



ARTIGO ORIGINAL

Prevalência de sintomas depressivos e risco familiar em adultos em acompanhamento em uma Unidade de Saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Prevalence of depressive symptoms and family risk in adults monitored at a primary care facility in Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Prevalencia de síntomas depresivos y riesgo familiar en adultos acompañados en una Unidad de Salud de Porto Alegre, Rio Grande do Sul

 Addressa Amaral Dariva*
 Natália Miranda Jung**
 Viviane Pessi Feldens***
 Daniele Botelho Vinholes****

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de sintomas depressivos e risco familiar em Unidade de Saúde (US) do sul do Brasil, identificando fatores associados aos desfechos de interesse. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com adultos em acompanhamento na US Conceição em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 2020. A coleta de dados envolveu a aplicação de questionário sociodemográfico, aferição de medidas antropométricas, avaliação de sintomas depressivos pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Risco Familiar (ERF). A comparação das médias dos escores do BDI e ERF em relação às demais variáveis foi realizada pelo teste t de Student ou ANOVA e a Regressão de Poisson foi utilizada para análises multivariadas. **Resultados:** Foram incluídos 98 participantes com média (\pm desvio-padrão) de idade de $42,8 \pm 11,9$ anos, predominantemente do sexo feminino (83,7%) e de raça/cor branca (84,7%). A prevalência de sintomas depressivos clinicamente relevantes na amostra foi de 55,1% e 31,6% dos participantes apresentaram algum grau de risco familiar. Participantes com histórico familiar de depressão apresentaram maior média (\pm desvio-padrão) no escore BDI em

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil. E-mail: addressadariva@gmail.com.

**Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, Brasil. E-mail: nataliajung@ghc.com.br.

***Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Araranguá, Brasil. E-mail: viviane.pessi@gmail.com.

****Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, Brasil. E-mail: danielebv@ufcsa.edu.br.

Autora para correspondência: Addressa Amaral Dariva. E-mail: addressadariva@gmail.com.

comparação ao grupo sem histórico familiar de depressão ($18,5 \pm 9,1$ vs $9,2 \pm 8,4$; $p \leq 0,001$). Na análise multivariada, a prevalência de depressão foi 1,55 vezes maior em indivíduos com histórico familiar de depressão em relação aos participantes sem histórico familiar de depressão (IC95%, 1,27 - 1,91; $p \leq 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias da ERF das variáveis sociodemográficas avaliadas e entre as médias das medidas antropométricas dos grupos com e sem sintomas depressivos. **Conclusão:** A alta prevalência de sintomas depressivos na população estudada e sua forte associação com histórico familiar sugerem que a investigação rotineira do histórico familiar possa ser uma medida simples e eficiente para a identificação de indivíduos com risco de depressão no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Depressão. Estado Nutricional. Vulnerabilidade Social. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of depressive symptoms and family risk at a primary care facility in a Health Unit in southern Brazil, identifying factors associated with the outcomes of interest. **Method:** Cross-sectional study of adult patients attending a primary health care facility in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, conducted in 2020. Data collection was based on a sociodemographic questionnaire, anthropometric measurements and the assessment of Beck's Depression Inventory (BDI) and Family Risk Scale (FRS). Continuous outcomes (BDI and FRS) were compared across sociodemographic, clinical and anthropometric variables using Student's t test or ANOVA. Multivariable analyses were performed using Poisson Regression. **Results:** A total of 98 participants were included, of which the majority were female (83,7%) and of caucasian ethnicity (84,7%). Mean (\pm standard deviation) age was 42.8 ± 11.9 years and the prevalence of depressive symptoms was 55.1%. Mean BDI (\pm standard deviation) scores were higher among patients with the presence of family history of depression compared to those absent of such history (18.5 ± 9.1 vs 9.2 ± 8.4 ; $p \leq 0.001$). In multivariable analysis, the presence of family history of depression was associated with a 1.55 times greater prevalence of depression (IC95%, 1.27 to 1.91; $p \leq 0.001$) compared to absence of family history. Approximately 30% of the sample presented with some degree of family risk but FRS scores were not statistically significantly associated with sociodemographic variables. In addition, mean anthropometric values were not statistically significantly different depending on presence or absence of depressive symptoms. **Conclusion:** The high prevalence of depressive symptoms in the studied population and its strong association with family history suggest that routine investigation of family history may be a simple and efficient measure for identifying individuals at risk of depression in the context of Primary Care.

Keywords: Depression. Nutritional Status. Social Vulnerability. Mental Health. Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia de síntomas depresivos y riesgo familiar en una Unidad de Salud (US) del sur de Brasil, identificando factores asociados a los resultados de interés. **Método:** Estudio transversal realizado con adultos en seguimiento en la US Conceição en Porto Alegre, Rio Grande do Sul, en 2020. La recolección de datos implicó la aplicación de un cuestionario sociodemográfico, medición de medidas antropométricas, evaluación de síntomas depresivos mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Riesgo Familiar (ERF). La comparación de las puntuaciones medias de BDI y ERF en relación con las otras variables se realizó mediante la prueba t de Student o ANOVA y se utilizó la regresión de Poisson para los análisis multivariados. **Resultados:** Se incluyeron 98 participantes, edad media (\pm desviación estándar) de $42,8 \pm 11,9$ años, predominantemente del sexo femenino (83,7%), etnia blanca (84,7%). La prevalencia de síntomas depresivos en la muestra fue del 55,1% y 31,6% de los participantes presentó algún grado de riesgo familiar. Los participantes

con antecedentes familiares de depressión tuvieron una puntuación media (\pm desviación estándar) del BDI más alta en comparación con el grupo sin antecedentes familiares de depresión ($18,5 \pm 9,1$ vs $9,2 \pm 8,4$; $p \leq 0,001$). En el análisis multivariado, la prevalencia de depresión fue 1,55 veces mayor en individuos con antecedentes familiares de depresión en comparación con los participantes sin antecedentes familiares de depresión (IC95%, 1,27 - 1,91; $p \leq 0,001$). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las medias del ERF de las variables sociodemográficas evaluadas y entre las medias de las medidas antropométricas de los grupos con/sin síntomas depresivos. **Conclusión:** La alta prevalencia de síntomas depresivos en la población estudiada y su fuerte asociación con los antecedentes familiares sugieren que la investigación rutinaria de los antecedentes familiares es una medida simple y eficiente para identificar individuos en riesgo de depresión en el contexto de la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Depresión. Estados Nutricionales. Vulnerabilidad Social. Salud Mental. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença que resulta de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Ela abrange alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas que afetam diretamente o desempenho profissional e o relacionamento interpessoal do indivíduo (Del Porto, 1999). Por essa razão, a depressão é classificada como a principal causa de invalidez entre doenças quando considerado o tempo de incapacitação ao longo da vida. Além disso, a depressão é o principal fator de risco para mortes por suicídio, que contabilizam cerca de 800 mil por ano no mundo (World Health Organization, 2017).

