# UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



#### Dissertação de mestrado

# Prevalência e fatores associados à depressão em adultos da zona rural de Pelotas-RS

**Roberta Hirschmann** 

Pelotas, RS

2016

#### **ROBERTA HIRSCHMANN**

## Prevalência e fatores associados à depressão em adultos da zona rural de Pelotas-RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helen Gonçalves Coorientadora: Me. Ana Paula Gomes

Pelotas, RS

#### Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas Catalogação na Publicação

#### H669p Hirschmann, Roberta

Prevalência e fatores associados à depressão em adultos da zona rural de Pelotas-RS / Roberta Hirschmann; Helen Gonçalves, orientadora; Ana Paula Gomes, coorientadora. — Pelotas, 2016.

124 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

Epidemiologia. 2. Saúde mental. 3. Depressão. 4.
 Adulto. 5. Estudos transversais. I. Gonçalves, Helen, orient.
 II. Gomes, Ana Paula, coorient. III. Título.

CDD: 614.4

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

#### **BANCA EXAMINADORA:**

#### Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Helen Gonçalves (Orientadora)

Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – Universidade Federal de Pelotas

#### Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Elaine Tomasi

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – Universidade Federal de Pelotas

#### Prof<sup>o</sup> Dr. Christian Loret de Mola Zanatti

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas

#### **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar a Deus pelo dom da vida e por ter me permitido chegar até aqui.

Aos meus pais e minha irmã, agradeço pelo apoio incondicional e pelo amor que sempre me dispensaram – não só durante esta etapa, mas por toda a vida. Obrigada pelos abraços apertados e as conversas que me tranquilizavam nos momentos de aflição e por me fazerem acreditar que tudo daria certo.

Ao Francis, que esteve ao meu lado todo o tempo. Obrigada pelo incentivo, pelo exemplo de dedicação e determinação e, pela cumplicidade. Vocês me dão forças para seguir em frente!

Aos meus avós, Ricardo (*in memorian*) e Irena aos quais devo muito pela pessoa que me tornei. Cada olhar, cada gesto e o exemplo de respeito e amor ao próximo e a Deus eu levarei para sempre comigo.

À minha orientadora Helen Gonçalves, pelos ensinamentos e disponibilidade, pelas orientações e minuciosas revisões que muito contribuíram para minha formação. À ti, minha sincera gratidão e admiração.

À Ana Paula Gomes, que além de uma ótima coorientadora, foi uma grande amiga nesta trajetória. Obrigada pela disponibilidade e atenção, por me fazer acreditar em mim mesma e por estar sempre pronta a me ajudar.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, por todos os conhecimentos transmitidos. Aprendi muito com vocês.

Aos colegas do mestrado, que se tornaram queridos amigos ao longo dessa caminhada. Com certeza a nossa amizade, companheirismo, trabalho mútuo, dedicação e a vontade de fazer dar certo fizeram com que chegássemos com êxito, ao final dessa jornada.

Agradeço a todos aqueles que participaram do nosso estudo, pela disponibilidade e pela forma carinhosa com que nos receberam em suas residências e aos demais que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho... Muito obrigada!



### SUMÁRIO

Apresentação	
Projeto de pesquisa	9
Alterações do projeto de pesquisa	52
Relatório do trabalho de campo	55
Artigo	86
Nota à imprensa	111
Normas para a submissão do artigo	

A presente dissertação de mestrado está em acordo com o regimento adotado pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Este volume é composto por: (1) projeto de pesquisa (defendido em 28 de agosto de 2015), já com as alterações sugeridas pela banca examinadora; (2) Relatório do trabalho de campo, o qual detalha todas as etapas da pesquisa realizada; (3) Artigo: "Depressão em moradores na zona rural de uma cidade de médio porte no sul do Brasil", formatado de acordo com as normas para publicação (4) um comunicado à imprensa, com um resumo dos principais resultados do estudo e, (5) as instruções da Revista de Saúde Pública para submissão de artigos.

		_	_
IETO	DE	DEG	DUISA
.)      ( <i>)</i>		-1	JULTH

# UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



Projeto de Dissertação de Mestrado

Prevalência e fatores associados à depressão em adultos da zona rural de Pelotas-RS

**Roberta Hirschmann** 

Pelotas – RS 2015

### SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	.12
2 REVISÃO DE LITERATURA	.13
2.1 Classificações médicas de depressão	.13
2.2 Estratégia para busca de artigos	.15
2.3 Prevalência de depressão e sintomas depressivos em adultos da zona rural	.17
3 JUSTIFICATIVA	.27
4 MARCO TEÓRICO	.28
5 OBJETIVOS	.30
5.1 Objetivo geral	.30
5.2 Objetivos específicos	.30
6 HIPÓTESES	.31
7 METODOLOGIA	.31
7.1 Delineamento	.31
7.2 População Alvo	.32
7.3 Critérios de elegibilidade	.32
7.3.1 Critérios de inclusão	.32
7.3.2 Critérios de exclusão	
7.4 Definição operacional do desfecho	.32
7.5 Definição das variáveis independentes	.33
7.6 Instrumento de coleta de dados	
7.7 Estudo pré-piloto e piloto	.34
7.8 Cálculo do tamanho de amostra	.34
7.9 Amostragem	
7.10 Seleção e treinamento de entrevistadores	
7.11 Trabalho de campo	.37
7.12 Divulgação do trabalho de campo	
7.13 Aspectos logísticos do trabalho de campo	
7.14 Controle de qualidade	
7.15 Processamento e análise dos dados	
7.16 Aspectos éticos	
7.17 Divulgação dos resultados finais	
7.18 Orçamento	
7.19 Cronograma	
8. REFERÊNCIAS	
ANEXO - Instrumento de pesquisa (EPDS)	
APÊNDICE - Manual de instruções do instrumento	.47

#### 1 INTRODUÇÃO

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis vem aumentando nos últimos anos, incluindo os transtornos mentais, os quais representam 13% da carga global de doenças e correspondem a 31% do total de anos vividos com incapacidade (WHO, 2010). Estima-se que 151 milhões de pessoas sofrem com as consequências da depressão e que mais de 80% da carga global de doenças – devido às condições de saúde mental – pode ser encontrada em países de baixa e média renda (WHO, 2010).

