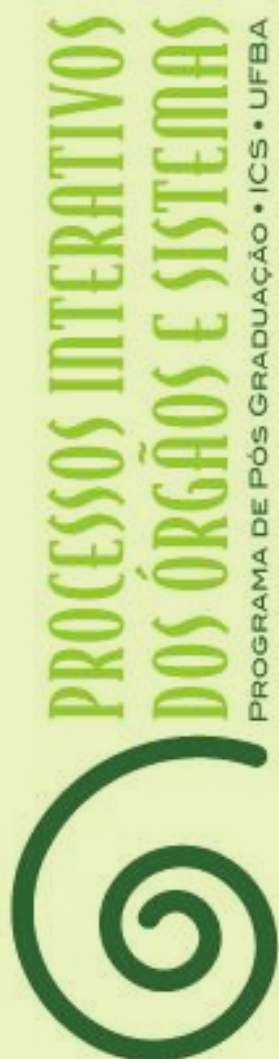


Eder Pereira Rodrigues



PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL  
COMUM NA POPULAÇÃO ADULTA ATENDIDA  
PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DE  
FEIRA DE SANTANA, BAHIA.

Salvador  
2019

**EDER PEREIRA RODRIGUES**

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM NA  
POPULAÇÃO ADULTA ATENDIDA PELA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA NA CIDADE DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
Processos Interativos dos órgãos e Sistemas do Instituto de  
Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia,  
como requisito para obtenção do Grau de Doutor em  
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Pondé de Sena.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mônica Andrade Nascimento

Salvador  
2019

## ESCLARECIMENTO:

Os dois artigos que integram esta tese seguiram as normas da respectivas revistas ao serem submetidos.

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Rodrigues, Eder Pereira.

Prevalência de transtorno mental comum na população adulta em Feira de Santana, Bahia. / Eder Pereira Rodrigues – 2019.  
121 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Pondé de Sena. Coorientador: Profa. Dr.a Mônica de Andrade Nascimento.

Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2019.

1. Saúde mental. 2. Transtorno mental comum. 3. Atenção primária à saúde.  
I. Sena, Eduardo Pondé de. II. Nascimento, Mônica de Andrade. III. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. IV. Título.

CDD 613.86

Elaborada por Nídia Maria Lienert Lubisco – CRB-5/211

EDER PEREIRA RODRIGUES

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM NA POPULAÇÃO  
ADULTA ATENDIDA PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DE FEIRA DE  
SANTANA, BAHIA.

Tese apresentada como requisito parcial para  
obtenção do grau de Doutor em Processos  
Interativos dos Órgãos e Sistemas, no Instituto de  
Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 20 de dezembro de 2019.

**Eduardo Pondé de Sena**, Orientador \_\_\_\_\_  
Doutorado em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, UFBA.  
Professor Associado da Universidade Federal da Bahia

**Ângela Marisa de Aquino Miranda-Scippa** \_\_\_\_\_  
Doutor em Ciências, pela Universidade Federal de São Paulo  
Universidade Federal da Bahia

**Antônio Carlos Cruz Freire** \_\_\_\_\_  
Doutor em Medicina e Saúde Humana, pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

**Geilson Lima Santana Júnior** \_\_\_\_\_  
Doutor em Ciências, pela Universidade de São Paulo. Instituto de Psiquiatria, Hospital  
das Clínicas, Universidade de São Paulo

**Ricardo Henrique de Sousa Araújo** \_\_\_\_\_  
Doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, pela Universidade Federal da  
Bahia.  
Faculdade Nova Esperança

*Aos meus filhos Gustavo e Fernanda, pelo amor incondicional.*

*A minha mãe, Marizete pela dedicação, preocupação, amor, carinho...*

*A minha esposa, Urbanir, minha companheira em todas as jornadas, pela paciência, compreensão, amor e dedicação, que tornaram possível a concretização deste sonho.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Eduardo Pondé de Sena a oportunidade de tê-lo como orientador. Obrigado pela confiança, pela amizade, conselhos, paciência e por todos os valiosos ensinamentos.

Em especial, agradeço à minha coorientadora, Professora Mônica Andrade Nascimento, por sua orientação e por sua dedicação. Sua atenção, paciência e inteligência foram fundamentais na concepção deste trabalho.

Ao Professor Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, com quem tenho a honra de sempre aprender um pouco mais a cada encontro, pessoa ímpar, cuja descrição de seus predicados por si só já renderia uma tese.

A Núbia Samara Caribé de Aragão, pela ajuda primorosa nesta empreitada.

Aos bolsistas Deciane Rosendo, Ivana Almeida, João Mario e Lucas Santana, pela contribuição nesta empreitada.

Aos colegas do doutorado, pelo entusiasmo, carinho e pelo que me ensinaram.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, pelas contribuições enriquecedoras.

A todos os funcionários do Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, nas pessoas de Carlos Alberto D. Santos, Célia Oliveira, Alyson da Silva e Tarcísio Vivas.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que serviram de elo entre os pesquisadores e a comunidade e muito contribuíram para nosso sucesso; agradeço também a todas as pessoas que gentilmente abriram as suas portas para que eu pudesse desenvolver o meu trabalho.

E neste momento tão incerto pelo qual a ciência vem passando, registro o meu muito obrigado ao CNPq e à FAPESB, por financiarem este projeto, tornando possível a sua realização.

## Lista de Abreviaturas e Siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APA	American Psychiatric Association
BD	Bases de dados
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10a Revisão
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM-IV	Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject headings
OMS	Organização Mundial da Saúde (WHO – World Health Organization)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PUBMED	É motor de busca de livre acesso à base de dados MEDLINE
RS	Revisão sistemática
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRQ-20	Self-Report Questionnaire

StArt      State of the Art through Systematic Review

TMC      Transtorno Mental Comum

USF      Unidade de Saúde da Família



RODRIGUES, Eder Pereira. **Prevalência de transtorno mental comum na população adulta atendida pela atenção primária na cidade de Feira de Santana, Bahia.** 2019. 121 f. il. Orientador: Eduardo Pondé de Sena. Tese (Doutorado em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

### Resumo

Um dos objetivos deste trabalho foi estimar a prevalência e os fatores associados ao transtorno mental comum em adultos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, em Feira de Santana, Bahia. Para tanto, realizou-se um estudo de corte transversal, com amostra aleatória por conglomerado. Investigaram-se indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nos domicílios sorteados. Utilizou-se um questionário com variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e o *Self-Report Questionnaire* para identificar transtorno mental comum. A razão de prevalência e o intervalo de confiança em 95% foram utilizados para medir a associação e a significância estatísticas entre as variáveis estudadas. Estudaram-se 791 adultos, sendo 486 (61,5%) mulheres. A média da idade foi de  $44,21 \pm 15,27$ , a faixa etária predominante foi a de 30-59 anos 64%. Em relação ao grau de escolaridade, 239 (30,2%) estudaram até o ensino fundamental I, 47 (5,9 %) s eram analfabetos e 82 (10,4%) sabiam apenas ler e escrever o próprio nome. A prevalência de transtorno mental comum foi de 223 (28,2%) e esteve associada à baixa escolaridade e baixa renda. Realizou-se uma revisão sistemática para avaliar a prevalência e os fatores associados a esse transtorno em adultos, em Atenção Primária à Saúde. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: Medline/Pubmed, Lilacs, *Web of Science* e Scopus, sem restrição de data. Foram selecionados 10 artigos, publicados entre os anos de 2005 a 2018. Os estudos analisados revelaram elevada prevalência de do transtorno mental comum e apresentaram maior associação com sexo feminino e indivíduos sem companheiro. A utilização de pontos de corte diferentes do *Self-Report Questionnaire* para a identificação desse transtorno dificultou a comparação entre os estudos incluídos. São necessárias novas validações da ferramenta, que considerem as diferentes características sociais, culturais e econômicas das regiões brasileiras, como renda, faixa etária e educação, para uma melhor comparabilidade de futuras pesquisas.

**Descritores:** Transtornos mentais. Prevalência. Adulto. Estratégia saúde da família. Atenção primária à saúde. Brasil.

RODRIGUES, Eder Pereira. **Prevalence of common mental disorder in the adult population served by primary care in the city of Feira de Santana, Bahia.** 2019. 121 s. ill. Advisor: Eduardo Pondé de Sena. Thesis (Doctorate in Interactive Processes of Organs and Systems) - Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador, 2020.

### **Abstract**

One of the objectives of this study was to estimate the prevalence and factors associated with common mental disorder in adults registered in the Family Health Strategy (FHS) in Feira de Santana, Bahia. To this end, a cross-sectional study was carried out, with a random sample per cluster. Individuals aged 18 years or over, living in randomly selected households, were investigated. A questionnaire with sociodemographic variables, lifestyle and the Self-Report Questionnaire was used to identify common mental disorder. The prevalence ratio and the 95% confidence interval were used to measure the association and statistical significance between the variables studied. 791 adults were studied, 486 (61.5%) of whom were women. The average age was  $44.21 \pm 15.27$ , the predominant age group was 30-59 years 64%. Regarding the level of education, 239 (30.2%) studied until elementary school I, 47 (5.9%) were illiterate and 82 (10.4%) could only read and write their own name. The prevalence of common mental disorder was 223 (28.2%) and was associated with low education and low income. A systematic review was carried out to assess the prevalence and the factors associated with this disorder in adults in Primary Health Care. The research was carried out in the bibliographic databases: Medline / Pubmed; Lilacs; Web of Science; Scopus, without date restriction. 10 articles were selected, published between 2005 and 2018. The analyzed studies revealed a high prevalence of common mental disorder and had a greater association with females and individuals without a partner. The use of cutoff points different from the Self-Report Questionnaire to identify this disorder made it difficult to compare the included studies. New validations of the tool are needed, which take into account the different social, cultural and economic characteristics of the Brazilian regions, such as income, age group and education, for a better comparability of future research.

**Keywords:** Mental disorders. Prevalence. Adult. Family health strategy. Primary health care. Brazil.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	14
2.1	GERAL	14
2.2	ESPECÍFICOS	14
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	15
3.1	TIPO E LOCAL DE ESTUDO	15
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	15
3.3	COLETA DE DADOS	16
3.4	ANÁLISE DE DADOS	18
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	19
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	20
4.1	ARTIGO 1	21
4.2	ARTIGO 2	41
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	59
	<b>REFERÊNCIAS</b>	61
	<b>APÊNDICES</b>	72
	<b>APÊNDICE A</b> - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	73
	<b>APÊNDICE B</b> - Questionário aplicado aos sujeitos da pesquisa	75
	<b>ANEXOS</b>	105
	<b>ANEXO A</b> - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	106
	<b>ANEXO B</b> – Instrumento de avaliação de qualidade de artigos do Instituto Joanna Briggs	115

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em suas recomendações, apontou a relevância da atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) para a promoção de saúde mental em comunidades. Dentre essas recomendações, é dado destaque à função das equipes de saúde no desenvolvimento de ações visando ao rastreamento, encaminhamento e monitoramento dos usuários que apresentam agravos a saúde mental<sup>1</sup>. No contexto brasileiro, o grande potencial para o desenvolvimento dessas ações cabe à Estratégia de Saúde da Família (ESF), espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade, clientela organizada e que deve considerar a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos no processo saúde-enfermidade<sup>2,3</sup>.

Estudos epidemiológicos apontam elevada prevalência dos problemas de saúde mental na população. Casos com sintomas ansiosos, depressivos ou somatóformes, mesmo não satisfazendo todos os critérios diagnósticos de doença mental, apresentam uma elevada prevalência na população adulta<sup>4</sup>, porém, uma pequena parcela desses problemas é identificada e efetivamente tratada<sup>5</sup>.

Goldberg e Huxley<sup>6</sup> definiram uma síndrome caracterizada por sintomas depressivos, ansiosos e somáticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, e a nomearam de Transtorno Mental Comum (TMC) (*Common Mental Disorders/CMD*), designando situações de sofrimento mental. Esses sintomas podem acarretar incapacidade funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos<sup>7</sup>. Esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária e, muitas vezes, quando a procuram, são subdiagnosticados, podendo, dessa forma, não receber o tratamento adequado. No

campo da atenção primária, isto se torna ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos<sup>2</sup>.

Em estudos internacionais, a prevalência de TMC tem variado de 24,6% a 45,3%<sup>8-11</sup>. Essas pesquisas indicaram a associação entre o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade ao risco de ocorrência de TMC. No cenário brasileiro, as pesquisas sobre TMC, realizadas com amostras de municípios brasileiros, apresentaram taxas de prevalência que variaram de 17% a 35% e confirmam os fatores associados, verificados nos estudos internacionais<sup>12-14</sup>.

Ainda são escassos os estudos realizados no contexto brasileiro, visando pesquisar a prevalência de TMC especificamente em populações assistidas pela ESF. As estimativas de prevalência de TMC encontradas nesses estudos variaram de 24,6 a 38%. A maior parte delas encontrou maior risco em mulheres<sup>2,15-18</sup> e em pessoas mais idosas<sup>2,15-18</sup>. Foi observado também um risco maior entre aqueles que apresentavam menor nível de escolaridade e baixa renda<sup>2,15-18</sup>.

Considerando a relevância dessa temática para a organização e planejamento dos serviços de saúde mental e a carência de estudos sobre tal assunto, a questão de investigação proposta nesse estudo é: - Qual a prevalência e os fatores associados ao TMC em adultos cadastrados na ESF, na cidade Feira de Santana, Bahia?

## 2 OBJETIVOS

Esta seção apresenta os objetivos estabelecidos, considerando o objeto de estudo e dando base à metodologia adotada.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência e os fatores associados ao Transtorno Mental Comum em adultos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Feira de Santana, Bahia.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar a literatura nacional e internacional sobre a prevalência e os fatores associados ao TMC em adultos no contexto da APS.
2. Descrever as características sociodemográficas e hábitos de vida da população adulta cadastrada na ESF.
3. Analisar a associação entre as características sociodemográficas, hábitos de vida e TMC em adultos cadastrados na ESF.

### 3 MÉTODO

Esta seção compreende os procedimentos metodológicos adotados para dar cumprimento aos objetos deste estudo.

#### 3.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de base populacional, realizado no município de Feira de Santana, segunda maior cidade do estado da Bahia e 34<sup>a</sup> do Brasil, com uma população estimada, em 2017, de 627.477 pessoas<sup>19</sup>. No início da pesquisa, Feira de Santana contava com 90 eSF e uma cobertura de aproximadamente 60,0% da população<sup>20</sup>.

#### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Coletaram-se dados de uma amostra aleatória de indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados na ESF. O tamanho da amostra considerou uma prevalência global de TMC de 25% na população adulta, intervalo de confiança de 95% (IC95%) e um erro amostral de 4%. Foi considerado um efeito de desenho (DEFF = *design effect*) de 1,5 para corrigir o tamanho da amostra, levando-se em conta que a população foi proveniente de várias unidades da ESF. Com essa correção, o tamanho da amostra foi definido pela expressão em 450 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos ( $450 \times 1,5=680$ )<sup>22</sup>.

Para proceder à seleção dos sujeitos da pesquisa, foi utilizada a técnica de amostragem aleatória, sistemática por conglomerado. Foram identificadas 90 eSF cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); dessas, 45 foram

sorteadas aleatoriamente. Considerou-se que cada eSF apresentava aproximadamente o mesmo número de microáreas e assim foram sorteadas 45 micro áreas de cada. Para minimizar o número de perdas ou possíveis recusas, foram sorteadas 16 famílias por micro área, totalizando 720, número maior que a amostra necessária. Por fim, de cada família selecionada, foi sorteado para entrevista um indivíduo adulto que atendesse aos critérios de inclusão. Caso o sorteado não fosse encontrado após duas visitas ou em caso de óbito, fazia-se sua substituição por outro indivíduo da mesma família, buscando-se manter a semelhança em relação à faixa etária e sexo. Caso não fosse possível manter as características em relação à faixa etária e sexo, outro indivíduo era entrevistado, buscando-se garantir o prazo de 120 dias para a realização da coleta de dados. Foram excluídos do estudo indivíduos acamados, gestantes e portadores de deficiência mental. Foram considerados recusas aquelas cujos indivíduos decidissem não participar do estudo após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuavam nas microáreas sorteadas, previamente treinados para a aplicação do instrumento por um curso com carga horária de 12 horas, desenvolvido e realizado pela equipe responsável pela pesquisa. As perguntas foram lidas e as respostas, anotadas pelos próprios entrevistadores. Com o intuito de acompanhar a coleta e esclarecer dúvidas que pudessem surgir após o treinamento, foi criado um grupo em um programa de mensagens instantâneas. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018.



Com o objetivo de estimar o tempo necessário para aplicação do instrumento, bem como sua clareza e entendimento, foi realizado estudo-piloto em uma microárea pertencente a uma USF não sorteada, do município de Feira de Santana, Bahia. A coleta de dados foi iniciada após os ajustes sugeridos pelo estudo-piloto.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento padronizado contendo questões que incluíam as características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar); hábitos de vida (fumo, bebida alcoólica, atividade física); e para avaliação da saúde mental dos indivíduos foi utilizado o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) e o teste CAGE para a detecção de bebedor-problema.

O SRQ-20 é um instrumento desenvolvido por Harding e Arango<sup>23</sup> para estudar doenças mentais na atenção primária. Na versão brasileira do SRQ constam 20 itens para rastrear morbidade não psicótica, validada por Mari e Williams<sup>24</sup>, com sensibilidade (83%) e especificidade (80%) e ponto de corte 7/8 para mulheres e 5/6 para homens. Outro estudo de atualização do desempenho do SRQ-20 como instrumento de rastreamento de doenças mentais foi conduzido por Gonçalves e Stein<sup>25</sup>, onde foi estabelecido como ponto de corte ótimo 7/8 para toda amostra, com sensibilidade de 86,33% e a especificidade de 89,31%.

As validações em diversos países consideram o instrumento confiável, válido e adaptável para rastrear transtornos mentais em muitos contextos culturais diferentes, especialmente em países em desenvolvimento<sup>26</sup>.

Outro fator que torna o SRQ-20 particularmente valioso para o rastreio de TMC, na APS, é o fato de ser uma ferramenta de triagem breve e simples, poder ser administrado por entrevistadores leigos com apenas um treinamento mínimo, importante, em contextos de altas taxas de analfabetismo, além de ser facilmente

compreendido e completado por entrevistados com baixo nível de escolaridade <sup>26,27</sup>. Foi adotado o ponto de corte igual ou maior que sete respostas positivas.

O teste CAGE também é um questionário padronizado, composto por quatro perguntas. Sua denominação é derivada das iniciais das palavras-chave de cada pergunta do original em inglês: 1) Alguma vez sentiu que deveria diminuir ou parar de beber? (*Cut down?*) 2) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (*Annoying by criticism?*) 3) Sente-se culpado pela maneira que costuma beber? (*Guiltier about drinking?*) 4) Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo e a ressaca? (*Eye-opener drink?*). O CAGE é utilizado como teste de triagem para detecção de abuso no consumo de bebidas alcoólicas, adotando-se o ponto de corte em duas ou mais respostas positivas para as quatro questões do teste. Apresenta alta sensibilidade, especificidade e valores preditivos, tanto na sua versão em inglês, como na versão em português <sup>28</sup>.

### 3.4 ANÁLISE DE DADOS

Com o intuito de detectar possíveis erros de digitação, foram construídos dois bancos de dados pelo programa EpiData versão 3.1. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados utilizou os programas *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 9.0 for Windows.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis numéricas. Realizou-se a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e o resultado do SRQ-20. A razão de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança de 95%

(IC95%) foram usados para medir a associação entre as variáveis estudadas e a significância estatística dos resultados.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes da pesquisa eram entrevistados, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados sobre os objetivos e os procedimentos do estudo e sobre a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados coletados. O estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde da Feira de Santana e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) CAAE 49272015.0.0000.0053.

## **4 RESULTADOS**

Apresentam-se, seguir, os dois artigos elaborados em coautoria, tratando do objeto desta pesquisa.

## 4.1 ARTIGO 1

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO TRANSTORNO MENTAL  
COMUM NA POPULAÇÃO ADULTA BRASILEIRA: uma revisão sistemática de  
estudos que utilizaram o instrumento de autorrelato SRQ-20**

**PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS WITH COMMON MENTAL  
DISORDERS IN BRAZILIAN ADULT POPULATION: a systematic review of  
studies using the SRQ-20 Self-Report Questionnaire**

Eder Pereira Rodrigues<sup>1,2</sup>  
Núbia Samara Caribé de Aragão<sup>3</sup>  
Eduardo Pondé de Sena<sup>4</sup>  
Mônica de Andrade Nascimento<sup>5</sup>  
Carlito Lopes Nascimento Sobrinho<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

<sup>3</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil

<sup>4</sup> Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

<sup>5</sup> Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.

<sup>6</sup> Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** O transtorno mental comum compreende sintomas de irritabilidade, fadiga, esquecimento, queixas somáticas, dificuldades de concentração e sentimentos de inutilidade. No Brasil, tem sido observadas elevadas prevalências em adultos, no cenário da atenção primária à saúde. **Material e métodos:** Revisão sistemática direcionada pelos descritores transtornos mentais; prevalência; adulto; estratégia saúde da família; atenção primária à saúde e sinônimos. A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Medline/Pubmed, Lilacs, Web of Science, Scopus, sem restrição de data. **Resultados:** foram selecionados 10 artigos, publicados entre os anos de 2005 a 2018. Os estudos analisados revelaram elevada prevalência de transtorno mental comum e a variável mais associada foi sexo feminino e estado civil. **Conclusão:** Os estudos consultados evidenciaram elevada prevalência de transtorno mental comum e associação com as condições socioeconômicas, idade e sexo, na população adulta brasileira, no cenário da atenção primária à saúde. A maioria dos autores utilizou pontos de corte diferentes do *self-reporting questionnaire* para a identificação do transtorno mental comum, o que dificulta a comparação entre os estudos incluídos.

**Palavras-chave:** Transtornos mentais. Prevalência. Adulto. Estratégia saúde da família. Atenção primária à saúde. Brasil.

