda, violência e uso de álcool mostraram-se prenunciadores importantes para o transtorno. Houve uma lacuna de conhecimento no que concerne a identificação dos fatores associados ao transtorno em usuários da estratégia saúde da família e estudos voltados para a população masculina. A enfermagem pode contribuir de modo relevante através da promoção da saúde, com ações direcionadas para os grupos mais susceptíveis.

Descritores: Transtornos Mentais; Fatores de Risco; Enfermagem; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Common Mental Disorder is among the leading causes of morbidity, and identification of factors associated with it becomes necessary to focus on risk groups and direct care. This study aimed to assess the available scientific literature on factors associated with common mental disorders, was conducted in six steps, and selected its data from five databases: PubMed, LILACS, RCAAP, ADOLEC, CidSaúde and Cochrane. Female sex, low education, low income, violence and alcohol use were shown to be important prognostic factors for the disorder. There was a knowledge gap regarding the identification of factors associated with the disorder in users of family health strategy and studies aimed at the male population. Nursing can contribute in a relevant way through health promotion, targeted at the most susceptible groups.

Descriptors: Mental Disorders; Risk Factors; Nursing; Health Education.

[§] Formatação e referências pautadas nas normas da Revista Eletrônica de Enfermagem (ANEXO G)

RESUMEN

El Trastorno mental común es una de las principales causas de morbilidad y la identificación de factores asociados con ella se hace necesaria para una atención a los grupos de riesgo y atención directa. Se trata de una revisión integradora con el objetivo de evaluar la literatura científica disponible sobre los factores asociados con los trastornos mentales comunes. Se llevó a cabo en seis etapas y se utilizó para seleccionar las bases de datos: PubMed, LILACS, RCAAAP, ADOLEC y CidSaúde. Las mujeres, el bajo nivel de educación, bajos ingresos, la violencia y el uso del alcohol se demostraron pronosticadores importantes para el trastorno. Hubo un vacío de conocimientos sobre la identificación de los factores asociados con el trastorno en los usuarios de la estrategia de salud familiar y estudios dirigidos a la población masculina. Las enfermeras pueden contribuir de manera relevante a través de promoción de la salud, dirigidas a los grupos más probables.

Descriptor: Trastornos mentales; Factores de riesgo; Enfermería; Educación para la salud.

INTRODUÇÃO

O transtorno mental comum (TMC), descrito pela primeira vez em 1992, caracteriza-se por queixas difusas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, sensação de inutilidade e queixas somáticas que afetam o desempenho nas atividades diárias⁽¹⁾. Esse transtorno constitui uma causa importante de dias perdidos no trabalho por incapacitações, elevando a demanda nos serviços de saúde, o que representa um elevado custo social e econômico⁽²⁾.

O TMC não tem sido tratado como prioridade nas práticas de saúde e os serviços raramente estão preparados para lidar com a demanda que ele apresenta^(3,4), apesar de estar entre as causas mais frequentes de incapacidades da atualidade e formar uma porção substancial da morbidade vista na atenção primária⁽⁴⁾, sendo considerado um problema de saúde pública, principalmente em países de baixa e média renda⁽⁵⁾.

Os profissionais de saúde devem conhecer os fatores associados ao TMC, pois são prenunciadores importantes para incapacidades funcionais graves. O conhecimento dos grupos vulneráveis pode direcionar políticas públicas e, assim, ajudar no desenvolvimento de programas de prevenção para um cuidado direcionado às necessidades da população⁽⁶⁾.

A busca de conhecimentos para promover a melhoria da assistência é uma prática que desafia constantemente os enfermeiros⁽⁷⁾. Um dos propósitos da Prática Baseada em Evidências (PBE) é utilizar os resultados de pesquisas junto à assistência, fortalecendo a

importância de estudos científicos para a prática de saúde⁽⁸⁾; isso favorece a atualização dos conhecimentos para a efetividade dos cuidados⁽⁹⁾.

O interesse por se pesquisar os fatores associados ao transtorno mental comum sobrevém do seu impacto junto à sociedade. Nesse contexto, formulou-se a seguinte pergunta: Qual(is) o(s) fator(es) associado(s) ao transtorno mental comum? Com o objetivo de avaliar a produção científica disponível na literatura sobre os fatores associados ao transtorno mental comum.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, um dos métodos de pesquisa utilizados na PBE que permite a incorporação das evidências na prática clínica, pois reúne e sintetiza resultados de pesquisas sobre um delimitado tema e contribui para o conhecimento investigado^(8,10).

A revisão integrativa da literatura, dentre outras formas de obtenção de evidências, é capaz de dar subsídios confiáveis ao profissional, e é também um método sistemático e ordenado de busca por resultados de pesquisa a respeito de um determinado tema. Esse modelo indica a melhor decisão a ser tomada, revela as lacunas existentes no tocante ao arsenal de pesquisas realizadas sobre um assunto, e assim proporciona uma continuidade ao sugerir prováveis objetivos de pesquisa⁽⁹⁾.

O processo de construção foi realizado em seis etapas: elaboração da questão da pesquisa e objetivo da revisão, estabelecimento dos descritores e dos critérios de inclusão/exclusão (seleção da amostra), coleta de dados com formação de uma base de dados, avaliação dos estudos selecionados, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento (apresentação da revisão) da evidência disponível, pois para subsidiar intervenções eficazes no cuidado à saúde é necessário que essas etapas sejam seguidas e claramente descritas⁽⁸⁾.

Para seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: Publicações Médicas (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Saúde de Adolescente e Jovem no Brasil (ADOLEC) e Literatura em Ciências Saudáveis (CidSaúde).

Em virtude das características específicas para o acesso de cada uma das seis bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão, para manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses de seleção. Foram utilizadas como palavras chave os descritores controlados cadastrados via DeCS: transtornos mentais e fatores de risco e *risk factors and mental disorders*. O

descriptor – fatores de risco – foi utilizado, pois era o único que fazia alusão a associação de fatores.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos para esta revisão integrativa foram: estar publicado nos idiomas português, inglês e espanhol nos últimos 10 anos, abordar no título e/ou resumo o TMC, ser artigo original de pesquisa, utilizar instrumento validado e/ou avaliação psiquiátrica para determinar o TMC, abordar os fatores associados ao TMC e análise multivariada dentre os procedimentos estatísticos utilizados para determinar os fatores associados ao TMC. Foram excluídos os artigos repetidos e com risco de viés aumentado de acordo com o *Critical Appraisal Skills Programme*.

A busca nas bases de dados foi realizada pelo acesso *online*, em novembro de 2011, sendo selecionados 17 artigos (Tabela I). Para avaliar a qualidade desses estudos, foi utilizado o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*¹¹, composto por 10 itens: objetivo, adequação metodológica, apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos, seleção da amostra, procedimento para a coleta de dados, relação entre o pesquisador e pesquisados, consideração dos aspectos éticos, procedimento para a análise dos dados, apresentação dos resultados e importância da pesquisa. Para cada item foi atribuído o valor 0 (zero) ou 1 (um), assim, o resultado final foi representado pela soma das pontuações que poderia chegar ao escore máximo de 10 pontos.

Os 17 artigos foram classificados de acordo com as pontuações: nível A - 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) ou nível B – até 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado)¹¹. Ao final da avaliação todos os estudos foram classificados em nível A, permanecendo na amostra.

Tabela I – Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados PubMed, LILACS, RCAAP, ADOLEC e CidSaúde, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos.

	PubMed	LILACS	RCAAP	ADOLEC	CidSaúde	Total
Produção Encontrada	2.869	47	31	707	02	3.656
Não abordam o TMC no título e/ou resumo	2.843	40	26	699	01	3.609
Artigo repetido	-	01	03	05	01	10
Não é artigo original de pesquisa	02	-	01	-	-	03
Não utiliza instrumento validado e/ou avaliação psiquiátrica para determinar o TMC	02	-	-	-	-	02
Não abordam os fatores associados ao TMC	09	-	-	02	-	11
Não faz análise multivariada	03	-	-	01	-	04
Artigos Selecionados	10	06	01	00	00	17

Após o processo de amostragem descrito foi realizada a coleta de dados para formação de uma base de dados com as informações extraídas da amostra selecionada. Foi utilizado um instrumento que contemplou os seguintes itens: identificação do artigo original, ano de publicação, idioma, amostra, características metodológicas do estudo, identificação do instrumento utilizado para o diagnóstico do TMC, fatores associados ao TMC em análise estatística univariada e multivariada.

Foi realizada a discussão dos estudos selecionados, identificando os instrumentos utilizados, amostra e identificação dos fatores associados ao TMC. Os trabalhos selecionados foram analisados detalhadamente de forma crítica e apresentados de forma descritiva, procurando a identificação dos fatores associados ao TMC, divididos em demográficos e socioeconômicos.

RESULTADOS

Dos artigos selecionados, todos foram publicados em periódicos de circulação nacional e internacional. Quanto às bases de dados, dez foram identificados na PubMed, seis na LILACS e um na RCAAAP. Em relação ao idioma nos quais foram publicados, nove estão somente em inglês^(4,12-19), quatro apenas em português^(3,20-22), um em espanhol⁽²³⁾ e três apresentam publicações em inglês e português⁽²⁴⁻²⁶⁾.

A identificação do TMC foi realizada por escala validada em todos os estudos, sendo: três^(12,20,23) (17,6%) através da GHQ-12 (*General Health Questionnaire*), seis^(4,14-18) (35,3%) utilizando a CIS – R (*Revised Clinical Interview Schedule*) e oito^(3,13,19,21,22,24-26) (47,1%) a SQR-20 (*Self-Reporting Questionnaire-20*).

Dos 17 estudos, sete^(3,20-22,24-26) foram conduzidos em população brasileira, destes, apenas um⁽²⁰⁾ não utilizou o SQR-20 para a identificação do TMC. Os outros estudos foram realizados na Índia^(4,14,17), na Tanzânia – África Oriental^(15,18), no Chile^(16,23), na Groelândia⁽¹²⁾, na Colômbia⁽¹³⁾ e no Paraguai⁽¹⁹⁾.

No Brasil, a população estudada foi: gestantes assistidas pelo programa de humanização no pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁴⁾, agentes comunitários de saúde há pelo menos seis meses de trabalho em unidades básicas de saúde⁽²⁵⁾, professores do 1º ao 3º ciclo do ensino fundamental⁽²⁰⁾, jovens de 23 anos⁽²⁶⁾, universitários do curso de medicina^(21,22) e população atendida pelo projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS) no programa de saúde da família⁽³⁾.

Dados demográficos

Na identificação dos fatores associados ao TMC houve uma prevalência no sexo feminino na análise univariada^(3,12,13,16,18,21,23,26) que se manteve significativa após análise

multivariada^(3,13,16,23,26); um dos artigos⁽⁴⁾ trouxe que o sexo feminino não representava fator de risco para o TMC e quatro trabalhos^(14,17,19,24) abordaram apenas mulheres, não sendo possível fazer associação de vulnerabilidade ligada ao sexo.