A depressão, doença de curso crônico e causa multifatorial, se caracteriza, principalmente, por rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição das atividades associadas a sintomas físicos (IBGE, 2013). Esta doença traz prejuízos importantes ao funcionamento social, moral e profissional de seus portadores e das pessoas próximas, afetando, assim, relações familiares e amorosas, desempenho no trabalho, alteração no apetite, peso e sono, entre outros aspectos da vida (DEL PORTO, 1999). Uma metanálise, incluindo 27 estudos realizados com brasileiros adultos, encontrou uma prevalência de 14% para sintomas depressivos na vida e de 17% para depressão maior (unipolar) (SILVA *et al.*, 2014). Detectar sintomas e prevenir o desenvolvimento da depressão precocemente é um aspecto importante em saúde pública (FLECK *et al.*, 2002), assim como minimizar o seu subdiagnóstico e subtratamento (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; FLECK *et al.*, 2009).

A quase totalidade das informações disponíveis sobre depressão são decorrentes de estudos realizados com residentes de zonas urbanas. Cerca de 16% dos brasileiros moram na zona rural<sup>1</sup>, sendo raramente acessados nos inquéritos nacionais de saúde. Portanto, pouco se sabe sobre a saúde em geral e a saúde mental desta parte da população, a qual vivencia situações diárias bastante distintas às da zona urbana, como por exemplo: menor conforto e maior exigência física no trabalho, menos recursos médicos próximo à residência e menor acesso à educação de maior nível (FLECK *et al.*, 2002; PROBST *et al.*, 2006). Estas, entre outras, são situações que podem propiciar o surgimento de sintomas depressivos ou depressão

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Estima-se que o percentual correto se aproxime de 36%, conforme dados não publicados do Ministério do Desenvolvimento Agrário, o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura, o Ministério do Planejamento e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), ver: http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-03/pesquisa-diz-que-populacao-rural-do-brasil-e-maior-que-apurada-pelo-ibge

nesta população (FLECK et al., 2002).

Recentemente, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, apontou que 7,6% dos 62.986 mil entrevistados (≥18 anos), moradores da zona rural e urbana, referiram ter recebido o diagnóstico de depressão de um profissional da saúde. Para os da zona rural, a prevalência desse diagnóstico foi de 5,6%, sendo menor do que a encontrada na zona urbana (8,0%). Tal diferença pode estar relacionada ao subdiagnóstico. Analisando em separado as regiões do país (entre áreas rurais e urbanas), a PNS verificou que os maiores percentuais de diagnóstico de depressão foram identificados na região Sul (12,6%) e na Sudeste (8,4%). A região Sul apresentou uma prevalência de diagnóstico de depressão acima da nacional, com o estado do Rio Grande do Sul em primeiro lugar (13,2%), seguido por Santa Catarina (12,9%) e Paraná (11,7%) (IBGE, 2013). Portanto, além da escassez de dados, deve-se considerar as especificidades dos locais e da sua população, e a necessidade de se estimar, com instrumentos apropriados, a prevalência desse tipo de transtorno e/ou sintomatologia, cujas consequências imediatas já são bem conhecidas.

#### 2 REVISÃO DE LITERATURA

#### 2.1 Classificações médicas de depressão

Comumente, o termo depressão pode designar diferentes condições: um estado afetivo normal (tristeza), um sintoma que pode aparecer em alguns quadros clínicos como, por exemplo, alcoolismo e esquizofrenia e uma síndrome ou doença/transtorno (DEL PORTO, 1999). Para a classificação dos transtornos mentais são adotados critérios, em nível mundial, cujos principais referenciais são a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (CID-10, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2002) e, mais recentemente, (DSM-V, 2014).

Na CID-10, (1993), o Episódio Depressivo (ou Depressão) pode ser classificado, quanto a sua intensidade e sua recorrência, em leve, moderado ou grave. Os sintomas apontados pelo CID-10 são: rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade; alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas

em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Também são comuns os problemas do sono e diminuição do apetite, diminuição da autoestima e da autoconfiança e ideias de culpabilidade e ou de indignidade. O humor pode variar e pode vir acompanhado de sintomas somáticos. Nos episódios considerados leves há a presença de pelo menos dois ou três sintomas citados sem prejuízo de suas funções diárias. Nos moderados há quatro ou mais sintomas e, aparentemente, há muita dificuldade para o desempenho das atividades de rotina. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos, e, em ambos, a sintomatologia vem acompanhada de maior desvalia e prejuízo. Na forma mais grave há a presença de delírios, estupor e risco de suicídio. Para episódios depressivos de todos os três graus de gravidade, uma duração de pelo menos duas semanas é usualmente requerida para o diagnóstico.

De acordo com o DSM-IV publicado pela Associação Americana de Psiquiatria e focado na aplicação clínica, a depressão ou Episódio Depressivo Maior é caracterizada por uma série de eventos/sintomas: (1) humor deprimido na maior parte do tempo, (2) anedonia (interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina), (3) sensação de inutilidade ou culpa excessiva, (4) dificuldade de concentração, (5) fadiga ou perda de energia, (6) distúrbios do sono (insônia ou hipersônia), (7) problemas psicomotores (agitação ou retardo psicomotor), (8) perda ou ganho significativo de peso na ausência de regime alimentar e (9) ideias recorrentes de morte ou suicídio. A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é estar presente no mínimo cinco dos sintomas relatados acima, durante o período de duas semanas, e pelo menos um dos sintomas deve ser: (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse e prazer. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas.

O DSM-V, lançado em 2013, mantém os mesmos sintomas centrais para caracterizar o Transtorno Depressivo Maior (Depressão). Entretanto, nessa versão, a situação de luto passou a não ser excluída do diagnóstico e irá depender da avaliação clínica. Essa alteração visa prevenir que a depressão deixe de ser diagnosticada em certos pacientes e que eles recebam tratamento adequado (ARAÚJO; NETO, 2014).

