

Pacientes não urgentes em unidade de pronto socorro: prevalência de sintomas depressivos

Non-urgent users in a safe handling unit: prevalence of depressive symptoms

Usuarios no urgentes en unidad de pronto socorro: prevalencia de síntomas depresivos

Recebido: 04/09/2020 | Revisado: 13/09/2020 | Aceito: 11/10/2020 | Publicado: 12/10/2020

Camila Ferreira Cruz Coelho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0868-8263>

Faculdade Guaraí, Brasil

E-mail: camilacoelho22@hotmail.com

Airton Tetelbom Stein

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8756-8699>

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil

E-mail: airton.stein@gmail.com

Reobbe Aguiar Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2578-2611>

Faculdade Guaraí, Brasil

E-mail: enfreobbe@gmail.com

Resumo

Identificar a frequência de sintomas depressivos em pacientes caracterizados como não urgentes atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Guaraí – TO - Brasil. Estudo descritivo, com amostra probabilística aleatória, considerando uma frequência de consultas não urgentes de 80% com um erro aceitável de 5%, o tamanho da amostra estimado foi de 198 para o nível de confiança de 95% e com um efeito de delineamento de 1.0. Foram aplicados questionários aos pacientes classificados como não urgentes. Utilizou - se variáveis quanto a faixa etária, gênero, estado civil, serviço de atendimento à saúde e instrumento CES – D para o rastreamento de sintomas depressivos. Realizado estatística descritiva, com análise de média, desvio padrão para variáveis contínuas e percentual para as variáveis categóricas. A pesquisa apontou que 93 pacientes do sexo feminino apresentaram sintomas depressivos, enquanto os pacientes do sexo masculino contabilizaram 54 casos atendidos na Unidade de Emergência. A prevalência de jovens com sintomas depressivos foi de 63 casos, enquanto os

adultos contabilizaram 45 e os idosos 39. A incidência de pessoas sem companheiro com depressão ocorreu em 87 dos casos, todavia, entre os pacientes com companheiro contabilizou 60 ocorrências. A ocorrência de pacientes com a presença dos sintomas depressivos se deu em 89 casos pouco urgentes enquanto a prevalência de não urgentes foi de 58 dos casos atendidos pela Unidade de Emergência. Considerando a correlação entre, procura de atendimentos não urgente na atenção secundária e depressão, torna-se necessário o planejamento de estratégias que possibilitem efetivar o processo de identificação e diagnóstico precoce de pacientes depressivos.

Palavras-chave: Pacientes não urgentes; Serviços de saúde; Sintomas depressivos.

Abstract

To identify the frequency of depressive symptoms in patients characterized as non - urgent attended at the emergency room of the Regional Hospital of Guaraí - TO - Brazil. Descriptive study with random probabilistic sample, considering a frequency of non-urgent queries of 80% with an acceptable error of 5%, the estimated sample size was 198 for the 95% confidence level and with a delineation effect of 1.0. Questionnaires were applied to patients classified as non-urgent. We used variables such as age, gender, marital status, health care service and CES-D instrument to track depressive symptoms. Descriptive statistics were performed, with analysis of mean, standard deviation for continuous variables and percentage for categorical variables. The study found that 93 female patients presented depressive symptoms, while the male patients counted 54 cases attended at the Emergency Unit. The prevalence of young people with depressive symptoms was 63 cases, while adults accounted for 45 and the elderly 39. The incidence of people with no partner with depression occurred in 87 of the cases, however, among the patients with a partner counted 60 occurrences. The occurrence of patients with the presence of depressive symptoms occurred in 89 cases that were not urgent, while the prevalence of non-urgent cases was 58 of the cases attended by the Emergency Unit. Considering the correlation between the search for non-urgent care in secondary care and depression, it is necessary to plan strategies to enable the process of identification and early diagnosis of patients depressive.

Keywords: Non-urgent patients; Health services; Depressive symptoms.