A variável ter filhos foi associada ao TMC em análise univariada^(4,14), mas nos dois estudos perdeu significância após análise multivariada. A imigração também foi um dado demográfico avaliado em dois dos artigos desta revisão^(3,13), e em ambos foi significativa o fato de ser imigrante para o risco de TMC; porém, como na variável ter filhos, perdeu significância ao ser controlado com outros fatores, conforme mostra a Tabela II.

Tabela II – Fatores demográficos e sua associação com o TMC em análise univariada e multivariada.

Variável	Associação com TMC	Análise univariada		Referências*†	Análise multivariada		Referências*†
		n	%		N	%	
Sexo Feminino		09	100		08	100	
	Sim	08	88,9	3, 12, 13, 16, 18, 21, 23, 26	05	62,5	3, 13, 16, 23, 26
	Não	01	11,1	4	03	37,5	12, 18, 21
Ter Filhos		03	100		02	100	
	Sim	02	66,7	4, 14	00	-	-
	Não	01	33,3	23	02	100	4, 14
Ser Imigrante		02	100		02	100	
	Sim	02	100	13, 3	-	-	-
	Não	-	-	-	02	100	13, 3

* Distribuição dos estudos que referiram associação de risco com as variáveis descritas.

† Alguns estudos contêm mais de um fator de vulnerabilidade associado.

Dados socioeconômicos

O estado civil apresentou grande divergência na avaliação dos estudos: alguns relataram não haver associação significativa com o TMC ainda em análise univariada^(23,24), outro refere o estado civil casado como fator de proteção⁽¹⁸⁾, não sendo significativo ao se ajustar a outras variáveis, e dois artigos^(3,17) trazem o estado civil solteiro como fator de proteção e que se mantêm em análise multivariada. Em relação ao fator associado à vulnerabilidade para o TMC, temos em análise univariada: ser casado⁽¹⁴⁾, mantendo significância após ajuste com outras variáveis; ser solteiro⁽¹⁹⁾, não permanecendo significativo na análise multivariada, ser viúvo^(3,14,17) e ser divorciado^(3,14,17), os dois últimos significativos em análise multivariada. Já, outros estudos trazem que não há associação de risco para o TMC: o ser casado⁽¹⁸⁾, ser solteiro^(3,17) e ser viúvo⁽⁴⁾, ainda em análise univariada.

A baixa escolaridade (Tabela III) foi um prenunciador importante de vulnerabilidade para o desenvolvimento do TMC^(3,4,12-16,24,26) em análise univariada, mantendo significância^(4,12-14) após o controle de outras variáveis. Dois dos estudos^(21,22) não

puderam ter a variável independente avaliada, pois abordaram apenas estudantes de curso superior.

A baixa renda (Tabela III) foi associada ao TMC^(3,4,14-17,19,24,26), mantendo a associação após análise multivariada^(3,4,14,15,17,26). Como um dos estudos⁽¹³⁾ foi realizado apenas com população de baixa renda, não foi possível avaliar o risco com a variável independente. A renda elevada foi considerada um fator de proteção^(14,17), permanecendo em análise multivariada em um dos estudos⁽¹⁴⁾.

Tabela III – Baixa escolaridade, baixa renda e desemprego e sua associação com o TMC em análise univariada e multivariada.

Variável	Associação com TMC	Análise univariada		Referências*†	Análise multivariada		Referências*†
		n	%		N	%	
Baixa Escolaridade		09	100		09	100	
	Sim	09	100	3, 4, 12,13, 14, 15, 16, 24, 26	04	44,4	4, 12, 13, 26
	Não	-	-	-	05	55,6	03, 14, 15, 16, 24
Baixa Renda		09	100		09	100	
	Sim	09	100	3, 4, 14,15, 16, 17, 19, 24, 26	06	66,7	3, 4, 14, 15, 17, 26
	Não	-	-	-	03	33,3	16,19,24
Desemprego		05	100		04	100	
	Sim	04	80	13, 18, 22, 24	01	25	18
	Não	01	20	4	03	75	13, 22, 24

* Distribuição dos estudos que referiram associação de risco com as variáveis descritas.

† Alguns estudos contêm mais de um fator de vulnerabilidade associado.

O desemprego (Tabela III) apresentou associação de risco^(13,18,22,24), que se manteve significativa após ajuste com outras variáveis⁽¹⁸⁾. Não foi possível essa análise em dois dos estudos^(20,25), pois a amostra foi composta por grupos de trabalhadores.

O uso de álcool também foi associado ao TMC^(12-14,24), mantendo significância após controle com outras variáveis^(12,14). A violência, outro fator social avaliado, foi determinante para o TMC⁽¹³⁾, sendo significativa também em outros 03 estudos^(14,17,20) e sem associação em análise multivariada⁽¹⁴⁾. Um dos artigos⁽¹⁷⁾ abordou que: entre os tipos de violência, o abuso sexual marital é a violência mais significativa para o desenvolvimento do TMC.

Não praticar atividade de lazer foi associado ao TMC em análise univariada^(22,26) e se manteve significativo após análise multivariada⁽²²⁾, assim como não ter apoio emocional foi fator de vulnerabilidade^(17,21-24), sendo este apoio relacionado ao suporte emocional familiar^(17,24) e a estrutura familiar⁽²³⁾, perdendo significância em um dos estudos⁽²⁴⁾. Possuir doença crônica foi uma variável independente associada ao TMC^(14,15) e permaneceu significativa em análise multivariada em um dos artigos⁽¹⁴⁾.

DISCUSSÃO

Como demonstrado nesta revisão, sete estudos foram conduzidos em população brasileira e, destes, nenhum foi realizado com usuários da estratégia saúde da família que não estejam vinculados a um projeto social ou possuam uma condição de saúde específica. As equipes de saúde da família devem ser capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade⁽²⁷⁾ com ação integral e humanizada na assistência prestada ao indivíduo e à sociedade, cabendo ao enfermeiro priorizar medidas de prevenção de agravos e de promoção da saúde⁽²⁸⁾.

Assim, os fatores de vulnerabilidade para o TMC dessa população devem ser conhecidos para direcionar o cuidado e as políticas de saúde, pois o TMC é prenunciador importante para desabilidades funcionais graves⁽⁶⁾.

Outro aspecto relevante a ser considerado é o sexo feminino apresentar maior susceptibilidade para o TMC. Esta associação de risco está possivelmente relacionada às alterações hormonais e desvantagens sociais (baixos salários, excesso de trabalho, violência doméstica)⁽¹⁷⁾, além da multiplicidade de papéis assumidos e desempenhados (mãe, esposa, educadora, profissional) que podem favorecer ao adoecimento⁽²⁸⁾. Entretanto, em quase 38% dos estudos, o sexo perdeu significância após análise multivariada, pois o número de homens estava em número reduzido na amostra, e outros quatro (23,5%) abordaram apenas a população feminina, revelando a necessidade de pesquisas voltadas para a identificação dos fatores associados ao TMC na população masculina.

A baixa escolaridade foi apontada, em 4 artigos desta revisão, como prenunciadora importante de vulnerabilidade para o TMC. Estudo revela que há falência em completar a educação secundária quando surge a alteração mental, e que as desordens mentais influenciam negativamente resultados educacionais⁽²⁹⁾. Além disso, quando se apresenta o TMC no início da vida adulta, período de transição educacional e ingresso no mundo de trabalho, pode prejudicar a mobilidade social do jovem criando um ciclo de desvantagem ao longo da vida⁽²⁶⁾.

A baixa renda está entre os fatores associados ao TMC, sendo descrita após análise multivariada em 6 artigos, e o desemprego apontado em 1 dos artigos da amostra. O estresse e a insegurança são apontados como desencadeadores do TMC, podendo ser gerados por uma renda insuficiente⁽³⁰⁾. Contribuir com a mobilidade social, por meio de melhores oportunidades de emprego e salários, é uma medida promotora de saúde.

A violência e o uso de álcool apresentaram-se como indicadores de risco para o TMC. Portanto, deve-se enfatizar atividades de educação em saúde para redução dos agravos a saúde mental na comunidade^(13,14), estabelecendo projetos de intervenção que

atendam às necessidades do indivíduo e do seu contexto social, visando o melhor enfrentamento desses agravos à saúde.

A falta de apoio emocional, possuir alguma desabilidade ou doença crônica são indicadores de risco que podem ser minimizados com a inclusão da família no processo de cuidar, visto que as atividades de saúde devem envolver uma rede de apoio⁽¹²⁾. Nesse contexto, devem ser fomentadas ações de saúde que envolvam a atenção integral ao indivíduo, visando a promoção da saúde mental.

CONCLUSÃO

Mulheres, pessoas com baixa renda, baixa escolaridade, usuários de álcool e que sofreram violência apresentam uma maior vulnerabilidade para o transtorno mental comum, necessitando assim de investimento social e políticas públicas direcionando as atividades de educação em saúde para estes grupos.

Deve-se investir em programas de prevenção e tratamento para o uso e abuso de álcool e outras drogas e nos programas de violência contra a mulher. A equipe de enfermagem pode contribuir de modo relevante através de ações de promoção da saúde direcionadas para os indivíduos com maior risco, envolvendo a família no processo do cuidar.

O reconhecimento da alteração da saúde mental deve funcionar como uma base de informação para a construção de programas de educação em saúde, sendo o enfermeiro um importante articulador entre a equipe de saúde e a sociedade na identificação e reabilitação dos indivíduos com transtorno mental comum.

Este estudo evidenciou uma lacuna de conhecimento na identificação do transtorno mental comum em usuários da estratégia saúde da família e na população masculina em relação à feminina. Todo esse panorama, além de favorecer futuras pesquisas, deve ser considerado na formulação de ações públicas para a melhoria do cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
2. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev. saúde pública. 2002;36:213-21.
3. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad. saúde pública. 2006;22:1639-48.