## **Introdução**

O sofrimento psíquico tem sido objeto de investigação na literatura em saúde, aproximadamente, 30% da população adulta brasileira apresenta transtorno mental comum (TMC)<sup>29</sup>. O TMC é caracterizado pela presença de manifestações clínicas de depressão e ansiedade, pela existência de sintomas clínicos inespecíficos e não psicóticos como: insônia, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, esquecimento e queixas somáticas: cefaleia, alterações no apetite e desconforto epigástrico<sup>6,30</sup>. A prevalência desse problema pode variar a depender da população estudada e os métodos utilizados em pesquisas científicas<sup>31</sup>. Embora esse conjunto de sintomas não atenda aos critérios de adoecimento mental, de acordo com a Associação Psiquiátrica Americana e com a Classificação Internacional de Doenças<sup>32,33</sup>, afeta de maneira significativa a vida das pessoas<sup>30</sup>.

No campo da saúde mental, o TMC apresenta considerada relevância e se constitui em um dos principais problemas que atinge pessoas adultas. A Organização Mundial de Saúde estima a ocorrência de 25% de TMC em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos<sup>34</sup>. No Brasil, vários estudos têm demonstrado uma alta prevalência desses transtornos nas populações estudadas<sup>12,15,35-37</sup>. Em uma meta-análise que avaliou 174 publicações, de 1980 a 2013, de 63 países de alta, média e baixa renda, foi evidenciado que 17,6% dos adultos apresentaram TMC nos últimos 12 meses<sup>38</sup>.

Fatores como a pobreza, sexo, idade, doenças físicas, fatores familiares e ambientais são apontados como fortemente associados ao TMC<sup>34</sup>. As consequências individuais e sociais reforçam a necessidade de identificação precoce para orientar intervenções individuais e coletivas<sup>34,37</sup>. Por sua frequência e forte associação a comorbidades físicas e a nível de incapacitação, o TMC acarreta prejuízo à qualidade

de vida, além disso, apresenta impacto econômico relevante em função das demandas geradas aos serviços de saúde e absenteísmo no trabalho<sup>4</sup>.

Diante ao exposto e tendo em vista a magnitude desse problema na sociedade, buscou-se contribuir para a melhor compreensão sobre o que descreve a literatura sobre a temática. O presente trabalho teve por objetivo avaliar sistematicamente os resultados de estudos brasileiros que utilizaram o instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para rastreamento dos TMC no cenário da APS, tendo a seguinte pergunta de investigação: - O que tem sido evidenciado nas pesquisas científicas que utilizaram o SRQ-20 sobre a prevalência e os fatores associados aos TMC, na população adulta brasileira, no cenário da atenção primária à saúde?

## **Material e Métodos**

### **Desenho e registro do protocolo**

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, sendo o protocolo desta revisão submetido para registro no *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO), solicitação nº 154596. O relato da presente revisão está em consonância com a recomendação do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)<sup>39,40</sup>.

### **Critérios de elegibilidade**

Adotaram-se como critérios de inclusão: estudos transversais de base populacional realizados no Brasil, que descrevessem, como desfecho primário ou secundário, a prevalência de TMC na atenção primária, em pessoas maiores de 18 anos. Não houve restrições quanto ao idioma do estudo, tipo ou ano de publicação.



Excluíram-se estudos realizados em grupos populacionais específicos, como pessoas institucionalizadas, indígenas e gestantes. Também foram excluídos estudos ecológicos, relatos de casos, publicação de capítulos de livros, teses, artigos duplicados, editoriais, estudos qualitativos, cartas, dissertações, revisões da literatura, sistemática e integrativa, resumos, livros, publicações em anais, e estudos que utilizaram o mesmo banco de dados.

Aplicaram-se os seguintes descritores para levantamento da matéria: *disorder, mental; disorders, mental; mental disorders; adult; prevalence; cross-sectional studies*, na língua inglesa, em conformidade com o *Medical Subject Headings* (MeSH); e português e espanhol, nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e as palavras-chave, *self-reporting questionnaire* e *common mental disorders*, utilizando conectores AND e NOT.

### **Fontes de informação e estratégias de busca**

A busca foi feita nas bases de dados eletrônicas Medline/Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Web of Science* e Scopus. O resultado da busca em cada base foi exportado para um *software* específico de revisão sistemática, Start (*State of the Art through Systematic Review*)<sup>41</sup>, o qual auxiliou na elaboração do fluxograma do estudo, que compreendeu as fases de identificação - recrutamento dos estudos; seleção - duplicidade e exclusão a partir da leitura dos títulos e resumos; elegibilidade - exclusão a partir da leitura integral dos estudos e inclusão - estudos elegíveis, conforme critérios de inclusão preestabelecidos.

Atualizaram-se as buscas até outubro de 2019. As estratégias por base de dados estão reportadas em arquivo suplementar (Figura 1).

## **Seleção dos estudos e extração dos dados**

A seleção e extração dos artigos foi conduzida por dois pesquisadores de forma independente, avaliando o título inicialmente. Posteriormente, realizou-se a leitura do resumo dos artigos, para averiguar se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Em seguida, deu-se a seleção dos artigos que obedeceram aos critérios de elegibilidade, quando foram lidos na íntegra, para avaliação da metodologia utilizada e da prevalência do TMC. Havendo conflito entre os dois revisores, solicitava-se avaliação por um terceiro examinador.

Em seguida, os textos completos foram reunidos para avaliação. Referências que relataram resultados de um mesmo inquérito foram avaliadas, de modo a incluir a publicação que apresentou o dado de forma mais detalhada e excluir as demais.

## **Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos**

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada por dois revisores de forma individual e independente, com base em instrumento avaliação crítica padronizado para estudos de prevalência do Instituto Joanna Briggs-JBI <sup>42</sup>. A ferramenta inclui nove perguntas; cada item do instrumento pode ser classificado como "sim", "não" ou "incerto", sendo consideradas informações como estrutura e tamanho da amostra, cobertura e adequação da análise realizada de acordo com as informações dadas pelo estudo. A discordância entre os revisores em relação à qualidade metodológica dos estudos recuperados foi resolvida com a ajuda de um terceiro revisor.

## **Análise dos dados**

Os resultados extraídos dos artigos incluídos nesta pesquisa foram sumarizados em figura e tabelas, contendo: descrição dos autores, título da publicação, ano em que foi publicado o estudo, objetivo, periódico, características sociodemográficas e

relacionadas ao resultado da prevalência de transtorno mental comum na população adulta brasileira, no cenário da atenção primária à saúde, com os respectivos pontos de corte adotados.

Os estudos individuais foram agrupados em metanálise de efeitos aleatórios, pelo método proposto por Munn<sup>42</sup> e apresentado com IC95%. O modelo de efeitos aleatórios permite variação entre os estudos, assumindo que as estimativas de prevalência de cada estudo seguem uma distribuição normal.

Os resultados foram apresentados por meio do gráfico *Forest Plot*. A homogeneidade dos estudos foi testada pelo teste Q de *Cochran* e a extensão da heterogeneidade, interpretada com a estatística  $I^2$ . O teste de inconsistência ( $I^2 > 50\%$ ) foi utilizado como indicador de alta heterogeneidade<sup>43</sup>. Devido à alta heterogeneidade dos estudos, o modelo de efeitos aleatórios foi utilizado para estimar a medida geral de efeito<sup>44</sup>.

## **Resultados**

### *Características dos estudos incluídos*

De acordo com as estratégias de busca determinadas em protocolo, foram encontrados um total de 585 artigos (Figura 1), assim distribuídos: Medline/Pubmed, 256 artigos; Lilacs, 18 artigos, Scopus, 212 artigos, *Web of Science*, 99 artigos.

A revisão constitui-se de 10 artigos publicados entre o ano de 2005 a 2018. O Quadro 1 descreve a caracterização dos estudos elegíveis, os quais foram organizados em relação aos autores, título, objetivo, ano de publicação, local onde foi realizado, periódico e base eletrônica onde foi encontrado.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da população. Observou-se um total de 11.425 pessoas participantes dos estudos incluídos na RS.

Dentre os resultados extraídos, houve predominância do sexo feminino, sendo que a maioria dos indivíduos tinham companheiro; em relação à idade e ao nível de escolaridade, não foi possível realizar um cálculo para comparabilidade entre os estudos, tendo em vista que cada autor utilizou critérios específicos; assim, constatou-se que a maioria dos estudos não apresentava todas as informações com relação à caracterização da população estudada, procedimento importante em estudos sobre sofrimento mental.

Na Tabela 2, apresentam-se os resultados globais referentes aos transtornos mentais comuns, medidos pelo SRQ-20 e obtidos nos estudos incluídos na revisão sistemática, com relação ao sexo, sendo os pontos de corte utilizados para a identificação e os principais resultados com relação à definição de TMC segundo os autores dos artigos. Os resultados apresentados evidenciaram diferenças em relação ao ponto de corte adotado para a caracterização de TMC, o que afeta a análise comparativa dos resultados encontrados nos diferentes estudos.

#### *Prevalência de TMC*

Os resultados da metanálise são apresentados na Tabela 3 e se referem a um total de 11.425 indivíduos. A estimativa combinada de prevalência é de 0,302, o que significa que cerca de 30,2% das pessoas pesquisadas apresentaram sintomas de TMC. O intervalo de confiança para a prevalência é de 0,242 a 0,369, significando que a prevalência média no universo de estudos poderia cair em qualquer lugar nesse intervalo.

O valor da estatística Q foi 455,96 com  $df = 9$  e  $p < 0.001$ . Q reflete a distância de cada estudo do efeito médio (ponderado, quadrado e somado ao longo de todos os estudos), sendo dessa forma rejeitada a hipótese nula de que o tamanho real do efeito é o mesmo em todos esses estudos.

O I2 reflete a proporção de variação verdadeira em relação à variação observada. Neste estudo, o valor de I<sup>2</sup> foi 97,93, o que indica que cerca de 98% da variação observada nos efeitos são reais, ou seja, se pudéssemos traçar a verdadeira prevalência para cada estudo, a dispersão seria apenas um pouco menor que a dispersão que vemos no gráfico dos efeitos observados.

## **Discussão**

O principal objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de TMC na população adulta brasileira, no cenário da atenção primária à saúde, sem delimitação de tempo. Observa-se um reduzido número de estudos sobre TMC nessa população e os resultados apontam que as investigações incluídas nesta revisão sistemática (RS, de acordo com os critérios de inclusão, começaram a partir de 2005, verificando-se aumento das publicações nos anos seguintes.

Os artigos selecionados são estudos de corte transversal; os resultados apontaram prevalências de TMC que variaram entre 14,7% a 55,8% nos diferentes estados brasileiros <sup>4,24,36,37,45,46</sup>. A menor prevalência foi observada em uma amostra representativa da população com idade entre 20 a 59 anos<sup>47</sup>, enquanto que a maior prevalência encontrada foi em um estudo com idosos, sendo importante salientar que, nele, os autores utilizaram como critério para definição de TMC o resultado  $\geq 5$  de respostas afirmativas no SRQ-20 <sup>48</sup>.

Verificou-se em estudo realizado nos estados de São Paulo, Bahia e Santa Catarina, com população de idades semelhantes, resultados de prevalência de TMC de 18,7%<sup>29</sup>, 37,6%<sup>30</sup> e 14,7%<sup>31</sup>, respectivamente. Em estudo realizado com pessoas cadastradas na ESF que apresentavam idade entre 18 a 59 anos, foi encontrada

prevalência de TMC de 23,2%<sup>46</sup>. Os TMC atingem mais de 25% da população em todo o mundo, afetam pessoas em todas as idades, ambos os sexos e diferentes grupos sociais<sup>34</sup>.

Em relação à variável sexo, o feminino foi mais presente nos estudos selecionados. É importante destacar que, embora a maioria das pesquisas tenham relatado esta informação, em três estudos o resultado da prevalência de transtorno mental comum não foi separado por sexo. Observou-se uma maior prevalência de TMC em mulheres<sup>13,15,46,48-51</sup>. A explicação encontrada na literatura para esse achado aponta para a dupla jornada de trabalho, aspectos relacionados à reprodução, cuidados com os filhos, a casa e baixos salários, tendo em vista que a mulher ao vivenciar o trabalho e a responsabilidade familiar, geralmente, experimenta ansiedade, frustração, adoecimento físico e, conseqüentemente, episódios de TMC<sup>52</sup>.

Dentre os estudos selecionados nesta revisão com relação ao estado civil, a maioria abordou a associação dessa variável com TMC, sendo observadas as maiores prevalências de TMC entre aqueles que informaram não ter companheiros<sup>15,53,51,50,52,54,45</sup>.

Com relação ao nível de escolaridade, não foi possível realizar comparabilidade entre os estudos selecionados, tendo em vista que os autores utilizaram métodos diferentes para apresentar essa informação, por exemplo, apresentaram esta informação em alfabetizados e não alfabetizados, ou tempo de estudo em anos, ou ensino fundamental, médio e superior. Essa associação é considerada importante em pesquisas sobre sofrimento psíquico, pois estudos demonstraram que a baixa escolaridade é um importante preditor de TMC<sup>51,55</sup>.

Em relação à associação entre as variáveis sociodemográficas e o TMC, os resultados dos estudos selecionados foram heterogêneos, assim, por não haver

homogeneidade entre aos resultados apresentados não foi possível, nesta revisão, apontar a relação entre eles e o TMC. A relação entre algumas variáveis, como faixa etária, ter ou não filhos, nível de escolaridade, não foram descritas ou bem estabelecidas na maioria dos estudos selecionados.

O instrumento utilizado nos estudos selecionados para identificação de TMC foi o SRQ-20, que apresenta elevada sensibilidade e especificidade e valores preditivos, tanto na sua versão em inglês, como na versão em português<sup>27,49</sup>. O SRQ-20, desenvolvido por Harding e colaboradores<sup>23</sup>, sob coordenação da Organização Mundial de Saúde, foi validado para utilização no Brasil por Mari e Willians<sup>24</sup>; é a versão mais utilizada em estudos de base populacional, estando composta por 20 questões (4 sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais). As respostas são do tipo “sim” ou “não”, atribuindo-se, respectivamente, valores de “1” e “0”. O ponto de corte sugerido por Mari e Willians<sup>24,27</sup> para a suspeição de TMC é o de sete respostas positivas.

É importante destacar que, embora validado para a população brasileira e amplamente utilizado por pesquisadores, a falta de consenso no seu ponto de corte, para a definição de TMC, prejudica a comparação dos resultados entre os estudos incluídos.

Em três estudos<sup>13,46,51</sup>, os autores utilizaram pontos de corte para o SRQ-20 de  $\geq 7$  respostas afirmativas para homens e mulheres, sendo observada uma prevalência de 32,1%, 24,5% e 23,2%, respectivamente. Dois estudos analisaram os resultados por sexo, identificando uma prevalência de TMC nos homens de 14,6%<sup>46</sup> e 16,9%<sup>13</sup> e nas mulheres 32,2%<sup>46</sup> e 83,1%<sup>13</sup>. Em estudo realizado na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, a prevalência global de TMC foi de 22,7%, sendo 17,9% entre homens e 26,5% entre as mulheres<sup>37</sup>. Autores corroboram que os TMC são mais frequentes nas mulheres e em indivíduos com baixo nível socioeconômico<sup>15</sup>.

Nos estudos incluídos nesta revisão sistemática, realizados por Costa e Ludermir<sup>15</sup> e Borges e colaboradores<sup>50</sup>, os autores utilizaram diferentes pontos de corte para avaliação da presença de TMC, de acordo com o sexo, para homens,  $\geq 6$  respostas afirmativas, para mulheres  $\geq 8$  respostas afirmativas, encontrando uma prevalência de 24,5%<sup>15</sup> e 26,2%<sup>50</sup> nos homens, 44,17%<sup>15</sup> e 44,1%<sup>50</sup> nas mulheres. Estudos para medir o TMC que utilizaram 6 ou mais respostas afirmativas para ambos os sexos encontraram prevalências de 18,7%<sup>52</sup> e 44,17%<sup>53</sup>.

Em outro estudo que considerou  $\geq 8$  respostas afirmativas para identificar TMC em homens, observou-se prevalência de 7,4%<sup>45</sup>. Alterações nos pontos de corte de um instrumento diagnóstico, como o SRQ-20, alteram a sua sensibilidade, especificidade e os valores preditivos. Dessa forma, esses ajustes podem gerar subestimação ou superestimação da prevalência, seja na população em geral ou em segmentos populacionais, como sexo masculino ou feminino. Assim, é necessário um consenso na interpretação dos resultados do SRQ-20 para que se possam realizar comparações mais consistentes. É consenso na literatura a maior prevalência dessas manifestações em mulheres quando comparada aos homens<sup>4,27,38,56</sup>. Autores realizaram uma pesquisa epidemiológica em países em desenvolvimento, apontando que ser mulher é um fator associado ao TMC<sup>56</sup>.

Os resultados apontaram que a prevalência de TMC no Brasil é elevada, acometendo de 22,7% a 50,3% da população adulta<sup>16,57</sup>. O desenvolvimento do TMC envolve um processo muitas vezes imperceptível, o que dificulta a sua prevenção e o diagnóstico precoce. Os resultados apresentados apontaram as condições socioeconômicas, idade e sexo como fatores associados a esses transtornos.



As estimativas fornecem evidências de qualidade moderada de que a prevalência pontual de TMC na população adulta do Brasil é de 30,2 % (IC 95% 24,2 a 36,9). Esse achado reforça a noção de que o TMC é um problema de saúde relevante.

### **Conclusão**

Os resultados apresentados nos estudos incluídos nesta RS evidenciaram elevada prevalência de TMC e associação com as condições socioeconômicas, idade e sexo, na população adulta brasileira, em diferentes estados no cenário atenção primária à saúde.

Cabe destacar que, para uma comparação mais consistente dos resultados entre os diferentes estudos, é imprescindível o consenso entre os pesquisadores, em relação aos valores adotados, como ponto de corte pelo SRQ-20 para a identificação dos portadores de TMC.

É importante qualificar os profissionais que atuam na APS, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde, para a detecção de TMC em indivíduos adultos. Neste caso, o SRQ-20 pode ser adotado na rotina para a suspeição desse transtorno, em virtude da sua simplicidade, reduzido tempo de aplicação e boa sensibilidade, especificidade e valores preditivos.

Como limitações do estudo, menciona-se a existência de outros instrumentos para triagem de TMC que foram excluídos desta pesquisa, a existência de outras bases de dados que não foram utilizadas, bem como os possíveis erros de classificação e seleção dos artigos.

### **Conflitos de Interesse**

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses relativamente ao presente artigo

### **Contribuição dos Autores**

Rodrigues, E.P.- responsável pela revisão de literatura, definição do desenho de estudo, coleta de dados, supervisão e participação na produção e sistematização dos dados, análise e interpretação de resultados e pela redação do artigo

Sena, E.P. de - concepção do estudo, da análise e interpretação de resultados e da redação do artigo.

Nascimento, M.A. - concepção do estudo, da análise e interpretação de resultados e da redação do artigo.

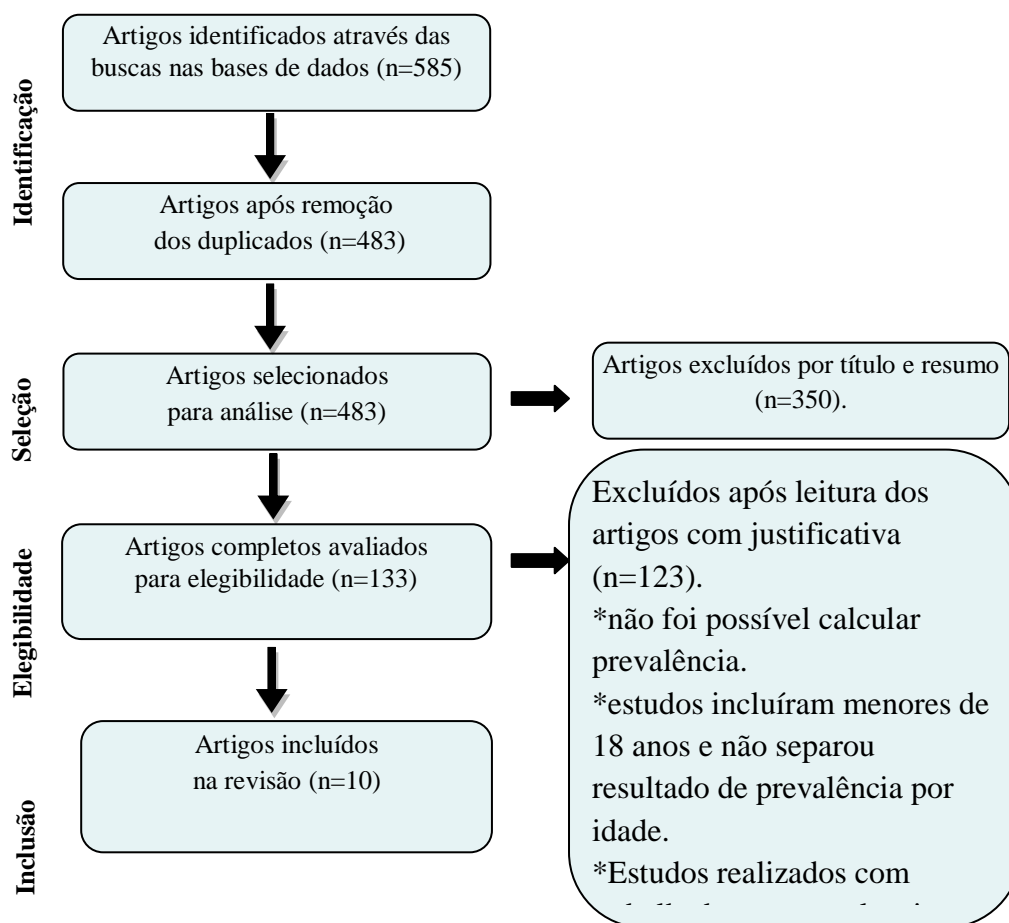
Aragão, N.S.C. de - responsável pela revisão de literatura, definição do desenho de estudo, coleta de dados, da análise e interpretação de resultados e da redação do artigo.