No Brasil, país com maior prevalência de depressão na América Latina, os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar entre as causas de concessão de benefícios previdenciários do tipo auxílio-doença (World Health Organization, 2017; Silva Junior; Fischer, 2014). No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), estudos demonstram que a prevalência de depressão ocorre em cerca de 20 a 60% dos usuários, dependendo da amostra em estudo e do instrumento utilizado, sendo mais prevalente em mulheres e em idosos (Molina *et al.*, 2012; Gonçalves *et al.*, 2018; Marcelino *et al.*, 2022). Em 2007, o Ministério da Saúde passou a incluir ações de saúde mental na APS que visam o atendimento integral do usuário, partindo de uma escuta sensível e de uma clínica compartilhada na busca do plano terapêutico mais adequado (Brasil, 2007). No entanto, existem diversas barreiras que dificultam a identificação da doença, como a presença de comorbidades, o estigma e o desconhecimento sobre a depressão e a sistemática de atendimento (Docherty, 1997). Dessa forma, a identificação de fatores de risco torna-se importante para facilitar o diagnóstico precoce da depressão. Um dos instrumentos mais utilizados para rastreamento de sintomas depressivos na população em geral é o Inventário de Depressão de Beck, desenvolvido por Beck *et al.* (1961) e traduzido para o português por Gorenstein e Andrade (1998). No Brasil, estudos que avaliaram a prevalência de sintomas depressivos em usuários da APS a partir do Inventário de Depressão de Beck encontraram valores que variam de aproximadamente 20 a 40% em diferentes amostras (Corso *et al.*, 2009; Coutinho; O'Dwyer; Frossard, 2018; Silva, 2020).

Em relação ao estado nutricional, a depressão pode causar alterações significativas de peso corporal e/ou apetite (Del Porto, 1999). Sintomas depressivos, como baixa autoestima, insatisfação com a imagem corporal e sentimentos negativos como culpa, tristeza e vergonha também são frequentemente identificados em pessoas com obesidade (Taylor *et al.*, 2013;

Macedo *et al.*, 2015). Verifica-se, na literatura científica, uma associação entre depressão e obesidade, na qual indivíduos com depressão são mais propensos a se tornarem obesos do que pessoas saudáveis, principalmente mulheres (Pereira-Miranda *et al.*, 2017). Apesar disso, não há consenso sobre a relação causal, podendo uma doença desencadear a outra.

Aspectos de vulnerabilidade social também são fatores associados à presença de depressão, mas a sua identificação por ações de vigilância em saúde tem sido negligenciada por profissionais da APS pela falta de instrumentos e de recursos, e pela dificuldade de compreensão sobre o que é vulnerabilidade (Silva; Alvarenga; Oliveira, 2012; Lorant *et al.*, 2003). Embora subutilizada por estudos epidemiológicos, a Escala de Risco Familiar (Coelho; Savassi, 2004) é um instrumento que se propõe a identificar fatores prejudiciais aos quais o indivíduo e sua família estão expostos, viabilizando a classificação de vulnerabilidade e auxiliando no planejamento, priorização e direcionamento de ações e recursos. No contexto da APS, a Escala de Risco Familiar demonstrou ser um instrumento de fácil aplicação e proporcionou um melhor entendimento aos profissionais sobre as condições que influenciam a estratificação de risco (Moura *et al.*, 2015). Embora a identificação de associações entre o risco familiar e outros fatores já tenha sido explorada em estudos anteriores, não foi encontrado na literatura científica nenhum estudo que investigasse a possível relação entre o risco familiar e a presença de sintomas depressivos (Villa Nova *et al.*, 2015; Okido *et al.*, 2018).

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de sintomas depressivos e risco familiar em adultos em acompanhamento em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, bem como verificar suas associações com o estado nutricional e dados sociodemográficos da amostra.

METODOLOGIA

Delineamento e população em estudo

Trata-se de um estudo com delineamento transversal realizado no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O relato do estudo seguiu as recomendações da iniciativa STROBE (von Elm *et al.*, 2007). Para a inclusão na pesquisa, era necessário ter idade entre 18 a 60 anos e estar em acompanhamento em qualquer especialidade na Unidade de Saúde (US) Conceição, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição com atendimento 100% do Sistema Único de Saúde (SUS), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os critérios excludentes da participação foram a incapacidade de responder ao questionário, por quaisquer motivos (por exemplo, analfabetismo ou inabilidade de compreensão das questões), presença de outros transtornos mentais referidos e gestantes ou puérperas.

Cálculo do tamanho amostral

O cálculo foi realizado utilizando o *software* WinPepi, ferramenta amplamente utilizada para cálculos estatísticos em epidemiologia. A estimativa foi baseada na prevalência de 5,8% para depressão no Brasil, conforme relatado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2017, no documento *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates* (World Health Organization, 2017). Essa prevalência se refere à proporção

de transtornos depressivos diagnosticados na população brasileira, sendo um valor adequado para estudos de base populacional focados em estimar sintomas depressivos. A prevalência de 5,8% foi escolhida como referência por ser uma estimativa oficial da OMS que considera transtornos depressivos clínicos, incluindo depressão maior e distímia, a partir de estudos conduzidos com maior rigor metodológico.

Para o cálculo do tamanho amostral, foi utilizada a seguinte fórmula padrão para estudos transversais com variáveis categóricas:

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

Onde n é o tamanho amostral; Z é o valor correspondente ao nível de confiança (para 95%, $Z = 1,96$); P é a prevalência esperada do desfecho de interesse (5,8%, ou 0,058); e E refere-se ao alpha (neste caso, cinco pontos percentuais ou 0,05). O valor resultante foi arredondado para 87 participantes, que corresponde ao número mínimo necessário para que a estimativa da prevalência fosse representativa da população estudada, com um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Para compensar possíveis perdas e recusas durante a coleta de dados, foi adicionado um acréscimo de 10% ao tamanho amostral mínimo calculado. A escolha de 10% como margem de segurança é uma prática comum em estudos epidemiológicos, especialmente em amostras de conveniência, como no presente estudo, em que existe o risco de não-resposta ou perda de dados devido à desistência dos participantes ou outros fatores imprevistos. Assim, ao acrescentar 10% ao total inicial de 87 participantes, o tamanho amostral final foi estimado em 97 indivíduos.

Coleta de dados

A pesquisa foi realizada na US Conceição entre setembro e outubro de 2020. A Unidade está localizada na zona norte de Porto Alegre, no bairro Cristo Redentor, e possui aproximadamente 17 mil pessoas cadastradas, sendo a maior em número de usuários e a segunda maior em dispensação de medicamentos das doze US vinculadas ao GHC (dados do Sistema de Informações em Saúde do GHC). Em relação aos recursos humanos, a US conta com cinco equipes de Saúde da Família (eSF) (compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), equipes de Saúde Bucal (eSB) (cirurgiões-dentistas e técnicos de saúde bucal) e apoio matricial de profissionais das áreas da psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, terapia ocupacional e psiquiatria. A amostragem foi por conveniência, na qual os pacientes foram abordados na sala de espera da US e convidados a participar do estudo, sendo encaminhados para a coleta de dados dentro da própria instituição. Todos os participantes assinaram e receberam uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Conceição (Parecer nº 4.330.381 e Parecer nº 4.367.219).