Resumen

Identificar la frecuencia de síntomas depresivos en pacientes caracterizados como no urgentes atendidos en el pronto socorro del Hospital Regional de Guaraí – TO - Brasil. Estudio

descriptivo, con muestra probabilística aleatoria, considerando una frecuencia de consultas no urgentes del 80% con un error aceptable del 5%, el tamaño de la muestra estimado fue de 198 para el nivel de confianza del 95% y con un efecto de delineamiento de 1.0. Se aplicaron cuestionarios a los pacientes clasificados como no urgentes, que acordaron participar en la investigación. Se utilizó variables como el grupo de edad, género, estado civil, servicio de atención de salud e instrumento CES-D para el rastreo de síntomas depresivos. Realizado estadística descriptiva, con análisis de promedio, desviación estándar para variables continuas y porcentual para las variables categóricas. La investigación apuntó que 93 pacientes del sexo femenino presentaron síntomas depresivos, mientras que los pacientes del sexo masculino contabilizaron 54 casos atendidos en la Unidad de Emergencia. La prevalencia de jóvenes con síntomas depresivos es 63 casos mientras que los adultos contabilizaron 45 y los ancianos 39. La incidencia de personas sin compañero con depresión presentó 87 de los casos los pacientes con compañero contabilizó 60 casos. La ocurrencia de pacientes con la presencia de los síntomas depresivos presentó 89 de los casos poco urgentes mientras que la prevalencia de no urgentes fue de 58 de los casos atendidos por la Unidad de Emergencia del hospital. Considerando la correlación entre, demanda de atención no urgente en la atención secundaria y depresión, se hace necesario el planeamiento de estrategias que posibiliten efectivizar el proceso de identificación y diagnóstico precoz de pacientes con síntomas depresivos.

Palabras clave: Pacientes no urgentes; Servicios de salud; Sintomas depresivos.

1. Introdução

O aumento da prevalência, as dificuldades dos serviços de saúde em diagnosticar os transtornos depressivos e a interferência na qualidade de vida dos indivíduos, faz com que o aumento dos sintomas depressivos na população seja um dos principais problemas de saúde pública (Fleck *et al.*, 2012).

Os transtornos depressivos constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. A Organização Mundial de Saúde considera que existe uma modificação no paradigma atual da saúde da população mundial, haja vista que doenças como depressão estão substituindo os tradicionais problemas das de caráter infeccioso.

No que se refere à depressão, estudos apontam uma variação de 3 a 11% na prevalência anual, da população em geral. Nos anos de 1990 foi estimada, por meio de uma escala global para comparação de várias doenças como a quarta causa específica de

incapacitação. A previsão para o ano de 2020 é de que será a segunda causa em Países desenvolvidos e a primeira entre aqueles em desenvolvimento (Fleck *et al.*, 2009).

A depressão apresenta potencial determinante para a ocorrência de déficit funcional e comprometimento da saúde física, uma vez que predispõe à limitação das atividades e bem-estar, e é compreendida como uma condição patológica frequente, de curso crônico e recorrente (Fleck *et al.*, 2003).

Considerando as diferentes fases e nível de gravidade da depressão, sabe-se que em estados mais críticos, esta condição ocasiona uma maior procura aos serviços de saúde (Lima & Fleck, 2010). A ineficiência da rede de atenção à saúde dificulta a sistemática de atendimentos não urgentes na atenção primária, fato que dificulta, por sua vez, a identificação precoce de sintomas depressivos. Estudos brasileiros mostram taxas de até 85% de pacientes não urgentes entre os atendimentos de um serviço de urgência e emergência (Brasil, 2006).

Desde a década de 1990, estudos apontam número elevados, entre 50 e 60%, de casos de depressão subdiagnosticados, mesmo após atendimento nos serviços de saúde. Esta dificuldade diagnóstica, relacionada à presença frequente de morbididades, déficit no conhecimento específico dos profissionais de saúde e sistemática do atendimento, que frequentemente acontece em unidades de pronto socorro, com grande demanda de atendimento e foco paliativo da sintomatologia (Gonçalves & Kapczinski, 2018).