Nascimento Sobrinho, C.L. - responsável pela revisão de literatura, definição do desenho de estudo, coleta de dados, supervisão e participação na produção e sistematização dos dados, análise e interpretação de resultados e pela redação do artigo

### **Agradecimentos**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo nº 408440/2013-3) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) (convênio nº SUS 006/2017), que subsidiam a pesquisa.

**Figura 1** - Fluxograma das informações com as diferentes fases da revisão sistemática.



**Fonte:** Liberati e colaboradores (2009) e adaptado de Galvão, Pansani e Harrad (2015).

**Quadro 1** – Caracterização dos estudos segundo autores, objetivo, ano de publicação, país, periódico e base onde foi indexado.

Artigo	Autor(es)	Título	Objetivo	Ano de Publicação	Cidade/ Estado	Periódico/ BASE
1	Senicato <i>et al.</i> <sup>52</sup>	Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis.	Avaliar os fatores socioeconômicos e demográficos, os comportamentos e as morbidades associados ao transtorno mental comum em mulheres adultas.	2018	Campinas/ São Paulo	Ciência & Saúde Coletiva Pubmed
2	Silva <i>et al.</i> <sup>47</sup>	Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil.	Estimar a prevalência e os fatores associados a Transtornos Mentais Comuns (TMC) na população idosa residente em um município brasileiro.	2018	Ibicuí/ Bahia	Ciência & Saúde Coletiva Pubmed
3	Barreto do Carmo <i>et al.</i> <sup>49</sup>	Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis?	To assess the prevalence of CMD using the SRQ-20 in a sample of women living in a Brazilian urban area; and to identify differences between the standard cutoff approach and alternative statistical methods to describe CMD symptoms and prevalence.	2018	Salvador/ Bahia	Revista Brasileira de Psiquiatria Pubmed
4	Moraes <i>et al.</i> <sup>45</sup>	Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil.	Investigate the prevalence and factors associated with Common Mental Disorders in adults in a capital city in Southern Brazil.	2017	Florianópolis/ Santa Catarina	Revista Brasileira de Epidemiologia Lilacs
5	Borges <i>et al.</i> <sup>50</sup>	Common Mental Disorders in Primary Health Care Units: Associated Factors and Impact on Quality of Life	To investigate factors associated with the incidence of common mental disorders and its impact on the quality of life in primary health care patients.	2016	São Paulo	Journal of the American Psychiatric Nurses Association Pubmed
6	Rocha <i>et al.</i> <sup>51</sup>	Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil	Analisar a associação entre atividade física no lazer e a prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos	2011	Feira de Santana/ Bahia	Jornal Brasileiro de Psiquiatria Lilacs
7	Jansen <i>et al.</i> <sup>46</sup>	Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	Verificar a prevalência de TMC e sua associação com qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.	2011	Pelotas/ Rio Grande do Sul	Cad. Saúde Pública Web of Science
8(13)	Rodrigues Neto <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional	Verificar a prevalência de transtorno mental comum na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, e identificar a possível associação entre fatores socioeconômicos e culturais e a utilização das Práticas Integrativas Complementares/Medicina Complementar Alternativa com o TMC	2008	Montes Claros/ Minas Gerais	Jornal Brasileiro de Psiquiatria Scopus
9(56)	Coelho, <i>et al.</i> <sup>53</sup>	Transtornos mentais comuns e enfermidades crônicas em adultos: estudo de base populacional	Avaliar a prevalência de TMC em pessoas com 40 anos ou mais, que sofrem de doenças crônicas e identificar os subgrupos com maior prevalência de TMC.	2009	Pelotas Rio Grande do Sul	Cadernos de Saúde Pública Web of Science
10(36)	Costa, Ludermir <sup>15</sup>	Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil	Estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns e sua associação com o apoio social em moradores da comunidade do Pirauá, em Macaparana, na Zona da Mata Pernambucana, Brasil	2005	Macaparana, na Zona da Mata/ Pernambucana	Cadernos de Saúde Pública Scopus

Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas da população dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Artigo	N	Sexo		Faixa Etária	Estado Civil		Filhos		Nível de Escolaridade %
		M %	F %		Com companheiro (%)	Sem companheiro (%)	S	N	
Senicato, et al. <sup>52</sup>	848	-	100	18 a 64 anos	56,6	43,3	624	224	≥ 13 anos = 200 0 a 12 anos = 647
Silva, et al. <sup>47</sup>	310	43,5	56,5	≥ 60 anos	49	51	-	-	Não alfabetizado = 61 Alfabetizado = 51,7
Barreto do Carmo, et al. <sup>49</sup>	1095	-	100	19 a 55 anos	72,4	27,6	1095	-	19,8% ensino médio e superior
Moraes et al. <sup>45</sup>	1.720	761 44,5	959 55,5	20 a 59 anos	60,1	39,9	-	-	Anos de estudo: ≥ 12 = 43,9 9-11 = 33,4 Abaixo de 8 = 22,7
Borges, et al. <sup>50</sup>	430	15,1	84,9	18 a 83 anos	59,3	40,7	-	-	≤ 8 anos = 42,3 ≥ 9 anos = 57,7
Rocha, et al. <sup>51</sup>	562	30,4	69,6	≥ 60 anos	49,8	50,2	-	-	Nunca foi a escola / Lê e escreve = 28,0 Ensino Fundamental I e II = 57,4 Ensino Médio / Superior = 14,6
Jansen, et al. <sup>46</sup>	1560	43,6	56,4	18 a 24 anos	-	-	-	-	
Rodrigues Neto et al. <sup>13</sup>	3090	37,3	62,7	18 a ≥40 anos	52,4	47,6	-	-	Oito ou mais anos de estudo = 41,4% Até oito anos de estudo = 58,6%
Coelho, et al. <sup>53</sup>	483	41,41	58,59	≥ 20 anos	70,62	29,38	-	-	Ensino médio e mais = 12,68% Ensino fundamental = 46,15% Analfabeto = 41,16%
Costa, Ludermir <sup>15</sup>	1327	34,1	65,9	≥ 40 anos	58,3	41,7	-	-	Analfabeto = 8,1% 1-4 anos = 28,6% 5-8 anos = 31,5% ≥ 9 anos = 31,8

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Legenda: - Resultados ausentes.

**Tabela 2** – Resultados encontrados referente aos transtornos mentais comuns, medidos pelo *Self Reporting Questionnaire* nos estudos incluídos na revisão sistemática.

Artigo	Prevalência de (TMC) (total) (%)	Transtorno mental comum (TMC)		Transtorno mental comum (TMC)		Ponto de corte utilizado	Principais resultados
		Com companheiro (%)	Sem companheiro (%)	Homens (%)	Mulheres (%)		
Senicato, et al. <sup>52</sup>	18,7	35,8	46,8	-	18,7	≥ 6 respostas afirmativas	Este estudo destaca que mulheres mais velhas, com baixa escolaridade, donas de casa, separadas ou viúvas, com dieta alimentar inadequada, que dormem pouco, doentes e que sofrem violência fazem parte dos segmentos mais vulneráveis ao transtorno mental comum e, portanto, devem ser tratadas com prioridade pelos serviços de saúde.
Silva, et al. <sup>47</sup>	55,8	54,6	57	33,1	66,9	≥ 5 respostas afirmativas	A prevalência geral de TMC encontrada foi mais elevada quando comparada a outros estudos. Entre os sintomas de TMC, os mais relatados foram relacionados à dimensão humor depressivo (assusta-se com facilidade e sente-se nervoso, tenso ou preocupado). Diversos fatores podem estar relacionados a esse quadro, dentre eles a elevada presença de comorbidades e incapacidades, condições precárias de vida, episódios de estresse durante a vida e isolamento social.
Barreto do Carmo, et al. <sup>49</sup>	37,6	-	-	-	37,6	≥ 8 respostas afirmativas	Foi encontrada alta prevalência de TMC usando o SRQ-20, independentemente do método de classificação, desta (37,6%) quando se utiliza o ponto de corte convencional.
Moraes et al. <sup>45</sup>	14,7	14,2	36,5	7,4	20,5	8 ou mais respostas afirmativas para ambos os sexos.	A prevalência de TMC na população foi de 14,7% (IC95% 12,2 – 17,2), maior no sexo feminino, negros, com idade superior a 30 anos, baixa escolaridade, indivíduos com baixo nível socioeconômico e entre divorciados / separados / indivíduos viúvos.
Borges, et al. <sup>50</sup>	41,4	38,8	58	26,2	44,1	H ≥ 6 respostas afirmativas M ≥ 8 respostas afirmativas	TMC são altamente prevalentes em ambientes de APS e afetam a qualidade de vida dos pacientes.
Rocha, et al. <sup>51</sup>	32,1	-	-	-	-	≥ 7 respostas afirmativas	Dentre os indivíduos estudados, 18,3% foram classificados como ativos no lazer. A prevalência de TMC foi de 32,1% sendo menor entre os indivíduos ativos no lazer, após ajuste por faixa etária e renda
Jansen, et al. <sup>46</sup>	24,5	-	-	14,6	32,2	≥ 7 respostas afirmativas	A prevalência de TMC na amostra estudada foi de 24,5% (N = 382), apresentando-se mais evidente entre as mulheres, entre aqueles que pertenciam à menor classe socioeconômica, não estavam estudando, não estavam trabalhando, consumiram álcool e usaram tabaco pelo menos uma vez na última semana e que fizeram uso de alguma substância ilícita nos últimos três meses.
Rodrigues Neto et al. <sup>13</sup>	23,2	54,9	45,1	16,9	83,1	≥ 7 respostas afirmativas	Dos 23,2% indivíduos com TMC, 75% eram usuários de práticas integrativas complementares ou medicina complementar e alternativa. A prevalência de TMC foi maior naqueles com menor escolaridade, menor nível socioeconômico, com mais de 40 anos, mulheres, e maior naqueles que faziam

							uso da homeopatia e recorriam às benzedeiras.
Coelho, et al. <sup>53</sup>	36,0	34,22	41,13	24,50	44,17	≥ 6 respostas afirmativas	Prevalência de 36% de TMC, sendo mais frequentes em pessoas com baixo apoio social, mulheres, idade entre 40 e 59 anos, divorciado (ou separado ou viúvo), analfabetos, naquelas que não trabalham e que tem renda menor que R\$50,00
Costa, Ludermir <sup>15</sup>	30,2	37,3	43,1	36,2	40,5	H ≥ 6 respostas afirmativas M ≥ 8 respostas afirmativas	Prevalência de 30,2% de TMC, sendo mais frequente associado a baixa escolaridade, classe social, idade entre 46 e 65 anos, doenças crônicas e número de doenças crônicas

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Legenda: H = homem. M = mulher. ESF = Estratégia Saúde da Família. TMC – Transtorno Mental Comum. APS – Atenção Primária à Saúde.

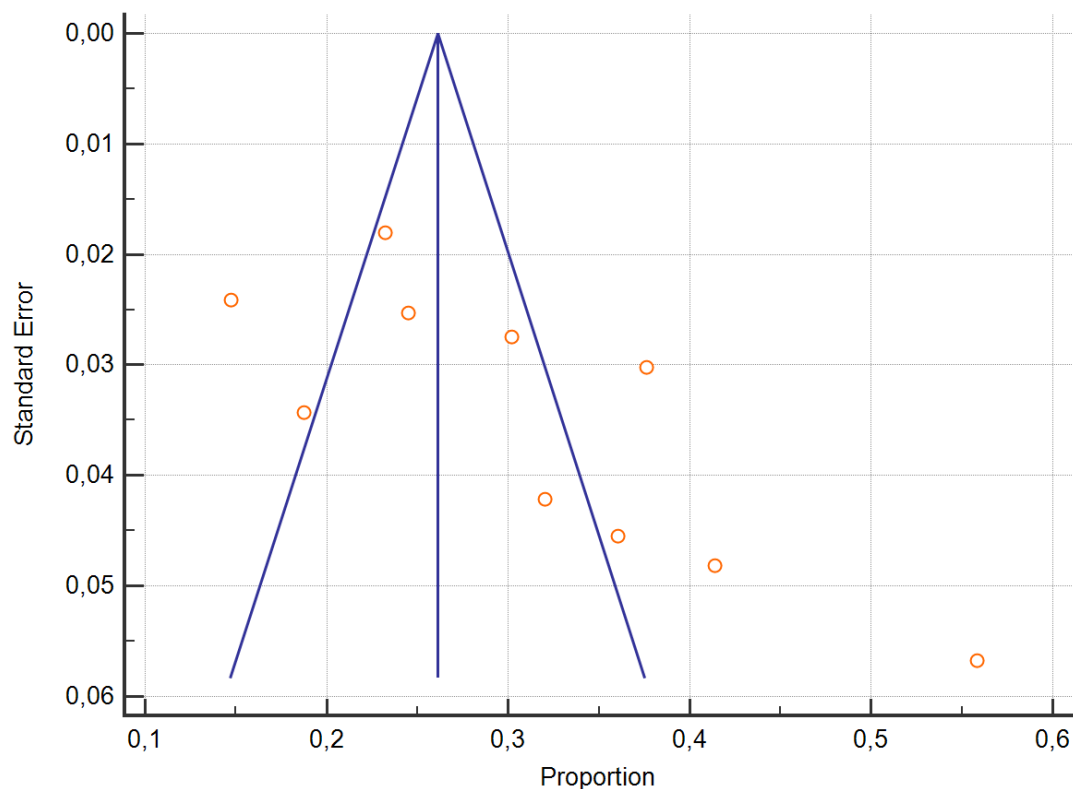
**Tabela 3** – Meta-análise de 10 estudos que relataram a prevalência de transtorno mental comum em adultos brasileiros.

## Meta Analysis

Study name	Statistics for each study				Event rate and 95% CI	Relative weight
	Event rate	Lower limit	Upper limit	p-Value		
Senicato et al.	0,188	0,163	0,215	0,000		9,95
Silva et al.	0,558	0,502	0,612	0,041		9,73
Barreto do Carmo et al.	0,376	0,348	0,405	0,000		10,11
Moraes et al.	0,147	0,131	0,165	0,000		10,08
Borges et al.	0,414	0,368	0,461	0,000		9,87
Rocha et al.	0,320	0,283	0,360	0,000		9,93
Jansen et al.	0,245	0,224	0,267	0,000		10,13
Rodrigues Neto et al.	0,232	0,217	0,247	0,000		10,20
Coelho et al.	0,360	0,319	0,404	0,000		9,89
Costa Ludemir	0,302	0,278	0,327	0,000		10,12
	0,302	0,242	0,369	0,000		

Fonte: Dados da pesquisa.

**Gráfico 1** - Funil usando o erro padrão pela estimativa de proporção de eventos (n = 10).



Fonte: Dados da pesquisa.



## 4.2 ARTIGO 2 -

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA****PREVALENCE OF COMMON MENTAL DISORDERS IN PRIMARY ATTENTION IN FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

Eder Pereira Rodrigues<sup>7,8</sup>  
Eduardo Pondé de Sena<sup>9</sup>  
Mônica Andrade Nascimento<sup>10</sup>  
Carlito Lopes Nascimento Sobrinho<sup>4</sup>

Endereço: Avenida Carlos Amaral, 1015 – Cajueiro, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus – BA, CEP:44574-490 E-mail: eder@ufrb.edu.br

**RESUMO**

**Introdução:** O Transtorno Mental Comum é caracterizado por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo, porém não se caracterizam como doença mental. **Objetivo:** Estimar a prevalência e os fatores associados ao citado transtorno em adultos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, em Feira de Santana, Bahia. **Método:** Estudo de corte transversal, com amostra aleatória estratificada, sistemática por conglomerado. Investigaram-se indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nos domicílios sorteados. Utilizou-se um questionário com variáveis sociodemográficas e sobre hábitos de vida, além do *Self-Report Questionnaire* para identificar o referido transtorno. A Razão de Prevalência e o Intervalo de Confiança em 95% (RP-IC95%) foram utilizados para medir a associação e a significância estatísticas entre as variáveis estudadas. **Resultados:** Estudaram-se 791 adultos, sendo 61,5% (486) mulheres. A média da idade foi de 44,21 anos ( $\pm 15,27$ ); a faixa etária predominante de 64% foi a de 30-59 anos. Em relação ao grau de escolaridade, 30,2% (239) estudaram até o ensino fundamental I; 5,9 % (47) indivíduos eram analfabetos; e 10,4% (82) sabiam apenas ler e escrever o próprio nome. A prevalência desse transtorno foi de 28,2% (223) e esteve associada com escolaridade e renda. **Conclusões:** As repercussões de sofrimento, estresse e ansiedade são um fato não mais contestado. Os achados desta pesquisa corroboram os de outros estudos, revelando os transtornos como um problema de saúde pública. A atenção básica é uma das formas de acesso aos cuidados à saúde, onde pessoas com problemas variados

---

<sup>7</sup> Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

<sup>8</sup> Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

<sup>9</sup> Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

<sup>10</sup> Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.

buscam resolver suas demandas, tornando-se o cenário ideal para o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde mental.

**Palavras-chave:** Transtorno mental comum. Estudos transversais. Saúde mental. Sofrimento psíquico. Atenção Primária à Saúde.

## Introdução

No campo da saúde mental, Goldberg e Huxley<sup>6</sup> definiram uma síndrome caracterizada por sintomas depressivos, sintomas ansiosos e sintomas somáticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e a denominaram de Transtorno Mental Comum (TMC, em inglês, *Common Mental Disorders -CMD*), que designa situações de sofrimento mental, embora não preencham todos os critérios formais para diagnóstico da *Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10)*<sup>58</sup> ou do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV)*<sup>59</sup>.

O TMC tem ganhado relevância e se constitui em um importante problema que atinge os indivíduos adultos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se a ocorrência de 25% de TMC e 5 a 10% de transtornos mentais graves em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. Fatores como pobreza, sexo, idade, doenças físicas, fatores familiares e ambientais são apontados como associados ao TMC<sup>60</sup>.

No Brasil, em diversos estudos, essa síndrome apresentou diferentes nomenclaturas: Transtorno Mental Comum, Transtornos Mentais Comuns, Distúrbios Psiquiátricos Menores, Problemas Psiquiátricos Menores e Transtornos Mentais Menores, para tratar de uma mesma condição clínica<sup>36,61-63</sup>. Neste trabalho, essa síndrome será identificada pelo termo Transtorno Mental Comum (TMC).

O TMC pode acarretar sofrimento, diminuição na qualidade de vida e incapacidade funcional com reflexos nas atividades laborais. Apresenta elevada

prevalência em termos mundiais<sup>64</sup>, que varia entre 24,6% a 45,3% de acordo com os estudos internacionais<sup>3</sup>, fazendo com que os sintomas sejam considerados um importante problema de saúde pública em diversos países<sup>65</sup>.

As pesquisas epidemiológicas em saúde mental permitem estimar a frequência com que esses problemas ocorrem na população adulta, avaliando as suas consequências diretas e indiretas em nível individual, familiar e social, além de permitir a identificação de fatores associados que possam apontar grupos de risco. Esses inquéritos epidemiológicos devem ser prioritariamente realizados em bases populacionais, uma vez que estas representam de forma mais fidedigna a realidade. Porém, esses estudos ainda são escassos no Brasil. Assim, objetiva-se estimar a prevalência e os fatores associados ao TMC em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), da cidade de Feira de Santana, Bahia.

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de base populacional, realizado no município de Feira de Santana, segunda maior cidade do estado da Bahia e 34<sup>a</sup> do Brasil, com uma população estimada, em 2017, de 627.477 pessoas<sup>66</sup>. No início da pesquisa, foram identificadas 90 Equipes de Saúde da Família (eSF) em atividade no município, com cobertura de aproximadamente 60,0% da população<sup>67</sup>.

Foram coletados dados de uma amostra aleatória de indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados junto à ESF local. O tamanho da amostra considerou uma prevalência global de TMC de 25% na população adulta, intervalo de confiança de 95% (IC95%) e um erro amostral de 4%. Foi considerado um efeito de desenho (DEFF = *design effect*) de 1,5 para corrigir o tamanho da amostra, levando-se em conta que a

população foi proveniente de várias unidades da ESF. Com essa correção, o tamanho da amostra mínima necessária foi definido em 450 indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos ( $450 \times 1,5=680$ )<sup>22</sup>.

Para proceder à seleção dos sujeitos da pesquisa, utilizou-se a técnica de amostragem aleatória estratificada, sistemática por conglomerado. Identificaram-se 90 Equipes de Saúde da Família cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); dessas, 45 foram sorteadas. Considerou-se que cada eSF apresentava aproximadamente o mesmo número de microáreas e assim foram sorteadas 45 microáreas, uma de cada uma eSF. Para minimizar possíveis perdas e recusas, sortearam-se 16 famílias por microárea, totalizando 720 famílias, número maior que a amostra mínima necessária. Por fim, de cada família selecionada, sorteou-se para entrevista um indivíduo adulto que atendesse aos critérios de inclusão. Caso ele não fosse encontrado após duas visitas ou em caso de óbito, fazia-se sua substituição por outro da mesma família, buscando-se manter a semelhança em relação a faixa etária e sexo. Caso não fosse possível manter as características em relação a faixa etária e sexo, outro indivíduo era entrevistado, buscando-se garantir o prazo de 120 dias para a realização da coleta de dados. Foram excluídos do estudo indivíduos acamados, gestantes e portadores de deficiência mental. Foram consideradas recusas os indivíduos que decidissem não participar do estudo após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuavam nas microáreas sorteadas, previamente treinados para a aplicação do instrumento, por um curso com carga horária de 12 horas, desenvolvido e realizado pela equipe responsável pela pesquisa. Com o intuito de acompanhar a coleta e esclarecer dúvidas que pudessem surgir após o treinamento, foi criado um grupo em um programa

de mensagens instantâneas. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018.