Os instrumentos aplicados na pesquisa incluíram a Escala de Risco Familiar (ERF) (Coelho; Savassi, 2004), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Beck *et al.*, 1961) e a aferição de medidas antropométricas. Além disso, utilizou-se um questionário sociodemográfico elaborado pela própria equipe de pesquisa, contendo informações como sexo, idade

(em anos), raça/cor (autorrelato), tempo de acompanhamento na US (em anos) e presença de histórico familiar de depressão (autorrelato).

As medidas antropométricas aferidas foram: peso (em kg) utilizando balança plataforma Filizola® (até 150 kg), previamente calibrada, com o participante em pé, descalço e com o mínimo de roupa; estatura (em metros) utilizando estadiômetro com o participante em pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com calcanhares, ombros e nádegas em contato com o estadiômetro e cabeça no plano de Frankfurt (borda inferior dos olhos alinhada horizontalmente com a margem superior do ouvido); circunferência da cintura (em centímetros) aferida no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca, utilizando fita inelástica; circunferência do braço (em centímetros) aferida no ponto médio entre a borda súpero-lateral do acrômio e a proeminência do olécrano, com o braço em um ângulo de 90° para marcação do ponto e deixando-o estendido e relaxado para aferição, utilizando fita métrica inelástica, e prega cutânea tricipital (em milímetros) aferida, em três repetições (usando como resultado final a média aritmética entre os três valores), no lado posterior do braço no ponto médio entre a borda súpero-lateral do acrômio e a proeminência do olécrano, utilizando adipômetro Cescorf®.

Para a definição do estado nutricional, os valores de peso e altura foram utilizados no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e classificado de acordo com os pontos de corte da OMS (World Health Organization, 1995): baixo peso (<18,5 kg/m²), eutrofia (18,5 a 24,9 kg/m²), sobrepeso (25 a 29,9 kg/m²), obesidade grau I (30 a 34,9 kg/m²), obesidade grau II (35 a 39,9 kg/m²) e obesidade grau III (≥40 kg/m²). Para a classificação do valor de circunferência da cintura (CC), também se utilizou os pontos de corte definidos pela OMS (World Health Organization, 2000): sem risco (<80 cm e <94cm), risco elevado (≥80 cm e ≥94 cm) e risco muito elevado (≥88 cm e ≥102 cm) para mulheres e homens, respectivamente. O uso dos valores de IMC e de CC foi combinado em categorias de risco à saúde descritas pela *National Institutes of Health* (National Institutes of Health, 2000), como demonstrado no Quadro 1. Esta classificação identifica risco aumentado para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, hipertensão e doenças cardiovasculares. A circunferência do braço (CB) e a prega cutânea tricipital (PCT) foram utilizadas para a avaliação da massa muscular, inseridas nas fórmulas de circunferência muscular do braço (CMB) e área muscular do braço (AMB), descritas a seguir: $CMB (cm) = CB (cm) - [0,314 \times PCT (mm)]$; $AMB \text{ para homens } (cm^2) = [(CMB)^2 / 12,56] - 10$; $AMB \text{ para mulheres } (cm^2) = [(CMB)^2 / 12,56] - 6,5$. As medidas de CB, PCT, CMB e AMB foram comparadas aos valores dos percentis definidos por Frisancho (2008) e classificadas de acordo com Blackburn e Thornton (1979).

Quadro 1 – Categorias de risco à saúde* pelas medidas de Índice de Massa Corporal e circunferência da cintura.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)	CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA (CC)	
	RISCO ELEVADO Mulheres ≥80 cm Homens ≥94 cm	RISCO MUITO ELEVADO Mulheres ≥88 cm Homens ≥102 cm
Baixo peso (<18,5 kg/m ²)	--	--
Eutrofia (18,5 a 24,9 kg/m ²)	--	--
Sobrepeso (25 a 29,9 kg/m ²)	Aumentado	Alto
Obesidade grau I (30 a 34,9 kg/m ²)	Alto	Muito alto
Obesidade grau II (35 a 39,9 kg/m ²)	Muito alto	Muito alto
Obesidade grau III (≥40 kg/m ²)	Extremamente alto	Extremamente alto

Fonte: NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). *The practical guide to the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults*. Bethesda, Maryland: NIH, 2000.

*Risco aumentado para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, hipertensão e doenças cardiovasculares.

A Escala de Risco Familiar foi utilizada para identificar o grau de exposição individual e familiar a fatores prejudiciais à saúde. Para coletar as informações requeridas pela escala, Coelho e Savassi (2004) sugerem o uso da ficha A do Sistema de Informação à Atenção Básica (SIAB) (Brasil, 2003), preenchida pelos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares para o cadastramento da família na US. A ficha A do SIAB contém informações de identificação da família e dos moradores, além da situação da moradia e outras informações adicionais que permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e planejar suas intervenções. A partir dos dados presentes na ficha A do SIAB, Coelho e Savassi (2004) definiram sentinelas de risco (situações de risco a que as famílias possam estar expostas no dia a dia), designando pontuações específicas para cada item. Pela restrição das visitas domiciliares devido à pandemia de COVID-19 e pela possibilidade de os dados estarem desatualizados, a equipe de pesquisa optou por elaborar um questionário a partir das 13 sentinelas de risco que compõem o instrumento. Cada sentinela foi adaptada para a formulação de uma pergunta, ou seja, ao invés de avaliar o preenchimento do item "pessoa acamada" a partir da ficha A do SIAB, foi realizado diretamente o questionamento ao participante "algum morador está acamado ou restrito ao leito no momento?" – ao responder “sim”, o participante pontua três pontos, se a resposta for “não”, zero pontos. A pontuação das sentinelas foi realizada da seguinte maneira: pessoa acamada, com deficiência física e/ou mental, com desnutrição grave e baixas condições de saneamento correspondem a três pontos para cada item presente; drogadição e desemprego correspondem a dois pontos para cada item presente; analfabetismo, criança menor de 6 meses, idoso maior de 70 anos, pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus correspondem a um ponto para cada item presente. A relação morador/cômodo (número de moradores do domicílio dividido pelo número de cômodos na residência) receberá três pontos se for maior que um, dois pontos se for igual a um e um ponto se for menor que um. O escore total será classificado em: sem risco (0 a 4 pontos), risco menor (5 ou 6 pontos), risco médio (7 ou 8 pontos) e risco máximo (acima de 9 pontos) (Coelho; Savassi, 2004).