#### 2.2 Estratégia para busca de artigos

Para realização da revisão da literatura, foram consultadas as bases de dados PubMed e LILACS. A busca foi restrita à faixa etária de adultos e às publicações em língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

A seguinte combinação de descritores foi utilizada sem aspas, em ambas as bases de dados: Depression OR Depressive Disorder OR Mental Health OR Mental illness OR Mental disorder OR Mental health problems, AND Adults, AND Farm Rural OR Rural health OR Rural Areas, em 14 de julho de 2015. Na base de dados LILACS nenhum artigo foi encontrado, assim como estudos brasileiros sobre depressão ou sintomas depressivos em adultos (≥18 anos) domiciliados na zona rural em ambas as bases.

Foram encontrados 4.975 artigos com os descritores utilizados. A partir da leitura dos títulos, foram excluídos os que: (1) não mencionavam ser relativo à depressão, (2) não mencionavam ser realizados com adultos na área rural, (3) avaliavam a depressão em portadores de doenças crônicas (HIV e câncer) e/ou grupos específicos (adolescentes, idosos, gestantes). Logo após, os 59 estudos selecionados tiveram seus resumos lidos. Após essa leitura, foram excluídos os que não englobavam a faixa etária de interesse e abordavam outros transtornos mentais, que não depressão.

Entre os selecionados na etapa anterior, 38 estudos foram separados para leitura na íntegra. Entre esses, 16 foram excluídos após a leitura por: não apresentarem a prevalência de depressão ou sintomas depressivos separada para adultos e/ou áreas, por estudarem depressão na zona rural com população específica (por exemplo, população indígena), e seis por não terem sido localizados.

Do total de artigos encontrados na busca, 16 foram os selecionados nas bases de dados para a revisão deste projeto, pois atendiam os critérios de inclusão e exclusão. Todavia, somou-se a estes um artigo capturado nas referências dos revisados, totalizando 17 artigos, e as informações disponibilizadas pela PNS, de 2013. Todas as referências encontradas foram importadas para o programa EndNote.

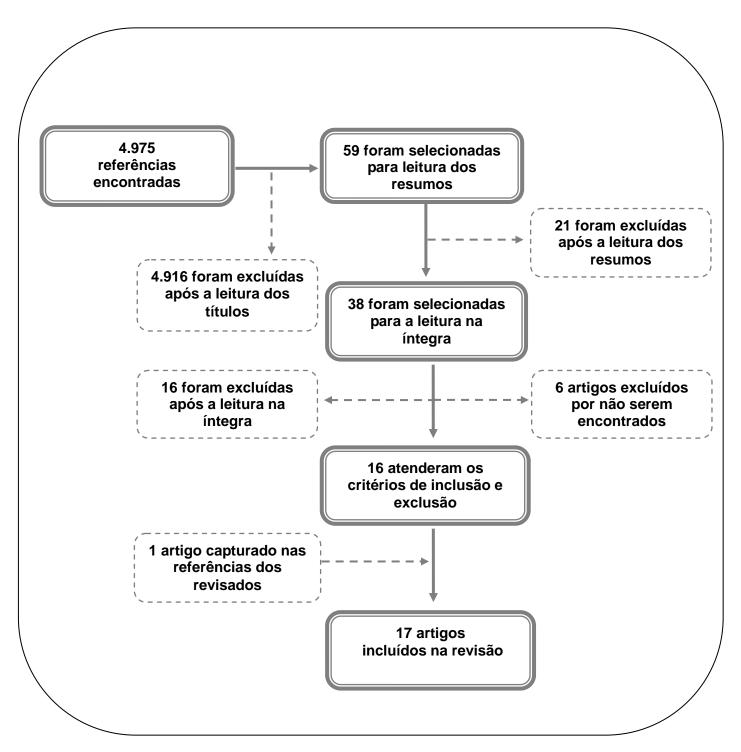


Figura 1. Esquematização da busca bibliográfica e seleção de artigos.

## 2.3 Prevalência de depressão e sintomas depressivos em adultos da zona rural

Estudos epidemiológicos de base populacional realizados nas últimas décadas, em vários países do mundo, estimaram as prevalências de depressão e/ou sintomas depressivos em adultos residentes em áreas rurais.

Nesta revisão, todos os 17 artigos inseridos, assim como a PNS, possuem delineamento transversal e abordam a prevalência de sintomas e/ou diagnóstico de depressão, os quais foram publicados entre os anos de 1995 e 2015. Os Quadros 1 e 2 sintetizam algumas características e principais achados.

Os estudos foram realizados em 13 diferentes países, sendo desenvolvidos na sua maioria (n=11) em países de renda alta, como Estados Unidos (STALLONES et al., 1995; MUNTANER; BARNETT, 2000; SCARTH et al., 2000; CARRUTH; LOGAN, 2002; PROBST et al., 2006; BROSSART et al., 2013), Reino Unido (MICHALAK et al., 2002), Polônia (LOJKO et al., 2015), Austrália (KILKKINEN et al., 2007), Inglaterra (SHIELS et al., 2004) e Espanha (RUIZ-DOBLADO, 1999). Outros dois foram conduzidos em países considerados de renda média-alta, como Brasil (IBGE, 2013) e México (FLEISCHER; FERNALD; HUBBARD, 2007) e cinco em países de baixa-média ou baixa renda: Índia (JONAS et al., 2014), Ruanda (BOLTON et al., 2002), Uganda (BOLTON et al., 2004), Lituânia (SIDLAUSKAITE-STRIPEIKIENE et al., 2010), Haiti (WAGENAAR et al., 2012).

Todos avaliaram a depressão em adultos, com idades variando entre 18 e 99 anos. Dois estudos avaliaram somente homens e outros dois avaliaram apenas mulheres. Os quatro estudos que avaliaram os homens e mulheres separadamente verificaram, com instrumentos diferentes, os sintomas depressivos. Os realizados apenas com mulheres encontraram maiores percentuais de depressão do que os que avaliaram somente homens.