Com o objetivo de estimar o tempo necessário para aplicação do instrumento, bem como sua clareza e entendimento, realizou-se estudo-piloto em uma microárea pertencente a uma eSF não sorteada, do município de Feira de Santana, Bahia. A coleta de dados foi iniciada após os ajustes sugeridos pelo estudo-piloto.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento padronizado contendo questões que incluíam as características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar); hábitos de vida (fumo, uso de bebida alcoólica, realização de atividade física); para avaliação da saúde mental dos indivíduos foi utilizado o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) e o teste CAGE para a detecção de bebedores-problema.

O SRQ-20 é um questionário projetado para uso em estudos de morbidade psiquiátrica, em instituições de cuidados primários de saúde de países em desenvolvimento<sup>24</sup>. É uma ferramenta de rastreio, simples e breve, que tanto pode ser aplicada por pessoas previamente treinadas, como ser utilizada como questionário autoaplicável. O grau de suspeição para TMC foi avaliado a partir do escore alcançado para cada indivíduo no SRQ-20. Adotou-se o ponto de corte igual ou maior que sete respostas positivas.

O teste CAGE também é um questionário padronizado, composto por quatro perguntas. Sua denominação é derivada das iniciais das palavras-chave de cada pergunta do original em inglês: 1) Alguma vez sentiu que deveria diminuir ou parar de beber? (*Cut down?*) 2) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (*Annoying by criticism?*) 3) Sente-se culpado pela maneira como costuma beber? (*Guiltier about drinking?*) 4) Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo e a

ressaca? (*Eye-opener drink?*). O CAGE é utilizado como teste de triagem para detecção de abuso no consumo de bebidas alcoólicas, adotando-se o ponto de corte em duas ou mais respostas positivas para as quatro questões do teste. Apresenta alta sensibilidade, especificidade e valores preditivos, tanto na sua versão em inglês, como na versão em português<sup>68</sup>.

Com o intuito de detectar possíveis erros de digitação, construíram-se dois bancos de dados pelo programa EpiData, versão, 3.1. Após a verificação de erros e inconsistências, para a análise dos dados utilizaram-se os programas *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 9.0 for Windows, e OpenEpi, versão 3.03.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis numéricas. Realizou-se a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, dos hábitos de vida e do resultado do SRQ-20. A razão de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram usados para medir a associação entre as variáveis estudadas e a significância estatística dos resultados.

A regressão logística foi utilizada para analisar a independência da associação de cada variável que se mostrou associada com TMC, na análise inicial. No modelo final, incluíram-se apenas as variáveis associadas de forma independente. Calcularam-se as RP ajustadas para as variáveis que apresentaram associação significativa com TMC na análise multivariada, sendo a significância estatística verificada pelo teste do qui-quadrado. Consideramos valor de  $p < 0,05$  e intervalo de 95% de confiança (IC95%). Considerando que a regressão logística produz medidas de *odds ratio* (OR) e não de razão de prevalência (RP) e que em circunstâncias em que o efeito em estudo (variável dependente) não é raro, a *odds ratio* se afasta das medidas de razão de prevalência. Para contornar essa situação, realizou-se o cálculo das estimativas de RP com base nos

parâmetros do modelo final, bem como estimaram-se as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança, utilizando o *Método Delta*<sup>69</sup>.

Este estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde da Feira de Santana e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) CAAE 49272015.0.0000.0053.

## **Resultados**

Neste estudo, participaram 791 indivíduos (número maior do que o inicialmente calculado); destes, 61,5% eram do sexo feminino. A média da idade foi de 44,2 ( $\pm 15,3$ ), a faixa etária predominante (64%) foi a de 30-59 anos. Em relação ao grau de escolaridade, 5,9% eram analfabetos, 10,4% sabiam apenas ler e escrever o próprio nome e 30,2% estudaram até o ensino fundamental I. A maioria era casada (38,2%), católica (42,1%), com filhos (84,7%) numa média de 2,8 e com renda média de R\$ 533,90, que equivale a aproximadamente US\$ 163,77, em valores da época. As demais características da amostra estão descritas na Tabela 1. Com relação aos hábitos de vida, 29,8% dos sujeitos informaram realizar atividade física, pelo menos uma vez por semana; destes, 37,7% são homens e 29% são mulheres (Tabela 2).

No tocante a principal fonte de renda dos sujeitos pesquisados, 31,6% informaram trabalho autônomo; 17,2% tinham emprego regular com carteira assinada; 18,4% vivia de pensão ou aposentadoria; e 29,0% referiu não ter renda pessoal.

Quando indagados sobre quem era o principal responsável pelo sustento da família, 47,3% referiram-se ser o principal responsável, seguido pelo cônjuge (26,4%), sendo que 12,9% referiram que a responsabilidade pelo sustento era dividida com o cônjuge e 11,4% informaram ter ajuda de outras pessoas.

O principal motivo relatado para não exercer alguma atividade econômica foi a necessidade de cuidar da família e de se dedicar às atividades domésticas (32,7%); estar procurando trabalho, porém, sem consegui-lo foi a resposta de 29,3%; e estar aposentado foi referido por 13,5%.

A maioria dos entrevistados (77,0%) afirmou que seu estado de saúde era bom ou regular, porém, ao serem questionados sobre algum diagnóstico médico, as doenças mais relatadas foram: hipertensão arterial 29% (188), rinite/sinusite 18,4% (119), distúrbio do sono 17,1% (110), colesterol alto 14,6% (94), varizes 12,5% (81), lombalgia 10,6 % (68), alergia/eczema 10,1% (65), artrite/reumatismo 9,8% (63), diabetes 9,4% (61), gastrite 8,9% (57), infecção urinária (57) 8,9%, obesidade (48)7,5%, anemia (42) 6,5%, hérnia de disco (29) 4,5%, LER/DORT (25) 3,9%. A prevalência de TMC foi de 28,2% (223).

A análise bivariada para comparação das características sociodemográficas e hábitos de vida resultaram da aplicação do SRQ-20. As variáveis: sexo, ter doença crônica e não ter ocupação remunerada apresentaram associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com TMC. As razões de prevalência para outras associações estão descritas na Tabela 3.

Quanto à análise multivariada, no modelo final obtido foram mantidas as seguintes variáveis: sexo, ter filhos, atividade remunerada, atividade de lazer, tabagismo e ter doença crônica. Estas variáveis conservaram associação estatisticamente significativa aos TMC (Tabela 4).



## Discussão

Observamos uma prevalência de TMC de 28,2% neste estudo e este resultado foi menor que os encontrados nos estudos de Lucchese e colaboradores (31,47%)<sup>62</sup>, Costa e Ludermir (36,03%)<sup>70</sup> e Gonçalves e Kapezinsk (38%)<sup>18</sup>, autores estes escolhidos para comparação por também utilizarem base populacional e o mesmo instrumento de rastreio, o SRQ-20, além do critério de amostragem como neste estudo, conferindo possibilidade de generalização dos resultados para a totalidade da população atendida, na atenção básica no município. A elevada prevalência de TMC encontrada neste estudo revela um grupo de pessoas em situação de sofrimento e vulnerabilidade, que não havia sido identificado pela Estratégia Saúde da Família. Essa situação é apresentada pela OMS<sup>34</sup>, ao relatar que os recursos destinados para a atenção à saúde mental em países em desenvolvimento são bastante insatisfatórios, fator que impacta negativamente nos cuidados à saúde da população de baixa renda, a qual não dispõe de serviços com profissionais treinados para identificar e encaminhar casos suspeitos de TMC.

Outrossim, diversos estudos associam TMC à incapacidade<sup>71,72</sup>, ao absenteísmo no trabalho<sup>73</sup>, à elevação nos custos de cuidado à saúde e perda de produtividade econômica<sup>74-78</sup>; outros estudos relacionam TMC com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>36,53,79-81</sup>; e foram encontradas também associações entre doenças cardiovasculares e TMC<sup>82,83</sup>. Araújo e colaboradores<sup>84</sup> encontraram associação entre TMC e tuberculose. No presente estudo, ter doença crônica também esteve significativamente associada a TMC. Assim, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de a Estratégia de Saúde da Família intensificar as ações de promoção à saúde mental da população.

Em 2001, em seu relatório sobre a saúde no mundo, a OMS já sinalizava a necessidade de fortalecimento das ações de Atenção Primária à Saúde, apontando as

ações de saúde mental como um caminho fundamental para permitir que um maior número de pessoas tenha acesso mais fácil e mais rápido aos serviços. Esse mesmo relatório destaca ainda a necessidade de diminuir as barreiras enfrentadas por populações mais pobres no acesso à atenção, destacando a pouca oferta de recursos para atenção em saúde mental disponíveis para as classes sociais mais pobres<sup>34</sup>.

No presente estudo, encontrou-se uma maior prevalência de TMC em mulheres. Esta diferença foi estatisticamente significativa e corrobora achados de outros estudos<sup>49,85-87</sup>. As possíveis causas da associação com sexo feminino ainda necessitam ser esclarecidas, na opinião de Gonçalves e Kapczinski<sup>18</sup>.

Entretanto, para Nunes e colaboradores<sup>88</sup> e Pinho e Araújo<sup>89</sup>, essa maior prevalência pode estar relacionada ao sofrimento resultante da desigualdade de gênero, representada pela sobrecarga decorrente da multiplicidade de atividades exercidas pelas mulheres, principalmente as que associam o trabalho remunerado com o volume excessivo de tarefas domésticas, assim como o enfrentamento de estressores psicossociais como: discriminação sexual, altas taxas de violência<sup>90</sup> e violência de gênero. Para Bandeira<sup>91</sup>, a violência de gênero pode ser manifesta na forma de: humilhação, intimidação, desqualificação, ridicularização, coação moral, suspeitas, desqualificação da sexualidade, desvalorização cotidiana como pessoa, de sua personalidade, de seu corpo, de suas capacidades cognitivas, de seu trabalho, de seu valor moral, dentre outras.

Outros fatores, além dos sociodemográficos, podem interferir na predisposição do sexo feminino a taxas mais elevadas de TMC<sup>38</sup>. Fatores biológicos, como mudanças no humor decorrente de alterações hormonais, como parte do ciclo menstrual ou pós-parto, podem contribuir para a maior prevalência de TMC nas mulheres. Supõem-se que esses fatores podem interagir com papel tradicional exercido pelas mulheres na

sociedade. Nesse contexto, as mulheres necessitam de atenção especial no que tange a estratégias de promoção e proteção de sua saúde mental, por meio do fomento da discussão em torno da assistência e proteção às mulheres, com articulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, nas questões relativas ao gênero.

Neste estudo, foi possível estabelecer uma associação entre escolaridade e TMC na análise bivariada; os indivíduos com menos de 8 anos de estudo tiveram uma maior prevalência de TMC, quando comparados com aquele que tiveram mais de 8 anos de estudo. Contudo, na análise multivariada, essa associação não permaneceu significativa; outros pesquisadores também encontraram associação entre baixa escolaridade e TMC, como Coutinho e colaboradores<sup>92</sup> e Moraes e colaboradores<sup>90</sup>. Entretanto, estudos conduzidos por Wiemann e colaboradores, Borges e colaboradores e Gonçalves e colaboradores<sup>85,93,94</sup> não observaram essa associação. Essas diferenças podem estar relacionadas aos pontos de corte adotados para a definição de baixa escolaridade pelos pesquisadores; no presente estudo, utilizaram-se como referência os anos de estudo quanto ao ensino fundamental brasileiro, que é a formação básica do cidadão.

A escolaridade frequentemente está relacionada a outros preditores de TMC, como empregabilidade e renda. Indivíduos com baixa escolaridade encontram maior dificuldade de inserção em vagas de emprego formal, em virtude da escassez de oportunidades<sup>95</sup> e da baixa qualificação, fatores que resultam na percepção de salários menores, reduzida valorização profissional e em condições de vida difíceis, o que pode desencadear outros problemas sociais que induzem a má qualidade de vida e, conseqüentemente, problemas psicológicos futuros<sup>62</sup>.

A renda foi outro fator, na população pesquisada, que não estava associada ao TMC, após a análise de regressão logística. Assim, a situação de baixa renda e TMC não foi estatisticamente significativa no presente estudo, tendo outras pesquisas obtido

resultados com associações significativas<sup>16,18,96</sup>. Para Souza e colaboradores<sup>97</sup>, a baixa renda não gera diretamente sofrimento mental; os autores argumentam que, geralmente, é reflexo da dificuldade de inserção no mercado de trabalho, tendo como consequência a pouca valorização social e condições de vida incertas, produzindo a má qualidade de vida e, por conseguinte, problemas psicológicos.

A situação conjugal, comumente associada ao TMC<sup>16,86,94,96</sup>, não se mostrou estatisticamente significativa neste estudo; apesar disso nos indivíduos sem companheiro (solteiros/viúvos/divorciados) a prevalência foi maior (31,74%, RP 1,25, IC 95% 1,00-1,57). Para Carlotto e colaboradores<sup>86</sup>, a possibilidade de compartilhar as dificuldades cotidianas com os respectivos companheiros em um relacionamento estável pode ser um fator protetivo ao desenvolvimento de TMC. No entanto, esta situação não é observada em casos que as mulheres sofrem algum tipo de violência por parte dos companheiros; pesquisas apontam para uma maior prevalência de TMC entre as mulheres vítimas da violência; nesses casos o fato de ter um parceiro contribuiria para o aumento do TMC<sup>98,99</sup>.

Nesta pesquisa houve associação estatística ente TMC e ter filhos. No estudo realizado por Lucchese e colaboradores<sup>62</sup> o fato de ter filhos esteve associado a uma maior prevalência de TMC em mulheres trabalhadoras e não com as donas de casa, para a referida autora isso decorre da duplicidade de papéis destas trabalhadoras, aos se preocuparem tanto a criação dos filhos quanto as responsabilidades referentes à profissão.

## Conclusões

Os achados dessa pesquisa corroboram os de outros estudos, revelando o TMC é um problema de saúde pública. A atenção básica é uma das formas de acesso aos cuidados a saúde, onde pessoas com problemas de saúde variados buscam resolver suas demandas, tornando-se cenário ideal para o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde mental.

Não se pode negligenciar a baixa renda e baixa escolaridade como elementos constitutivos do processo de adoecimento mental, aliados a isso o pouco ou nenhum acesso a atividades de lazer e cultura. Parte da amostra estudada vive abaixo da linha de pobreza, condição que contribuí para a piora do quadro de saúde destes indivíduos.

Este estudo pode apresentar limitações aceitáveis. Uma delas se deve ao tipo de estudo, por ser um estudo de corte transversal, não é possível estabelecer relações causais, entre variáveis pesquisadas. Outra possível limitação refere-se ao instrumento utilizado para identificar a variável desfecho, o SRQ-20 é um teste de triagem, proposto para identificar sintomas e verificar o nível de suspeição de doença mental, portanto não foram realizados testes de diagnóstico.

Entretanto, é possível afirmar que, embora seja complexo o diagnóstico do sofrimento mental, o conhecimento epidemiológico desenvolvido até aqui com a utilização de testes de bom desempenho validados para a atenção primária e uma amostra adequada, qualificam os resultados deste estudo para subsidiar futuras ações voltadas a saúde da população exposta no contexto da atenção primária.

Uma melhor integração dos serviços de saúde mental nos cuidados primários efetiva, pode ser uma das respostas para os problemas apontados nesta e em outras pesquisas. Propostas como a pirâmide de serviços da OMS apresentam o caminho que

os serviços de saúde mental e atenção primária tem que trilhar para alcançar este tipo de abrangência e integração.

A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de mitigar o déficit de tratamento e assegurar que os cuidados de saúde mental a quem necessita. No Brasil, já existem experiências exitosas nesta área, como a da cidade de Sobral que recebeu três prêmios nacionais, pela integração de saúde mental em cuidados primários.

### **Conflitos de Interesse**

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses relativamente ao presente artigo

### **Contribuição dos Autores**

Rodrigues, E.P. - responsável pela revisão de literatura, definição do desenho de estudo, coleta de dados, supervisão e participação na produção e sistematização dos dados, análise e interpretação de resultados e pela redação do artigo

Sena, E.P. de - concepção do estudo, da análise e interpretação de resultados e da redação do artigo.

Nascimento, M.A. - concepção do estudo, da análise e interpretação de resultados e da redação do artigo.

Nascimento Sobrinho, C.L. - responsável pela revisão de literatura, definição do desenho de estudo, coleta de dados, supervisão e participação na produção e sistematização dos dados, análise e interpretação de resultados e pela redação do artigo

### **Agradecimentos**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo nº 408440/2013-3) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) (convênio nº SUS 006/2017), que subsidiam a pesquisa.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas de uma amostra de adultos cadastrados na ESF, Feira de Santana, Bahia, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	<b>790</b>	<b>100,0</b>
Feminino	486	61,5
Masculino	304	38,5
<b>Cor da pele (auto referida)</b>	<b>791</b>	<b>100,0</b>
Branca	57	7,2
Amarela	11	1,4
Parda	498	63,0
Preta	219	27,7
Não sabe	06	0,8
<b>Estado Civil</b>	<b>782</b>	<b>100,0</b>
Casado/a	302	38,3
União estável	125	15,9
Solteiro	257	32,6
Divorciado/separado/desquitado/a	49	6,2
Viúvo/a	50	6,3
<b>Escolaridade</b>	<b>791</b>	<b>100,0</b>
Nunca foi à escola/	47	5,9
Lê e escreve o nome	82	10,4
Fundamental I	239	30,2
Fundamental II ou 1º Grau Completo	64	8,1
Ensino Médio – Incompleto	82	10,4
Ensino Médio – Completo	229	29,0
Curso Técnico	11	1,4
Superior – Incompleto	22	2,8
Superior – Completo	15	1,9
<b>Tem Filhos</b>	<b>790</b>	<b>100,0</b>
Não	121	15,3
Sim	669	84,6
<b>Situação da moradia</b>	<b>790</b>	<b>100,0</b>
Própria	677	85,7
Alugada	64	8,1
Imóvel cedido, usufruto, ocupação ou assemelhada	49	6,2
<b>Renda**</b>	<b>781</b>	<b>100,0</b>
até 2 SM	577	73,9
Acima de 2 SM	204	26,1

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Legenda: \* Resultados válidos, excluídos os ignorados. \*\*Salário Mínimo (SM) 2017 = R\$ 937,00. ESF- Estratégia de Saúde da Família.

**Tabela 2** - Características clínicas de uma amostra de adultos cadastrados na ESF, Feira de Santana, Bahia, 2018

<b>Hábitos De Vida</b>		<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Atividade Física</b>	Não	531	69,2
	Sim	236	30,8
<b>Tabagismo</b>	Não	683	86,3
	Sim	108	13,7
<b>Uso de Bebida alcoólica</b>	Não	526	69,9
	Sim	227	30,1
<b>Teste CAGE positivo</b>	Não	168	74,2
	Sim	58	25,8
<b>Atividades sociais/lazer</b>	Não	572	74,1
	Sim	200	25,9

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Legenda: \* Resultados válidos, excluídos os ignorados. ESF- Estratégia de Saúde da Família



**Tabela 3** - Prevalência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança de 95% (IC- 95%) para a associação entre características sociodemográficas, hábitos de vida e TMC de uma amostra de adultos cadastrados na ESF, Feira de Santana, Bahia, 2018.

Variáveis	Suspeito de TMC				RP	Intervalo de confiança de 95%	
	SIM		NÃO				
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>							
Feminino	173	35,6	313	64,4	2,16	1,63	2,86
masculino	50	16,4	254	83,6			
<b>Tem filhos</b>							
Sim	197	29,4	472	70,6	1,425	0,99	2,06
Não	25	20,7	96	79,3			
<b>Escolaridade</b>							
≤8 anos	138	31,9	294	61,8	1,35	1,07	1,70
>8 anos	85	23,7	274	76,3			
<b>Atividade remunerada</b>							
Não	173	77,6	324	57,0	2,04	1,54	2,70
Sim	50	22,4	244	43,0			
<b>Atividade de lazer</b>							
Não	184	32,2	388	67,8	1,95	1,39	2,72
Sim	33	16,5	167	83,5			
<b>Atividade física</b>							
Não	181	30,1	551	69,59	1,41	1,03	1,95
Sim	35	21,2	130	78,8			
<b>Hábito de fumar</b>							
Sim	33	37,1	56	62,9	1,34	1,00	1,81
Não	188	27,5	495	72,5			
<b>Sobrepeso</b>							
Não	125	25,3	370	74,7	1,32	1,05	1,65
Sim	93	33,3	186	66,7			
<b>Doença crônica</b>							
Sim	177	34,3	339	65,7	1,99	1,49	2,66
Não	46	17,2	221	82,8			

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Legenda:\* Resultados válidos, excluídos os ignorados. ESF- Estratégia de Saúde da Família. TMC- Transtorno mental comum

**Tabela 4** - Razão de prevalência (RP) e Intervalo de Confiança de 95% (IC– 95%) para a associação entre características sociodemográficas, hábitos de vida e Transtorno mental comum de uma amostra de adultos cadastrados na ESF, obtidas na análise de regressão logística - Feira de Santana, Bahia, 2018.

Variável	RP ajustadas	IC95%	p
<b>Sexo</b>			
Feminino	1,96	1,47 - 2,63	0,000
Masculino	1,00		
<b>Tem Filhos</b>			
Sim	1,21	1,05 – 1,38	0,005
Não	1,00		
<b>Atividade Remunerada</b>			
Não	1,55	1,17 - 2,04	0,002
Sim	1,00		
<b>Atividade de Lazer</b>			
Não	1,68	1,22 - 2,31	0,001
Sim	1,00		
<b>Hábito de Fumar</b>			
Sim	1,47	1,10 - 1,95	0,008
Não	1,00		
<b>Doença Crônica</b>			
Sim	1,64	1,22 - 2,19	0,001
Não	1,00		

**Fonte:** Dados da pesquisa.

**Legenda:** ESF- Estratégia de Saúde da Família.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atenção Primária à Saúde (APS) tem se constituído em uma importante estratégia para atender de forma contínua e sistematizada a necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, ademais da atenção a cidadãos e comunidades, agrupando os princípios da Reforma Sanitária do fim dos anos 1980. Parte importante das demandas que surgem nas unidades básicas de saúde são ou têm um componente psicossocial. Nesta pesquisa, procuramos conhecer um pouco sobre os problemas de saúde mental na atenção primária no município de Feira de Santana.