Considerando a correlação entre procura de atendimentos não urgente na atenção secundária e depressão, torna-se necessário fomentar discussões, planejamentos e implementações de estratégias, que possibilitem efetivar o processo de identificação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com depressão, sendo para isto, indispensável a realização de pesquisas na área.

Devido à importância da problemática, destaca-se o levantamento situacional em cada região ou instituição como a primeira iniciativa necessária ao planejamento das estratégias e ações que solucionem ou minimizem os problemas descritos.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou identificar a prevalência de sintomas depressivos nos pacientes classificados como não urgentes, pelo Protocolo de Classificação de Risco proposto pelo PNH/MS, no Hospital Regional no Município de Guaraí –TO - Brasil.

2. Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Unidade de Emergência de um Hospital Regional, de médio porte, que presta atendimento

integral aos usuários do Sistema único de Saúde-SUS. O Hospital dispõe de 61 leitos e oferece atendimento às especialidades médicas básicas, sendo referência para atendimentos de urgência e emergência e maternidade de baixo e médio risco. Localizado na Região Central do Estado do Tocantins, no município de Guaraí, polo de uma das oito regiões de saúde que compõem a Rede Estadual de Saúde, a Região brasileira do Cerrado Tocantins-Araguaia. Esta Região é composta por 23 municípios, totalizando uma população de 146.205 habitantes.

O caráter quantitativa, conforme Pereira et al., (2018, p. 69), “faz-se a coleta de dados quantitativos ou numéricos por meio do uso de medições de grandezas e obtém-se por meio da metrologia, números com suas respectivas unidades”.

A população deste estudo foi composta por pacientes atendidos no pronto socorro e classificados como não urgentes, azul (não urgente) e verde (pouco urgente), conforme protocolo institucional de acolhimento com classificação de risco (Brasil, 2004).

O Sistema de Triagem Manchester foi criado em Manchester, na Inglaterra, em 1997, com objetivo de estabelecer um tempo de espera pela atenção médica dos usuários das unidades de urgência e emergência. Esse sistema apresenta vantagens na sua utilização, como a sua confiabilidade e validade, contribuindo para que obtenha sucesso em diferentes sistemas de saúde (Pinto Júnior; Salgado & Chianca, 2015).

A escolha dos sujeitos ocorreu por amostra probabilística aleatória, por meio da programação de códigos aleatórios nos boletins de atendimento, considerando um intervalo de cinco boletins gerados para inclusão dos sujeitos na amostra. Essa codificação foi programada nos seguintes horários: 07h às 12h; 14h às 18h; 19h às 24h, durante os sete dias da semana.

Foram utilizados como critérios de inclusão usuários classificados como azul e verde e idade igual ou maior de 18 anos, enquanto os critérios de exclusão foram gestantes; incapacidade importante de entendimento ou comunicação; custódia policial e portador de doença infectocontagiosa em fase ativa.

Para o rastreamento dos sintomas de depressão foi utilizado o instrumento do Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). O CES-D consiste em uma escala de 20 itens que permite identificar a presença de sintomas relacionados à depressão, identificando indivíduos com maior probabilidade de estarem deprimidos. O paciente deve responder as questões baseado nos seus sentimentos dos últimos sete dias. Para cada pergunta tem a possibilidade de apresentar as seguintes pontuações: 0 e 3 pontos (0 = raramente a 3 = maior parte do tempo), sendo o escore uma soma simples que pode variar de zero a 60 pontos. A ocorrência de escore maior que 15 pontos indica a presença de sintomas depressivos (Schestatsky, 2015).

Os questionários foram aplicados, por alunos da graduação do curso de Enfermagem, selecionados pela pesquisadora por meio de entrevista. Para a execução desta tarefa, os mesmos receberam um treinamento específico.