4. Pothan M, Kuruvilla A, Philip K, Joseph A, Jacob KS. Common mental disorders among primary care attenders in Vellore, South India: nature, prevalence and risk factors. *Int J Soc Psychiatry*. 2003 Jun;49(2):119-25.
5. Stewart RC, Bunn J, Vokhiwa M, Umar E, Kauye F, Fitzgerald M, et al. Common mental disorder and associated factors amongst women with young infants in rural Malawi. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 May;45(5):551-9.
6. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2009 Oct;12(5):335-43.
7. Lobiondo-Wood G, Harber J. *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice*. 6^a ed. St. Louis (USA): Mosby/Elsevier;2006.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. *Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2008 out/dez;17(4):758-64.
9. Cullum N, Ciliska D, Haynes B. *Enfermagem baseada em evidências: uma introdução*. São Paulo (SP):Artme;2010.
10. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. *Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem*. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):434-8.
11. Public Health Resource Unit, The University of Kent, *Critical Appraisal of the Journal Literature. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) - Evaluation tool for quantitative studies*. England: Public Health Resource Unit; 2006
12. Lynge I, Munk-Jorgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2004;63(2):377-83.
13. Harpham T, Snoxell S, Grant E, Rodriguez C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *Br J Psychiatry*. 2005 Aug;187:161-7.
14. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Weiss H, Mabey D. Risk factors for common mental disorders in women. Population-based longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2006 Dec;189:547-55.
15. Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R. Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *Br J Psychiatry*. 2006 Aug;189:109-17.
16. Araya R, Montgomery A, Rojas G, Fritsch R, Solis J, Signorelli A, et al. Common mental disorders and the built environment in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry*. 2007 May;190:394-401.
17. Chandra PS, Satyanarayana VA. Gender disadvantage and common mental disorders in women. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):513-24.
18. Jenkins R, Mbatia J, Singleton N, White B. Common mental disorders and risk factors in urban Tanzania. *Int J Environ Res Public Health*. 2010 Jun;7(6):2543-58.

19. Ishida K, Stupp P, Serbanescu F, Tullo E. Perinatal risk for common mental disorders and suicidal ideation among women in Paraguay. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010 Sep;110(3):235-40.
20. Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. saúde pública.* 2006 dez;22(12):2679-91.
21. Lima MCP, Domingues MS, Cerqueira ATAR. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev. saúde pública.* 2006 dez;40(6):1035-104.
22. Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH, Miranda AE. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(1):17-23.
23. Fritsch R, Escanilla X, Goldsack V, Grinberg A, Navarrete A, Pérez A, et al. Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios . Santiago de Chile: *Rev. psiquiatr. clín.* 2006 Mai;43(1):22-30. Spanish.
24. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, et al. Common mental disorders and self- esteem in pregnancy: prevalência and associated factors. *Rep. Public health.* 2010 Set;26(9):1832-8. Inglês e Português.
25. Silva ATC, Menezes PRi. Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. *J. public health.* 2008 Out;42(5):921-9. Inglês e Português.
26. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL; Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte e nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev. saúde pública.* 2008;42(2):26-33. Inglês e Português.
27. Koga M, Furegato ARF, Santos JLF. Opiniões da Equipe e Usuários sobre a Atenção à Saúde Mental num Programa de Saúde da Família. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006;14(2):163-9.
28. Gonçalves JRL, Ferreira LA, Ferreira PCS. As Interfaces das Linhas de Cuidados e a Saúde Mental. In: Santos AS, Cubas MR. *Saúde Coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 235-59.
29. Myer L, Stein DJ, Jackson PB, Herman AA, Seedat S, Williams DR. Impact of common mental disorders during childhood and adolescence on secondary school completion. *S Afr Med J.* 2009 May;99(5 Pt 2):354-6.
30. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso-Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(4):630-40.

5.2 ARTIGO ORIGINAL – TRANSTORNO MENTAL COMUM: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Transtorno Mental Comum: prevalência e fatores associados

Common Mental Disorder: prevalence and associated factors

RESUMO

OBJETIVO: Identificar a prevalência e os fatores associados ao risco de transtorno mental comum em usuários da estratégia saúde da família do distrito sanitário V da cidade do Recife-PE.

MÉTODOS: Estudo transversal com amostra de 404 usuários da estratégia saúde da família. O risco para o transtorno foi avaliado por meio do *Self-Report Questionnaire-20*, e na análise multivariada utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta para estimar a razão de prevalência em função de variáveis: demográficas e sociais individuais (sexo, idade, local de nascimento, religião, estado civil, cônjuge falecido, número de filhos, filhos falecidos, anos de estudo, atividade remunerada e provedor familiar), econômicas e condições de moradia (renda mensal individual, renda mensal familiar, habitação, número de pessoas na residência, destino dos dejetos, origem da água e energia elétrica) e condições de saúde individual e familiar (plano de saúde, possuir doença crônica, diagnóstico de portador de transtorno mental na família, percepção de ter sofrido maus tratos ao longo da vida, uso de remédio controlado, e o uso de álcool e/ou outras drogas).

RESULTADOS: A prevalência identificada foi de 33,9%, e as variáveis que se associaram significativamente ao transtorno foram: sexo feminino, renda mensal individual menor ou igual a 1 salário mínimo, possuir doença crônica, ter portador de transtorno mental na família e a percepção de ter sofrido maus tratos ao longo da vida.

CONCLUSÃO: A prevalência do risco de transtorno mental comum é alta entre os usuários da estratégia saúde da família do distrito sanitário V da cidade do Recife-PE, e os fatores associados devem ser considerados para o planejamento de medidas eficazes de educação voltadas para a promoção da saúde, com a inserção e efetivação da saúde mental em todos os programas já existentes na atenção primária.

DESCRITORES: Transtornos Mentais. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Fatores de Risco.

** Formatação e referências pautadas nas normas da Revista de Saúde Pública (ANEXO H)

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify the prevalence and factors associated with the risk for common mental disorders in users of the health strategy of the family health district V of Recife-PE.

METHODS: Cross-sectional study with a sample of 404 users of the health strategy of the family. The risk for the disorder was assessed using the Self-Report Questionnaire-20, and in the multivariate analysis Poisson regression was used with robust variance to estimate the prevalence ratio as a function of variables: demographic and social individual (sex, age, place of birth, religion, marital status, deceased spouse, number of children, deceased children, years of education, paid work and family provider), economic and housing conditions (individual monthly income, monthly household income, housing, number of people in residence, sewage facilities, water supply and electricity) and conditions for individual and family health (health plan, chronic disease, diagnostic bearer of mental disorder in the family, perception of having experienced abuse throughout life, use of controlled medication and the use of alcohol or drugs).

RESULTS: The prevalence found was 33.9%, and the variables that were significantly associated with the disorder were female sex, individual monthly income less than or equal to 1 minimum wage, chronic disease, to have mental patients in the family and perception of having experienced abuse throughout life.

CONCLUSION: The prevalence of risk factors for common mental disorders is high among users of the health strategy of the family health district V of Recife-PE, and the associated factors should be considered in the planning of effective education for the promotion of health, with the inclusion of mental health and its effectuation for all existing programs in primary care.

DESCRIPTORS: Mental Disorders. Mental Health. Primary Health Care. Health Education. Risk Factors

INTRODUÇÃO

O Transtorno Mental Comum (TMC) é prenunciador de transtornos mentais graves e responsável por incapacidades funcionais similares a transtornos crônicos. Pessoas portadoras desse diagnóstico apresentam sintomatologia depressiva e ansiosa, muitas vezes com manifestações somáticas¹⁵. Tal condição clínica constitui importante causa de prejuízo nas funções físicas e sociais, pessoais e familiares, produzem alterações negativas na vida do indivíduo e dos familiares envolvidos²⁰, sendo responsáveis por um alto custo social e econômico.

No Brasil, a prevalência do TMC na população geral é de 29,9%¹⁹, chegando a 38% nos usuários da atenção primária¹². Estudos nacionais e internacionais apontam que esse distúrbio é mais comum entre mulheres¹⁹, população com baixa escolaridade²⁵, baixo nível socioeconômico², em vítimas de violência³, desempregados¹⁵, imigrantes^{6,10} e usuários de álcool³.

De acordo com o Plano Integral de Saúde Mental^{††}, instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil, a promoção da saúde deve ser direcionada para os grupos vulneráveis, como uma proposta para reduzir alterações mentais e promover a saúde da população. Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, enfatizou-se a necessidade de ações em educação em saúde voltadas para a promoção da saúde na comunidade^{‡‡}, e em 2010, na última Conferência Nacional de Saúde Mental, destacou-se a importância das estratégias de promoção da saúde mental estarem inseridas em todos os grupos e programas já existentes^{§§}, sendo direcionadas aos grupos de risco para o desenvolvimento de transtornos graves.

O reconhecimento dos grupos vulneráveis para o desenvolvimento do TMC, especialmente na atenção primária, pode funcionar como uma base de informação para a construção de programas de educação em saúde, visando à proteção da saúde mental da população.

Assim, identificar os grupos susceptíveis para o desenvolvimento do TMC em usuários dos serviços de atenção primária, em especial nos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF), pode ser uma forma de adequar a prática assistencial dos profissionais de saúde às reais necessidades da população. Entre os profissionais que compõem as equipes da ESF, destaca-se o enfermeiro, o qual é formado para prestar uma assistência integral, pautada pelo desenvolvimento de ações educativas e de promoção à saúde.

A ESF é uma das principais estratégias de reorganização dos sistemas locais de saúde no Brasil, implantada a partir de 1994, e é operacionalizada por equipes

^{††} Ministério da Saúde (Brasil). VI Conferência Nacional de Saúde. Anais da VI Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1977

^{‡‡} Ministério da Saúde (Brasil). Conferência Nacional de Saúde Mental. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília; 1988.

^{§§} Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília; 2010.

multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de número definido de famílias em área geográfica delimitada. Atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes^{***}.

Diante disso, este estudo foi realizado com o objetivo de identificar a prevalência e os fatores associados ao risco de transtorno mental comum em usuários da ESF do distrito sanitário V da cidade do Recife-PE.

MÉTODOS

Estudo analítico, observacional e transversal, com abordagem quantitativa. Faz parte da segunda etapa do projeto intitulado: “Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife – necessidades do cuidar”. A população está representada pelos usuários cadastrados na ESF do Distrito Sanitário (DS) - V da cidade do Recife-PE, com idade de 15 a 49 anos, considerando que nessa faixa etária os transtornos mentais são mais prevalentes, sendo responsáveis por incapacidades sociais graves^{†††}.

A cidade do Recife é dividida em 6 Distritos Sanitários e apresenta uma cobertura de atendimento na ESF de 60%. O DS-V possui 31 equipes de saúde da família, uma população de 249.000 habitantes e uma cobertura de usuários cadastrados na ESF de 42%, o que corresponde a 106.950 habitantes^{†††}. Considerando a população com idade de 15 a 49 anos, o DS-V apresenta 112.895 usuários, sendo aproximadamente 45% homens e 55% mulheres.

A amostra foi calculada com base no número de habitantes cadastrados no DS-V e na prevalência para o TMC de 38% na atenção primária¹²; foi utilizada a margem de erro 0,05 e acrescentados 10% para possíveis perdas.

^{***} Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

^{†††} Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS - acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.85p.

^{†††} Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: 2010 nov [acesso em 2011 set. 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Após o cálculo da amostra, foi empregado um plano amostral estratificado por sexo, pelo fato de outros estudos^{2,6,19} relatarem um risco significativamente maior para o TMC no sexo feminino. Em seguida, essa amostra foi dividida de forma proporcional entre as 31 equipes de saúde da família, visando contemplar todas as áreas adstritas do local em estudo. Assim, a amostra final foi composta por 404 usuários da ESF do DS-V (183 homens e 221 mulheres).