Para avaliação da presença de sintomas depressivos, foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck, um questionário autoaplicável composto por 21 grupos de afirmações que englobam aspectos cognitivos-afetivos e somáticos. Cada grupo de afirmações apresenta alternativas de intensidade de 0 a 3. A soma do escore pode variar de 0 a 63 pontos, utilizados para definir as seguintes categorias de gravidade de sintomas depressivos: sem depressão/depressão mínima (0 a 9), depressão leve a moderada (10 a 18), depressão moderada a grave (19 a 29) e depressão grave (30 a 63) (Beck; Steer; Carbin, 1988). Os dados dos participantes que assinalaram às pontuações 1, 2 e 3 do item I do Inventário de Depressão de Beck (referentes à ideação suicida), mesmo os que não tenham atingido o escore de 10 pontos (sintomas depressivos leves a moderados), e os participantes que atingiram um escore acima de 30 pontos (sintomas depressivos graves) foram encaminhados aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde Conceição para posterior avaliação e acompanhamento.

Análise estatística

Os dados foram digitados em um banco de dados criado no programa Excel. Para a análise estatística foi utilizado o programa *IBM SPSS Statistics*® versão 25.0. A estatística descritiva foi obtida através de medidas de posição e dispersão, como média e desvio padrão para as variáveis numéricas e frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. A comparação das médias dos escores do Inventário de Beck e da Escala de Risco Familiar em relação às variáveis sociodemográficas foi realizada através do teste t de Student ou ANOVA. A análise multivariada, ajustada para variáveis potencialmente confundidoras, utilizou a Regressão de Poisson. O nível de significância considerado foi de 5%.

RESULTADOS

O estudo incluiu um total de 98 participantes com média (\pm desvio-padrão) de idade de $42,8 \pm 11,9$ anos. A amostra era predominantemente de raça/cor branca (84,7%), do sexo feminino (83,7%) e com faixa etária entre 46 e 59 anos (43,9%). Um participante não finalizou a coleta de dados por desistência. O tempo médio (\pm desvio-padrão) de acompanhamento na US foi de $12,5 \pm 11,7$ anos.

Em relação à Escala de Risco Familiar, 68,4% (IC95% 55,0 - 82,4; n = 67) dos participantes foram classificados como sem risco, 21,4% (IC95% 9,3 - 33,5; n = 21) como risco menor, 9,2% (IC95% 0,66% - 17,7; n = 9) como risco médio e 1% (IC95% 0 - 3,9; n = 1) como risco maior. A média (\pm desvio-padrão) do escore ERF da amostra foi de $3,9 \pm 2,0$ (IC95% 3,5 - 4,3). Não houve diferença estatisticamente significativa nas médias da ERF entre os grupos das variáveis analisadas (sexo, faixa etária, raça/cor e histórico familiar de depressão), conforme descrito na Tabela 1. Sobre as questões avaliadas para definição do escore da ERF, todos os participantes (n = 98) referiram possuir água potável e saneamento básico em suas residências e 75,6% (IC95% 62,9 - 88,3; n = 75) dos participantes dividiam a moradia com até duas pessoas. As demais questões da ERF são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Questões avaliadas pela Escala de Risco Familiar (Savassi *et al.*) em adultos em acompanhamento na Unidade de Saúde Conceição (n = 98). Porto Alegre, Brasil, 2020.

PRESENÇA DE MORADOR NA RESIDÊNCIA	TOTAL (n = 98)	
	PARTICIPANTES QUE RESPONDERAM “SIM” n (%)	IC95%
Com diabetes	18 (18,4)	7,0 - 29,8
Com hipertensão arterial	43 (43,9)	28,8 - 58,0
Idoso com mais de 70 anos	17 (17,3)	6,1 - 28,5
Recém-nascido com menos de 6 meses de idade	3 (3,1)	0 - 8,2
Desempregado no momento	48 (49,0)	34,2 - 63,8
Analfabeto (adulto)	2 (2,0)	0 - 6,1
Alcoólatra, tabagista ou dependente químico	30 (30,6)	17,0 - 44,2
Acamado	2 (2,0)	0 - 6,1
Com deficiência física	5 (5,1)	0 - 11,6
Com deficiência mental	2 (2,0)	0 - 6,1

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

Abreviações: IC95%, intervalo de confiança de 95%.

A prevalência de sintomas depressivos na amostra do estudo foi de 55,1% (IC95% 40,4 - 69,8; n = 54); destes, 38,9% (IC95% 24,5 - 53,3; n = 21) obtiveram escore leve a moderado, 40,7% (IC95% 26,2 - 55,2; n = 22) apresentaram escore moderado a grave e 20,4% (IC95% 8,5 - 32,3; n = 11) foram classificados como escore grave. A média (\pm desvio-padrão) da pontuação na amostra em relação ao escore BDI foi de $13,9 \pm 9,9$ (IC95% 11,9 - 15,8). Na Tabela 2, são apresentados os dados de escores médios do BDI e da ERF estratificados de acordo com as características sociodemográficas. Os participantes com presença de histórico familiar de depressão apresentaram maior média no escore BDI, com diferença estatisticamente significativa em comparação ao grupo sem histórico familiar de depressão ($18,5 \pm 9,1$ vs $9,2 \pm 8,4$; $p \leq 0,001$). Os participantes de raça/cor não-branca obtiveram uma diferença na média do escore BDI de 4,5 pontos a mais em relação ao grupo de raça/cor branca, mas esse valor não foi estatisticamente significativo ($17,7 \pm 9,7$ vs $13,2 \pm 9,8$; $p = 0,11$), assim como as diferenças nas médias do escore entre os grupos das outras variáveis (sexo e faixa etária).

Tabela 2 – Médias dos escores do Inventário de Beck e da Escala de Risco Familiar (Savassi *et al.*) segundo as características sociodemográficas de adultos em acompanhamento na Unidade de Saúde Conceição (n = 98). Porto Alegre, Brasil, 2020.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA		ESCORE BDI			ESCORE ERF		
	n (%)	IC95%	Média ± DP	IC95%	P-valor ^a	Média ± DP	IC95%	P-valor ^a
Sexo								
Masculino	16 (16,3)	5,4 - 27,2	14,9 ± 9,5	13,0 - 16,8	0,64*	3,8 ± 2,0	3,4 - 4,2	0,80*
Feminino	82 (83,7)	72,8 - 94,6	13,6 ± 10,0	11,6 - 15,6		3,9 ± 2,1	3,5 - 4,3	
Faixa etária								
18 a 25 anos	10 (10,2)	1,3 - 19,1	13,0 ± 8,8	11,3 - 14,7	0,70#	4,6 ± 1,7	4,3 - 4,9	0,47#
26 a 35 anos	17 (17,3)	6,1 - 28,5	15,6 ± 8,7	13,9 - 17,3		4,2 ± 2,5	3,7 - 4,7	
36 a 45 anos	28 (28,6)	15,2 - 42,0	14,9 ± 11,0	12,7 - 17,1		3,6 ± 2,0	3,2 - 4,0	
46 a 59 anos	43 (43,9)	29,2 - 58,6	12,7 ± 10,0	10,7 - 14,7		3,7 ± 1,9	3,3 - 4,1	
Raça/cor								
Branca	83 (84,7)	74,1 - 95,3	13,2 ± 9,8	11,3 - 15,1	0,11*	3,8 ± 2,0	3,4 - 4,2	0,50*
Não branca	15 (15,3)	4,7 - 25,9	17,7 ± 9,7	15,8 - 19,6		4,2 ± 2,1	3,8 - 4,6	
Histórico familiar de depressão								
Sim	49 (50,0)	35,2 - 64,8	18,5 ± 9,1	16,7 - 20,3	≤0,001*	4,1 ± 2,2	3,7 - 4,5	0,26*
Não	49 (50,0)	35,2 - 64,8	9,2 ± 8,4	7,5 - 10,9		3,6 ± 1,9	3,2 - 4,0	