Para o estudo da demanda de atendimentos não urgentes, foi realizado um levantamento das fichas de Acolhimento com Classificação de Risco de todos os usuários atendidos no pronto-socorro do Hospital Regional de Guaraí – Tocantins – Brasil, no primeiro semestre de 2014. Inicialmente os dados foram armazenados em um banco de dados do EpiData 3.1, que é um Programa usado para armazenamento de dados em estudos epidemiológicos e análises estatísticas (Lauritsen; Bruus & Myatt, 2002). Em seguida, os mesmos foram incluídos e analisados no Programa estatístico SPSS 20.0 *for Windows*, por meio de dupla digitação.

Realizou-se análise estatística descritiva dos dados, com médias; desvio-padrão; mediana e amplitude, bem como, pelas frequências absoluta e relativa. Considerando uma frequência de consultas não urgentes de 80% com um erro aceitável de 5%, o tamanho da amostra estimado foi de 198 para o nível de confiança de 95% e com um efeito de delineamento de 1.0.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, e obteve aprovação sob parecer N° 735.834.

3. Resultados e Discussão

O objetivo desse trabalho foi identificar a prevalência de sintomas depressivos nos pacientes classificados como não urgentes, pelo Protocolo de Classificação de Risco proposto pelo PNH/MS, no Hospital Regional de Guaraí –TO – Brasil.

A Tabela 1, seguinte, demonstra as medidas de tendência central e de variabilidade considerando o método aplicado.

Tabela 1. Medidas de tendência central e de variabilidade para o CES-D.

CES D	Escore				
	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Pontuação	24,3	10,4	24,0	1,0	48,0

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

O Quadro 1 a seguir explicita a distribuição total dos pacientes com presença dos sintomas depressivos observados na Unidade de Emergência.

Quadro 1. Distribuição dos pacientes com presença dos sintomas depressivos por sexo.

Pontuação CESD	Nº Sexo Masculino	Nº Sexo Feminino	Totais
Abaixo da média (16-24)	23	36	59
Acima da média (25 – 48)	31	57	88
Total	54	93	147

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

As informações acima demonstram a quantidade de pacientes, dos gêneros masculino e feminino, com presença dos sintomas depressivos. Desta forma, 93 pacientes do sexo feminino apresentavam sintomas depressivos, enquanto os pacientes do sexo masculino contabilizaram 54 casos atendidos na Unidade de Emergência.

A compreensão empírica sempre associou a depressão ao sexo feminino, com estudos que corroborem maior prevalência desta patologia neste gênero. De acordo com Roca (2018), a maioria dos estudos defende uma proporção mulheres/homens de 2:1. Por outro lado, Oliveira (2014) menciona que muitos são os fatores apontados como plausíveis, para explicar a maior prevalência de depressão no sexo feminino.

Os fatores apontados como relevantes para explicar a depressão nas mulheres, mais do que nos homens são: fatores psicossociais abuso sexual na infância – mais prevalente no sexo feminino; sentimentos de vitimização – maior no sexo feminino; multiplicidade de papéis sociais desempenhados pela mulher: profissional, doméstico e como mães; casamento, em especial, se não houver bom relacionamento; situação de dependência monetária mais frequente no sexo feminino); Perturbações de ansiedade pré-existentes (mais frequentes no sexo feminino) (Breslau, 1995). Fatores anatômicos e neuroquímicos (sistema monoaminas cerebral; transdução de sinal na cascata do cAMP – adenosina monofosfato cíclico; alterações a nível pré-frontal e hipocampo; envolvimento do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal; depleção serotoninérgica (Grigoriadis, 2016; Piccinelli, 2018). Fatores Hormonais (hormonas gonadais femininas – diminuição do estrogênio e maior propensão para o desenvolvimento de depressão – fases pré-menstrual e pós-parto, (Grigoriadis & Robinson, 2016). Fatores Genéticos poderão predispor para que determinadas pessoas reajam de forma menos positiva,

face a acontecimentos impactantes e desagradáveis, e, portanto, possam ser gatilhos para perturbações do humor, de tipo depressivo) e traços de personalidade (ideias de ruminação e neuroticismo – mais frequentes na mulher) (Grigoriadis & Robinson, 2016).