Em uma segunda etapa, ao chegar à unidade da equipe de saúde da família, foi realizado o sorteio aleatório simples para determinar as famílias que participariam do estudo. Durante a visita, apenas um usuário cadastrado que atendia aos critérios de inclusão/exclusão foi convidado a participar; não havendo nenhum usuário que atendesse aos critérios pré-estabelecidos, a casa vizinha de número superior era visitada; quando mais de 1 usuário preencheu os critérios, o primeiro em ordem alfabética foi convidado a participar do estudo; em caso de recusa, outro membro da família era convidado, seguindo a ordem alfabética. Apenas em caso de não aceitação de todos os membros da família seria considerado perda.

Os critérios de inclusão foram: ser cadastrado na ESF e ter idade de 15 a 49 anos. Foram excluídas pessoas com diagnóstico de déficit de comunicação, deficiência mental e/ou transtorno mental severo.

Os dados foram coletados no primeiro trimestre de 2012 por 3 pesquisadoras previamente capacitadas, que fazem parte do grupo de pesquisa cadastrado no CNPq e intitulado: Saúde mental e qualidade de vida no ciclo vital.

Para a identificação do risco de TMC (variável dependente) foi utilizado o *Self-Report Questionnaire-20* (SQR-20), instrumento de rastreamento proposto em 1980¹², utilizado para a suspeição diagnóstica do TMC²², recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em estudos na atenção primária e validado no Brasil desde 1986¹⁷.

O SQR-20 é um instrumento de rastreamento autoaplicável, composto por 20 perguntas de respostas “sim” ou “não”. A pontuação é feita pela contagem simples das respostas afirmativas, tendo mínimo de zero e máximo de 20. Foi considerado o ponto de corte 7-8 (até 7 respostas positivas não há risco de TMC, 8 ou mais respostas positivas representa risco de TMC), tendo como referência estudo validado com usuários da ESF¹².

Para identificar os fatores associados ao risco de TMC, foi realizada uma entrevista, utilizando-se um formulário estruturado dividido em 3 partes: fatores

demográficos e sociais individuais, fatores econômicos e condições de moradia e condições de saúde individual e familiar.

Os fatores demográficos e sociais individuais foram analisados por meio das variáveis: sexo, idade (anos), local de nascimento, religião, estado civil, cônjuge falecido, número de filhos, filho falecido, anos de estudo, atividade remunerada e provedor familiar. As variáveis para análise dos fatores econômicos e condições de moradia foram: renda mensal individual, renda mensal familiar, habitação, número de pessoas na residência, destino dos dejetos, origem da água e energia elétrica. As condições de saúde individual e familiar foram investigadas por meio das variáveis: possuir plano de saúde, possuir doença crônica, diagnóstico de portador de Transtorno Mental (TM) na família, percepção de ter sofrido maus tratos ao longo da vida, uso de remédio controlado, e o uso de álcool e/ou outras drogas.

Primeiro o usuário respondia o SQR-20, pensando nos 30 últimos dias – com ajuda do pesquisador, caso o entrevistado fosse analfabeto – e logo após era realizada a entrevista.

Os dados foram analisados no programa estatístico R versão 2.15, sendo estruturados e processados. Foi estimada a prevalência global e por sexo e, em seguida, realizada a análise univariada por meio da regressão de Poisson simples, para verificar a associação entre a ocorrência do risco de TMC e as variáveis independentes, sendo consideradas estatisticamente significantes as associações com $p < 0,05$.

Para a análise multivariada, foi empregada a regressão de Poisson com variância robusta, utilizando-se como variável dependente o risco de TMC, e como variáveis independentes aquelas com nível de significância estatística ao nível de $p < 0,20$ na análise univariada. Utilizou-se o método *backward* para selecionar as variáveis mais importantes para o modelo múltiplo e, ao final da análise, as variáveis com pelo menos uma categoria com valor de $p < 0,05$ no teste de Wald foram consideradas estatisticamente significantes para o desfecho. Foram estimadas as razões de prevalência ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança das variáveis consideradas estatisticamente significantes no modelo multivariado.

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), CAAE 0105.0.000.172-11.

RESULTADOS

A média de idade dos usuários da ESF estudados foi de 33,4 anos (desvio-padrão, DP=10,6). A prevalência global para o risco de TMC foi de 33,9% para os usuários cadastrados na ESF do DS-V, da cidade do Recife-PE, com prevalência de 20,2% no sexo masculino e 45,2% no feminino, com diferença estatística significativa entre os sexos.

As variáveis que se associaram estatisticamente ($p < 0,05$) ao risco para o desenvolvimento do TMC no modelo univariado foram: sexo feminino, ter cônjuge falecido há 5 anos ou mais, ter de 3 a 4 filhos, ter filhos falecidos há menos de 5 anos, ter menos que 5 anos de estudo e não ter nenhuma atividade remunerada; possuir renda mensal igual ou menor que 1 Salário Mínimo (SM), o destino dos dejetos ser a céu aberto e não possuir energia elétrica no domicílio; possuir doença crônica, ter alguém na família portador de Transtorno Mental (TM) diagnosticado, a percepção de ter sofrido maus tratos ao longo da vida e o uso de drogas lícitas e ilícitas na família (Tabelas 1, 2 e 3).

As razões de prevalência ajustadas das variáveis com significância estatística para o desfecho de acordo com a análise multivariada estão na Tabela 4. As variáveis significantes no modelo final foram: sexo, renda mensal individual, doença crônica, diagnóstico de portador de TM na família e percepção de sofrer maus tratos ao longo da vida.

DISCUSSÃO

Foi observada elevada prevalência – 33,9% – para o risco de TMC em usuários de 15 a 49 anos cadastrados na ESF do DS-V da cidade do Recife-PE. Prevalências elevadas do TMC também foram verificadas em outros países. Na Ásia Ocidental¹¹, a prevalência correspondeu a 36,6% em indivíduos de 18 a 65 anos e na França a 21,5% em população com 18 anos ou mais⁴. Estudos realizados no Brasil, utilizando o SQR-20, estimam uma prevalência para o risco de TMC de 29,9%¹⁹ na população geral com idade de 15 anos ou mais, 44,1%²⁵ em grupos de gestantes e, 43,3%²⁴ em agentes comunitários de saúde. Apesar de descritos na literatura, a comparação entre as prevalências destes estudos deve ser cautelosa e

considerar as diferenças em relação aos pontos de corte do instrumento e as populações avaliadas.

Fatores demográficos e sociais individuais

Entre os fatores que se associaram ao risco de TMC no modelo final está o sexo feminino; relação também observada em outros estudos^{19,11}. A associação entre as desvantagens de gênero (dupla jornada de trabalho, baixos salários, abuso marital) e a saúde reprodutiva feminina são dois determinantes para o risco de TMC³. Apesar de ser, o sexo, um fator não modificável, ações para a promoção da saúde da mulher na comunidade podem atuar como fator de proteção, minimizando essa associação de risco.

Apesar de não apresentar associação significativa para o desfecho, a prevalência dos entrevistados nascidos no interior do estado com o risco de TMC foi 42,8%. Estudos ao abordarem as imigrações referem-se, sobretudo, ao fluxo internacional, abordando a legalidade do processo^{6,10}; porém, o sair da sua cidade de origem pode agregar fatores estressores que comprometem a saúde física, mental e social do migrante no local de acolhimento.

Os resultados do presente estudo mostram que não houve associação entre a idade e o risco de TMC. Essa morbidade psíquica é responsável por afetar pessoas de diferentes faixas etárias, sendo responsável pelo sofrimento do indivíduo, da família e da comunidade¹⁹. Como o estudo não foi desenhado com o objetivo de fazer comparações entre as diferentes idades, o significado deste achado é incerto. Em um estudo que buscou contemplar esta associação, o TMC foi mais comum nos indivíduos maiores de 40 anos²⁰.

A religião também não foi uma variável com significância estatística neste estudo, corroborando com outro que mostra que não há associação do TMC com a filiação religiosa ou considerar-se religioso⁵. Por outro lado, a intensidade da religiosidade, a busca exacerbada ou o afastamento da religiosidade, estão associados à prevalência geral de transtornos mentais²⁶, não sendo possível avaliar essa intensidade no presente estudo.

A literatura científica apresenta divergência no que se refere à associação do estado civil com o risco de TMC, relatando não haver relação de risco²⁵, assim como evidenciado no presente estudo; associação de proteção com a condição de ser solteiro³ ou casado¹⁵ e associação de vulnerabilidade com ser solteiro²⁴ ou viúvo³.

A baixa escolaridade é revelada como fator associado ao TMC^{18,19}, porém nesse estudo perdeu significância após ajuste com outras variáveis. A educação guarda relação com a capacidade de mobilização social do jovem. As desordens mentais são responsáveis por baixos resultados educacionais, havendo uma dificuldade para o término dos estudos¹⁸.

Fatores econômicos e condições de moradia

A renda mensal individual menor ou igual a 1 SM foi associada ao risco de TMC. A associação entre a baixa renda e a presença do TMC também foi observada em diversos estudos^{14,19,25}. Oferecer oportunidade de mobilidade social, contribuindo com a melhoria da renda da população, possibilita a redução de custos com internamentos e com as altas demandas nos serviços de saúde.

Dentre as condições de moradia, viver em condições de esgoto a céu aberto e não possuir energia foram variáveis associadas ao risco do TMC; ambas perderam significância após ajuste, possivelmente por estarem associadas à renda.

Condições de saúde individual e familiar

Uma das variáveis que apresentou significância estatística no modelo multivariado, associada ao risco de TMC, foi ser portador de doença crônica. Estudos revelam uma prevalência mais alta do TMC quando avaliadas populações que necessitam de acompanhamento de saúde por doença crônica. Entre hipertensos ou portadores de diabetes *mellitus* a prevalência estimada é de 39,44%²¹, chegando a 46,7% em pessoas com HIV positivo e a 63,7% quando além do HIV há coinfeção com a tuberculose⁷, possivelmente devido às limitações impostas.

Ações voltadas para a promoção da saúde mental devem ser realizadas no tratamento e acompanhamento das afecções somáticas, principalmente em quadros crônicos. Na ESF o cuidado deve ser construído de forma processual e articulado às questões cotidianas, pautado pelo desenvolvimento de ações educativas. O enfermeiro, membro da equipe multiprofissional, pode atuar como promotor dessa ação integral, em uma contextualização interdisciplinar. Pois este profissional é formado para promover o cuidado pautado na promoção sistematizada da saúde, numa perspectiva individual e coletiva¹.

A associação entre o risco de TMC e a variável ter portador de TM na família foi estatisticamente significativa no modelo final. Não conhecer o significado da doença, atrelado à falta de clareza sobre o que de fato ocorre com o portador de

transtorno mental, possivelmente, leva os familiares a sentirem-se perdidos em relação ao cuidado com o doente e isolados pelos serviços de saúde⁸. Quando é identificado um portador de transtorno mental, deve-se estabelecer uma assistência integrada, capaz de satisfazer às reais necessidades do doente e da família para o reestabelecimento da saúde, minimizando assim o sofrimento e melhorando a qualidade de vida.