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

Abreviações: n, número de participantes; IC95%, intervalo de confiança de 95%; BDI, Inventário de Beck; ERF, Escala de Risco Familiar; DP, desvio-padrão. ^aP-valor <0,05 foi considerado estatisticamente significativo. *Teste t de Student. # Teste ANOVA.

Em análise multivariada por Regressão de Poisson, foi observada associação estatisticamente significativa entre a presença de histórico familiar de depressão e a presença de sintomas depressivos, com razão de prevalência de 1,55 (IC95%, 1,27 - 1,91; p ≤ 0,001). Não houve significância estatística para a relação entre a presença de sintomas depressivos e as demais variáveis de interesse, como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Razão de prevalência entre a presença de sintomas depressivos (≥ 10 pontos) pelo Inventário de Beck e fatores associados, ajustada em análise multivariada por Regressão de Poisson (n = 98). Porto Alegre, Brasil, 2020.

VARIÁVEL	RP(a)	IC95%	P-valor ^a
Idade †	0,99	0,98 - 1,01	0,25
Sexo			
Masculino	1,00	-	-
Feminino	0,85	0,58 - 1,24	0,39
Raça/cor			
Não-branco	1,00	-	-
Branco	0,86	0,64 - 1,16	0,33
HF de depressão			
Ausente	1,00	-	-
Presente	1,55	1,27 - 1,91	$\leq 0,001$
Escala de Risco Familiar			
Ausente	1,00	-	-
Presente	1,00	0,95 - 1,06	0,89
Tempo na US			
< 12,5 anos	1,00	-	-
$\geq 12,5$ anos	1,00	0,99 - 1,00	0,55
IMC			
< 25 kg/m ²	1,00	-	-
≥ 25 kg/m ²	1,01	0,99 - 1,03	0,61

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

Nota: A associação entre sintomas depressivos e cada variável foi ajustada para todas as outras variáveis presentes na Tabela 3. Abreviações: RP(a), razão de prevalência ajustada; IC95%, intervalo de confiança de 95%; HF, histórico familiar; US, Unidade de Saúde; IMC, Índice de Massa Corporal. ^aP-valor <0,05 foi considerado estatisticamente significativo. † Variável 'Idade' foi analisada enquanto variável categórica ordinal, de acordo com as seguintes faixas etárias: 18 a 25 anos (referência); 26 a 35 anos; 36 a 45 anos e 46 a 59 anos.

Na Tabela 4, são apresentadas as características antropométricas da amostra de acordo com a presença de sintomas depressivos a partir da classificação do escore BDI. Os participantes com escore menor que 10 pontos foram classificados como “sem sintomas depressivos” e os participantes com escore maior ou igual a 10 pontos foram classificados como “sintomas depressivos leves a graves”. Foi utilizado o peso referido de um dos participantes em razão de seu peso corporal estar acima do limite máximo da balança utilizada (>150 kg); o peso elevado também impossibilitou a aferição da prega cutânea tricípital e consequentes cálculos de circunferência muscular do braço e área muscular do braço. Não houve diferença estatisticamente significativa nas médias das medidas antropométricas aferidas entre os grupos com e sem sintomas depressivos. Em relação à avaliação de risco à saúde pelos valores de IMC e de CC, 36,7% (IC95% 22,5 - 50,9; n = 36) dos participantes foram classificados como sem risco e 63,3% (IC95% 49,1 - 77,5; n = 62) como com risco; destes, 9,7% (IC95% 1,0 - 18,4; n = 6) apresentaram risco aumentado, 29,0% (IC95% 15,6 - 42,4; n = 18) risco alto, 58,1% (IC95% 43,5 - 72,7; n = 36) risco muito alto e 3,2% (IC95% 0 - 8,4; n = 2) risco extremamente alto.

Tabela 4 – Características antropométricas de adultos em acompanhamento na Unidade de Saúde Conceição de acordo com a presença de sintomas depressivos pelo Inventário de Beck (n = 98). Porto Alegre, Brasil, 2020.