É importante ressaltar que os fatores acima mencionados, ainda que possam estar relacionados com a depressão, não podem ser descritos como fatores preponderantes para as causas da diferença entre gêneros, na incidência da depressão.

É considerável também apresentar o seguinte paradoxo: embora os episódios depressivos tenham maior tendência para sexo feminino, com ocorrência de maior número de tentativas de suicídio, comparativamente com o sexo masculino, a taxa de suicídio consumado, entre doentes deprimidos, é superior no sexo masculino (Oquendo *et al.*, 2017).

Para Marcus (2018), algumas diferenças entre os sexos são também relatadas em grupos específicos. No que diz respeito à atividade profissional, a principal diferença parece surgir em homens reformados, tendo estes, uma prevalência de depressão superior, em comparação com mulheres reformadas, não se observando diferenças entre os gêneros relativamente a indivíduos desempregados ou empregados.

Outro ponto a se considerar em relação à diferença na prevalência da depressão observada nos sexos, poderá estar na base de uma maior ocorrência de depressão associada a sintomas somáticos na mulher, não parecendo ser esta significativa quando se comparou os dois sexos no grupo dos doentes com depressão endógena (Kraemer, 2013).

De acordo com os resultados desta pesquisa, percebe-se maior prevalência de mulheres buscando os serviços de saúde. De maneira geral, as mulheres buscam mais serviços do que os homens, algo que pode estar relacionado a variações de necessidades entre os gêneros, com maior foco feminino em promoção e prevenção da saúde, bem como a procura de serviços de saúde quando necessário.

O Quadro 2 a seguir apresenta a distribuição dos pacientes com presença de sintomas depressivos por faixa etária.

Quadro 2. Distribuição dos pacientes com presença dos sintomas depressivos por faixa etária.

Pontuação CESD	Nº Jovens	Nº Adultos	Nº Idosos	Totais
Abaixo da média (16-24)	29	16	14	59
Acima da média (25 – 48)	34	29	25	88
Total	63	45	39	147

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Conforme observado, a prevalência de jovens com sintomas depressivos foi maior, pois 63 jovens apresentaram tais sintomas. Para Jardim (2017) a depressão nos jovens está relacionada a acontecimentos negativos como traumas na infância; falecimento de uma pessoa querida; separações; acidentes com danos físicos; doenças graves; assaltos; desemprego; dificuldades financeiras ou começo de um novo trabalho.

Souza *et al.*, (2008), apontam para a presença cada vez mais significativa de jovens, com média de 16 anos de idade, que apresentam uma sintomatologia depressiva, sendo esta, atualmente, considerada a doença mais frequente nesta fase.

É importante citar que a depressão entre os jovens é influenciada por múltiplos fatores biológico-genéticos, psicológicos e sociais. Para Bahls (2002), grande parte dos estudos sugerem componentes genéticos e salientam que a presença de depressão familiar aumenta o risco de depressão na infância ou adolescência em pelo menos três vezes. Os pesquisadores Versiani; Reis & Figueira (2015), verificaram que os sintomas depressivos variam de acordo com a idade, sendo de extrema importância considerar a maturação das diferentes fases do desenvolvimento.

O Quadro 3 a seguir explicita a distribuição dos pacientes da Unidade de Emergência do hospital analisado com sintomas depressivos em relação a sua atual situação conjugal.

Quadro 3. Distribuição dos pacientes com presença dos sintomas depressivos por situação conjugal.