Para rastrear a prevalência de sintomas depressivos entre as populações, os estudos (n=14) utilizaram os seguintes instrumentos: *Beck Depression Inventory* (BDI) (SIDLAUSKAITE-STRIPEIKIENE *et al.*, 2010; WAGENAAR *et al.*, 2012; LOJKO *et al.*, 2015), *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CESD) (STALLONES *et al.*, 1995; MUNTANER; BARNETT, 2000; SCARTH *et al.*, 2000; FLEISCHER *et al.*, 2007; JONAS *et al.*, 2014), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (SHIELS *et al.*, 2004; KILKKINEN *et al.*, 2007), *Patient Health* 

Questionnaire (PHQ-9) (BROSSART et al., 2013) e Depression Subscale of the Hopkins Symptom Checklist (DHSCL) (BOLTON et al., 2002; BOLTON et al., 2004). Três dos instrumentos utilizados avaliaram os sintomas depressivos na última semana (CESD, HADS e DHSCL) e dois deles investigaram sintomas referentes às duas últimas semanas (BDI e PHQ-9). Em apenas um dos quatorze estudos que avaliaram somente sintomas depressivos, dois instrumentos foram aplicados (CESD e PHQ-9). Neste estudo, o CESD foi usado na sua versão reduzida (CESD-5), para estimar a prevalência de sintomatologia com dados referentes a dois inquéritos realizados em áreas rurais (BROSSART et al., 2013).

A prevalência de sintomas depressivos encontrada nos estudos esteve compreendida entre 5,1% e 56,2%. A ampla variação pode se dever ao fato de serem utilizados diferentes instrumentos, com variados pontos de corte e avaliação de níveis de gravidade de depressão distintos.

Os sintomas depressivos mensurados pelo BDI (BECK *et al.*, 1961) podem variar entre leve, moderado e grave e a gravidade dos sintomas oscilou entre todos os estudos. No entanto, os sintomas depressivos leves foram os mais encontrados nas populações, com prevalência entre 22,9% e 56,2%, seguido pelos sintomas moderados (3,6%-41,7%) e graves (4,1%-22,7%). As maiores prevalências de sintomatologia depressiva grave (SIDLAUSKAITE-STRIPEIKIENE *et al.*, 2010; WAGENAAR *et al.*, 2012) foram encontradas nos estudos realizados em países de baixa renda (Lituânia e Haiti), enquanto a pesquisa que encontrou menor prevalência foi conduzida na Polônia (LOJKO *et al.*, 2015).

Entre os estudos que aplicaram o CESD (RADLOFF, 1977), a prevalência geral de sintomas depressivos (sintomas leves, moderados ou graves) variou de 9,3 a 51% considerando todos que tiveram uma pontuação acima do ponto de corte definido (de 16 pontos) para sintomatologia depressiva.

Dois estudos utilizaram o instrumento DHSCL (DEROGATIS *et al.*, 1974) e foram conduzidos pelo mesmo autor, em países pobres da África (Ruanda e Uganda). O primeiro, realizado em Ruanda (BOLTON *et al.*, 2002) cinco anos após o genocídio de 1994 – que teve grande repercussão no local –, encontrou uma prevalência de sintomas depressivos de 15,5%, sendo maior entre as mulheres. Outro estudo, efetivado em Uganda (BOLTON *et al.*, 2004), em uma região bastante afetada pelo HIV, a prevalência de sintomas depressivos foi de 21%, pouco mais elevada do que a encontrada em Ruanda.

O HADS (ZIGMOND; SNAITH, 1983), instrumento utilizado para determinar os níveis de ansiedade e depressão, composto por sete questões que medem ansiedade (HADS-A) e sete para sintomas depressivos (HADS-D), foi empregado por Shiels *et al.* (2004). Os autores avaliaram a sintomatologia em homens com idade entre 20-64 anos, atendidos em um serviço de saúde, na Inglaterra, nos anos de 1997-1998, e encontraram uma prevalência geral de sintomas depressivos de 14%. Outro estudo conduzido com o mesmo instrumento e realizado em três áreas rurais da Austrália, durante os anos de 2004 a 2006, ao entrevistar os residentes adultos (25-74 anos) destes locais, verificou que a prevalência de sintomas depressivos leves foi de 5,1% e de 3% para os graus moderado a severo, respectivamente (KILKKINEN *et al.*, 2007).

Além dos instrumentos consolidados, Carruth e Logan (2002) verificaram a prevalência de sintomas depressivos em mulheres adultas norte-americanas, com questões sobre sentimentos de tristeza e depressão referentes ao último ano, as quais não foram mencionadas no estudo. Os pesquisadores encontraram sintomas depressivos (respostas positivas às questões) em 24% delas.

No Brasil, o único estudo que avaliou o diagnóstico de depressão (com uma única pergunta) e em zonas rurais foi a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2013). Dos residentes em áreas rurais no país, com idade igual ou superior a 18 anos, 5,6% (IC 95% 4,9-6,3) referiram ter recebido um diagnóstico de depressão por profissional de saúde. Apesar desta estimativa ser derivada de uma questão relativa ao diagnóstico de um profissional, o percentual nacional é um importante e primeiro parâmetro para nortear novos estudos e discussões sobre o tema.

Nesta revisão, verificou-se que, em geral, a sintomatologia depressiva e seu agravo está associada aos seguintes fatores: ser do sexo feminino (STALLONES *et al.*, 1995; BOLTON *et al.*, 2002; WAGENAAR *et al.*, 2012; JONAS *et al.*, 2014), ter idade acima de 45 anos (CARRUTH; LOGAN, 2002; KILKKINEN *et al.*, 2007; SIDLAUSKAITE-STRIPEIKIENE *et al.*, 2010), ser divorciado/a (SIDLAUSKAITE-STRIPEIKIENE *et al.*, 2010), ter menor escolaridade (SIDLAUSKAITE-STRIPEIKIENE *et al.*, 2010), ter autopercepção de saúde ruim (STALLONES *et al.*, 1995; SCARTH *et al.*, 2000), estar estressado (FLEISCHER *et al.*, 2007) e referir dor no peito e cansaço (SHIELS *et al.*, 2004). Especificamente no Brasil (IBGE, 2013), tem-se que as mulheres foram as que apresentaram os maiores percentuais (8,6%; IC95% 7,5-9,8) comparadas aos homens (2,7%; IC95% 1,9-3,6); e em relação ao

tratamento, metade dos moradores rurais brasileiros com diagnóstico de depressão utilizou medicamentos para tratamento da doença (49,3%; IC95% 43,0-55,6); 10,1% (IC95% 6,6-13,5) fazia psicoterapia. Sentir-se limitado para as atividades habituais devido à depressão foi comum em 10,5% (IC95% 6,9-14,1), em grau intenso ou muito intenso.