MEDIDA ANTROPOMÉTRICA	SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS (ESCORE BDI < 10, n = 44)		SINTOMAS DEPRESSIVOS LEVES A GRAVES (ESCORE BDI ≥ 10, n = 54)		TOTAL (n = 98)		P-valor ^a
	ESTIMATIVA PONTUAL	IC95%	ESTIMATIVA PONTUAL	IC95%	ESTIMATIVA PONTUAL	IC95%	
IMC (kg/m²), média ± DP	27,9 ± 5,0	26,9 - 28,9	29,2 ± 6,2	28,0 - 30,4	28,6 ± 5,7	27,5 - 29,7	0,20
Eutrofia, n (%)	14 (45,2)	30,5 - 60,0	17 (54,8)	41,5 - 68,1	31 (31,6)	22,4 - 40,8	
Sobrepeso, n (%)	17 (58,6)	44,0 - 73,2	12 (41,4)	28,3 - 54,5	29 (29,6)	20,6 - 38,6	
Obesidade grau I, n (%)	7 (28,0)	14,7 - 41,3	18 (72,0)	60,0 - 84,0	25 (25,5)	16,9 - 14,1	
Obesidade grau II, n (%)	6 (54,5)	39,8 - 69,2	5 (45,5)	32,2 - 58,8	11 (11,2)	5,0 - 17,4	
Obesidade grau III, n (%)	0 (0,0)	--	2 (100,0)	--	2 (2,0)	0,0 - 4,8	
Circunferência da cintura (cm), média ± DP	93,1 ± 13,7	90,4 - 95,9	95,7 ± 18,5	92,0 - 99,4	94,6 ± 16,5	91,3 - 97,9	0,31
Sem risco, n (%)	10 (38,5)	24,1 - 52,9	16 (61,5)	48,5 - 74,5	26 (26,5)	17,8 - 35,2	
Risco elevado, n (%)	9 (64,3)	50,1 - 78,5	5 (35,7)	22,9 - 48,5	14 (14,3)	7,4 - 21,2	
Risco muito elevado, n (%)	25 (43,1)	28,5 - 57,7	33 (56,9)	43,7 - 70,1	58 (59,2)	49,5 - 68,9	
Circunferência do braço (cm), média ± DP	31,9 ± 4,4	31,1 - 32,8	32,9 ± 4,9	31,9 - 33,9	32,5 ± 4,7	31,6 - 33,4	0,20
Depleção, n (%)	6 (46,2)	31,5 - 60,9	7 (53,8)	40,5 - 67,1	13 (13,2)	6,5 - 19,9	
Eutrofia, n (%)	21 (51,2)	36,4 - 66,0	20 (48,8)	35,5 - 62,1	41 (41,8)	32,0 - 51,6	
Sobrepeso, n (%)	8 (42,1)	27,5 - 56,7	11 (57,9)	44,7 - 71,1	19 (19,4)	11,6 - 27,2	
Obesidade, n (%)	9 (36,0)	21,8 - 50,2	16 (64,0)	51,2 - 76,8	25 (25,5)	16,9 - 34,1	
Prega cutânea tricipital (mm), média ± DP	26,5 ± 7,1	25,1 - 27,9	26,6 ± 9,4*	24,7 - 28,4	26,6 ± 8,4#	24,9 - 28,3	0,90
Depleção, n (%)	6 (35,3)	21,2 - 49,4	11 (64,7)	52,0 - 77,4	17 (17,5)	10,0 - 25,0	
Eutrofia, n (%)	7 (38,9)	24,5 - 53,3	11 (61,1)	48,1 - 74,1	18 (18,6)	10,9 - 26,3	
Sobrepeso, n (%)	6 (66,7)	52,8 - 80,6	3 (33,3)	20,7 - 45,9	9 (9,3)	3,5 - 15,1	
Obesidade, n (%)	25 (47,2)	32,4 - 62,0	28 (52,8)	39,5 - 66,1	53 (54,6)	44,7 - 64,5	
Circunferência muscular do braço (cm), média ± DP	23,6 ± 3,5	22,9 - 24,3	23,7 ± 4,8*	22,8 - 24,7	23,7 ± 4,3#	22,8 - 24,6	0,80
Depleção moderada, n (%)	2 (66,7)	52,8 - 80,6	1 (33,3)	20,7 - 45,9	3 (3,1)	0,0 - 6,5	
Depleção leve, n (%)	8 (66,7)	52,8 - 80,6	4 (33,3)	20,7 - 45,9	12 (12,4)	5,9 - 18,9	
Eutrofia, n (%)	34 (41,5)	26,9 - 56,1	48 (58,5)	45,4 - 71,6	82 (84,5)	77,3 - 91,7	
Área muscular do braço (cm²), média ± DP	38,3 ± 13,5	35,6 - 41,0	39,8 ± 14,3*	37,0 - 42,6	39,1 ± 13,9#	36,3 - 41,9	0,40
Depleção grave, n (%)	4 (50,0)	35,2 - 64,8	4 (50,0)	36,7 - 63,3	8 (8,3)	2,8 - 13,8	
Depleção leve, n (%)	8 (80,0)	68,2 - 91,8	2 (20,0)	9,3 - 30,7	10 (10,3)	4,3 - 16,3	
Eutrofia, n (%)	32 (40,5)	26,0 - 55,0	47 (59,5)	46,4 - 72,6	79 (81,4)	73,7 - 89,1	

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

Abreviações: BDI, Inventário de Beck; n, número de participantes; IC95%, intervalo de confiança de 95%; IMC, Índice de Massa corporal; DP, desvio-padrão. ^aP-valor <0,05 foi considerado estatisticamente significativo. *n = 53 e #n = 97 devido a impossibilidade de aferir a prega cutânea tricipital pelo peso extremo do paciente.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram alta prevalência de sintomas depressivos entre a amostra por conveniência de adultos em acompanhamento na US Conceição, com predomínio de participantes do sexo feminino. A elevada participação de pessoas do sexo feminino pode ser atribuída à menor busca por serviços de saúde por parte dos homens, relacionada aos papéis a serem exercidos para que se ateste a identidade de gênero masculino (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007). Na literatura científica, encontra-se uma maior ocorrência de sintomatologia depressiva entre mulheres (Baptista; Baptista; Oliveira, 1999), o que não foi completamente corroborado neste estudo - os participantes do sexo masculino apresentaram uma média superior no escore BDI em relação às mulheres (diferença de cerca de 1,3 pontos), no entanto, a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa. Embora o Inventário de Depressão de Beck não seja capaz de realizar o diagnóstico de depressão, a elevada proporção de sintomas depressivos entre os participantes indica uma alta demanda do cuidado em saúde mental, a qual pode ser subnotificada pela dificuldade na identificação da doença (Docherty, 1997).

O principal achado do estudo foi a associação entre a presença de sintomas depressivos e o histórico familiar de depressão. Outros estudos na literatura também descrevem a história familiar como um fator de risco para a depressão (Janzing *et al.*, 2009; Sullivan; Neale; Kendler, 2000). Em uma investigação comunitária com mais de sete mil participantes, os indivíduos com diagnóstico de depressão tinham o dobro de chances de possuir um familiar de primeiro grau com depressão em relação aos participantes sem diagnóstico da doença (Janzing *et al.*, 2009). Apesar de ser uma associação pouco explorada em estudos brasileiros, especialmente no contexto da APS, estudos internacionais identificaram associação positiva entre história familiar e a presença de sintomas depressivos, assim como o resultado apontado em nosso estudo (Torzsa *et al.*, 2009; Holma *et al.*, 2011). No entanto, é importante pontuar que apesar de ser um distúrbio familiar e apresentar carga genética, a depressão é uma doença complexa e multifatorial que também é influenciada por aspectos ambientais (Sullivan; Neale; Kendler, 2000).

Apesar da existência de outros estudos que se propuseram a avaliar a prevalência de sintomas depressivos, há dificuldade para comparações devido às diferenças nas populações avaliadas, nos instrumentos utilizados e pela ausência de definição em relação aos pontos de corte. Neste estudo, foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck, um instrumento traduzido e validado para o português e amplamente utilizado para o rastreamento de sintomas depressivos (Gorenstein; Andrade, 1998; Cunha, 2001). No entanto, não há clara definição sobre os pontos de cortes a serem utilizados para distinguir os níveis dos sintomas depressivos que podem variar dependendo da amostra em estudo. Outros artigos também aplicaram os pontos de corte usados neste estudo, mas deve-se ter cautela nas inferências devido à referência original ter sido empregada em pacientes com transtorno afetivo, o que pode limitar a generalização do seu uso (Beck; Steer; Carbin, 1988). Dentre os estudos que avaliaram a prevalência de depressão na APS, uma investigação multicêntrica encontrou um percentual de 21,4% em Porto Alegre (Gonçalves *et al.*, 2014), resultado semelhante a um estudo de Pelotas que identificou o transtorno em 23,9% dos usuários das US avaliadas (Molina *et al.*, 2012). Já entre as investigações que buscaram apenas a prevalência dos sintomas depressivos utilizando o Inventário de Depressão de Beck, os achados foram similares aos encontrados neste estudo, com percentuais de 41,3% entre estudantes de medicina (Mayer *et al.*, 2016) e

49,2% entre mulheres com câncer de mama (Boing *et al.*, 2019). É possível que o período da coleta do presente estudo (setembro e outubro - meses de primavera) possa ter influenciado nos resultados de prevalência de sintomas depressivos, uma vez que há descrito na literatura científica os efeitos da sazonalidade em sintomas/comportamentos depressivos (D’Incao; Gastaud, 2015). No entanto, em um estudo conduzido em Porto Alegre, não foi encontrada associação entre a sintomatologia depressiva e a estação do ano em que o paciente buscou atendimento, o que pode estar relacionado à menor variação na quantidade de horas de luz durante o inverno no Rio Grande do Sul em comparação com países do hemisfério norte, onde os efeitos da sazonalidade tendem a ser mais marcantes (D’Incao; Gastaud, 2015).