Pontuação CESD	Com companheiro	Sem companheiro	Totais
Abaixo da média (16-24)	21	38	59
Acima da média (25 – 48)	39	49	88
Total	60	87	147

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

A situação conjugal foi outro ponto relevante a se considerar na pesquisa que apontou entre os pacientes com sintomas depressivos, a prevalência de pessoas sem companheiro com depressão é maior, apresentando 87 dos casos, enquanto a incidência entre os pacientes com companheiro contabilizou 60 ocorrências. De acordo a pesquisa, não ter um companheiro (a) é um fator associado a depressão. Existem pesquisas que apontam que a falta de um (a) companheiro (a) pode deixar as pessoas mais suscetíveis a depressão. Diversas hipóteses tentam explicar essa afirmação um exemplo seria o fato de o casamento pode levar a hábitos de vida mais saudáveis, além de oferecer um suporte familiar que colabora no cuidado e na resolução das situações de dificuldade vivenciadas no dia a dia. Assim sendo, quanto maior a proximidade com os elementos com quem se estabelece relações interpessoais íntimas, menor é a vulnerabilidade do indivíduo à depressão (Monteiro, 2014).

Por último, segue o Quadro 4 apresentando a distribuição dos pacientes com presença dos sintomas depressivos por classificação de risco (Verde ou Azul).

Quadro 4. Distribuição dos pacientes com presença dos sintomas depressivos por classificação de risco.

Pontuação CESD	Pouco Urgente (verde)	Não urgentes (azul)	Totais
Abaixo da média (16-24)	23	36	59
Acima da média (25 – 48)	35	53	88
Total	58	89	147

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Na Unidade de Emergência onde foi realizada a pesquisa, observou-se os pacientes não urgentes e pouco urgentes com sintomas depressivos, como demonstra o Quadro 4.

Consta-se a incidência de pacientes com a presença dos sintomas depressivos em 89 dos casos não urgentes, enquanto a prevalência de pouco urgente foi de 58 dos casos atendidos pela Unidade de Emergência do hospital. De toda forma, é necessário que outras pesquisas sejam desenvolvidas, a fim de afirmar o aprofundamento dos casos de depressão.

Nesses casos, com base no Sistema de triagem para classificação de risco de Manchester, adotado pelo Ministério da Saúde para serviços emergenciais, pacientes triados identificados pela cor “azul” devem procurar a Unidade Básica de Saúde para que possa ser acompanhado de forma integral e assim obter melhor resultado no tratamento a médio e longo prazo.

Apesar de ser garantido à população o acesso aos cuidados primários e à melhoria de sua qualidade de vida, a atenção à saúde mental, ainda possui certos condicionamentos principalmente no rastreamento dos casos de transtornos mentais comuns (Pie *et al.*, 2013).

Foi possível identificar que o público que procura Unidade de Emergência do Hospital com encaminhamento da Unidade Básica de Saúde é muito baixo. Isso significa que as pessoas continuam a entender o serviço de urgência como a porta de entrada para o serviço de saúde.

Conforme observado, torna-se importante que as equipes envolvidas na atenção primária estejam atentas aos aspectos da saúde mental da população atendida, para que realizem, efetivamente, a abordagem biopsicossocial, materializando assim a reorganização do sistema de atenção à saúde, por meio uma abordagem multidisciplinar e integrada à comunidade que atende, dirigindo ações de educação em saúde, promoção da saúde mental, prevenção de agravos relacionados aos transtornos mentais por meio de intervenção precoce (Gonçalves & Kapczinski, 2018).

4. Conclusão

Por meio do estudo acima foi possível identificar a frequência de sintomas depressivos em pacientes caracterizados como não urgentes atendidos no pronto socorro do Hospital Regional de Guaraí – TO, Brasil.

Mediante um estudo descritivo, com amostra probabilística aleatória, considerando uma frequência de consultas não urgentes de 80% com um erro aceitável de 5%, o tamanho da amostra estimado foi de 198 para o nível de confiança de 95% e com um efeito de delineamento de 1.0, chegou-se à conclusão que 93 pacientes do sexo feminino apresentaram sintomas depressivos, enquanto os pacientes do sexo masculino contabilizaram 54 casos atendidos na Unidade de Emergência.