Com relação aos três estudos que estimaram a prevalência de diagnóstico de depressão, um utilizou o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-SF) (PROBST *et al.*, 2006), na sua versão curta, para avaliar a depressão nos últimos 12 meses; dois aplicaram o *Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) (RUIZ-DOBLADO, 1999; MICHALAK *et al.*, 2002), no qual a depressão é determinada com base no último mês, de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV. A prevalência de diagnóstico de depressão nestes estudos variou de 4,5% a 6,1%. Nenhum destes apresentou os fatores associados ao diagnóstico de depressão.

De modo resumido, a depressão na zona rural tem sido pouco investigada. Grande parte dos estudos ocorreu em países de renda alta, cuja amplitude dos percentuais de sintomatologia de depressão se mostrou ampla (5,1% a 56%). Os sintomas depressivos foram mais investigados entre sete instrumentos distintos empregados, sendo o CEDS o mais utilizado (6/18). As maiores prevalências foram encontradas em: mulheres, divorciados/separados, adultos mais velhos, com menor escolaridade. As diferenças entre as prevalências podem ser explicadas pela variabilidade de escalas empregadas e o contexto sociocultural investigado. Os estudos que realizaram diagnóstico de depressão apontaram uma prevalência menor do que os que analisaram os sintomas.

**Quadro 1**. Síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura que avaliaram <u>diagnóstico</u> de depressão entre moradores

Autor e Ano de publicação	Amostra	Delineamento	Instrumento	Principais Resultados
Local				
Probst <i>et al.</i> , 2006	6.227 da zona rural	Transversal	CIDI-SF	A prevalência de depressão: 6,1%.
Estados Unidos	(≥18 anos)			
Michalak et al.,			BDI (para	
2002			rastreamento de	Prevalência de sintomas depressivos: 16% (BDI >12)
	1.999 participantes	Transversal	sintomas)	B 10 : 1 B ~ A : (1: (1: ) 5 40( (10050(
Reino Unido	(18-64 anos)			Prevalência de Depressão Maior (diagnóstico): 5,1% (IC95% 3,37,-7,66).
	(10 0 1 0.1.00)		SCAN (para	3,37,-7,00).
			diagnóstico dos	
			rastreados)	
Ruiz-Doblado, 1999	221 (rastreamento)		BDI (para	Prevalência de sintomas depressivos, no último mês: 20,3%.
	,		rastreamento de	
Espanha	50 (diagnóstico)	Transversal	sintomas)	Os sintomáticos foram considerados "casos" e aplicado o
	(≥18 anos)			SCAN. A prevalência de diagnóstico de Depressão Maior foi de 4,5%.
			SCAN (para	1,5 / 5.
			diagnóstico dos	
			rastreados)	

**Quadro 2**. Síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura que avaliaram <u>sintomas</u> depressivos entre moradores da zona rural.

Autor e Ano de publicação	Amostra	Delineamento	Instrumento	Principais Resultados
Local				
Lojko <i>et al.</i> , 2015 Polônia	445 (≥18 anos)	Transversal	BDI	Prevalência de sintomas depressivos: aproximadamente 30% - Leve: 22,9% - Moderado: 3,6% - Grave: 4,1%
				Fatores associados: Idade: esteve positivamente correlacionada à gravidade dos sintomas depressivos e inversamente correlacionada com a qualidade de vida.  Não houve associação entre sintomas depressivos e nível de escolaridade.
Šidlauskaitė- Stripeikienė <i>et al.</i> , 2010 Lituânia	1.754 (25-64 anos)	Transversal	BDI	Prevalência de sintomas depressivos:  - Leve: 56,2%  - Moderado: 24,4%  - Grave: 19,4%  Fatores associados: Homens: idade - maior entre aqueles com 55-64 anos em comparação com os mais jovens (OR=3,00; IC95% 1,62-5,59); ser divorciado comparado aos casados (OR= 2,94;IC95% 1,58-5,49); menor escolaridade- ensino médio incompleto comparado aos com curso superior (OR= 3,09, IC95% 1,65-5,76).  Mulheres: idade - maior na faixas etária de 55-64 comparadas às mais jovens (OR= 4,08, IC95% 2,32-7,18) e menor escolaridade - ensino médio comparado àqueles com curso superior (OR=4,12, IC95% 2,50-6,80).  Não houve associação entre estado civil e sintomas depressivos.

Quadro 2. Síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura que avaliaram sintomas depressivos entre moradores da zona rural. (cont.)

Autor e Ano de publicação	Amostra	Delineamento	Instrumento	Principais Resultados
Local				Describe de circuma de marcaina e
Wagenaar et al.,	408	Transversal	BDI	Prevalência de sintomas depressivos: - Moderado: 41,7%
2012	(≥18 anos)			- Grave: 22,7%
Haiti				Fatores associados:
				Idade avançada, cada aumento de 10 anos na idade aumentou 1,1
				pontos para homens (p=0,009) e 1,8 pontos para as mulheres (p=0,002); sexo feminino; estar divorciado comparado com
				solteiros (aumento de 7,5 ponto no BDI p=0,031); ter tido uma
				doença com risco de vida aumentou 2,6 ponto (p=0,006) nos
				escores do teste.  Prevalência de sintomas depressivos: 51%.
Fleischer et al.,	5.457 mulheres	Transversal	CESD	Trevalencia de sintomas depressivos. 5176.
2007	(20-70 anos)			Fatores associados:
México				O aumento de sintomas depressivos esteve associado ao aumento
				da idade, número de dias doente, número de atividades diárias perdida, estresse percebido, controle de pessoal e mais pobre
				apoio social. A diminuição dos sintomas depressivos foram
				associados ao aumento do nível de Índice de Massa Corporal e
				educação do chefe da família.  Prevalência de sintomas depressivos:
Jonas <i>et al</i> ., 2014	4.698	Transversal	CESD	- Leve a Moderado:39,5%
Índia	(≥30 anos)			- Grave: 13%
				Sintomas depressivos estratificados por sexo:
				<ul> <li>33,5% dos homens e 44,8% mulheres com sintomas de leve a moderado;</li> </ul>
				- 8,1% dos homens e 17,3% das mulheres sintomas graves.