Em relação à Escala de Risco Familiar, cerca de 1/3 da amostra apresentou algum grau de risco (menor, médio ou maior), achado semelhante ao estudo realizado em uma US na zona sul do município de Porto Alegre, no qual 31,5% das famílias participantes apresentaram risco pela escala (Nakata *et al.*, 2013). Em um estudo realizado no Paraná, o percentual de famílias com risco foi de 11,2% (Rego *et al.*, 2016), e em uma investigação no Espírito Santo, a proporção de risco familiar foi de 55,4% (Nascimento *et al.*, 2010). Tais diferenças refletem a variabilidade nos determinantes sociais e destacam a importância do conhecimento da região abrangente da US para um melhor planejamento das ações em saúde. As sentinelas mais prevalentes neste estudo foram desemprego, hipertensão arterial e drogadição. O estudo foi realizado entre os meses com maiores taxas de desemprego no Brasil após o início da pandemia de COVID-19, o que pode ter acentuado a proporção de respostas positivas para esta questão (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020). Em um estudo com o objetivo de caracterizar os usuários da APS no Brasil, houve predominância do sexo feminino (75,8%) e a hipertensão foi a condição crônica mais referida (38,6%), além da região Sul ter apresentado a maior proporção de tabagistas (38%) e de indivíduos com consumo de bebida alcoólica de pelo menos uma vez ao mês (40,6%), dados que corroboram os achados deste estudo (Guibu *et al.*, 2017). A ERF demonstrou ser um instrumento simples e de fácil aplicação, porém outras sentinelas que não estão presentes na ficha A do SIAB (instrumento base para a classificação da ERF) poderiam ser incluídas para uma classificação mais adequada de risco, como crianças menores de dois anos, gestantes, beneficiários do Programa Bolsa Família e a redução da idade de idosos para 60 anos (Souza *et al.*, 2013).

Embora este estudo não tenha identificado associação estatisticamente significativa entre a presença de sintomas depressivos e o excesso de peso, destaca-se a predominância de participantes com sobrepeso e obesidade e os altos índices de indivíduos com risco pela medida de IMC e CC. As médias de ambas medidas ficaram acima dos valores considerados adequados pela OMS (World Health Organization, 1995; World Health Organization, 2000). A alta proporção de sobrepeso observada é consistente com os índices crescentes de excesso de peso no Brasil, que chegam a 60,3% entre adultos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020), e reforça a necessidade de uma maior atenção dentro da APS para a prevenção e manejo desta condição, que apresenta um maior risco para o desenvolvimento de comorbidades e elevados custos para o sistema de saúde (World Health Organization, 2000). A hipótese da relação entre sintomas depressivos e excesso de peso pode não ter sido identificada em razão da causalidade reversa, uma vez que tal associação tem sido assumida a partir de estudos transversais e com baixa qualidade metodológica, além da especificidade da população estudada (Pereira-Miranda *et al.*, 2017). A ausência de associação estatisticamente significativa pode também ser justificada pelo poder estatístico do estudo, que foi originalmente dimensionado para estimar a prevalência de sintomas depressivos. Alternativamente,

a realização de um cálculo de tamanho amostral com base nas análises de regressão seria capaz de dimensionar a amostra com a finalidade de identificar fatores de associação, e, portanto, é possível que os resultados estatísticos fossem mais precisos.

De maneira geral, as limitações do estudo incluem a coleta em apenas uma US e a não inclusão de variáveis que poderiam tornar os dados sobre a amostra mais informativos, como nível de escolaridade e renda familiar. Considerando que os participantes estavam aguardando consultas médicas na US, optou-se por tornar o questionário sociodemográfico menos extenso devido à demanda de tempo exigida para o preenchimento da ERF, do BDI e para a aferição das medidas antropométricas. Tais informações poderiam caracterizar melhor a amostra e é possível que a adição de variáveis sociodemográficas como covariáveis pudesse modificar a magnitude das associações observadas. No entanto, a ERF é capaz de capturar em algum grau as informações sociodemográficas que não foram diretamente coletadas, pois inclui informações relacionadas ao desemprego, analfabetismo, condições de saneamento e relação morador/cômodo. Sendo assim, a variável ERF pode ser considerada, até certo ponto, um indicador substituto para fatores sociodemográficos, mitigando essa limitação. Ademais, apesar do número do cálculo amostral ter sido atingido, é possível que a quantidade de participantes incluídos tenha sido insuficiente para demonstrar outras associações secundárias buscadas no estudo. Devido à ausência de amostragem aleatória, é possível que a amostra no presente estudo não seja representativa dos usuários de Unidades de Saúde em Porto Alegre, o que limita a generalização dos resultados observados a populações circunscritas no padrão médio de características dos participantes aqui estudados.

Os pontos fortes deste trabalho incluem o delineamento adequado para a questão de pesquisa e o rigor metodológico dos procedimentos realizados na coleta de dados, além das medidas terem sido avaliadas por uma única entrevistadora treinada e familiarizada com os instrumentos, excluindo viés de aferição e garantindo maior precisão dos resultados por variabilidade entre avaliadores. Além disso, o estudo contribui com dados relevantes para o entendimento e caracterização epidemiológica de uma população cujos dados são escassos e estudados de maneira heterogênea na literatura, especialmente relativos a sintomas depressivos e risco familiar, através de instrumentos validados.

CONCLUSÃO

A alta prevalência de sintomas depressivos na população estudada e sua forte associação com histórico familiar sugerem que a investigação rotineira do histórico familiar seja uma medida simples e eficiente para a identificação de indivíduos com risco de depressão no contexto da APS, o que deve ser investigado em futuros estudos dimensionados e desenhados para validação do valor preditivo deste rastreo. Os achados também ressaltam a importância de fortalecer o cuidado em saúde mental na APS, investindo na qualificação da formação dos profissionais em saúde e em ações de educação permanente. Tais iniciativas são fundamentais para superar barreiras como o estigma e a falta de conhecimento, permitindo um rastreamento mais eficiente de pacientes com sintomas depressivos e assegurando um atendimento integral e humanizado.