O atendimento voltado para a saúde mental, seja da família ou do portador do transtorno, é um desafio para profissionais de saúde e gestores, visto que a doença mental não é reconhecida como demanda da atenção primária, não havendo ações no âmbito da saúde mental e nem registros oficiais nos relatórios de produtividade¹⁶. O cuidado ao usuário portador de transtorno mental e a sua família é um desafio para uma sociedade que busca cidadania e respeito à individualidade e peculiaridades deste contexto familiar.

Outra variável associada ao risco de TMC na análise multivariada foi a percepção de sofrer maus tratos ao longo da vida. A violência é apontada como um fator associado ao TMC³ e a exposição à violência (ser vítima ou testemunha) está associada a sintomas de sofrimento quando ocorre na infância⁷, podendo ser manifestado por alterações no sono e pela falta de concentração na escola, sendo capaz de trazer repercussões na vida adulta^{9,23}.

A atenção à criança na área de saúde mental constitui uma demanda em crescimento. Apesar disso, políticas e práticas de atenção à saúde mental para as crianças e adolescentes são escassas e as ações estão direcionadas para a população adulta e para a luta antimanicomial⁹.

É necessário que além de políticas públicas voltadas para os adultos, especialmente as mulheres, sejam fomentadas ações de promoção da saúde mental, em caráter preventivo, direcionadas para crianças e adolescentes, podendo-se utilizar o ambiente escolar, as creches e a unidade de saúde da família para a implantação de ações que abordem preventivamente o desenvolvimento de transtornos mentais graves.

Ao contrário de outro estudo³, o uso de álcool e/ou outras drogas na família não foi associado no modelo final ao risco de TMC. Esta variável pode ter apresentado viés, pelo constrangimento do familiar em relatar esse problema durante a entrevista. O uso de álcool e outras drogas é classificado como transtorno

mental e o tratamento e programas de atenção devem ser estendidos para o contexto familiar.

A alta prevalência para o risco de TMC e os fatores a ele associados devem ser considerados para o desenvolvimento de projetos terapêuticos que articulem medidas eficazes de educação voltadas para a promoção da saúde e da assistência integral, com a inserção e efetivação da saúde mental dos usuários em todos os programas já existentes na ESF, com ênfase no acolhimento, na escuta qualificada de suas queixas, na solução de problemas, no trabalho com grupos, na continuidade de tratamento e encaminhamento seguros, na atuação em equipe com foco na família e no fortalecimento da rede de apoio, com ações intersetoriais.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro (processo 482070/2010-2).

REFERÊNCIAS

1. Aarestrup C, Tavares CMM. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. *Rev Eletr Enf.* 2008;10(1):228-34.
2. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL; Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte e nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica.* 2008;42(2):26-33. DOI: 10.1590/S0034-89102008000900005
3. Chandra PS, Satyanarayana VA. Gender disadvantage and common mental disorders in women. *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(5):513-24.
4. Cohidon C, Imbernon E, Gorlberg M. Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *Am J Ind Med.* 2009;52(2):141-52.
5. Corrêa AAM, Almeida AM, Menezes PR, Vallada H, Scazufca M. Investigando o papel do suporte social na associação entre religiosidade e saúde mental em idosos de baixa renda: resultados do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev Bras Psiquiatria.* 2011; 33(2): 157-64. DOI: 10.1590/S1516-44462010005000028.
6. Coutinho MPL, Rodrigues IF, Ramos N. Transtornos Mentais Comuns no Contexto Migratório Internacional. *PSICO.* 2012;43(3):400-7

7. Deribew A, Tesfaye M, Hailmichael Y, Apers L, Abebe G, Duchateau L, et al. Common mental disorders in TB/HIV co-infected patients in Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2010; 10: 201-8. DOI: 10.1186/1471-2334-10-201
8. Estevam MC, Marcon SS, Antonio MM, Munari DB, Waidman MAP. Living with mental disorders: family members' perspective have on primary care. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(3):679-86. DOI: 10.1590/S0080-62342011000300019
9. Feitosa HN, Ricou M, Rego S, Nunes R. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Rev Bioet (Impr.)*. 2011;19(1):259-75.
10. Franken I, Coutinho MPL, Ramos MNP. Representações Sociais, Saúde Mental e Imigração Internacional. *Psic Cien e Profissão*. 2012;32(1):202-19. DOI: 10.1590/S1414-98932012000100015
11. Gluloum S, Bener A, Abou-Salen MT. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. *J Pak Med Assoc*. 2011;61(3): 216-21.
12. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):380-90. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200017
13. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10:231-41.
14. Ishida K, Stupp P, Serbanescu F, Tullo E. Perinatal risk for common mental disorders and suicidal ideation among women in Paraguay. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;110(3):235-40. DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.03.027
15. Jenkins R, Mbatia J, Singleton N, White B. Common mental disorders and risk factors in urban Tanzania. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(6):2543-58. DOI: 10.3390/ijerph7062543
16. Lucchese R, Oliveira AGB, Concioni ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saude Publica*. 2009;25(9):2033-42. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000900017
17. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.

18. Myer L, Stein DJ, Jackson PB, Herman AA, Seedat S, Williams DR. Impact of common mental disorders during childhood and adolescence on secondary school completion. *S Afr Med J*. 2009;99(5 Pt 2):354-6.
19. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso-Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4):630-40. DOI: 0.1590/S1415-790X2010000400008
20. Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Farias AAS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa - estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(4):233-9. DOI: 10.1590/S0047-20852008000400002
21. Santa Helena ET, Lasagno BGS, Vieira R. Prevalência de transtornos mentais não-psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina. *R Bras Med Fam e Comun*. 2010;5(17):42-7.
22. Santos KO, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura Fatorial e consistência Interna do Self-Reporting Questionnaire (SQR-20) em população urbana. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):214-22. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000100023
23. Shields N, Nadasen K, Pierce L. The effects of community violence on children in Cape Town, South Africa. *Child Abuse Negl*. 2008;32(5):589-601.
24. Silva ATC, Menezes PR. Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. *J. Public Health*. 2008;42(5):921-9. DOI: 10.1590/S0034-89102008000500019
25. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, et al. Common mental disorders and self-esteem in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rep Public health*. 2010;26(9):1832-8. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000900016
26. Soeiro RE, Colombo ES, Ferreira MHF, Guimarães PSA, Botega NJ, Dalgalarro P. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário *Cad Saude Publica*. 2008; 24(4):793-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000400009

Tabela 1. Prevalência do risco de TMC em usuários cadastrados na ESF de 15 a 49 anos, segundo fatores demográficos e sociais individuais. Recife-PE, 2012.

Variáveis	n	Amostra (n=404) Prevalência TMC(%)	RP (IC 95%)
Sexo		p<0,01	
Masculino	183	20,2	1
Feminino	221	45,2	2,23(1,61-3,07)
Idade (anos)		p=0,46	
15-24	100	27,0	1
25-34	112	33,0	1,07(0,57-2,00)
35-44	112	40,1	1,34(0,73-2,45)
45-49	80	35,0	1,16(0,61-2,19)
Local de Nascimento		p=0,14	
Região Metropolitana do Recife	332	32,2	1
Interior do Estado	56	42,8	1,37(0,97-1,94)
Outro	16	37,5	1,20(0,63-2,31)
Religião		p=0,76	
Não	109	32,1	1
Sim, praticante	183	34,9	1,09(0,78-1,52)
Sim, não praticante	112	33,9	1,06(0,73-1,54)
Estado civil		p=0,63	
Solteiro (a)	157	34,4	1,02(0,70-1,25)
Casado (a)	217	33,1	0,97(0,72-1,23)
Separado (a)	17	41,1	1,20(0,65-2,20)
Viúvo (a)	9	22,2	1
Outro (a)	4	50,0	1,45(0,53-3,97)
Cônjuge Falecido		p=0,01	
Não	366	31,7	1
Sim (< 5 anos)	17	47,0	1,48(0,74-2,95)
Sim (≥ 5 anos)	21	61,9	4,55(3,25-6,39)
Número de Filhos		p=0,01	
Nenhum	278	14,0	1
1-2	188	31,9	1,37(0,89-2,08)
3-4	71	45,0	2,46(1,51-4,00)
5 ou +	34	17,6	1,17(0,56-2,44)
Filhos Falecidos		p=0,02	
Não	372	32,2	1
Sim (< 5 anos)	14	57,1	1,77(1,10-2,85)
Sim (≥ 5 anos)	18	50,0	1,55(0,95-2,52)
Anos de Estudo		p<0,01	
0-4	156	50,0	4,19(1,13-9,57)
5-8	97	25,7	2,01(0,48-5,36)
9 ou +	151	22,5	1
Atividade Remunerada		p=0,03	
Nenhuma	122	43,4	2,01(1,32-3,07)
Estágio	4	25,0	1,10(0,19-6,23)
Autônomo	112	33,9	1,49(0,94-2,35)
Vínculo Público	6	16,6	1
Trabalho com Carteira Assinada	92	22,8	1,01(0,33-1,24)
Trabalho sem Carteira Assinada	64	34,4	1,51(0,91-2,50)
Aposentado/afastado	4	25,0	1,10(0,19-6,23)
Provedor da Família		p=0,14	
Não	115	39,1	1,34(0,98-1,82)
Total	106	33,9	1,11(0,79-1,56)
Parcial	183	30,6	1

Tabela 2. Prevalência do risco de TMC em usuários cadastrados na ESF de 15 a 49 anos, segundo fatores econômicos e condições de moradia. Recife-PE, 2012.

Variáveis	n	Amostra (n=404) Prevalência TMC(%)	RP (IC 95%)
Renda Mensal individual (SM)		p<0,01	
Nenhuma	94	44,7	2,20(1,31-4,17)
Até 1	163	44,8	2,32(1,35-4,62)
+ de 1	147	14,9	1
Renda Mensal Familiar (SM) n=398		p=0,06	
Nenhuma	4	50,0	3,00(0,39-23,07)
Até 1	103	57,2	3,50(0,58-21,07)
> 1 – 3	200	29,5	1,77(0,29-10,73)
> 3 – 5	70	17,1	1,20(0,15-9,37)
> de 5	21	14,2	1
Habitação		p=0,78	
Própria	293	33,4	1
Alugada	86	33,7	0,93(0,71-1,21)
Cedida/financiada/outros	25	45,4	1,33(0,93-1,90)
Nº de Pessoas na Residência		p=0,22	
1	26	42,3	1,43(0,83-2,45)
2 – 3	167	32,9	1,01(0,65-1,56)
4 – 5	152	31,5	1
+ de 5	59	38,9	1,08(0,69-1,68)
Destino dos Dejetos (n=387)		p=0,01	
Fossa com Tampa	109	28,4	1
Ligado à Rede de Esgoto	237	31,6	1,20(0,89-1,62)
A céu aberto	41	48,7	2,11(1,50-2,97)
Origem da água		p=0,61	
Encanada	383	34,2	1,40(0,70-1,85)
Outros	21	28,5	1
Energia Elétrica		p<0,01	
Não	2	50,0	1,75(1,02-2,35)
Sim	402	33,8	1

Tabela 3. Prevalência do risco de TMC em usuários cadastrados na ESF de 15 a 49 anos, segundo condições de saúde individual e familiar. Recife-PE, 2012.