Quadro 2. Síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura que avaliaram sintomas depressivos entre moradores da zona rural. (cont.)

Autor e Ano de publicação Local	Amostra	Delineamento	Instrumento	Principais Resultados
	4.055	Tropovereel	CECD	Prevalência de sintomas depressivos: 31%.
Muntaner; Barnett, 2000	1.055	Transversal	CESD	'
	(18-64 anos)			Maiores prevalências foram encontradas: em mulheres (35,1%);
Estados Unidos				divorciados e viúvos (44,8%); menor escolaridade - ensino fundamental incompleto (52%); desempregados (43,4%);
				autopercepção de saúde como ruim (85,4%).
Scarth, 2000	385 homens		CESD	Prevalência de sintomas depressivos: 9,8%.
	(residentes em	Transversal		Fatores associados:
Estados Unidos	lowa) e 470			Ser solteiro comparado aos casados (OR=3,46 IC95% 1,53-7,83);
Estados erridos	(residentes no Colorado)			autopercepção de saúde como regular ou ruim comparado com aos com excelente (OR = 7,08 IC95% 2.91-17.17).
	(Média:50anos)			
Stallones et al.,	872	Transversal	CESD	Prevalência de sintomas depressivos: 9,3%, sendo 7,9% entre os
1995	(20-84 anos)			homens e 11,1% entre as mulheres.
Estados Unidos				Fatores associados (positivamente):
				Idade mais jovem em comparação aos mais velhos, autopercepção
				de saúde ruim comparado aos que avaliaram como excelente (OR=5.88 IC95% 1,45-20,17), sexo feminino (OR= 1,45 IC95%
				0,89-2,35), ser solteiro comparado aos casados (OR= 2,25 IC095% 1,09-4,59).

Quadro 2. Síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura que avaliaram sintomas depressivos entre moradores da zona rural. (cont.)

Autor e Ano de publicação	Amostra	Delineamento	Instrumento	Principais Resultados
Local				
Brossart <i>et al.</i> , 2013 Estados Unidos	2.207	Transversal	CESD-5	Em 2006: prevalência de sintomas depressivos leve a moderado 10% e sintomas graves 7,9%.
Estados Offidos	(18-94 anos), em 2006		PHQ-9	Mulheres (M=2,7; DP=3,1) relataram níveis mais elevados comparadas aos homens (M = 1,9, DP =2.5).
	3.025			Em 2010: prevalência de sintomas depressivos: 5,7%.
	(18-99 anos), em 2010			Mulheres (M=4,1; DP=4,9) relataram escores mais elevados comparadas aos homens (M = 3,2, DP = 4,4).
Kilkkinen <i>et al.</i> , 2007 Austrália	1.525 (25-74 anos)	Transversal	HADS-D	Prevalência de sintomas depressivos leve 5,1% e moderado a severo 3,0%. Fatores associados: Idade - maior prevalência de sintomas depressivos (moderados/severos) entre aqueles com 45-54 anos comparados aos demais.
Shiels <i>et al.</i> , 2004 Inglaterra	901 homens (20-64 anos)	Transversal	HADS-D	Prevalência de sintomas depressivos: 14%. Fatores associados ajustados para idade: Relatar dor no peito nas quatro semanas anteriores (OR= 3,39 IC95% 2,25-5,11); referir cansaço ou falta de energia no mês anterior (OR= 7,08 IC95%, 3,98-12,61); dor nos membros ou articulações (OR=1,53 IC95%, 1,03-2,28), não estar satisfeito no trabalho (OR= 3.85 IC95%, 2.33-6.25) e ter antecedentes de depressão (OR =2.03 IC95%, 1.15-3.56) em comparação aos que não apresentaram sintomas depressivos.

Quadro 2. Síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura que avaliaram sintomas depressivos entre moradores da zona rural. (cont.)

Autor e Ano de publicação	Amostra	Delineamento	Instrumento	Principais Resultados
Bolton <i>et al.</i> , 2002 Ruanda	368 (≥18 anos)	Transversal	DHSCL	Prevalência de sintomas depressivos: 17,9%.  Prevalência de sintomas depressivos, considerando comprometimento funcional e sentimento de inutilidade/ pensamento suicida: 15,5%.  Fatores associados: Sexo feminino - prevalência de 17,7% nas mulheres e 11,2% nos
Bolton <i>et al.</i> , 2004 Uganda	587 (≥18 anos)	Transversal	DHSCL	homens.  Prevalência de sintomas depressivos: 24,4%.  Prevalência de sintomas depressivos, considerando comprometimento funcional e sentimento de inutilidade/ pensamento suicida: 21%.  Fatores associados: Idade - OR= 1,03 para cada ano adicional de idade (95%IC = 1,02-1,04); escolaridade - OR = 0,9 para cada ano adicional de educação (95% IC = 0,85-0,97).
Carruth <i>et al.</i> , 2002 Estados Unidos	657 mulheres (≥18 anos)	Transversal	Apresentaram sentimentos de tristeza ou depressão no último ano. (questões não mencionadas)	Prevalência de sintomas depressivos: 24% (IC95% 20,9-27,5).  Fatores associados: Idade - maior prevalência de sintomas depressivos entre aquelas com 65 anos ou mais comparadas as com menor idade (27,5% IC95% 20,4-35,9); estado civil: divorciadas comparadas às casadas (OR=5,00; IC95% 1,51-16,57); percepção de saúde como ruim comparada as que avaliaram como excelente (OR= 7,85; IC95% 2,65 – 22,72).

#### **3 JUSTIFICATIVA**

A depressão é um tema de grande relevância, uma vez que acomete importante parcela da população mundial e será, em 2030, a principal doença responsável pela carga global de doenças no mundo, segundo as estimativas da OMS (WHO, 2010).