A perspectiva que distingue este estudo exploratório e analítico da situação de TMC e fatores associados foi uma amostragem adequada, de base populacional e que caracteriza bem o contexto pesquisado. Respondendo ao objetivo inicial de estimar a prevalência e os fatores associados aos TMC em adultos cadastrados na ESF, em Feira de Santana, Bahia, encontramos uma alta prevalência de TMC (28,2%) associada a uma baixa escolaridade, baixa renda e ao sexo feminino, estando as análises e discussões a respeito abordadas no primeiro artigo.

Para alcançar o segundo objetivo traçado, realizou-se uma revisão sistemática da literatura nacional sobre a prevalência e os fatores associados ao transtorno mental comum em adultos, em Atenção Primária à Saúde. Foram selecionados 10 artigos, publicados entre os anos de 2005 a 2018. Os estudos analisados revelaram elevada prevalência de TMC e a variável mais associada foi sexo feminino e estado civil. Os estudos consultados evidenciaram elevada prevalência de transtorno mental comum e associação com as condições socioeconômicas, idade e sexo, na população adulta brasileira, no cenário Atenção Primária à Saúde. A maioria dos autores utilizaram

pontos de corte diferentes do SRQ-20 para a identificação de TMC, o que dificulta a comparação entre os estudos incluídos.

Todas as questões anteriormente mencionadas lançam luz sobre os problemas de saúde vivenciados pela população pesquisada. Foi possível identificar situações de vulnerabilidade social, como taxa elevada de desemprego, baixa escolaridade, violência urbana, elevado número de pessoas vivendo com alguma comorbidade, condições estas desfavoráveis pelo qual o país vem passando nos últimos anos e que criam um ambiente propício para o adoecimento mental. Portanto, diante de uma melhor compreensão dos resultados encontrados neste estudo, pode-se colaborar com a adoção de medidas mais diligentes para amenizar os impactos desse problema.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.
2. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Dutilh Novaes HM, Galvão César CL. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2006;22:1639–48.
3. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2011;60:221–6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852011000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
4. Coutinho E da SF, Almeida Filho N, Mari J de J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *RevPsiquiatr Clín*. 1999;26:246–56.
5. Patel V, Maj M, Flisher AJ, De Silva MJ, Koschorke M, Prince M, et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: A WPA survey. *World Psychiatry* [Internet]. 2010;9:169–76. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00305.x>
6. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. Tavistock/Routledge; 1992.
7. Santos ME de SB, Menezes PR, Nemes MIB. Transtornos mentais comuns em pacientes HIV+ ou com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo. Vol. Dissertaçã, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo; 2002.
8. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. *Br Med J* [Internet]. 1998;317:115–9. Available from: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.317.7151.115>
9. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2018/01/02. 2001;178:228–33. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/common-mental-disorders-in-santiago-chile/5142275A947B99C6D040341A79CF53FE>
10. Patel V, Chisholm D, Rabe-Hesketh S, Dias-Saxena F, Andrew G, Mann A. Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: A randomised, controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2003;361:33–9. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)12119-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)12119-8/fulltext)

11. Puertas G, Ríos C, Del Valle H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2006;20:324–30.
12. Ludermir AB, Melo Filho DA de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica*. 2002;36:213–21.
13. Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, De Faria AAS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa - Estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr [Internet]*. 2008;57:233–9. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-62549159512&doi=10.1590%2FS0047-20852008000400002&partnerID=40&md5=2418ce0ef6f47a7eeb9a279c19f5d106>
14. Marín-León L, De Oliveira HB, Barros MBDA, Dalgalarondo P, Botega NJ, Marin-Leon L, et al. Social inequality and common mental disorders. *Braz J Psychiatry [Internet]*. 2007/09/25. 2007;29:250–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17891254>
15. Costa AG da, Ludermir AB. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. *Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública [Internet]*. 2005/02/05. 2005;21:73–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000100009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100009&lng=pt&tlng=pt)
16. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, de Jesus Mari J. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-rj: Um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. *Rev Bras Psiquiatr [Internet]*. 2011;33:150–6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462011000200010&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000200010&nrm=iso)
17. Gianini RJ, Carvalho TC de, Anjos RMP dos, Pinto PLS, Maluf ME, Lanza LB, et al. Prática de rastreamento no cenário do Programa Saúde da Família em Sorocaba (SP). *Rev Bras Educ Med*. 2008;32:15–22.
18. Gonçalves DM, Kapczinski F, Goncalves DM, Kapczinski F, Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica [Internet]*. 08/02. 2008;24:1641–50. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000700019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700019)
19. IBGE. Estimativas da população residente nos municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017 [Internet]. Brasília,DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017. p. 11. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm)

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família (eSF). [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 20]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
21. E-Gestor AB Informação e Grsrção da Stenção Básica. Histórico de cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família (eSF). [Internet]. Vol. 2016. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
22. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: open source epidemiologic statistics for public health, version. 2014.
23. Harding TW, Climent CE, De Arango M V., Baltazar J, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* [Internet]. 1980;10:231–41. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291700043993/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291700043993/type/journal_article)
24. Mari J de J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1986/01/01. 1986;148:23–6. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/validity-study-of-a-psychiatric-screening-questionnaire-srq20-in-primary-care-in-the-city-of-sao-paulo/94BFEF754ADABF52A244AEA28BC436>
25. 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* [Internet]. 2008;24:380–90. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000200017&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200017&nrm=iso)
26. Ali GC, Ryan G, De Silva MJ. Validated screening tools for common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2016;11:e0156939–e0156939. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27310297>
27. Beusenber M, Orley J. A user’s guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1994.
28. Masur J, Monteiro MG. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian J Med Biol Res*. 1983;16:215–8.
29. Schmidt MI, Duncan BB, Mendonça GA e S, Menezes AMB, Monteiro CA,

- Barreto SM, et al. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011;61–73.
30. Tavares JP, Beck CLC, Magnago TSB de S, Greco PBT, Prestes FC, Silva RM da. Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do self report questionnaire. *Rev Enferm da UFSM* [Internet]. 2011th-01–21st ed. 2011;1:113. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2091/1518>
  31. Santos ÉG dos, Siqueira MM de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010;59:238–46. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011)
  32. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-V-TR [Internet]. Vol. 5, American Psychiatric Association. Artmed Editora; 2014. 948 p. Available from: [http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo\\_supervisionado/dsm.pdf](http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf)
  33. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: referência rápida. Artes Médicas Porto Alegre; 1997.
  34. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: uma nova concepção, nova esperança; RESUMO [Internet]. 1st ed. Organização Mundial da Saúde. Lisboa, ; 2001. p. 25p. Available from: <file:///C:/Documents and Settings/Carlos/Meus documentos/Google Drive/Livros/Relat?rio mundial da sa?de 05.2014.pdf>
  35. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2003;37(4):424–33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16776.pdf>
  36. Costa JSD da, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP de, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2002;5:164–73. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2002000200004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200004&nrm=iso)
  37. Lima MS de;, Soares BG de O, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clín*. 1999;26:225–35.
  38. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2014;43:476–93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24648481>
  39. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2009;62:e1–34. Available from:



- [https://air.unimi.it/retrieve/handle/2434/168817/170979/PRISMA annals 2009 explanatory.pdf](https://air.unimi.it/retrieve/handle/2434/168817/170979/PRISMA%20annals%202009%20explanatory.pdf)
40. Galvão TF, Pansani T de SA, Harrad D %J E e S de S. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015;24:335–42.
  41. Fabbri S, Silva C, Hernandez E, Octaviano F, Di Thommazo A, Belgamo A. Improvements in the StArt tool to better support the systematic review process. In: *ACM International Conference Proceeding Series*. ACM; 2016. p. 21.
  42. Munn Z, MCLinSc SM, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int J Evid Based Healthc* [Internet]. 2015;13:147–53. Available from: [https://journals.lww.com/ijebh/Fulltext/2015/09000/Methodological\\_guidance\\_for\\_systematic\\_reviews\\_of.6.aspx](https://journals.lww.com/ijebh/Fulltext/2015/09000/Methodological_guidance_for_systematic_reviews_of.6.aspx)
  43. Higgins JPT, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med*. 2002;21:1539–58.
  44. Higgins JPT. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* [Internet]. 2003;327:557–60. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.327.7414.557>
  45. Moraes RSM de, Silva DAS, Oliveira WF de, Peres MA. Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017;20:43–56. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2017000100043&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000100043&nrm=iso)
  46. Jansen K, Mondin TC, Ores L da C, Souza LD de M, Konradt CE, Pinheiro RT, et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011;27:440–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000300005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300005&lng=pt&tlng=pt)
  47. Silva PA dos S, Rocha SV, Santos LB, dos Santos CA, Amorim CR, Vilela ABA et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018/02/08. 2018;23:639–46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0639.pdf>
  48. Hoy D, Brooks P, Woolf A, Blyth F, March L, Bain C, et al. Assessing risk of bias in prevalence studies: Modification of an existing tool and evidence of interrater agreement. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2012/06/30. 2012;65:934–9. Available from: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(12\)00079-0/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(12)00079-0/fulltext)
  49. Barreto Do Carmo MB, Dos Santos LM, Feitosa CA, Fiaccone RL, Da Silva NB, Doa Santos DN, et al. Screening for common mental disorders using the SRQ-20

- in Brazil: What are the alternative strategies for analysis? *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017/09/07. 2018;40:115–22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28876378>
50. Borges TL, Miasso AI, Reisdofe E, dos Santos MA, Vedana KGG, Hegadoren KM. Common Mental Disorders in Primary Health Care Units: Associated Factors and Impact on Quality of Life. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2016/07/01. 2016;22:378–86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27358346>
  51. Rocha SV, Araújo TM, Almeida MMG de, Júnior JSV. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(2):80–5.
  52. Senicato C, Azevedo RCS de, Barros MB de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23:2543–54. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000802543&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802543&nrm=iso)
  53. Coelho FMDC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PV da S, Garcias CMM, Silva CV da. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009;25:59–67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/06.pdf>
  54. Silva PA dos S da, Rocha SV, Santos LB, Santos CA dos, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018/02/08. 2018;23:639–46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0639.pdf>
  55. Carlotto MS, Amazarray MR, Chinazzo I, Taborda L. Common Mental Disorders and associated factors among workers: an analysis from a gender perspective. *Cad Saúde Coletiva*. 2011;19:172–8.
  56. Patel V, Araya R, De Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* [Internet]. 1999/10/09. 1999;49:1461–71. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699002087?via%3Dihub>
  57. Gomes VF, Miguel TLB, Miasso AI %J R latino-americana de enfermagem. Common mental disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. 2013;21:1203–11.
  58. Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão. 7ª ed.* Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Família Classificações Internacionais em Português. São Paulo: EDUSP; 2004. 1191 p.
  59. American Psychological Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 1994.

60. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: uma nova concepção, nova esperança. 1st ed. Lisboa; 2002. p. 25p-25p.
61. Quadros L de CM de, Gigante DP, Kantorski LP, Jardim VM da R. Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012;28:95–103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22267069>
62. Lucchese R, De Sousa K, Bonfin S do P, Vera I, Santana FR, Sousa K de, et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *ACTA Paul Enferm* [Internet]. 2014;27:200–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400035>
63. Marconato C da S, Magnago AC de S, Magnago TSB de S, Dalmolin G de L, Andolhe R, Tavares JP. Prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders in hospital housekeeping workers. *Rev da Esc Enferm* [Internet]. 2017;51:e03239. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28614441>
64. Murcho N, Pacheco E, Jesus SN de. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *Rev Port Enferm Saúde Ment*. 2016;30–6.
65. Jacka FN, Mykletun A, Berk M. Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. *BMC Med*. 2012;10:149.
66. Brasil. Estimativa da população para 2017. Brasília, DF. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, editor. Brasília; 2017.
67. Brasil. Ministério da Saúde (BR), Departamento da Atenção Básica. Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF); 2015 [citado 2016 maio 04]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Básica D da A, editor. 2016.
68. Abrantes Do Amaral R, Malbergiera A, Amaral RA do, Malbergier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo – Campus Capital. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26:156–63.
69. Oliveira NF de, Santana VS, Lopes AA, De Oliveira NF, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saude Publica* [Internet]. 1997;31:90–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000100012&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100012&nrm=iso)
70. Costa AG da, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil %J *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21:73–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000100009&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100009&nrm=iso)

71. Eaton WW, Alexandre P, Joseph Bienvenu O, Clarke D, Martins SS, Nestadt G, et al. The Burden of Mental Disorders. In: Public Mental Health [Internet]. Oxford University Press; 2012. p. 2–30. Available from: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195390445.001.0001/acprof-9780195390445-chapter-1>
72. Druss BG, Hwang I, Petukhova M, Sampson NA, Wang PS, Kessler RC. Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2009;14:728–37. Available from: <https://www.nature.com/articles/mp200813.pdf>
73. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca M de JM da, Rotenberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012;46:259–68. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000200008&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200008&nrm=iso)
74. Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry*. 1995;152:352–7.
75. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unützer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2003/09/10. 2003;60:897–903. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/articlepdf/207831/yoa20766.pdf>
76. Bijl D, van Marwijk HWJ, de Haan M, van Tilburg W, Beekman AJTF. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2004;10:6–12. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13814780409094220?needAccess=true>
77. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2004;82:858–66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623050/pdf/15640922.pdf>
78. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. 2007;370:859–77. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61238-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0/fulltext)
79. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A, Herdman M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2003/12/23. 2003;38:677–83. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-003-0692-6>
80. Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni SB, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in

- primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2010;32:240–5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834310000149>
81. Borim FSA, Barros MB de A, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013/07/12. 2013;29:1415–26. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000700015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700015&lng=pt&tlng=pt)
  82. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the art review: Depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. *Am J Hypertens* [Internet]. 2015/04/26. 2015;28:1295–302. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4612342/pdf/hpv047.pdf>
  83. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, Van Balkom AJLM, Penninx BWJH. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: Critical review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2016;208:223–31. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/anxiety-and-new-onset-of-cardiovascular-disease-critical-review-and-metaanalysis/C6A10A1F09B864568234D3983D05114E>
  84. Araújo GS de, Pereira SM, Santos DN dos, Marinho JM, Rodrigues LC, Barreto ML, et al. Common mental disorders associated with tuberculosis: A matched case-control study. *PLoS One* [Internet]. 2014;9:e99551. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099551>
  85. Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015;38:195–201. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26757997>
  86. Carlotto MS, Barcinski M, Fonseca R. Transtornos mentais comuns e associação com variáveis sociodemográficas e estressores ocupacionais: uma análise de gênero. *Estud e Pesqui em Psicol.* 2015;15:1006–26.
  87. Soni A, Fahey N, Byatt N, Prabhakaran A, Simas TAM, Vankar J, et al. Association of common mental disorder symptoms with health and healthcare factors among women in rural western India: Results of a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 2016/07/09. 2016;6:e010834. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27388353>
  88. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Benseñor IM, et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: Baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2016;38:91–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462016000200091&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016000200091&nrm=iso)
  89. Pinho P de S, Araújo TM de, de Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012;15:560–72. Available from:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000300010&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300010&nrm=iso)
90. Moraes RSM de, Silva DAS, Oliveira WF de, Peres MA. Iniquidades sociais na prevalência de desordens mentais comuns em adultos: Estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017;20:43–56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28513793>
  91. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc e Estado* [Internet]. 2014;29:449–69. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=pt&tlng=pt)
  92. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;30:1875–83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1875.pdf>
  93. Wiemann I, Munhoz TN. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados nos Usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São Lourenço do Sul, RS. *Ensaio e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2015;19:89–94.
  94. Gonçalves DA, Mari J de J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;30:623–32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>
  95. Barros RP de, Foguel MN, Ulyseia G. Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente. gráfs. tabs., editor. Vol. 1. Brasília:Ipea; 2006. 446 p.
  96. Senicato C, de Azevedo RCS, Barros MB de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018/08/24. 2018;23:2543–54. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000802543&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802543&nrm=iso)
  97. Santos G de BV dos, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 17];35. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001305008&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001305008&tlng=pt)
  98. Ludermir AB, Valongueiro S, Araújo TVB de. Transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014;48:29–35. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4206118&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

99. Mendonça MFS, Ludermir AB. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. Rev Saúde Pública [Internet]. 2017/04/20. 2017;51:32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28423141>

# APÊNDICES



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a), através deste documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, **Carlito Lopes Nascimento Sobrinho**, Coordenador do Projeto de Pesquisa “**Vigilância à Saúde para a Detecção de Distúrbios Psíquicos Menores em Feira de Santana, Bahia**”, pretendo lhe explicar com clareza esta pesquisa e convidar-lhe a participar da mesma. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, este documento servirá como comprovante que sua aceitação foi de livre vontade.

Esta pesquisa investigará a ocorrência de Sofrimento Mental (DPM) em pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, no município de Feira de Santana, Bahia. Verificará também possíveis relações entre idade, sexo, trabalho, hábito de beber, hábito de fumar, hábito de realizar atividade física e Sofrimento Mental.

Sua participação consistirá em primeiramente responder um questionário elaborado para esse trabalho e posteriormente caso seja necessário passará por duas avaliações médicas. A entrevista ocorrerá em sua casa com duração aproximada de 40 minutos e as avaliações clínicas, caso seja necessário, tem duração de 40 minutos cada uma e ocorrerão na unidade de saúde mais próxima a sua casa.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação que é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

As pessoas consideradas “*suspeitas*” de Sofrimento Mental (DPM) receberão um cartão de identificação (CI) e serão encaminhadas para a Unidade de Saúde da Família para acompanhamento médico e de enfermagem.

Os resultados desse trabalho poderão contribuir para a prevenção, detecção e o controle do Sofrimento Mental em Feira de Santana e, assim, poderão colaborar com a melhoria da qualidade de vida dos moradores do município. Os resultados serão divulgados em reuniões comunitárias, agendadas com antecedência e amplamente divulgadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelos estudantes dos cursos de Saúde da UEFS. Os resultados também serão divulgados em congressos e revistas científicas, Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, pois as informações coletadas nos questionários ficarão guardadas por cinco (05) anos na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) do Departamento de Saúde (DSAU) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e depois serão queimados.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. n.º 9.279/96 – Lei da Propriedade Industrial a Lei n.º 10.973/04 - Lei da Inovação e o Decreto n.º 5.563/05

Os possíveis riscos desta pesquisa é durante a entrevista você se sentir constrangido com alguma pergunta, contudo você tem o direito de não responder aos questionamentos que lhe gerarem desconforto ou mal estar psicológico.

Foram elaboradas duas (02) cópias desse documento, sendo que uma (01) dessas cópias ficará com o (a) senhor (a), onde consta o nome completo do pesquisador responsável, seu endereço e telefone, para que possa ser consultado sobre qualquer dúvida ou problema referente à pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar **Carlito Lopes Nascimento Sobrinho – Campus Universitário, Departamento de Saúde (DSAU), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, Módulo VI. Telefones: (75) 3661-8088; 3661-8409;. E-mail: lua@uefs.br**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana , situado Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS, Módulo I, MA 17 **Telefone: (75)3161-8067 E-mail: [cep@uefs.br](mailto:cep@uefs.br)**.