Tendo por base os resultados da pesquisa, verifica-se que a depressão tem atingido diferentes parcelas da população em maior ou menor grau e assim entende-se que é necessário o desenvolvimento de políticas públicas que tenham como base a interação social como forma de tratamento. É sabido que a depressão pode desencadear outros tipos de doenças que conseqüentemente, serão tratadas inicialmente na Unidade Básicas de Saúde.

Além disso, é preciso analisar os custos para o tratamento de pacientes que buscam as unidades de emergência uma vez que, sendo esses pacientes vinculados a uma dada Unidade de Saúde setorial, poderá ser orientado e tratado pelas equipes multidisciplinares.

Considera-se, nesse sentido, que os dados obtidos estabeleceram uma intensa correlação entre a procura de atendimentos não urgente na atenção secundária e depressão, assim sendo, torna-se necessário o planejamento de estratégias que possibilitem efetivar o processo de identificação e diagnóstico precoce de pacientes com sintomas depressivos.

Por conseguinte, são necessárias a continuidade de pesquisas, capacitação e instrumentalização dos serviços de saúde, com o objetivo de se trabalhar com uma visão ampliada do processo saúde-doença, ao oferecer tratamento e melhores intervenções na rede.

Referências

Andrade, L. H. S. G, Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na Mulher. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 33(2), 43-54, 2006.

Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2002, 78(5), 359-66. ISSN 0021-7557.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. *Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Breslau, N., Schultz, L., & Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Res* 1995.

Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., Jurema, M. F., & Hetem, L. A. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2009.

Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., Jurema, M. F., & Hetem, L. A. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2003, 25(2).

Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., Camey, S., & Lido, G. (2012). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2012, 36(4).

Kraemer, F. Z. (2013). Usuários não urgentes em emergência: qualidade de vida e problemas psiquiátricos. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, 2013.

Gonçalves, D. M., & Kapczinski, F. (2018) Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil - *Cad. Saúde Pública*, 24(9), 2018.

Grigoriadis, S., Robinson, G. E. (2016). Gender Issues in Depression. *Ann Clin Psychiatry*, 2016.

Jardim, S. (2017). Depressão e trabalho: Ruptura de Laço Social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, n. 36, 84-92, 2017.

Lauritsen, J. M., Bruus, M., & Myatt, M. A. (2014). Programa para criar banco de dados. EpiData Association. Odense Denmark, 2014. João Paulo, Amaral Haddad.

Lima, A. F. B. S., & Fleck, M. P. A. (2010). Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010.

Marcus, S. M. (2018). Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *Can J Clin Pharmacol*, 2018.

Oliveira, M. R. (2014). Depressão e o Gênero: semelhanças e diferenças. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. *Revista: Arquivos de Medicina*. Abril, 2014.

Oquendo, M. A., Bongiovi-Garcia, M. E., Alfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., & Burke, A. K. (2017). Sex Differences in Clinical Predictors of Suicidal Acts After Major Depression: A Prospective Study. *Am J Psychiatry*, 2017.

Pereira, A. S., et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM.

Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2018). Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry*, 2018.

Pinto Júnior, D., Salgado, P. O., & Chianca, T. C. M. (2015). Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 20(06), 2015.

Roca, M., Baldomero, E. B., Prieto, R., & Garcia-Calvo C. (2018). Gender differences in clinical profile, response and remission of depressive patients treated with venlafaxine extended release. *Actas Esp Psiquiatr*. 36(02), 2018.

Schestatsky, G. (2015). Desempenho de uma escala de rastreamento de depressão (CES-D) em usuários de um serviço de cuidados primários de saúde Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS. Departamento de Faculdade de Medicina; 2015.

Souza, L. D. M., Silva, R. S., Godoy, R. V., Cruzeiro, A. L. S., Faria, A. D., & Pinheiro, R. T., (2018). Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais: estudo de base populacional. *Jornal Brasileira de Psiquiatria*, 2018.

Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2015). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *J Bras. Psiquiatria*. 49(12), 2015.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Camila Ferreira Cruz Coelho – 50%

Airton Tetelbom Stein – 30%

Reobbe Aguiar Pereira – 20%