Variáveis	n	Amostra (n=404)	
		Prevalência TMC(%)	RP (IC 95%)
Plano de Saúde		p=0,07	
Não	273	37,0	1,32(0,97-1,81)
Sim	131	27,5	1
Doença Crônica		p<0,01	
Não	287	20,9	1
Sim	117	65,8	1,90(1,55-2,32)
Diagnóstico de Portador de TM na Família		p=0,03	
Não	332	31,0	1
Sim	72	47,2	1,76(1,43-2,18)
Percepção de sofrer maus tratos ao longo da vida		p<0,01	
Não	347	28,8	1
Sim	57	64,9	2,32(1,90-2,81)
Uso de Remédio Controlado		p=0,23	
Não	287	20,9	1
Sim	117	65,8	1,22(0,93-1,60)
Uso de álcool e/ou drogas na família		p=0,01	
Não	151	27,1	1
Sim, lícitas	240	37,9	1,84(0,92-3,69)
Sim, lícitas e ilícitas	13	38,4	1,47(1,16-1,87)

Tabela 4. Razões de prevalência ajustadas com variáveis significativas para o risco de TMC em usuários cadastrados na ESF de 15 a 49 anos. Recife-PE, 2012.

Variável	RP (IC95%)	p
Sexo		
Masculino	1	0,02
Feminino	1,47(1,07-2,01)	
Renda Mensal individual (SM)		
Nenhuma	1,40(1,06-2,80)	0,04
Até 1	1,52(1,09-2,85)	
+ de 1	1	
Doença Crônica		
Não	1	0,02
Sim	1,48(1,15-1,90)	
Diagnóstico de Portador de TM na Família		
Não	1	0,04
Sim	1,36(1,04-1,77)	
Percepção de sofrer maus tratos ao longo da vida		
Não	1	<0,01
Sim	1,85(1,48-2,33)	

6 CONCLUSÕES

A carência de estudos voltados para a identificação dos grupos vulneráveis para o transtorno mental comum na Estratégia Saúde da Família dificulta o desenvolvimento da prevenção primária aos agravos de saúde. A partir desse estudo é possível a elaboração de medidas universais de prevenção, visto que todo o panorama identificado será direcionado à prefeitura do município de Recife/PE para o desenvolvimento de ações públicas.

Além disso, o sucesso para a prevenção de transtornos mentais graves depende do conhecimento da população vulnerável. Por meio do cenário identificado pode-se promover a inserção e efetivação da saúde mental em todos os programas já existentes na atenção primária, no intento de atender às demandas aqui evidenciadas.

Para isso, é necessário o investimento na capacitação dos profissionais que promovam o desenvolvimento de habilidades para lidar com a subjetividade, tornando-os aptos a identificar os usuários em risco ou em sofrimento, e assim, promover uma prática transformadora da realidade, por meio de ações de educação em saúde, visando a desejada assistência em saúde mental.

Vale enfatizar a importância de programas direcionados às vítimas de violência e aos portadores de doenças crônicas no contexto individual e familiar. Além disso, a construção de ações e políticas de saúde deve considerar as peculiaridades de todas as fases do crescimento e desenvolvimento humano, como instrumento essencial para o cumprimento integral das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Estratégias de enfrentamento pela equipe de saúde da família, em integração com os demais serviços e níveis de assistência, com ênfase na saúde mental, também precisam ser estudadas e elaboradas, podendo direcionar novas pesquisas.

Além disso, podem-se desenvolver atividades extensionistas com ações voltadas à promoção da saúde mental do indivíduo no seu contexto social e familiar com a integração da graduação, pós-graduação e comunidade, possibilitando desenvolver no estudante de enfermagem a sensibilidade para o conhecimento dos problemas da comunidade e o provindo de uma formação para as necessidades do Sistema Único de Saúde, visto que o enfermeiro é formado para prestar uma assistência integral, promovendo ações de saúde tanto no nível individual quanto coletivo na perspectiva da integralidade da assistência, atuando como agente de transformação social e melhorando a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS^{§§§}

1. World Health Organization, The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization;2001.
2. Santos AM, Luis MA. Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para a enfermagem psiquiátrica comunitária. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(2):235.
3. Jenkins R, Mbatia J, Singleton N, White B. Common mental disorders and risk factors in urban Tanzania. Int J Environ Res Public Health. 2010 jun;7(6):2543-58.
4. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock;1992.
5. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev Saude Publica. 2002;36:213-21.
6. Stewart RC, Bunn J, Vokhiwa M, Umar E, Kauye F, Fitzgerald M, et al. Common mental disorder and associated factors amongst women with young infants in rural Malawi. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010 may;45(5):551-9.
7. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos Mentais em comunidade atendida pelo Programa de saúde da família. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública. 2008;24(7):1641-50.
8. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2006; 22:1639-48.
9. Pothan M, Kuruvilla A, Philip K, Joseph A, Jacob KS. Common mental disorders among primary care attenders in Vellore, South India: nature, prevalence and risk factors. Int J Soc Psychiatry. 2003 jun;49(2):119-25.
10. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL; Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte e nascimentos de 1982, Pelotas, RS. Rev Saude Publica. 2008;42(2):26-33.
11. Araya R, Montgomery A, Rojas G, Fritsch R, Solis J, Signorelli A, Lewis G. Common mental disorders and the built environment in Santiago, Chile. Br J Psychiatry. 2007 may;190:394-401
12. Lima MCP, Domingues MS, Cerqueira ATAR. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. Rev Saude Publica. 2006 dez;40(6):1035-104.

^{§§§} Referências da Introdução, Revisão da Literatura e Métodos

13. Fritsch R, Escanilla X, Goldsack V, Grinberg A, Navarrete A, Pérez A, Rivera C, González I, Sepúlveda RE, Rojas G. Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios . *Rev Psiquiatr Clín*. 2006 mai;43(1):22-30.
14. Harpham T, Snoxell S, Grant E, Rodriguez C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *Br J Psychiatry*. 2005 aug;187:161-7.
15. Lynge I, Munk-Jorgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2004;63(2):377-83.
16. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Weiss H, Mabey D. Risk factors for common mental disorders in women. Population-based longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2006 dec;189:547-55.
17. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, Pinheiro RT. Common mental disorders and self- esteem in pregnancy: prevalence and associated factores. *Rep Public health*. 2010 set;26(9):1832-8.
18. Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R. Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *Br J Psychiatry*. 2006 aug;189:109-17.
19. Chandra PS, Satyanarayana VA. Gender disadvantage and common mental disorders in women. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):513-24.
20. Ishida K, Stupp P, Serbanescu F, Tullo E. Perinatal risk for common mental disorders and suicidal ideation among women in Paraguay. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010 sep;110(3):235-40.
21. Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH, Miranda AE. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(1):17-23.
22. Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006 dez;22(12):2679-91.
23. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2009 oct;12(5):335-43.
24. Andrade FB, Bezerra AIC, Pontes ALF, Ferreira Filha MO, Viana RPT, Dias MD, Silva AO. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(5):675-80.
25. Ministério da Saúde (Brasil), Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 236p.

26. Koga M, Furegato ARF, Santos JLF. Opiniões da Equipe e Usuários sobre a Atenção à Saúde Mental num Programa de Saúde da Família. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(2):163-9.
27. Pereira MA, Barbieri L, Paula VP, Franco MS. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):567-2.
28. Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH. Os Diferentes Sentidos do Cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *Mundo Saúde*. 2009;33(2):2-24.
29. Souza RC, Scatena MCM. Possibilidades e Limites do Cuidado Dirigido ao Doente Mental no Programa de Saúde da Família. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;31(1):147-60.
30. Severo KS, Dimenstein M, Brito M, Cabral C, Alverga AR. A Experiência de Familiares no Cuidado em Saúde Mental. *Arq Bras Psicol*. 2007; 59(2):143-55.
31. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: Confluências e dissonâncias da prática com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saude Publica*. 2007 out; 23(10):2375-84.
32. Sousa KK, Ferreira Filha MO, Silva AT. A Práxis do enfermeiro no Programa de Saúde da Família na Atenção à Saúde mental. *Cogitare Enferm*. 2004;9(2):14-22.
33. Brêda MZA, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica. *Saúde Debate*. 2003;27(63):25-35.
34. Seguro AO, Neves JG, Branquinho RC, Souza E. O Cuidar: a dimensão de uma palavra que tem como significado uma profissão. *Rev Rede Cuidados Saúde*. 2008;2(2):1-14.
35. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF; 2005 [acesso em 2011 mar 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
36. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS - acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.85p.
37. Nascimento AM, Braga VAB. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa de saúde da família de Caucaia-CE. *Cogitare enferm*. 2004;9(1):84-93.
38. Souza AC. Em tempos de PSF... novos rumos para a saúde mental [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.

39. Organização Mundial de Saúde, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Cazaquistão: Organização Mundial de Saúde;1997set 6-12.3p.
40. Ministério da Saúde (Brasil), VI Conferência Nacional de Saúde. Anais da VI Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1977 ago 1-5.
41. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.16p.
42. Ministério da Saúde (Brasil), VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (centro de documentação);1987. 430p.
43. Fonseca MLG. Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
44. Vasconcelos EM. Do hospício a comunidade: mudança sim; negligência não. Belo Horizonte: Segrac;1992.
45. Ministério da Saúde (Brasil), Conferência Nacional de Saúde Mental. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde;1988.43 p.
46. Antunes SMMO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. Cad Saude Publica. 2007 jan;23(1):207-15.
47. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Caracas. Venezuela: Organização Mundial de Saúde;1990 nov 14.
48. Ministério da Saúde (Brasil), Coordenação de Saúde Mental, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde;1994.63p.
49. Brasil. Legislação em saúde mental: 1990-2002. Série E. Legislação de Saúde [internet]. Brasília, DF, 2002. [acesso em 2012 jan 9]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>
50. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde; 2002.213 p.
51. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde, Comissão organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília:Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde; 2010.210 p.

52. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa Saúde da Família (PSF) de Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):32-7.
53. Goldberg D, Goodyer I. *The Origins and Course of Common Mental Disorders.* New York: Routleg;2005.248p.
54. Myer L, Stein DJ, Jackson PB, Herman AA, Seedat S, Williams DR. Impact of common mental disorders during childhood and adolescence on secondary school completion. *S Afr Med J.* 2009 may;99:354-6.
55. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005 jul-set;5(3):337-48.
56. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns. *Cad Saude Publica.* 2003 nov-dez;19(6):1713-20.
57. Patel V, Kleinman A. Poverty and Common Mental Disorders in Developing countries. *Bulletin of World Health Organization.*2003;81(8).
58. Fortes S. *Transtornos Mentais Comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/ Rio de Janeiro/ Brasil [tese].* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
59. Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Mundo Saúde.* 2007;31(3):320-8.
60. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo), Coordenação de Epidemiologia e Informação. *Transtornos Mentais Comuns-Tabagismo-Consumo de Bebida Alcoólica.* São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2011:5.64 p.
61. Silva ATMC, Silva CC, Ferreira Filha MO, Nóbrega MML, Barros S, Santos KKG. A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005 jul-ago;58(4):411-5.
62. Spadini LS, Souza MCBM. O Preparo de Enfermeiros que atuam em Grupos na Área de Saúde Mental e Psiquiatria. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010 abr-jun;14(2):355-60.
63. Ministério de Educação e Cultura (Brasil), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* 2001 nov. 7. [acesso em 2012 ago 10]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
64. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010;8(1):102-6.

65. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidência na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 out-dez; 17(4):758-64.
66. Public Health Resource Unit, The University of Kent, Critical Appraisal of the Journal Literature. *Critical Appraisal Skills Programme (CASP) - Evaluation tool for quantitative studies*. England: Public Health Resource Unit; 2006
67. Barata RB, Werneck GL. Observação e registro dos fenômenos epidemiológicos (tempo, espaço, indivíduos e populações). In: Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012; 127-49.
68. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: 2010 nov [acesso em 2011 set. 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
69. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):380-90.
70. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10:231-41.
71. Santos KO, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura Fatorial e consistência Interna do Self-Reporting Questionnaire (SQR-20) em população urbana. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):214-22.
72. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986 jan;148:23-6.
73. Santos KOB, Araújo TM, Pinho OS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SQR-20). *Rev Baiana Saúde Pública Miolo*. 2011;34(3):544-60.
74. Barros AJD, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003 oct;3(21):11-16.
75. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF; 1996. [acesso em 2011 mar. 10]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/reitoria/orgaos/comites/etica/resolucoes03.php>

APÊNDICES

APÊNDICE A – Seleção dos Artigos de Revisão

Base de Dados:	Artigo repetido ()
Aborda o TMC no título e/ou resumo	() Sim () Não

Artigo excluído ()

Metodologia	
Artigo Original de Pesquisa	() Sim () Não
Utiliza instrumento validado e/ou avaliação psiquiátrica para determinar o TMC? () Sim () Não	
Aborda os fatores associados ao TMC?	() Sim () Não
Apresenta análise estatística multivariada?	() Sim () Não

Artigo Excluído ()

Artigo Selecionado ()

APÊNDICE B – Base de Dados - Artigo de Revisão

Base de dados:		Artigo _____
Título do Artigo Original		
Autores		
Periódico da publicação		
Ano da publicação		
Idioma		
Amostra		
Qualidade do estudo (A/B)		
Identificação do TMC	Instrumento () Avaliação Psiquiátrica ()	
Prevalência do TMC		
Análise univariada (teste utilizado)		
Resultados da univariada - Fatores Associados ao TMC		
Análise multivariada (modelo utilizado)		
Resultado da Multivariada - Fatores associados ao TMC (significativos - $p < 0,05$)		
Recomendações		
Conclusão		

APENDICE C – Formulário de PesquisaNome: _____ Questionário nº

Entrevistador: _____ Data: ___ / ___ / _____

FATORES DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS INDIVIDUAIS		
Sexo	(1) Masculino (2) Feminino	SX __
Idade (anos)	___ ___	ID __ __
Local de Nascimento	(1) Região Metropolitana do Recife (2) Interior de Pernambuco Qual? _____ (3) Outro estado/país, Qual? _____	NT __
Religião	(1) Não (2) Sim, praticante (3) Sim, não praticante	RL __
Estado civil	(1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Separado (a) (4) Viúvo (a) (5) Outro (a)	EC __
Cônjuge Falecido	(1) Não (2) Sim (< 5 anos) (3) Sim (≥ 5 anos)	CF __
Número de Filhos	(1) Não (2) Sim n° de Filhos: ___ ___	FL __ NF __ __
Filhos Falecidos	(1) Não (2) Sim (< 5 anos) (3) Sim (≥ 5 anos)	FF __
Anos de Estudo	(1) 0-4 (2) 5-8 (3) 9 ou +	AE __
Atividade Remunerada	(1) Nenhuma (2) Estágio (3) Autônomo (4) Vínculo Público (5) Trabalho com Carteira Assinada (6) Trabalho sem Carteira Assinada (7) Aposentado/afastado	AR __
Provedor da Família	(1) Não (2) Total (3) Parcial	PF __

FATORES ECONÔMICOS E CONDIÇÕES DE MORADIA		
Renda Mensal individual (SM)	(1) Nenhuma (2) Até 1 (3) > 1 – 3 (3) > 3 – 5 (4) > de 5	RI __
Renda Mensal Familiar (SM)	(1) Nenhuma (2) Até 1 (3) > 1 – 3 (3) > 3 – 5 (4) > 5 – 8 (5) > de 8	RF __
Habitação	(1) Própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Financiada (5) Outros: _____	HT __
Nº de Pessoas na Residência	(1) 1 (2) 2 – 3 (3) 4 – 5 (4) + de 5	PR __
Destino dos Dejetos	(1) Fossa (2) Esgoto (3) A céu aberto	DD __
Origem da água	(1) Encanada (2) Cacimba (3) Poço (4) Fonte (5) Outros: _____	AO __
Energia Elétrica	(1) Não (2) Sim	EE __
CONDIÇÕES DE SAÚDE INDIVIDUAL E FAMILIAR		
Plano de Saúde	(1) Não (2) Sim	PS __
Acompanhamento de Saúde (Doença Crônica) Qual?	(1) Não (2) Sim: _____	AS __
Percepção de sofrer maus tratos ao longo da vida	(1) Não (2) Sim	MT __
Uso de Remédio Controlado Qual?	(1) Não (2) Sim: _____	RC __
Diagnóstico de Portador de TM na Família Qual TM?	(1) Não (2) Sim: _____	TM __
Uso de álcool e/ou drogas na família	(1) Não (2) Sim, apenas lícitas (3) Sim, apenas ilícitas (4) Sim, lícitas e ilícitas	UD __

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife – necessidades do cuidar

Coordenador da Pesquisa: Ana Márcia T. S. Cavalcanti

Contato: Departamento de Enfermagem da UFPE, fone: 81-2126- 8543

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que pretende identificar os fatores de risco relacionados ao risco de adoecimento mental nos usuários do programa de saúde da família da cidade do Recife-PE.

Os dados serão coletados a partir da aplicação de um questionário com questões simples. A entrevista ocorrerá logo após a sua permissão para realização do estudo, respeitando a confidencialidade e garantindo a participação ou retirada, assim como o esclarecimento de suas dúvidas. As informações aqui obtidas serão utilizadas para avaliar e, posteriormente, melhorar o seu nível de conhecimento sobre os fatores de risco relacionados aos transtornos mentais e aos fatores de risco.

Vale salientar que esta pesquisa não representa riscos à integridade física e emocional dos seus participantes.

Este estudo não incorrerá em ônus nem constituirá riscos ou prejuízo para o participante. Será garantido sigilo e privacidade em relação ao seu nome e de sua instituição, obedecendo dessa maneira às normas estabelecidas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a condução das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 1996); vale notar que este consentimento poderá ser revogado a partir do momento em que você não desejar em participar como voluntário deste estudo.

Informamos ainda que os dados serão obtidos através de uma escala validada (SRQ-20) e questionários complementares, os quais poderão ser apresentados em eventos científicos de âmbito nacional e internacional e divulgados em revistas científicas.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Título: Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife – necessidades do cuidar

Eu, _____
afirmo que li e compreendi a natureza e o objetivo do estudo, do qual participarei e concordo voluntariamente participar do estudo.

Atenciosamente,

_____/_____/_____

Pesquisador:

_____/_____/_____

Testemunhas:

_____/_____/_____

_____/_____/_____

APÊNDICE E – Termo de Autorização Livre e Esclarecido do Responsável

Título: Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife – necessidades do cuidar

Coordenador da Pesquisa: Ana Márcia T. S. Cavalcanti

Contato: Departamento de Enfermagem da UFPE, fone: 81-2126- 8543

O menor sob sua responsabilidade está sendo convidado a participar de uma pesquisa que pretende identificar os fatores de risco relacionados ao risco de adoecimento mental nos usuários do programa de saúde da família da cidade do Recife-PE.

Os dados serão coletados a partir da aplicação de um questionário com questões simples. A entrevista ocorrerá logo após a permissão para realização do estudo, respeitando a confidencialidade e garantindo a participação ou retirada, assim como o esclarecimento de suas dúvidas. As informações aqui obtidas serão utilizadas para avaliar e, posteriormente, melhorar o seu nível de conhecimento sobre os fatores de risco relacionados aos transtornos mentais e aos fatores de risco.

Vale salientar que esta pesquisa não representa riscos à integridade física e emocional dos seus participantes.

Este estudo não incorrerá em ônus nem constituirá riscos ou prejuízo para o participante. Será garantido sigilo e privacidade em relação ao seu nome, ao nome do menor e de sua instituição, obedecendo dessa maneira às normas estabelecidas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a condução das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 1996); vale notar que este consentimento poderá ser revogado a partir do momento em que você não desejar em participar como voluntário deste estudo.

Informamos ainda que os dados serão obtidos através de uma escala validada (SRQ-20) e questionários complementares, os quais poderão ser apresentados em eventos científicos de âmbito nacional e internacional e divulgados em revistas científicas.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO LIVRE E ESCLARECIDO DO RESPONSÁVEL

Título: Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na
Cidade do Recife – necessidades do cuidar

Eu, _____ afirmo
que li e compreendi a natureza e o objetivo do estudo e autorizo voluntariamente a
participação do menor _____, se o
mesmo concordar voluntariamente participar do estudo.