---

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho  
Pesquisador

Peço-lhe que assine abaixo ou coloque a sua impressão digital confirmando a sua autorização em participar da pesquisa, após a leitura e concordância com os termos desse documento. Feira de Santana,  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

APÊNDICE - B



Fundação de Amparo  
à Pesquisa do Estado da Bahia



Conselho Nacional de Desenvolvimento  
Científico e Tecnológico

Realização:



UEFS



Universidade Federal do  
Recôncavo da Bahia



PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS  
MENORES E TRANSTORNOS MENTAIS EM  
FEIRA DE SANTANA, BAHIA

É muito importante que todos que estejam preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

**Responda as questões seguintes marcando SIM ou NÃO**

1-Dorme mal?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
2-Tem má digestão?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
3-Tem falta de apetite?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
4-Tem tremores nas mãos?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
5-Assusta-se com facilidade?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
6-Você se cansa com facilidade?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
7-Sente-se cansado (a) o tempo todo?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
8-Tem se sentido triste ultimamente?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
9-Tem chorado mais do que o costume?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
10-Tem dores de cabeça freqüentemente?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
11-Tem tido idéia de acabar com a vida?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
12-Tem dificuldade para tomar decisões?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
13-Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
14-Tem dificuldade de pensar com clareza?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
15-Se sente inútil em sua vida?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
16-Tem sensações desagradáveis no estomago?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
17-Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
18-É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
19-Tem dificuldade no serviço ? Seu trabalho é penoso?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não
20-Encontra dificuldade de realizar com satisfação suas tarefas diárias?	1 ( ) Sim	0 ( ) Não

## QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Nº \_\_\_\_\_

INICIAIS DO NOME DO ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_  
ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA
_ _ _	_	_ _ _	_  -  _  -  _

## I-INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Sexo: 1. ( ) Feminino 2. ( ) Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_ anos 2.1 Data de nascimento \_\_\_\_\_

3. Situação conjugal:

1. ( ) Casado/a      3. ( ) Solteiro/a      5. ( ) Divorciado(a)/ Separado(a)/  
Desquitado(a)  
2. ( ) União estável      4. ( ) Viúvo/a

4. Qual é o seu grau de escolaridade?

1. ( ) Nunca foi à escola      6. ( ) Ensino médio - completo  
2. ( ) Lê e escreve o nome      7. ( ) Curso técnico  
3. ( ) Fundamental I (1º grau incompleto)      8. ( ) Superior incompleto  
4. ( ) Fundamental II (1º grau completo)      9. ( ) Superior completo  
5. ( ) Ensino médio - incompleto

5. Têm filhos?

1. Sim ( ) 0. Não ( ) 5.1 Quando a resposta for Sim. Quantos? [ \_ - \_ ]

6. Como você classificaria a cor da sua pele? [Entrevistador leia as opções para o entrevistado]

1. ( ) Branca      4. ( ) Parda      5. ( ) Preta  
2. ( ) Amarela (oriental)      5. ( ) Preta      6. ( ) Não sabe

**7. Onde você nasceu?**

1. ( ) Feira de Santana    2. ( ) Cidade da Bahia. Qual? \_\_\_\_\_

3. ( ) Cidade de outro estado/país. Qual? \_\_\_\_\_

**8. Quanto você ganha por mês?**    R\$\_\_\_\_\_,00**9. Qual a faixa de renda mensal familiar? [Salário mínimo em 2017 de R\$937,00]**

1. ( ) até 2 SM    Até R\$1.874,00                      2. ( ) de 2 a 4 SM    R\$1.874,00 a R\$3.748,00

3. ( ) de 4 a 10 SM    R\$3.748,00 a R\$9.370,00    4. ( ) de 10 a 20 SM    R\$9.370,00 a 18.740,00

5. ( ) Acima de 20 SM    R\$18.740,00 ou mais

**10. Usualmente, qual a sua principal fonte de renda?**

1. ( ) Emprego regular    2. ( ) Trabalho autônomo    3. ( ) Trabalho informal

4. ( ) Pensão/aposentadoria    5. ( ) Não tenho renda pessoal

**11. Qual o principal responsável pelo sustento da sua família?**

1. ( ) Você( entrevistado)    2. ( ) Seu cônjuge    3. ( ) Você e seu cônjuge    4. Outros: \_\_\_\_\_

**12. Quantas pessoas de sua família vivem da renda mensal indicada? (incluindo você)**

1. ( ) 1                                      4. ( ) 4                                      7. ( ) mais de 6

2. ( ) 2                                      5. ( ) 5

3. ( ) 3                                      6. ( ) 6

**PADRÕES DE SONO****Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você tem tido alguns desses problemas relacionados ao sono?**

3. Você toma remédios ou tranquilizantes para dormir? 1( ) nunca 2( ) muito raramente 3( ) raramente 4( ) as vezes 5( ) freqüentemente 6( ) muito freqüentemente 7( ) sempre	4. Você dorme durante o dia ( sem contar cochilos ou sonecas programadas)? 1( ) nunca 2( ) muito raramente 3( ) raramente 4( ) as vezes 5( ) freqüentemente 6( ) muito freqüentemente 7( ) sempre
5. Ao acordar de manhã você ainda se sente cansado(a)? 1( ) nunca                      7( ) sempre 2( ) muito raramente 3( ) raramente 4( ) as vezes 5( ) freqüentemente 6( ) muito freqüentemente	6. Você ronca a noite ( que você saiba)? 1( ) nunca                      7( ) sempre 2( ) muito raramente 3( ) raramente 4( ) as vezes 5( ) freqüentemente 6( ) muito freqüentemente
7. Você acorda durante a noite? 1( ) nunca                      7( ) sempre 2( ) muito raramente 3( ) raramente 4( ) as vezes 5( ) freqüentemente 6( ) muito freqüentemente	8. Você acorda com dor de cabeça? 1( ) nunca                      7( ) sempre 2( ) muito raramente 3( ) raramente 4( ) as vezes 5( ) freqüentemente 6( ) muito freqüentemente
9. Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente? 1( ) nunca                      6( ) muito freqüentemente 2( ) muito raramente    7( ) sempre 3( ) raramente 4( ) as vezes 5( ) freqüentemente	10. Você tem sono agitado ( mudanças constantes de posição ou movimentos de perna / braços)? 1( ) nunca                      6( ) muito freqüentemente 2( ) muito raramente    7( ) sempre 3( ) raramente 4( ) as vezes 5( ) freqüentemente

**26. Em relação ao hábito de fumar, você classifica como?**

- nunca fumou     Fuma até 4 cigarros por dia     Fuma mais de 20 cigarros por dia
- Ex - fumante     Fuma de 5 a 20 cigarros por dia     Outra resposta

**27. Você consome bebida alcoólica?** Se respondeu não, siga para questão 32

- Sim     Não

**28. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?**

- Sim     Não

**29. As pessoas o (a) aborrece porque criticam o seu modo de beber?**

- Sim     Não

**30. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?**

- Sim     Não

**31. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?**

- Sim     Não

**32. Em relação ao seu peso, você considera que está:**

- No seu peso ideal     Abaixo do peso ideal     Pouco acima do peso ideal
- Muito acima do peso ideal

**PADRÕES DE SONO**

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você tem tido alguns desses problemas relacionados ao sono?

**1. Você tem dificuldade em adormecer a noite?**

- 1( ) nunca  
2( ) muito raramente  
3( ) raramente  
4( ) as vezes  
5( ) freqüentemente  
6( ) muito freqüentemente  
7( ) sempre

**2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?**

- 1( ) nunca  
2( ) muito raramente  
3( ) raramente  
4( ) as vezes  
5( ) freqüentemente  
6( ) muito freqüentemente  
7( ) sempre

**13. Qual a situação da casa em que você mora?**

1.  Própria    2.  Alugada
3.  Imóvel cedido, usufruto, ocupação ou assemelhados

**14. O (A) senhor (a) trabalha ou trabalhava?**

1.  Trabalha e está em atividade atualmente
2.  Trabalha, mas não está em atividade atualmente
3.  Já trabalhou, mas não trabalha mais.
4.  Nunca trabalhou

**15. Qual a principal razão de você não estar em atividade atualmente?**

- Dona de casa/ cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos.
- Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho.
- Estudos/treinamento
- Aposentado por tempo de trabalho/idade
- Afastado por doença
- Aposentado por doença/invalidez
- Afastado por outro motivo (gestação/ mudança/ licença, etc)
- Outra (Especifique): \_\_\_\_\_

**16. Há quanto tempo o (a) senhor (a) não está trabalhando ou não está em atividade?**

\_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ anos

**17. Com que idade o (a) sr (a) começou a trabalhar?**

\_\_\_\_\_ anos





Home

Author



**Authors**

RODRIGUES, EDER PEREIRA  
de Sena , Eduardo  
Nascimento, Mônica  
de Aragão, Núbia Samara  
Rodrigues, Urbanir  
Rosendo, Deciane  
de Santana, Lucas  
Nascimento Sobrinho, Carlito

**Date Submitted**

27-Sep-2019



© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2019. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

Brazilian Journal of Psychiatry

**BJP**

Revista Brasileira de Psiquiatria

Official Journal of the

Brazilian Psychiatric Association

**Prevalence of minor psychiatric disorders in primary care in Feira de Santana, Bahia**

Journal:	<i>Brazilian Journal of Psychiatry</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	RODRIGUES, EDER PEREIRA; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE de Sena , Eduardo ; Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde Nascimento, Mônica ; Universidade Estadual de Feira de Santana Colegiado do Curso de Medicina, Departamento de Saúde de Aragão, Núbia Samara ; Universidade Estadual de Feira de Santana Rodrigues, Urbanir; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde Rosendo, Deciane ; Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde de Santana, Lucas; Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde Nascimento Sobrinho, Carlito; Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde
Keyword:	Mental Disorders, Mental Health, Primary Health Care, Screening, Epidemiology

SCHOLARONE™  
Manuscripts

**ORIGINAL ARTICLE**

Prevalência de distúrbios psíquicos menores na atenção primária em Feira de Santana, Bahia

Prevalence of minor psychiatric disorders in primary care in Feira de Santana, Bahia<sup>1</sup>

Short title :Minor psychiatric disorders are in Primary Care

Eder Pereira Rodrigues<sup>2 3</sup>,

Eduardo Pondé de Sena<sup>4</sup>,

Mônica Andrade Nascimento <sup>5</sup>,

Núbia Samara Caribé de Aragão<sup>6</sup>

Urbanir Santana Rodrigues<sup>2</sup>

Lucas Evangelista de Santana<sup>7</sup>

Deciane Oliveira Sousa Dias Rosendo<sup>7</sup>

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho<sup>5</sup>,

Correspondence: Eder Pereira Rodrigues, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Avenida Carlos Amaral, 1015 – Cajueiro, Santo Antônio de Jesus – BA, CEP:44574-490

E-mail: eder@ufrb.edu.br

Telefone: +55 75 98101-1574

<sup>1</sup> Extracted from the project “Health Surveillance for the Detection of Minor Psychic Disorders and Mental Disorders in Feira de Santana, Bahia”

<sup>2</sup> Health Sciences Center, Federal University of Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, BA, Brazil.

<sup>3</sup> Post-graduate Program in Interactive Processes of Organs and Systems Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brazil.

<sup>4</sup> Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brazil.

<sup>5</sup> Health Department, Feira de Santana State University (UEFS), Feira de Santana, BA, Brazil.

<sup>6</sup> Post-graduation in Collective Health, Feira de Santana State University (UEFS), Feira de Santana, BA, Brazil.

<sup>7</sup> Undergraduate student, Feira de Santana State University (UEFS), Feira de Santana, BA, Brazil. Scientific initiation program of CNPq

## Abstract

**Objective:** This study aims to analyze the occurrence of minor psychiatric disorder (MPD) and their associations in adults enrolled in the Family Health Strategy in Feira de Santana, Bahia.

**Methods:** This is a cross-sectional study, with a stratified randomized systematic cluster sample. Individuals aged 18 years or older residing in the selected households were investigated. A questionnaire with sociodemographic variables was used; lifestyle and Self-Report Questionnaire (SRQ-20) to identify minor psychiatric disorder. The Prevalence Ratio and 95% Confidence Interval (RP-95% CI) were used to measure the association and statistical significance between the variables studied.

**Results:** A total of 791 adults were studied. Of these 61.5% (486) were women. The average age was  $44.21 \pm 15.27$ , the predominant age range 64% was 30-59 years. Regarding educational level, 30.2% (239) studied until elementary school, 5.9% (47) individuals were illiterate and 10.4% (82) could only read and write their own names. The prevalence of minor psychiatric disorder was 28.2% (223) and was associated with education and income.

**Conclusion:** The repercussions of suffering, stress and anxiety is no longer disputed. The findings of this research corroborate those of other studies, revealing MPDs are a public health problem.

**Keywords:** Mental Disorders; Mental Health; Primary Health Care; Screening; Epidemiology

## INTRODUCTION

In the field of mental health, Goldberg & Huxley (1992)(1) defined a syndrome characterized by symptoms such as insomnia, fatigue, irritability, forgetfulness, difficulty concentrating and somatic complaints, which was referred to as Minor Psychiatric Disorders (MPD) (Common Mental Disorders / CMD), which designated situations of mental distress, but did not meet the diagnostic criteria of the ICD-10 (International Classification of Diseases - 10th Revision) or DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition).

Minor Psychiatric Disorders (MPD) have gained relevance and constitute one of the main problems affecting adult individuals. According to the World Health Organization, it is estimated that 25% of MPD and 5 to 10% of severe mental disorders occur in individuals 18 years of age and older. Factors such as poverty, gender, age, physical illness, family and environmental factors are identified as associated with MPD(2).

In Brazil, in several studies, this syndrome has different nomenclatures: Minor Psychiatric Disorders, Minor Psychiatric Disorders, Common Mental Disorders, Minor Psychiatric Disorders and Minor Mental Disorders to treat the same clinical condition(3-5). In this paper, this syndrome described by Goldberg & Huxley (1992)(1) will be identified by the term Minor Psychic Disorder (MPD).

Minor Psychiatric Disorders, although not presenting relevant psychic alterations, can lead to suffering, decreased quality of life and functional disability with reflexes in work activities. They have a high prevalence worldwide(6), ranging from 24.6% to 45.3% according to international studies(7), making these symptoms considered as an important public health problem in several countries(8).

1  
2  
3 Epidemiological studies on mental health allow us to estimate the frequency with which  
4 these disorders occur in the adult population, assessing their direct and indirect  
5 consequences at the individual, family and social levels, as well as to identify associated  
6 factors that may point to risk groups. These studies should be carried out primarily on  
7 a population basis, as these represent reality more reliably. However, these studies are  
8 still scarce in Brazil. Thus, this study aims to estimate the prevalence and factors  
9 associated with Minor Psychiatric Disorders in adults enrolled in the Family Health  
10 Strategy (FHS) in Feira de Santana, Bahia.  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22

### 23 **Methods**

24  
25  
26 This is a population-based descriptive cross-sectional study conducted in the  
27 municipality of Feira de Santana, the second largest city in the state of Bahia and thirty-  
28 fourth in Brazil, which has an estimated population in 2017 of 627,477 people(9) . In  
29 2015 Feira de Santana had 90 Family Health Teams (eSF) with coverage of  
30 approximately 60.0% of the population.  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37

38 Data was collected from a random sample of individuals aged 18 years and older,  
39 registered with the local Family Health Strategy (FHS). The sample size considered an  
40 overall prevalence of MPD of 25% in the adult population, a confidence interval of  
41 95% (95% CI) and a sampling error of 4%. A design effect (DEFF = 1.5) was  
42 considered to correct the sample size, taking into account that the population came from  
43 several FHS units. With this correction, the minimum sample size required was defined  
44 in 450 individuals aged 18 years or older ( $450 \times 1.5 = 680$ ).  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53

54 To select the research subjects, we used the stratified random sampling technique,  
55 systematic by cluster. Ninety Family Health Teams (FHT) registered in the Primary  
56 Care Information System (SIAB) were identified; of these, 45 were drawn. Each FHT  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 was considered to have approximately the same number of micro areas and thus 45  
4  
5 micro areas from each FHT were drawn. 16 families were drawn by micro area, totaling  
6  
7 720 families. Finally, from each selected family, an adult individual who met the  
8  
9 inclusion criteria was selected for interview. If the selected individual was not found  
10  
11 after two visits or in case of death, it was replaced by another individual from the same  
12  
13 family, seeking to maintain similarity regarding age and sex. If it was not possible to  
14  
15 maintain the characteristics in relation to age and gender, another individual was  
16  
17 interviewed, seeking to ensure a period of 120 days for data collection. Bedridden  
18  
19 individuals, pregnant women and people with mental disabilities were excluded from  
20  
21 the study. Individuals who decided not to participate in the study after reading the Free  
22  
23 and Informed Consent Term were considered as rejections.

24  
25  
26  
27  
28 Data collection was performed by Community Health Agents (CHA) who worked in  
29  
30 the selected micro areas, previously trained for the application of the instrument by a  
31  
32 course with 12 hours of workload, developed and conducted by the research team. In  
33  
34 order to follow the collection and clarify any questions that might arise after the  
35  
36 training, a group was created in an instant messaging program. Data collection took  
37  
38 place from September 2017 to February 2018.

39  
40  
41  
42 In order to estimate the time required for application of the instrument, as well as its  
43  
44 clarity and understanding, a pilot study was conducted in a micro area belonging to an  
45  
46 unsorted FHU in the municipality of Feira de Santana, Bahia. Data collection was  
47  
48 initiated after adjustments suggested by the pilot study.

49  
50  
51 For data collection we used a standardized instrument containing questions that  
52  
53 included sociodemographic characteristics (age, gender, education, occupation, family  
54  
55 income); lifestyle habits (smoking, alcohol use, physical activity) and to assess the  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 mental health of the individuals, the Self-Report Questionnaire (SRQ-20) and the  
4  
5 CAGE Test for the detection of problem drinkers were used.  
6

7  
8 The Self Report Questionnaire (SRQ-20) is a questionnaire designed for use in  
9  
10 psychiatric morbidity studies in primary health care institutions in developing countries  
11  
12 ([10](#)). It is a simple and brief screening tool that can be applied both by previously trained  
13  
14 people and can also be used as a self-administered questionnaire. The degree of  
15  
16 suspicion for Minor Psychiatric Disorders (MPD) was assessed from the score  
17  
18 achieved for each individual in SRQ-20. The cutoff point equal to or greater than seven  
19  
20 (07) positive responses was adopted.  
21  
22

23  
24 The CAGE test is also a standardized questionnaire consisting of four questions. Its  
25  
26 name is derived from the initials of the key words in each question in the original  
27  
28 English: 1) Have you ever felt that you should decrease or stop drinking? (Cut down?)  
29  
30 2) Do people upset you because they criticize your drinking? (Annoying by criticism?)  
31  
32 3) Do you feel guilty about the way you usually drink? (Guilty about drinking?) 4) Do  
33  
34 you usually drink in the morning to reduce nervousness and hangover? (Eye-opener  
35  
36 drink?). The CAGE is used as a screening test to detect alcohol abuse by adopting the  
37  
38 cutoff point in two or more positive answers to the four test questions. It has high  
39  
40 sensitivity, specificity and predictive values in both its English and Portuguese  
41  
42 versions([11](#)).  
43  
44  
45

46  
47 In order to detect possible typing errors, two databases were built by the EpiData  
48  
49 version 3.1 program. After checking for errors and inconsistencies, data analysis used  
50  
51 the Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) version 9.0 for Windows and  
52  
53 OpenEpi version 3.03 programs.  
54

55  
56 Absolute and relative frequencies of qualitative variables and measures of central  
57  
58 tendency and dispersion of numerical variables were calculated. A bivariate analysis  
59  
60



1  
2  
3 was performed between sociodemographic variables, lifestyle and the result of SRQ-  
4  
5 20. The prevalence ratio (PR) and its respective 95% confidence interval (95% CI) were  
6  
7 used to measure the association between the studied variables and the statistical  
8  
9 significance of the results.

10  
11  
12 Logistic regression was used to analyze the independence of the association of each  
13  
14 variable that was associated with MPD in the initial analysis. In the final model only  
15  
16 the independently associated variables were included. Adjusted PR were calculated for  
17  
18 the variables that showed significant association with MPD in the multivariate analysis,  
19  
20 and the statistical significance was verified by the chi-square test. We considered p  
21  
22 value <0.05 and 95% confidence interval (95% CI). Considering that logistic regression  
23  
24 produces OR rather than PR measurements, and in circumstances where the study effect  
25  
26 (dependent variable) is not uncommon, the odds ratio deviates from the prevalence ratio  
27  
28 measures. To circumvent this situation, PR estimates were calculated based on the  
29  
30 parameters of the final model, prevalence ratios and respective confidence intervals  
31  
32 were estimated using the Delta Method (15).

33  
34  
35 This study was approved by the Municipal Health Secretariat of Feira de Santana and  
36  
37 the Research Ethics Committee of the Feira de Santana State University (UEFS) CAAE  
38  
39 49272015.0.0000.0053.  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47

## 48 **RESULTS**

49  
50  
51  
52 Seven hundred and ninety one individuals participated in this study (number higher  
53  
54 than initially calculated); of these, 61.5% were female. The average age was 44.2 ( $\pm$   
55  
56 15.3), the predominant age group 64% was 30-59 years. Regarding educational level,  
57  
58 5.9% were illiterate, 10.4% could only read and write their own names and 30.2%  
59  
60

1  
2  
3 studied until elementary school I. Most were married 38.2%, Catholic 42, 1%, with  
4 children 84.7% and an average of 2.8 children, the average income was R \$ 533.90  
5  
6 which is equivalent to approximately US \$ 163.77, at the time. The other characteristics  
7  
8 of the sample are described in table 1.  
9  
10

11  
12 Regarding lifestyle, 29.8% of subjects reported performing physical activity at least  
13 once a week; of these 37.7% are men and 29% are women table 2.  
14  
15

16  
17 Regarding the main source of income of the subjects surveyed, 31.6% reported self-  
18 employment 17.2% regular employment with a formal contract, 18.4% lived on a  
19 pension or 29.0% reported no personal income.  
20  
21

22  
23 When asked who was primarily responsible for supporting the family, 47.3% reported  
24 being the main responsible, followed by the spouse 26.4%, 12.9% reported that the  
25 responsibility for the support was shared with their spouse and 11.4 % reported having  
26 help from others to support their families economically.  
27  
28

29  
30 The main reason reported for not engaging in any economic activity was the need to  
31 take care of the family and devote them to domestic care. 32.7% were looking for, but  
32 unable to find work was the answer of 29.3% and being retired was reported by 13.5%.  
33  
34

35  
36 Most respondents (77.0%) stated that their health was good or fair, but when asked  
37 about any medical diagnosis, the most commonly reported diseases were: high blood  
38 pressure 29% (188), rhinitis / sinusitis 18, 4% (119), sleep disorder 17.1% (110), high  
39 cholesterol 14.6% (94), varicose veins 12.5% (81), low back pain 10.6% (68), allergy /  
40 eczema 10, 1% (65), arthritis / rheumatism 9.8% (63), diabetes 9.4% (61), gastritis 8.9%  
41 (57), urinary tract infection (57) 8.9%, obesity (48) 7, 5%, anemia (42) 6.5%, herniated  
42 disc (29) 4.5%, RSI / WMSD (25) 3.9%. The prevalence of Minor Psychiatric Disorders  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
s was 28.2% (223).