Apesar de este tema ter grande repercussão na literatura, a maioria dos estudos investiga apenas a zona urbana, ficando a área rural descoberta de avaliação e informações relativas à prevalência desta doença e outras. Sendo assim, torna-se fundamental a investigação sobre a saúde de populações rurais. Os poucos estudos identificados pela ampla busca para subsidiar este projeto avaliaram, em sua maioria, a prevalência de sintomas de depressão. Somente três trabalhos internacionais — até o presente momento — investigaram a prevalência de diagnóstico de depressão na zona rural, dado de extrema relevância pela possibilidade do agravamento dos sintomas e cronicidade da doença. Ainda, cabe destacar que as diferenças encontradas entre as prevalências da sintomatologia e de diagnóstico reforçam a necessidade de, ao conhecer estas diferenças, abordá-las com estratégias apropriadas à situação. Não foram encontrados trabalhos nacionais publicados sobre o tema na população adulta rural.

De acordo com o Censo de 2010 (IBGE, 2010), 14,9% da população total do RS reside em áreas rurais. Em Pelotas, cidade de porte médio do interior do estado (328.275 habitantes), há 22.082 moradores na área rural – correspondendo a 6,7% da população total local. Sabe-se que quando comparado aos moradores das áreas urbanas, os residentes rurais, de vários locais, na maioria das vezes têm menos acesso a especialistas e tecnologias relacionadas à saúde do que os residentes na zona urbana (EBERHARDT; PAMUK 2004). Não há dados epidemiológicos se essa, por exemplo, é também uma realidade no município de Pelotas (RS).

O conhecimento sobre a prevalência de sintomas depressivos e diagnóstico de depressão em adultos da população rural da cidade de Pelotas poderá auxiliar na criação e execução de programas destinados a prevenir e/ou tratar indivíduos com sintomas ou diagnóstico, colaborando para um bem-estar e saúde geral desta população da zona rural.

#### 4 MARCO TEÓRICO

A ocorrência de depressão em adultos da zona rural, da cidade de Pelotas, será descrita com base no modelo teórico (Figura 2), o qual apresenta de maneira hierarquizada as variáveis que estão relacionadas com os desfechos deste projeto (sintomas e provável diagnóstico de episódio depressivo maior - EDM) e em conformidade com a literatura. Para a montagem do marco teórico também foram considerados os estudos envolvendo a população adulta da zona urbana, de forma a ampliar o olhar sobre o problema, que se refletirá igualmente no modelo de análise e nas hipóteses a serem verificadas na população da zona rural.

No primeiro nível, mais distal, observam-se as variáveis demográficas (idade, cor da pele, sexo e situação conjugal), bem como os fatores socioeconômicos (classe econômica, escolaridade e situação ocupacional). No nível mais proximal, sob influência das variáveis acima deste, encontram-se os fatores comportamentais como tabagismo, consumo de álcool e atividade física e as condições de saúde (autopercepção de saúde e doenças crônicas).

O sexo é uma das variáveis que está associada com a depressão, já evidenciado na literatura, mesmo em indivíduos de diferentes idades (BOING et al., 2012; FERREIRA; TAVARES, 2013; LOPEZ et al.; CUNHA et al., 2012; WAGENAAR et al., 2012; JONAS et al., 2014), apontando maior prevalência de depressão nas mulheres. Essas diferentes manifestações da depressão entre os sexos têm sido relacionadas a questões de gênero e papéis sociais (WHO, 2001). A associação entre idade e depressão (SIDLAUSKAITE-STRIPEIKIENE et al., 2010; WAGENAAR et al., 2012; LOJKO et al., 2015), assim como a situação conjugal (ANDRADE et al., 2003; BROMET et al., 2011; BOING et al., 2012; CUNHA et al., 2012), estão relacionadas à maior exposição a eventos estressores (morte, separação, declínio de situação financeira, desemprego) e a outros problemas do cotidiano (clima/produção, violência, etc.).

Os indicadores socioeconômicos, como escolaridade e classe econômica, também são referidos como importantes na cadeia causal da depressão (LOPEZ *et al., 2011*; CUNHA *et al.*, 2012). O baixo nível socioeconômico e a situação ocupacional podem estar relacionados ao aumento da prevalência do desfecho pelas condições sociais/familiares, como desemprego, dívidas, menor qualidade das relações com pessoas próximas e situação de moradia precária. Todas essas

condições podem incrementar o desenvolvimento dos sintomas e/ou agravarem a doença depressão (BARROS; OLIVEIRA, 2009).

Barros e Oliveira (2009) citam que o desemprego pode acarretar conflitos no relacionamento sociofamiliar, isolamento social e alterações comportamentais, como uso constante de bebida alcoólicas ou de outras drogas e levar à depressão. Fatores comportamentais como consumo de bebida alcoólica e tabagismo, elevam as prevalências de depressão (LOPEZ et al., 2011). No entanto, a prática de atividade física, principalmente quando realizada em grupo, favorece o estabelecimento de relações sociais e desempenha um importante efeito protetor frente a problemas de saúde mental (PELUSO; ANDRADE, 2005).

A condição de saúde é um determinante do mesmo nível hierárquico dos fatores comportamentais e também se relaciona com o desenvolvimento de depressão. Pessoas que têm sua capacidade física diminuída, em geral, adultos com maior número de doenças crônicas (FERREIRA; TAVARES, 2013; BOING et al., 2012), ao perceberam a repercussão de suas limitações podem desenvolver sintomas de depressão e o transtorno depressivo (KATON, 2011). Nas condições de saúde estão incluídas a qualidade de vida e a qualidade do sono. Todavia, a qualidade de vida se mostrou inversamente correlacionada com a sintomatologia depressiva em um artigo incluído na revisão (LOJKO et al., 2015). Neste estudo, este indicador de saúde juntamente com a qualidade do sono serão investigados enquanto possíveis determinantes dos desfechos aqui propostos, embora a possibilidade de causalidade reversa deva ser considerada nas análises e discussões.

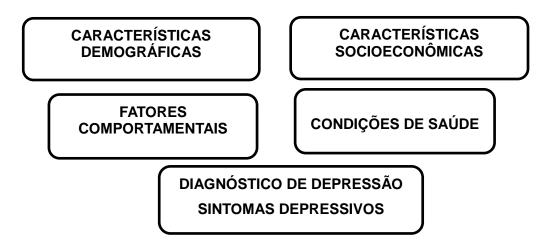


Figura 2. Modelo teórico hierarquizado de depressão.