Atenciosamente,

_____/_____/_____

Pesquisador:

_____/_____/_____

Testemunhas:

_____/_____/_____

_____/_____/_____

ANEXOS

ANEXO A - *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*

Questões	Considerações	Respostas
1) Objetivo está claro e justificado?	() explica objetivo () explica relevância do estudo Comentários:	() Sim () Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	() há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	() Sim () Não
3) os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	() há justificativa da escolha do referencial, método () explica os procedimentos metodológicos Comentários:	() Sim () Não
4) A amostra de estudo foi selecionada adequadamente?	() explica os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo. Comentários:	() Sim () Não
5) A coleta de dados está detalhada?	() explica a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) () explica o uso de instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...) Comentários:	() Sim () Não
6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	() o examinador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de vies (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) () descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	() Sim () Não
7) os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	() há menção de aprovação por comitê de ética () há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	() Sim () Não
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	() explica o processo de análise () explica como as categorias de análise foram identificadas () os resultados refletem os achados Comentários:	() Sim () Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com prioridade?	() explica os resultados () dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores () os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários:	() Sim () Não
10) qual o valor da pesquisa?	() explica a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) () indica novas questões de pesquisa Comentários:	() Sim () Não

* Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica. © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Resultado:

() Nível A – 6-10 () Nível B – até 5

ANEXO B – Comprovante de Financiamento do CNPQ

Nome: Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
Processo: 482070/2010-2
Projeto: Transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife e necessidades do cuidar

Prezado (a) Senhor(a),

Comunicamos que, com base na recomendação do Comitê de Enfermagem e de acordo com o que estabelece o Edital MCT/CNPq 14/2010 - Universal - Faixa A - Até R\$ 20.000,00, a Diretoria do CNPq aprovou a concessão de auxílio para o desenvolvimento do seu projeto.

Atenciosamente,

Jose Oswaldo de Siqueira
Diretor de Ciências Agrárias, Biológicas e da Saúde

ANEXO C - *Self Reporting Questionnaire-20 (SQR-20)*

Nome: _____ Questionário nº

Equipe de Saúde: _____

Entrevistador: _____

Data: ____ / ____ / _____

Pensando nos últimos 30 dias, responda “sim” ou “não” para as próximas perguntas.

	ESCORE _ _	
Tem dores de cabeça frequentes?	Sim (1)	Não (0)
Tem falta de apetite?	Sim (1)	Não (0)
Dorme mal?	Sim (1)	Não (0)
Assusta-se com facilidade?	Sim (1)	Não (0)
Tem tremores de mão?	Sim (1)	Não (0)
Sente-se nervoso (a), tenso(a) ou preocupado(a)?	Sim (1)	Não (0)
Tem má digestão?	Sim (1)	Não (0)
Tem dificuldade para pensar com clareza?	Sim (1)	Não (0)
Tem se sentido triste ultimamente?	Sim (1)	Não (0)
Tem chorado mais do que de costume?	Sim (1)	Não (0)
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sim (1)	Não (0)
Tem dificuldades para tomar decisões?	Sim (1)	Não (0)
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)	Sim (1)	Não (0)
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim (1)	Não (0)
Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim (1)	Não (0)
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	Sim (1)	Não (0)
Tem tido idéias de acabar com a vida?	Sim (1)	Não (0)
Sente-se cansado (a) o tempo todo?	Sim (1)	Não (0)
Tem sensações desagradáveis no estômago?	Sim (1)	Não (0)
Cansa-se com facilidade?	Sim (1)	Não (0)

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Av. da Engenharia, s/n – 1º Andar, Cid. Universitária, CEP 50740-600, Recife - PE,
Tel/fax: 81 2126 8588 - www.ufpe.br/ccs; e-mail: cepccs@ufpe.br

Of. N. ° 395/2012 - CEP/CCS

Recife, 10 de dezembro de 2012

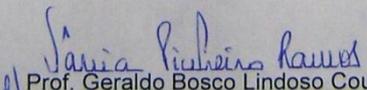
A
Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
Departamento de Enfermagem- CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 397631
CAAE – 0105.0.000.172-11
Registro CEP/CCS/UFPE N° 038/11
Título: Projeto de pesquisa transtornos mentais em indivíduos assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife: necessidades do cuidar.
Pesquisador Responsável: Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

Senhor Pesquisador:

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 06/12/2012, o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê, nesta data.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/ CCS / UFPE

ANEXO E – Anuência da Prefeitura Municipal (Recife/PE)

Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

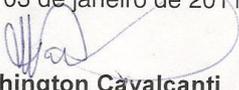
Autorizo **Cândida Maria Rodrigues dos Santos; Maria Gorete Lucena Vasconcelos e Emilly Anne Cardoso Moreno**, pesquisadores da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa nos Distritos Sanitários I, II, III, IV, V e VI, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Transtornos Mentais em Indivíduos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife- necessidade de cuidar”**, sendo orientada por Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcante.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 03 de janeiro de 2011.


Washington Cavalcanti
Gerente de Gestão de Pessoas

Washington Cavalcanti
Gerente de Gestão de Pessoas



ANEXO F– Anuência do Distrito Sanitário- V (Recife/PE)

Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Gestão do Trabalho
Gerência de Desenvolvimento de Pessoas
Gerência Operacional de Educação Permanente

CI CIRC nº. 003 / 2010 - GOEP/GDP/DGGT/SS

Recife, 04 de janeiro de 2011.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti et all**, pesquisadores da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, **estão autorizados** a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título: **“Transtornos Mentais em Indivíduos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família na Cidade do Recife- necessidade de cuidar”**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Atenciosamente,

Cristiana Almeida
Gerente Operacional de Educação Permanente

Cristiana Almeida
Gerente Oper. de Educação Permanente
DGGT/SS Matr. 89.618- 1

Ilmo (a). Sr (a).

Rita Sposito
Diretora do Distrito Sanitário V

ANEXO G – Instruções para publicação (Revista Eletrônica de Enfermagem)

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo numérico de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

Arquivo do manuscrito no formato.doc;

Formulário de submissão para cada um dos autores (conforme modelo)

Aprovação do comitê de ética em pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do comitê de ética ou declaração devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF, com tamanho máximo de um megabyte (1 MB) para cada arquivo, e enviados para o sistema de submissão como “Documentos suplementares” (passo 4 do processo de submissão).

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

CATEGORIA DOS ARTIGOS

Artigos Originais: são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Máximo de 15 laudas.

Artigos de Revisão: serão aceitas apenas revisões sistemáticas ou revisões integrativas de literatura que sejam fundamentadas em referencial metodológico adequado ao objeto de estudo e alcance pretendidos, organizadas por procedimentos rigorosos e detalhados na condução da pesquisa. Máximo de 15 laudas.

Editorial: destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

Introdução: texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa em razão de lacunas do conhecimento identificadas, e a sua justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

Métodos: definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto.

Discussão: deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

Formato .doc;

Papel tamanho A4;

Margens de 2,5 cm;

Letra tipo Verdana, tamanho 10;

Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;

Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Título: deve ser apresentado em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Use maiúscula somente na primeira letra do título que deve ser apresentado nas versões da língua portuguesa, inglesa e espanhola. Não utilizar abreviações no título e no resumo. A sequência de apresentação dos mesmos deve ser iniciada pelo idioma em que o artigo estiver escrito.

Resumo: deve ser apresentado na primeira página do trabalho, com no máximo 150 palavras, nas versões em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), em sequência do título.

Descritores: ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé: devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações: são permitidas, no máximo, seis tabelas ou figuras que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. Os títulos de tabelas e figuras devem conter informações precisas, indicando local do estudo e ano a que se referem os dados. As ilustrações e seus títulos devem estar centralizados e sem recuo, não ultrapassando o tamanho de uma folha A4.

Citações: para citações “ipsis literis” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em letra tamanho 10, em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências:

Não ultrapassar 25 referências, exceto para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.

Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.

Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.

No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.

Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. (1-3); quando intercalados utilize vírgula ex. (2,6,11).

As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos e Financiamentos: agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos em periódicos

Estrutura: Autores. Título do artigo. Título do periódico. Ano de publicação; Volume(Número):Páginas.

Observações:

1. Após o ano de publicação, não usar espaços.
2. Usar os títulos abreviados oficiais dos periódicos. Para abreviatura de periódicos consultar: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=journals&Cmd=DetailsSearch&Term=currently indexed\[All\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=journals&Cmd=DetailsSearch&Term=currently indexed[All]).
3. Ao listar artigos com mais de seis autores, usar a expressão et al após o sexto autor.

Artigo em periódico científico

Artigo Padrão

Esperidião E, Munari DB. Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do graduando de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 2004;38(3):332-40.

Ramos Filho AOA, Castro TWN, Rêgo MAV, Alves FO, Almeida LC, Sousa MV, et al. Fatores preditivos de recidiva do carcinoma mamário. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002;48(4):499-503.

Volume com suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Número com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Número sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

Sem volume ou número

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002:1-6

Artigo em uma língua diferente do português, inglês e espanhol

Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.

Artigo sem dados do autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

Artigo em periódico eletrônico

Santana RF, Santos I. Transcender com a natureza: a espiritualidade para os idosos. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2005 [cited 2006 jan 12];7(2):148-58. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_02.htm.

Artigo aceito para publicação

Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. *Ciênc. saúde coletiva*. In press 2009.

Livros:

Com único autor

Demo P. *Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana*. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Organizador, editor, compilador como autor

Brigth MA, editor. *Holistic nursing and healing*. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

Capítulo de livro

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

Instituição como autor

Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Livro com tradutor

Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

Livro disponível na Internet

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2009 Mar 09]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pq_pesquisa_em_saude.pdf.

Monografia, dissertação e tese

Monografia

Tonon FL, Silva JMC. O processo de enfermagem e a teoria do autocuidado de Orem no atendimento ao paciente submetido à cirurgia de próstata: implementação de um plano de cuidados individualizado no preparo para a alta hospitalar [monography]. São Carlos: Departamento de Enfermagem/UFSCar; 2005.

Dissertação

Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.

Tese

Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65 p.

Trabalhos em eventos científicos

Anais/Proceedings de conferência

Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM]; 2006 jul 17-21; São Paulo, Brasil. p. 135-6.

Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Canabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain; 2002 Aug 17-22; San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

Anais/Proceedings de conferência disponível na Internet

Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Internet]; 2002 Maio 02-03; São Paulo, Brasil. 2002 [cited 2008 dec 31]. Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

Trabalho apresentado em evento científico

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery; 2000 July 25-28; Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Outras publicações

Jornais

Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

Artigo de jornal na internet

Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 2006 Apr 25 [cited 2009 feb 16]. Saúde. Available from: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

Leis/portarias/resoluções

Lei N. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília). 1994 Jan 05.

Leis/portarias/resoluções, disponível na Internet:

Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001 (BR). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [cited 2012 jun 30]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (BR). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 05 jan 1994 [cited 2012 jun 30]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.

Base de dados online

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [cited 2009 mar 02]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – . Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004950/frame.html>
Record No.: CD004950.

Texto de uma página da Internet

Carvalho G. Pactos do SUS – 2005 – Comentários Preliminares [Internet]. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2005 Nov 15 [cited 2009 mar 11]. Available from: http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=1638

Homepage da Internet

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2009 feb 27]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2005. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2006 oct 20]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.

ANEXO H – Instruções para publicação (Revista de Saúde Pública)

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Informações complementares:

Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais

implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves - São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

Devem ter até 1.500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) uma tabela ou figura e até 5 referências.

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até 100 palavras.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de links para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em inglês.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. *Conceitos básicos de epidemiologia molecular*. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência se transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado

do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.