1  
2  
3 Bivariate analysis for comparing sociodemographic characteristics and lifestyle habits  
4 with the SRQ-20 result. The variables: gender, chronic illness and not having paid  
5 occupation had a statistically significant association ( $p < 0.05$ ) with MPD, the  
6 prevalence ratios for other associations are described in Table 3.  
7  
8  
9

10  
11 In the multivariate analysis, the following variables were maintained in the final  
12 model: gender, having children, paid activity, leisure activity, smoking and having  
13 chronic disease. These variables maintained a statistically significant association with  
14 MPD (Table 4).  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24

## 25 **DISCUSSION**

26  
27  
28  
29 We observed a high prevalence of MPD of 28.2% in our study, and is still lower than  
30 those observed in the studies by Lucchese et al. (2014), 31.47%<sup>(3)</sup>, Costa & Ludermir  
31 (2005), 36.03%<sup>(12)</sup> and Gonçalves & Kapczinski (2008), 38%<sup>(13)</sup>, these three chosen  
32 for comparison because they also used a population base and the same screening  
33 instrument, the SRQ-20, the sampling criterion used in our study, gave the possibility  
34 of generalizing the results to the entire population served in primary care in the  
35 municipality. The high prevalence of MPD in this study reveals a group of people in  
36 situations of suffering and vulnerability that had not been identified by the family health  
37 strategy. This situation is presented by WHO (2001) when reporting that resources for  
38 mental health care in developing countries are quite unsatisfactory and this has a  
39 negative impact on the health care of the low-income population who do not have  
40 services with trained professionals to identify and refer suspected cases of MPD or  
41 mental disorders.  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 Furthermore, several studies associate DPM with disability([14-16](#)), absenteeism at  
4 work([17](#)), and increased health care costs and loss of economic productivity([18-20](#)).  
5  
6 Other studies relate MPD with non-communicable chronic diseases (NCDs)([21-25](#)),  
7  
8 and associations between cardiovascular diseases and MPD were also found([26](#)).  
9  
10 Araújo, et al. (2014)([27](#)) found an association between MPD and tuberculosis. In this  
11  
12 study having chronic disease was also significantly associated with MPD. Thus, the  
13  
14 results of this study point to the need for the Family Health Strategy to intensify actions  
15  
16 to promote mental health of the population.  
17  
18

19  
20  
21 In 2001, in its report on health in the world, WHO already signaled the need to  
22  
23 strengthen actions in primary health care, pointing out mental health actions in this  
24  
25 context as a fundamental way to allow more people to have easier and faster access to  
26  
27 the services. This same report also highlights the need to lower the barriers faced by  
28  
29 poorer populations in access to care. Highlighting the little offer of mental health  
30  
31 resources available to the poorer social classes([2](#)).  
32  
33

34  
35 In our study we found a higher prevalence of MPD in women, this difference was  
36  
37 statistically significant and corroborates findings from other studies([28-31](#)). The  
38  
39 possible causes of association with females still need to be clarified in the opinion of  
40  
41 Gonçalves & Kapczinski (2008)([13](#)).  
42  
43

44  
45 However for Nunes et al. (2016)([32](#)) this higher prevalence may be related to the  
46  
47 suffering resulting from gender inequality, such as the overload resulting from the  
48  
49 multiplicity of activities performed by women, especially those that associate paid work  
50  
51 with the volume of housework, as well as coping with psychosocial stressors such as:  
52  
53 sexual discrimination, high rates of violence ([33](#)) and gender violence. For Bandeira  
54  
55 (2014) ([34](#)) this gender violence can be manifested in the form of: humiliation,  
56  
57 intimidation, disqualification, ridicule, moral coercion, suspicions, disqualification of  
58  
59  
60

1  
2  
3 sexuality, daily devaluation of the woman as a person, of her personality, of her body ,  
4  
5 their cognitive abilities, their work, their moral value, among others.  
6

7  
8 Other factors besides sociodemographic factors may interfere with female  
9  
10 predisposition to higher rates of MPD (29). Biological factors, such as mood changes  
11  
12 due to hormonal changes, as part of the menstrual or postpartum cycle, may contribute  
13  
14 to the higher prevalence of MPD in women. These factors are supposed to interact with  
15  
16 the traditional role played by women in society. In this context, women need special  
17  
18 attention with regard to strategies for the promotion and protection of their mental  
19  
20 health, by fostering discussion around the care and protection of women, articulating  
21  
22 public health and social assistance policies on the issues related to gender.  
23  
24

25  
26 In our study it was possible to establish an association between education and MPD in  
27  
28 the bivariate analysis; Individuals with less than 8 years of schooling had a higher  
29  
30 prevalence of MPD when compared to those with more than 8 years of schooling.  
31  
32 However, in the multivariate analysis this association did not remain significant; other  
33  
34 researchers also found an association between low education and DPM Coutinho et al.  
35  
36 (2014)(35) and Moraes et al. (2017)(33). Nevertheless, studies conducted by Wiemann  
37  
38 et al. (2015), Borges et al. (2015) and Gonçalves et al. (2014) did not observe this  
39  
40 association(29, 36, 37). These differences may be related to the cutoffs adopted for the  
41  
42 definition of low education by researchers; in our study we used with reference the  
43  
44 years of study related to the Brazilian elementary school, which is the basic formation  
45  
46 of the citizen.  
47  
48

49  
50  
51 Schooling is often related to other predictors of MPD, employability and income.  
52  
53 Individuals with insufficient education find it more difficult to enter formal job  
54  
55 openings due to the scarcity of opportunities(38), besides the low qualification results  
56  
57 in the perception of lower salaries, reduced professional valuation and difficult living  
58  
59  
60

1  
2  
3 conditions; It can trigger other social problems that induce poor quality of life and,  
4  
5 consequently, future psychological problems.  
6

7  
8 Income was another factor in the surveyed population that was not associated with MPD  
9  
10 after logistic regression analysis. The situation of low income and MPD was not  
11  
12 statistically significant in the present study, and other studies obtained results with  
13  
14 significant associations. ([13](#), [39](#), [40](#)). Low income does not directly generate mental  
15  
16 suffering; The authors argue that it is generally a reflection of the difficulty of insertion  
17  
18 in the labor market, resulting in poor social valuation and uncertain living conditions,  
19  
20 resulting in poor quality of life and, consequently, psychological problems.  
21  
22

23  
24 Marital status, commonly associated with Minor Psychiatric Disorders([30](#), [36](#), [39](#), [40](#))  
25  
26 ,was not statistically significant in this study; Nevertheless, in individuals without a  
27  
28 partner (single / widowed / divorced) the prevalence was higher (31.74%, PR 1.25, 95%  
29  
30 CI 1.00-1.57). For Carlotto et al. (2015)([30](#)), the possibility of sharing daily difficulties  
31  
32 with their partners in a stable relationship may be a protective factor for the  
33  
34 development of MPD. However, this situation is not observed in cases where women  
35  
36 suffer some kind of violence from their partners; research points to a higher prevalence  
37  
38 of common mental disorders among women victims of violence; in such cases, having  
39  
40 a partner would contribute to increased MPD([41](#), [42](#)).  
41  
42  
43

44  
45 In this research study there was a statistical association between MPD and having  
46  
47 children. Another study did not find this association either([43](#)) .In the study by  
48  
49 Lucchese et al. (2014)([3](#)) the fact that having children was associated with a higher  
50  
51 prevalence of MPD in working women and not with housewives, for this author arises  
52  
53 from the duplicity of roles of these workers, because they are so worried about the  
54  
55 creation of children as to responsibilities regarding the profession.  
56  
57  
58  
59  
60

## Conclusions

The repercussions of suffering, stress and anxiety is no longer disputed. The findings of this research corroborate those of other studies, revealing MPDs are a public health problem. Primary care is one of the forms of access to health care, where people with various health problems seek to solve their demands, becoming an ideal scenario for the development of actions to prevent diseases and promote mental health.

We cannot neglect low income and low education as central elements of mental illness, allied to this little or no access to leisure activities and culture. Part of the sample studied lives below the poverty line, reflecting the poor income distribution and the economic crisis that has hit Brazil in recent years.

This study may have acceptable limitations. One of them is due to the type of study, because it is a cross-sectional study, it is not possible to establish causal relationships between researched variables. Another possible limitation refers to the instrument used to identify the outcome variable, the SRQ-20 is a screening test, proposed to identify symptoms and verify the level of suspicion (presence / absence) of MPD, so no diagnostic tests were performed.

However, it is possible to state that, although the diagnosis of mental suffering is complex, the epidemiological knowledge developed so far with the use of validated tests of good performance for primary care and a robust sample, qualify the results of this study to subsidize future actions aimed at health of the exposed population in the context of primary care.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

### **Acknowledgements**

To the National Council for Kinetic and Technological Development (CNPq) (process No. 408440 / 2013-3) and the Bahia State Research Support Foundation (FAPESB) (agreement No. SUS0006/2018), which subsidize the research

### **Disclosure**

The authors declare that there is no conflict of interest regarding this article

For Review Only



## References

1. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock/Routledge; 1992. 194 p.
2. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. [Internet]. 2001 [cited 2019 Sep 1]. [www.who.int/whr/2001/en/](http://www.who.int/whr/2001/en/). [
3. Lucchese R, De Sousa K, Bonfin SDP, Vera I, Santana FR. Prevalence of common mental disorders in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):200-7.
4. Marconato CDS, Magnago ACS, Magnago T, Dalmolin GL, Andolhe R, Tavares JP. Prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders in hospital housekeeping workers. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03239.
5. Quadros LC, Gigante DP, Kantorski LP, Jardim VM. [Minor psychiatric disorders in family caregivers of users of Psychosocial Care Centers in southern Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2012;28(1):95-103.
6. Murcho N, Pacheco E, Jesus SN. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *RPESM*. 2016(15):30-6.
7. Moreira JK, Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(3):221-6.
8. Jacka FN, Mykletun A, Berk M. Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. *BMC Med*. 2012;10(1):149.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e E. Estimativas da população residente nos municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017. 2017.
10. 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(1):23-6.
11. Amaral RA, Malbergiera A. [Evaluation of a screening test for alcohol-related problems (CAGE) among employees of the Campus of the University of Sao Paulo]. *Braz J Psychiatry*. 2004;26(3):156-63.
12. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):73-9.
13. Goncalves DM, Kapezinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2008;24(7):1641-50.
14. Druss BG, Hwang I, Petukhova M, Sampson NA, Wang PS, Kessler RC. Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*.

1  
2  
3 2009;14(7):728-37.  
4

5 15. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P. The  
6 burden of mental disorders. *Epidemiol Rev.* 2008;30:1-14.  
7

8 16. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al.  
9 The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental  
10 Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18(1):23-33.  
11

12 17. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca Mde J, Rotenberg L. A multifactorial  
13 approach to sickness absenteeism among nursing staff. *Rev Saude Publica.*  
14 2012;46(2):259-68.  
15

16 18. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health  
17 care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-66.  
18

19 19. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health  
20 without mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):859-77.  
21

22 20. Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. Health care costs associated with  
23 depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry.* 1995;152(3):352-  
24 7.  
25

26 21. Borim FS, Barros MB, Botega NJ. [Common mental disorders among elderly  
27 individuals: a population-based study in Campinas, Sao Paulo State, Brazil]. *Cad*  
28 *Saude Publica.* 2013;29(7):1415-26.  
29

30 22. Coelho FM, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhaes PV, Garcias CM, Silva CV.  
31 Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a  
32 population-based study. *Cad Saude Publica.* 2009;25(1):59-67.  
33

34 23. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP,  
35 et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev*  
36 *Bras Epidemiol.* 2002;5(2):164-73.  
37

38 24. Gili M, Comas A, Garcia-Garcia M, Monzon S, Antoni SB, Roca M.  
39 Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in  
40 primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(3):240-5.  
41

42 25. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A, Herdman M. Sociodemographic and  
43 health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry*  
44 *Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(12):677-83.  
45

46 26. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, van Balkom AJ, Penninx BW. Anxiety  
47 and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis. *Br J*  
48 *Psychiatry.* 2016;208(3):223-31.  
49

50 27. de Araujo GS, Pereira SM, dos Santos DN, Marinho JM, Rodrigues LC,  
51 Barreto ML. Common mental disorders associated with tuberculosis: a matched case-  
52 control study. *PLoS One.* 2014;9(6):e99551.  
53

54 28. Barreto do Carmo MB, Santos LM, Feitosa CA, Fiaccone RL, Silva NB,  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 Santos DN, et al. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil:  
4 what are the alternative strategies for analysis? *Braz J Psychiatry*. 2018;40(2):115-22.

5  
6 29. Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. [Common mental disorders and use of  
7 psychotropic medications in women consulting at primary care units in a Brazilian  
8 urban area]. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(3):195-201.

9  
10 30. Carlotto MS, Barcinski M, Fonseca R. Transtornos mentais comuns e  
11 associação com variáveis sociodemográficas e estressores ocupacionais: uma análise  
12 de gênero. *Estud Pesqui Psicol*. 2015;15(3):1006-26.

13  
14 31. Soni A, Fahey N, Byatt N, Prabhakaran A, Moore Simas TA, Vankar J, et al.  
15 Association of common mental disorder symptoms with health and healthcare factors  
16 among women in rural western India: results of a cross-sectional survey. *BMJ Open*.  
17 2016;6(7):e010834.

18  
19 32. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Bensenor IM, et  
20 al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings  
21 of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Braz J*  
22 *Psychiatry*. 2016;38(2):91-7.

23  
24 33. Moraes RSM, Silva DAS, Oliveira WF, Peres MA. Social inequalities in the  
25 prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in  
26 Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):43-56.

27  
28 34. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de  
29 investigação. *Soc Estado*. 2014;29(2):449-69.

30  
31 35. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalência de  
32 transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing  
33 & Health Study (SPAH). *Cad Saude Publica*. 2014;30(9):1875-83.

34  
35 36. Goncalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tofoli LF, et al.  
36 Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and  
37 related social and demographic factors. *Cad Saude Publica*. 2014;30(3):623-32.

38  
39 37. Wiemann I, Munhoz TN. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores  
40 associados nos usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São  
41 Lourenço do Sul, RS. *Ensaio Cienc: Cienc Biol Agrar Saude*. 2015;19(2):89-94.

42  
43 38. Barros RP, Foguel MN, Ulyseia G, organizadores. Desigualdade de renda no  
44 Brasil: uma análise da queda recente. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica  
45 Aplicada (IPEA); 2007. 552 p.

46  
47 39. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ.  
48 Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health  
49 into primary care strategies. *Braz J Psychiatry*. 2011;33(2):150-6.

50  
51 40. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Common mental disorders in adult  
52 women: identifying the most vulnerable segments. *Cien Saude Colet*.  
53 2018;23(8):2543-54.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

41. Mendonca MFS, Ludermir AB. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. *Rev Saude Publica*. 2017;51:32.

42. Ludermir AB, Valongueiro S, de Araújo TVB. Transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez. *Revista de Saúde Pública*. 2014;48(1):29-35.

43. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SRD, Monteiro J, Gomes-Sponholz FA, et al. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03225.

For Review Only

## Tables

**Table 1. Sociodemographic characteristics of a sample of adults enrolled in the FHS, Feira de Santana, Bahia, 2018.**

Variables	N*	%
<b>Sex</b>	<b>790</b>	<b>100.0</b>
Female	486	61.5
Male	304	38.5
<b>Skin color (self-reffered)</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>
White	57	7.2
Yellow	11	1.4
Brown	498	63.0
Black	219	27.7
Do not know	06	0.8
<b>Marital status</b>	<b>782</b>	<b>100.0</b>
Married	302	38.3
Stable Union	125	15.9
Single	257	32.6
Divorced/separated	49	6.2
Widow	50	6.3
<b>Education</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>
Never went to school/ Reads and writes their name	47	5.9
Elementary school	82	10.4
Middle School/Complete elementary school	239	30.2
Highschool – Incomplete	64	8.1
Highschool – Complete	82	10.4
Technical course	229	29.0
Higher education – Incomplete	11	1.4
Higher education – Complete	22	2.8
<b>Has children</b>	<b>790</b>	<b>100.0</b>
No	121	15.3
Yes	669	84.6
<b>Living situation</b>	<b>790</b>	<b>100.0</b>
Own	677	85.7
Rented	64	8.1
Given property, possessed, occupation or similar	49	6.2
<b>Income**</b>	<b>781</b>	<b>100.0</b>
Up to 2 MW	577	73.9
Over 2 MW	204	26.1

\* Valid results, excluding the ignored

\*\*Minimum wage (MW) 2017 = R\$ 937.00

**Table 2. Sociodemographic characteristics of a sample of adults registered at the FHS, Feira de Santana, Bahia, 2018.**

<b>Life habits</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Physical activities</b>	<b>767</b>	<b>100.0</b>
No	531	69.2
Yes	236	30.8
<b>Smoking</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>
No	683	86.3
Yes	108	13.7
<b>Use of alcohol</b>	<b>753</b>	<b>100.0</b>
No	526	69.9
Yes	227	30.1
<b>Positive CAGE test</b>	<b>226</b>	<b>100.0</b>
No	168	74.2
Yes	58	25.8
<b>Social activities/leisure</b>	<b>772</b>	<b>100.0</b>
No	572	74.1
Yes	200	25.9

\* Valid results, excluding those ignored

**Table 3- Prevalence, Prevalence Ratio (PR) and 95% Confidence Interval (CI-95%) for the association between sociodemographic characteristics, lifestyle and Minor Psychiatric Disorders of a sample of adults enrolled in the FHS, Feira de Santana, Bahia, 2018.**

Variables	MPD suspect				PR	Confidence interval of 95%	
	YES		NO				
	n	%	n	%			
<b>Sex</b>							
Female	173	35.6	313	64.4	2.16	1.63	2.86
Male	50	16.4	254	83.6			
<b>Has children</b>							
Yes	197	29.4	472	70.6	1.425	0.99	2.06
No	25	20.7	96	79.3			
<b>Education</b>							
≤8 years	138	31.9	294	61.8	1.35	1.07	1.70
>8 years	85	23.7	274	76.3			
<b>Paid activity</b>							
No	173	77.6	324	57.0	2.04	1.54	2.70
Yes	50	22.4	244	43.0			
<b>Leisure activity</b>							
No	184	32.2	388	67.8	1.95	1.39	2.72
Yes	33	16.5	167	83.5			
<b>Physical activity</b>							
No	181	30.1	551	69.59	1.41	1.03	1.95
Yes	35	21.2	130	78.8			
<b>Smoking habit</b>							
Yes	33	37.1	56	62.9	1.34	1.00	1.81
No	188	27.5	495	72.5			
<b>Overweight</b>							
No	125	25.3	370	74.7	1.32	1.05	1.65
Yes	93	33.3	186	66.7			
<b>Chronic illness</b>							
Yes	177	34.3	339	65.7	1.99	1.49	2.66
No	46	17.2	221	82.8			

\* Valid results, excluding those ignored

**Table 4- Prevalence ratio (PR) and 95% Confidence Interval (CI- 95%) for the association between sociodemographic characteristics, lifestyle and Minor Psychiatric Disorders from a sample of adults enrolled in the FHS, obtained by logistic regression analysis-- Feira de Santana, State of Bahia, 2018.**

Variable	Adjusted PR	CI95%	p
<b>Sex</b>			
Female	1.96	1.47 - 2.63	0.000
Male	1.00		
<b>Has children</b>			
Yes	1.21	1.05 - 1.38	0.005
No	1.00		
<b>Paid activity</b>			
Yes	1.55	1.17 - 2.04	0.002
No	1.00		
<b>Leisure activity</b>			
No	1.68	1.22 - 2.31	0.001
Yes	1.00		
<b>Smoking habit</b>			0.008
Yes	1.47	1.10 - 1.95	
No	1.00		
<b>Chronic illness</b>			
Yes	1.64	1.22 - 2.19	0.001
No	1.00		



# **ANEXOS**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROPOSTA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE PARA A DETECÇÃO DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES, DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MUCUGÊ, BAHIA.

**Pesquisador:** Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 15618119.7.0000.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.466.842

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto interinstitucional proposto pelo Prof<sup>o</sup> Carlito Lopes Nascimento Sobrinho do Departamento de Saúde. A partir do reconhecimento dos distúrbios psíquicos menores (DPM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) como problemas relevantes de saúde na população de Mucugê, Bahia, onde se desenvolvem práticas de integração ensino, serviço, comunidade, dos cursos de saúde, do Departamento de Saúde (DSAU), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), decidiu-se implementar práticas voltadas à prevenção e controle dos agravos identificados, na perspectiva da Vigilância à Saúde, articulando estudantes, professores do DSAU/UEFS, profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (USF) e lideranças comunitárias do município.

Assim sendo, decidiu-se realizar um estudo epidemiológico de corte transversal para estimar a prevalência dos Distúrbios Psíquicos Menores, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em Mucugê, Bahia. Será selecionada uma amostra aleatória de indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes e cadastrados a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, que consentirem em participar do estudo, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses responderão a um questionário estruturado e terão a sua Pressão Arterial, peso, estatura, perímetro abdominal e glicemia capilar medidas. A coleta de dados será

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

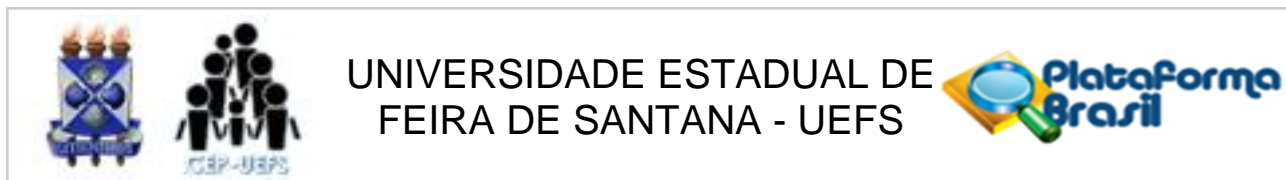
**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 3.466.842

realizada a partir de visitas domiciliares, nos meses de outubro a dezembro de 2019, por estudantes dos cursos de saúde, bolsistas da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) do DSAU/UEFS, acompanhados por Professores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das USF do município. Apresenta proposta de coleta com 220 pessoas.

Será considerado portador de DPM os indivíduos com escore igual ou superior a 07(sete) respostas positivas no SRQ-20 (SRQ 7 respostas positivas). "Será considerado bebedor-problema de álcool os indivíduos com o escore no Teste CAGE 2 respostas positivas, "suspeitos" de Diabetes os indivíduos com GC 180 mg% e "suspeitos" de hipertenso os indivíduos com PAS 140mmHg e/ou PAD 90 mmHg. Será calculado o Índice de Massa Corpórea (IMC) dividindo-se o peso medido de cada indivíduo pelo quadrado da sua estatura (Kg/m<sup>2</sup>) (Gus et al., 1998). A medida do perímetro abdominal será realizada na porção de menor circunferência entre o gradil costal e a crista ilíaca e a medida do quadril ao nível grande trocânteres (Gus et all., 1998). Será utilizado como padrão ouro para a determinação do excesso de peso um IMC  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup> (Han et. All., 1996; Gus et all., 1998). O ponto de corte da medida da cintura será determinado através da curva ROC (receiver operating characteristics), em 96 cm para homens e 92 cm para mulheres, como indicador de excesso de peso (Bjorntorp, 1987; Lean et all. 1995).