Referências

- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; OLIVEIRA, M. das G. de; Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 143-156, 1999. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1999000200005. Acesso em: 9 set. 2024.
- BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, [s. l.], v. 4, n. 6, p. 561-571, 1961. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- BECK, A. T.; STEER, R. A.; CARBIN, M. G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, Nova Iorque, v. 8, n. 1, p. 77-100, 1988. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5). Acesso em: 26 ago. 2024.
- BLACKBURN, G. L.; THORNTON, P. A. Nutritional assessment of the hospitalized patient. **The Medical Clinics of North America**, [s. l.], v. 63, n. 5, p. 11103-11115, 1979. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(16\)31663-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)31663-7). Acesso em: 26 ago. 2024.
- BOING, L. *et al.* Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, p. 30, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/x9kZGNwptwyVzSrxHbjv5LM/?lang=en>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Saude_mental_na_atencao_basica__o_vinculo_e_o_dialogo_necessario/48. Acesso em: 26 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/siab/downloads/manual.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104). Acesso em: 26 ago. 2024.
- CORSO, A. N. *et al.* Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 257-262, 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/7317>. Acesso em: 9 set. 2024.
- COUTINHO, M. F. C.; O'DWYER, G.; FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 148-161, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811612>. Acesso em: 9 set. 2024.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 21, p. 6-11, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- D'INCAO, D. B.; GASTAUD, M. B. Investigando a associação entre sintomas e queixas depressivas com as estações do ano. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 27, n. 2, p. 152-159, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/896>. Acesso em 9 set. 2024.
- DOCHERTY, J. P. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. **The Journal of Clinical Psychiatry**, [s. l.], v. 58, p. 5-10, 1997. Supl. 1. Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/jcp/barriers-diagnosis-depression-primary-care/>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- FRISANCHO, A. R. **Anthropometric standards: an interactive nutritional reference of body size and body composition for children and adults**. 2nd ed. Michigan: The University of Michigan Press, 2008.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>. Acesso em 9 set. 2024.
- GONÇALVES, A. M. C. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-208500000192>. Acesso em: 9 set. 2024.
- GONÇALVES, D. A. *et al.* Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158412>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. de. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998. Disponível em: <https://tosaedefuncional.com/wp-content/uploads/2013/03/inventc3a1rio-de-depressc3a3o-de-beck-propriedades-psicomc3a9tricas-da-versc3a3o-em-portuguc3aas.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.

- GUIBU, I. A. *et al.* Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, p. 17s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZQ69PVkZHJKn64RZGRRBWjG/>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- HOLMA, K. M. *et al.* Family history of psychiatric disorders and the outcome of psychiatric patients with DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, [s. l.], v. 131, n. 1-3, p. 251-259, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.12.016>. Acesso em: 9 set. 2024.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde de 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101772.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios PNAD COVID19 (outubro/2020)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101772.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- JANZING, J. G. E. *et al.* Familiality of depression in the community: associations with gender and phenotype of major depressive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, [s. l.], v. 44, n. 12, p. 1067-1074, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0026-4>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- LORANT, V. *et al.* Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, [s. l.], v. 157, n. 2, p. 98-112, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- MACEDO, T. T. S. de *et al.* Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 505-510, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xNzyMF7PDsyX8JkcxKxK8Bd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- MARCELINO, E. M. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e condições de saúde em idosos atendidos na atenção primária à saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 36, e45832, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45832>. Acesso em: 9 set. 2024.
- MAYER, B. F. *et al.* Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Medical Education*, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0791-1>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- MOLINA, M. R. A. L. *et al.* Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- MOURA, F. M. N. *et al.* Potencialidades e desafios para a aplicação da escala de risco familiar na atenção primária em saúde. *Journal of Health and Biological Sciences*, [s. l.], v. 3, n. 4, p. 218-223, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v3i4.201.p218-223.2015>. Acesso em: 9 set. 2024.
- NAKATA, P. T. *et al.* Classification of family risk in a family health center. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1088-1095, set./out. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000500011>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- NASCIMENTO, F. G. do *et al.* Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2465-2472, ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500021>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **The practical guide to the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults**. Bethesda, Maryland: NIH, 2000. Disponível em: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf. Acesso em: 26 ago. 2024.
- OKIDO, A. C. C. *et al.* Factors associated with family risk of children with special health care needs. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 52, e03377, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017048703377>. Acesso em 9 set. 2024.
- PEREIRA-MIRANDA, E. *et al.* Overweight and obesity associated with higher depression prevalence in adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Nutrition*, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 223-233, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07315724.2016.1261053>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- REGO, A. da S. *et al.* Estratificação de risco familiar no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v. 10, n. 3, p. 977-984, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/11048>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- SILVA, B. A. B. da *et al.* Depressão em gestantes atendidas na atenção primária à saúde. *Cogitare enferm*, [s. l.], v. 25, e69308, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.69308>. Acesso em: 9 set. 2024.
- SILVA, T. M. R. da; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. de C. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 935-943, set./out. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500016>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- SILVA JUNIOR, J. S. da; FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 186-190, fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004802>. Acesso em: 26 ago. 2024.

- SOUZA, E. C. de *et al.* Classificação de famílias segundo situações de risco. **Cogitare Enferm.**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v18i1.31302>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- SULLIVAN, P. F.; NEALE, M. C.; KENDLER, K. S. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. **American Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 157, n. 10, p. 1552-1562, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- TAYLOR, V. H. *et al.* The impact of obesity on quality of life. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 139-146, Apr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.04.004>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- TORZSA, P. *et al.* Family history of suicide: a clinical marker for major depression in primary care practice?. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 117, n. 3, p. 202-204, Oct. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.008>. Acesso em 9 set. de 2024.
- VILLA NOVA, F. A. *et al.* Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-9, jan./mar. 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf.10\(34\)970](https://doi.org/10.5712/rbmf.10(34)970). Acesso em 9 set. de 2024.
- VON ELM, E. *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **British Medical Journal**, [s. l.], v. 335, n. 7624, p. 806-808, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/37003>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/42330>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders:** global health estimates. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>. Acesso em: 26 ago. 2024.

Fonte de financiamento

Financiamento próprio.

Contribuição dos autores

Andressa Amaral Dariva - concepção e planejamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração ou revisão do manuscrito, aprovação da versão final, responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Natália Miranda Jung - concepção e planejamento do estudo, elaboração ou revisão do manuscrito, aprovação da versão final.

Viviane Pessi Feldens - concepção e planejamento do estudo, elaboração ou revisão do manuscrito, aprovação da versão final.

Daniele Botelho Vinholes - concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração ou revisão do manuscrito, aprovação da versão final, responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Responsabilidade editorial

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Mariangela Kraemer Lenz Ziede
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Recebido em: 20/07/2024

Aceito em: 05/10/2024

Publicado em: 14/10/2024