A análise estatística dos dados será realizada com uso do conjunto de programas SPSS for Windows 23.0 (SPSS, 1991) da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS). Será Realizada análise de associação entre as variáveis independentes: sócio-demográficas, confiança de 95% serão usados para medir as associações entre as variáveis estudadas. A técnica de análise de regressão logística múltipla (ARLM) será usada para avaliar a associação entre DPM e as variáveis independentes relevantes (HOSMER; LEMESHOW, 1989; KLAINBAUM, 1994). Considerando que a ARLM foi desenvolvida para uso em análises de estudos caso-controle, produzindo medidas de OR e não de RP, será necessário converter OR para RP, com os respectivos intervalos de confiança, através do Método Delta (Oliveira et al., 1997) ou a aplicação do modelo de logbinomial ou Poisson como outra possível estratégia analítica (SANTOS ET AL., 2008; BARROS E HIRAKATA, 2003)." (Projeto, p. 12-13). Após a identificação dos indivíduos com DPM, Diabetes e HAS, os mesmos serão cadastrados e encaminhados para acompanhamento pelos profissionais de saúde das USF.

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

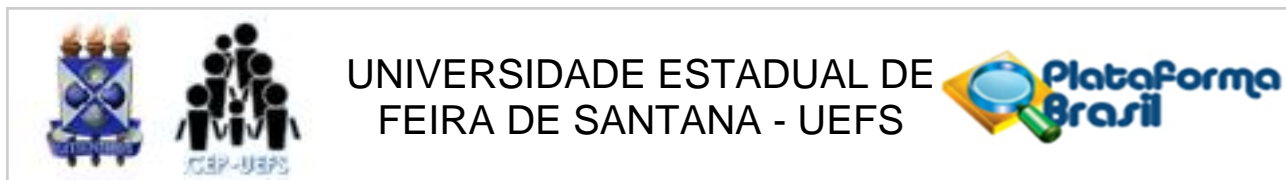
**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 3.466.842

"Serão realizados encontros mensais entre a equipe de pesquisadores e representantes da Secretaria de Saúde de Mucugê ao longo da realização do trabalho, para avaliação da qualidade dos dados coletados e analisados, levantando problemas ocorridos, buscando minimizá-los. Os resultados serão apresentados e discutidos com os membros da Secretaria de Saúde de Mucugê, com os membros das Equipes de Saúde da Família do Município (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde etc.) e lideranças comunitárias. Os resultados serão amplamente divulgados e discutidos com as comunidades envolvidas, respeitando-se a organização da atenção básica do município, dessa forma, as reuniões serão agendadas e convocadas pelas Equipes de Saúde da Família. Os resultados do estudo, também serão apresentados em sessão do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Mucugê" (projeto, p.13).

A pesquisa tem previsão de início de coleta em outubro de 2019 e término em dezembro de 2020. O orçamento total será de R\$37.850,00. "Os recursos referentes ao material permanente (Computadores, Impressoras, Antropômetros (medir estatura), Balanças (medir o peso), Fitas Métricas (medir o perímetro da cintura) já existem no Laboratório de Pesquisa - Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE/UEFS). Os recursos apresentados no orçamento financeiro serão financiados totalmente pela Secretaria de Saúde de Mucugê, Bahia. Os pesquisadores também buscarão recursos adicionais junto a agências de financiamento de pesquisa como FAPESB, CNPq e CAPES" (Informações básicas do projeto)

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral: 1. "Estimar a prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores, "suspeitos" de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial em uma amostra aleatória de sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados ao PSF de Mucugê, Bahia"(Informações básicas do projeto)

Objetivos específicos:

1. Descrever o perfil sociodemográfico de uma amostra aleatória de sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados ao PSF de

Mucugê, Bahia;

2. Estimar a prevalência de DPM e sua possível associação com variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação), hábitos de vida (fumar, beber, prática de atividade física,

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

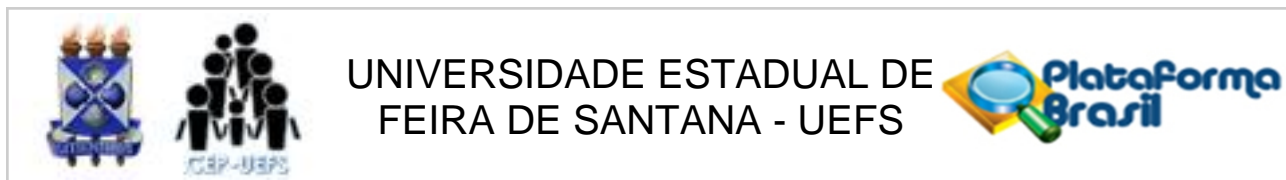
**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 3.466.842

uso de sal na dieta) e variáveis ponderais (IMC, perímetro abdominal) em uma amostra aleatória de sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos de idade, cadastrados ao PSF de Mucugê, Bahia;

3. Estimar a prevalência de “suspeitos” de Diabetes Mellitus e sua possível associação com variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação), hábitos de vida (fumar, beber, prática de atividade física, uso de sal na dieta) e variáveis ponderais (IMC, perímetro abdominal) em uma amostra aleatória de sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos de idade, cadastrados ao PSF de Mucugê, Bahia;

4. Estimar a prevalência de “suspeitos” de HA e sua possível associação com variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação), hábitos de vida (fumar, beber, prática de atividade física, uso de sal na dieta) e variáveis ponderais (IMC, perímetro abdominal) em uma amostra aleatória de sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos de idade, cadastrados ao PSF de Mucugê, Bahia;

5. Detectar precocemente sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos portadores de DPM e encaminhá-los à USF;

6. Detectar precocemente sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos “suspeitos” de Diabetes Mellitus (Glicemia Capilar 180 mg%) e encaminhá-los às USF;

7. Detectar precocemente, sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos “suspeitos” de Hipertensão Arterial (PAS 140 e/ou PAD 90 mmHg) e encaminhá-los às USF;

8. Informar aos sujeitos da pesquisa e para a população em geral sobre fatores de risco, conseqüências e formas de controle do DPM, DM e HAS;

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** "Algum desconforto durante a coleta de dados (Aplicação do Questionário, Medida da PA, Medida da Glicemia, Medida do Peso, Estatura e Perímetro Abdominal).Perda do sigilo e da confidencialidade dos dados coletados" (Informações básicas do projeto)

**BENEFÍCIOS:** "- Descrever a prevalência de “suspeitos” de Hipertensão Arterial entre os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos no município de Mucugê, Bahia;- Descrever a prevalência de “suspeitos” de Diabetes Mellitus entre os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos no município de Mucugê, Bahia;- Descrever a prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores entre os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos no município de Mucugê, Bahia;- Descrever a prevalência de sobrepeso e obesidade entre os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos no município de Mucugê, Bahia;- Descrever a prevalência de bebedores problema entre os indivíduos com idade

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

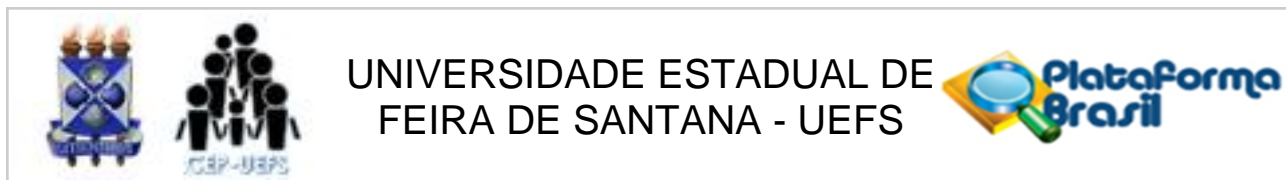
**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 3.466.842

igual ou superior a 18 anos no município de Mucugê, Bahia;- Colaborar com a implantação do Programa de Prevenção Detecção e Controle da HA no município de Mucugê, Bahia;- Colaborar com a ampliação do conhecimento sobre HA e Obesidade entre os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos no município de Mucugê, Bahia; =Colaborar com as atividades de Vigilância à Saúde desenvolvidas no município de Mucugê, Bahia" (informações básicas do projeto).

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem descrito e a normatização ABNT adequada. O pesquisador se compromete com o retorno social aos participantes, bem como o envolvimento do serviço. Apresenta procedimentos de coleta de dados que garantem a segurança do participante durante a realização de glicemia, bem como na medida de peso e altura.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Projeto completo (anexado)
2. Folha de rosto: datada e assinada pelo pesquisador responsável, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho e pela diretora do departamento de saúde, Silvia da Silva Santos Passos
3. Autorização do campo: datado e assinado pelo secretário de saúde do município de Mucugê, Igor Teles Silva
4. Cronograma: anexado
5. Declaração de pesquisadores colaboradores: assinada por Juliana de Oliveira Freitas Miranda, Rosely Cabral de Carvalho, Mônica de Andrade Nascimento e Eder Pereira Rodrigues
6. TCLE (ver Pendências)
7. Instrumento de coleta: anexado.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

##### **PENDÊNCIA 01: DOCUMENTAÇÃO**

a) Anexar declaração de pesquisadores colaboradores afirmando a participação no estudo e comprometendo-se a cumprir a resolução 466/2012 (Norma Operacional/CNS - CEP/CONEP Nº 001/2013, item 3.3, letra c). Informa no projeto que "A coleta de dados será realizada a partir de visitas domiciliares, nos meses de outubro a dezembro de 2019, por estudantes dos cursos de saúde, bolsistas da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) do DSAU/UEFS, acompanhados por Professores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das USF do município." Estes colaboradores também fazem parte da equipe de pesquisa e precisam se comprometer com a mesma e com os aspectos éticos que a envolve.

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

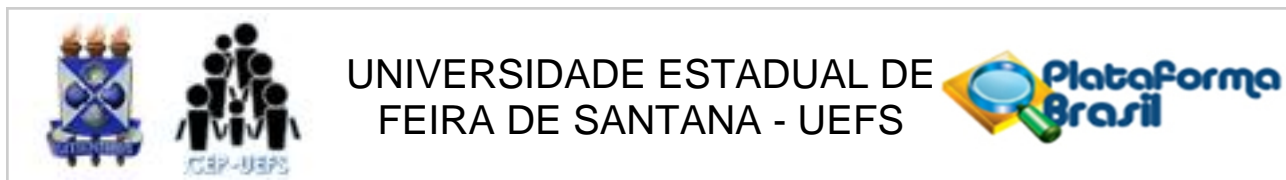
**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 3.466.842

## PENDÊNCIA 02: ORÇAMENTO

a) Informar a contrapartida da instituição proponente no projeto completo financiamento (Norma Operacional/CNS - CEP/CONEP Nº 001/2013, item 3.3, letra e), pois só consta no projeto simplificado.

## PENDÊNCIA : TCLE

a) Conforme Resolução CNS nº 510/2016, capítulo III, seção II, Artigo 17º, inciso IX: "O TCLE deve trazer, de forma explícita, os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP." (Ver Res. CNS nº 466/12, item VII.2, item IV.5 letra d).

b) Esclarecer tempo que ele gastará na entrevista e onde ela será realizada, se o participante não tiver local de escolha;

c) Informar aos participantes o direito à buscar indenização caso ocorram danos causados pela pesquisa. (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra h e Res. 510/2016 Capítulo IV § 2º e Capítulo III, Art. 9º VI).

d) Recomenda-se que seja substituído o termo "cópia" por "via" no termo de consentimento livre e esclarecido, pois o participante de pesquisa, ou seu responsável, e a equipe de pesquisa terão cada um o termo original assinado. Conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d.)

e) Explicitar garantia de direito ao ressarcimento (Ver Res. CNS nº 466/12 item IV.3 letra g);

f) Retirar telefone pessoal, visando garantir a privacidade do pesquisador.

g) Informar que o contato do CEP é para dúvidas do ponto de vista ético.

h) Os campos de assinaturas e rubricas devem ser identificados de acordo com a terminologia prevista na Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 2º, Incisos XIII e XVII, ou seja, empregando-se os termos "pesquisador responsável" e "participante de pesquisa/responsável legal".

i) Retirar a caixa de impressão datiloscópica

j) Informar que a desistência não vai gerar penalidade aos participante.

l) O TCLE deverá assegurar, de forma clara e afirmativa, que o participante da pesquisa receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 510, de 2016, Capítulo I, Art. 2º, Inciso II; e Capítulo III, Seção II, Artigo 17º, Inciso V. Resolução CNS nº 466/2012, item II.2 letra o, item IV.3 letra c, item V.6). Solicita-se adequação.

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

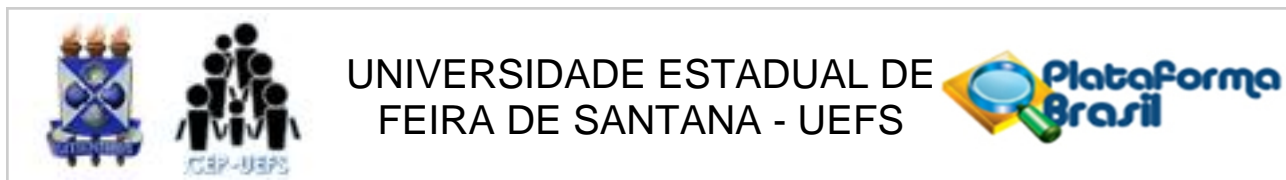
**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 3.466.842

m) Explicitar a garantia de privacidade (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra e) e Res. CNS nº 510/2016 Art. 9-VII e Art. 17-VII).

n) Indicar os procedimentos que garantirão sigilo, anonimato, confidencialidade e segurança dos dados dos participantes da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens III.2.i e IV.3.e).

o) Explicitar riscos para os participantes da pesquisa, bem como as formas de minimizar os riscos (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra b); II.22

#### PENDÊNCIA 4: INFORMAÇÕES BÁSICAS

- Cadastrar as pesquisadoras "Juliana de Oliveira Freitas Miranda, Rosely Cabral de Carvalho, Mônica de Andrade Nascimento e Eder Pereira Rodrigues" como equipe de pesquisa na plataforma Brasil.

- Explicitar riscos para os participantes da pesquisa, O risco, avaliando sua gradação, e descrevendo as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa; as medidas para assegurar os necessários cuidados. Quais são os riscos com a medida da glicemia, do peso? (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra b); II.22

#### PENDÊNCIA 5: INSTRUMENTO

- Suprimir local para colocar o nome completo, pois fragiliza a manutenção do anonimato.

Obs: O retorno das pendências ao CEP deve vir sinalizado em ofício correlacionando cada uma delas às páginas modificadas no projeto completo ou simplificado, ou aos arquivos anexados posteriormente ao parecer à Plataforma Brasil. As alterações devem ser destacadas nos documentos. Favor não deletar arquivos antigos já anexados.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

A EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA SÓ DEVERÁ ACONTECER APÓS APROVAÇÃO NA PLATAFORMA BRASIL. O pesquisador deve acompanhar o processo até a aprovação. O Pesquisador tem um PRAZO DE 30 DIAS PARA RETORNO E ATENDIMENTO DAS PENDÊNCIAS, contados a partir da data de emissão do Parecer do CEP na Plataforma Brasil. Após este período se não houver retorno das pendências ou justificativa para prorrogação do prazo, o CEP-UEFS arquivará o protocolo e o projeto será retirado.

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 3.466.842

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1361675.pdf	03/06/2019 19:03:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Mucuge_2019.doc	29/05/2019 15:36:24	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_mucuje.pdf	29/05/2019 15:34:50	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Juliana.pdf	29/05/2019 15:28:24	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Rosely.pdf	29/05/2019 15:27:52	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Monica.pdf	29/05/2019 15:27:14	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoEderMucuge.pdf	28/05/2019 22:00:28	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoCarlitoMucuge.pdf	28/05/2019 22:00:07	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Mucuge250519.doc	28/05/2019 21:53:30	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	24/05/2019 19:24:15	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Outros	Quest_Mucuge_2019.doc	24/05/2019 19:20:20	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_20190204113915.pdf	24/05/2019 19:17:36	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 3.466.842

FEIRA DE SANTANA, 23 de Julho de 2019

---

**Assinado por:**  
**Pollyana Pereira Portela**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8124

**E-mail:** cep@uefs.br



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE  
*Better evidence. Better outcomes.*



The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools  
for use in JBI Systematic Reviews

# Checklist for Prevalence Studies

<http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>





## The Joanna Briggs Institute

### Introduction

The Joanna Briggs Institute (JBI) is an international, membership based research and development organization within the Faculty of Health Sciences at the University of Adelaide. The Institute specializes in promoting and supporting evidence-based healthcare by providing access to resources for professionals in nursing, midwifery, medicine, and allied health. With over 80 collaborating centres and entities, servicing over 90 countries, the Institute is a recognized global leader in evidence-based healthcare.

### JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. The JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilized to synthesize those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, the Institute has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in health care. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, etiology/risk, economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the JBI Reviewer's Manual on our website.

### JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool.



### JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---



## JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

*How to cite:* Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and incidence data. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):147–153.

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

### 1. Was the sample frame appropriate to address the target population?

This question relies upon knowledge of the broader characteristics of the population of interest and the geographical area. If the study is of women with breast cancer, knowledge of at least the characteristics, demographics and medical history is needed. The term “target population” should not be taken to infer every individual from everywhere or with similar disease or exposure characteristics. Instead, give consideration to specific population characteristics in the study, including age range, gender, morbidities, medications, and other potentially influential factors. For example, a sample frame may not be appropriate to address the target population if a certain group has been used (such as those working for one organisation, or one profession) and the results then inferred to the target population (i.e. working adults). A sample frame may be appropriate when it includes almost all the members of the target population (i.e. a census, or a complete list of participants or complete registry data).

### 2. Were study participants recruited in an appropriate way?

Studies may report random sampling from a population, and the methods section should report how sampling was performed. Random probabilistic sampling from a defined subset of the population (sample frame) should be employed in most cases, however, random probabilistic sampling is not needed when everyone in the sampling frame will be included/ analysed. For example, reporting on all the data from a good census is appropriate as a good census will identify everybody. When using cluster sampling, such as a random sample of villages within a region, the methods need to be clearly stated as the precision of the final prevalence estimate incorporates the clustering effect. Convenience samples, such as a street survey or interviewing lots of people at a public gatherings are not considered to provide a representative sample of the base population.



### 3. Was the sample size adequate?

The larger the sample, the narrower will be the confidence interval around the prevalence estimate, making the results more precise. An adequate sample size is important to ensure good precision of the final estimate. Ideally we are looking for evidence that the authors conducted a sample size calculation to determine an adequate sample size. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest. For conditions with a low prevalence, a larger sample size is needed. Also consider sample sizes for subgroup (or characteristics) analyses, and whether these are appropriate. Sometimes, the study will be large enough (as in large national surveys) whereby a sample size calculation is not required. In these cases, sample size can be considered adequate.

When there is no sample size calculation and it is not a large national survey, the reviewers may consider conducting their own sample size analysis using the following formula: (Naing et al. 2006, Daniel 1999)

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

d<sup>2</sup>

Where:

n = sample size

Z = Z statistic for a level of confidence

P = Expected prevalence or proportion (in proportion of one; if 20%, P = 0.2)

d = precision (in proportion of one; if 5%, d=0.05)

#### Ref:

Naing L, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies Archives of Orofacial Sciences. 2006;1:9-14.

Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences.

Edition. 7th ed. New York: John Wiley & Sons. 1999.

**4. Were the study subjects and setting described in detail?**

Certain diseases or conditions vary in prevalence across different geographic regions and populations (e.g. Women vs. Men, sociodemographic variables between countries). The study sample should be described in sufficient detail so that other researchers can determine if it is comparable to the population of interest to them.

**5. Was data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?**

Coverage bias can occur when not all subgroups of the identified sample respond at the same rate. For instance, you may have a very high response rate overall for your study, but the response rate for a certain subgroup (i.e. older adults) may be quite low.

**6. Were valid methods used for the identification of the condition?**

Here we are looking for measurement or classification bias. Many health problems are not easily diagnosed or defined and some measures may not be capable of including or excluding appropriate levels or stages of the health problem. If the outcomes were assessed based on existing definitions or diagnostic criteria, then the answer to this question is likely to be yes. If the outcomes were assessed using observer reported, or self-reported scales, the risk of over- or under-reporting is increased, and objectivity is compromised. Importantly, determine if the measurement tools used were validated instruments as this has a significant impact on outcome assessment validity.

**7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?**

Considerable judgment is required to determine the presence of some health outcomes. Having established the validity of the outcome measurement instrument (see item 6 of this scale), it is important to establish how the measurement was conducted. Were those involved in collecting data trained or educated in the use of the instrument/s? If there was more than one data collector, were they similar in terms of level of education, clinical or research experience, or level of responsibility in the piece of research being appraised? When there was more than one observer or collector, was there comparison of results from across the observers? Was the condition measured in the same way for all participants?



**8. Was there appropriate statistical analysis?**

Importantly, the numerator and denominator should be clearly reported, and percentages should be given with confidence intervals. The methods section should be detailed enough for reviewers to identify the analytical technique used and how specific variables were measured. Additionally, it is also important to assess the appropriateness of the analytical strategy in terms of the assumptions associated with the approach as differing methods of analysis are based on differing assumptions about the data and how it will respond.

**9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?**

A large number of dropouts, refusals or “not founds” amongst selected subjects may diminish a study’s validity, as can a low response rates for survey studies. The authors should clearly discuss the response rate and any reasons for non-response and compare persons in the study to those not in the study, particularly with regards to their socio-demographic characteristics. If reasons for non-response appear to be unrelated to the outcome measured and the characteristics of non-responders are comparable to those who do respond in the study (addressed in question 5, coverage bias), the researchers may be able to justify a more modest response rate.

Instituto de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação  
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas  
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100  
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>