#### **5 OBJETIVOS**

#### 5.1 Objetivo geral

Avaliar a prevalência de sintomas e diagnóstico de depressão e os fatores associados em adultos da zona rural do município de Pelotas-RS.

#### 5.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de sintomas próprios da depressão (doravante chamado de sintomas depressivos) em adultos da zona rural do município;
- Estimar a prevalência de provável diagnóstico de depressão em adultos da zona rural do município;
- Descrever a ocorrência de sintomas e diagnóstico de depressão de acordo com as seguintes variáveis:
  - ° sexo
  - idade
  - ° cor da pele
  - estado civil
  - ° escolaridade
  - ° classe econômica
  - situação ocupacional
  - morbidade autorreferida
  - ° autopercepção de saúde
  - qualidade do sono
  - qualidade de vida
  - tabagismo
  - consumo de álcool

#### 6 HIPÓTESES

- A prevalência de sintomas depressivos entre adultos da zona rural será em torno de 20%.
- A prevalência de diagnóstico de depressão entre adultos da zona rural será em torno de 10%.
- Serão encontradas maiores prevalências de diagnóstico de depressão e de sintomas depressivos entre:
  - mulheres;
  - indivíduos com mais idade;
  - com cor da pele não branca;
  - divorciados, separados ou viúvos sem companheiro(a);
  - indivíduos das classes econômicas D e E;
  - adultos menos escolarizados;
  - aqueles que n\u00e3o trabalham;
  - indivíduos com duas ou mais doenças crônicas;
  - pessoas com autopercepção de saúde ruim;
  - ° os com distúrbios do sono;
  - pessoas com menor qualidade de vida;
  - tabagistas;
  - adultos que consumiram bebidas alcoólicas em maior frequência e/ou quantidade.

#### 7 METODOLOGIA

#### 7.1 Delineamento

O delineamento do estudo será do tipo transversal, de base populacional. Este delineamento é o mais indicado para este estudo o qual tem como objetivo principal estimar a prevalência e os fatores associados à depressão. Além disso, este estudo é parte de um consórcio de pesquisa de mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE), que visa avaliar as condições de saúde e vida de adultos residentes na zona rural de Pelotas.

#### 7.2 População Alvo

Indivíduos residentes na zona rural do município de Pelotas-RS, com idade maior ou igual a 18 anos.

#### 7.3 Critérios de elegibilidade

#### 7.3.1 Critérios de inclusão

Indivíduos, adultos ou idosos, de ambos os sexos, residentes na zona rural do município de Pelotas (RS).

#### 7.3.2 Critérios de exclusão

Serão excluídos do estudo indivíduos com incapacidade cognitiva e mental para comunicação verbal, institucionalizados (em hospital ou clínica) durante todo o período da coleta.

#### 7.4 Definição operacional do desfecho

Para avaliar a prevalência de diagnóstico e de sintomas de depressão será utilizado a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987), em português traduzido como Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo. Apesar de a EPDS ter sido originalmente desenvolvida para identificar a depressão pós-natal, e também não ter sido encontrado nenhum estudo na busca bibliográfica realizada que utilizasse esta escala para avaliar populações rurais adultas, a utilização deste instrumento se justifica pelo fato de ter sido validado para adultos da população geral, na cidade de Pelotas, utilizando como padrão ouro o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), conforme os critérios do DSM-IV e da CID-10 (SHEEHAN *et al.*, 1998), ser de fácil aplicação e gratuito<sup>2</sup>. Além disso, o instrumento pode ser utilizado tanto para rastreamento quanto para diagnóstico de depressão em nível populacional e para ambos os sexos. Maiores informações sobre a validação podem ser encontradas em Matijasevich *et al.* (2014).

-

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> O BDI, um dos instrumentos mais utilizados para rastreio de sintomas depressivos entre os estudos encontrados, é validado para a população brasileira, mas, atualmente, sua aplicação deve ser paga. O CESD não foi validado no Brasil, até o presente momento, para a população geral.

O instrumento tem linguagem simples e, portanto, pode ser autoaplicado ou aplicado por entrevistadores para avaliar a intensidade da sintomatologia de depressão nos últimos sete dias. É composto por 10 perguntas, onde cada uma delas possui quatro opções de respostas. Cada pergunta poderá receber uma pontuação de 0 a 3, sendo 30 pontos a pontuação máxima do instrumento. O ponto de corte utilizado para avaliar sintomas depressivos é de 8-13 pontos e para o diagnóstico de depressão, ≥13 pontos, favorecendo a especificidade ao invés da sensibilidade.

#### 7.5 Definição das variáveis independentes

No Quadro 3, a seguir, estão listadas as variáveis a serem analisadas como independentes. Salienta-se que poderá haver inclusão de outras variáveis (do bloco geral ou específico) após a conclusão dos temas a serem investigados no consórcio.

Quadro 3. Listagem de variáveis independentes, definição operacional e tipo.

Variáveis	Definição operacional	Tipo de variável
Idade	Anos completos	Numérica discreta
Sexo	Masculino ou feminino	Categórica dicotômica
Cor da pele Autorreferida	Branca, preta, parda, amarela, indígena	Categórica nominal
Situação conjugal	Solteiro, casado, separado/divorciado, viúvo	Categórica nominal
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Classe Econômica ABEP	A, B, C, D ou E	Categórica ordinal
Situação ocupacional	Trabalhando atualmente ou não	Categórica dicotômica
Consumo de álcool AUDIT	Consumo de risco ≥8 pontos, provável dependência ≥ 20 pontos	Categórica ordinal
Tabagismo	Não tabagista, ex-tabagista, tabagista atual	Categórica ordinal
Morbidade autorreferida	Quantidade de doenças crônicas*	Categórica ordinal
Autopercepção de saúde	Muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim	Categórica ordinal
Qualidade de vida WHOQOL*	Domínios: global; físico, psicológico, social e ambiental.	*
Qualidade do sono PITTSBURGH	0-3 pontos: sem distúrbio a muito distúrbio	Categórica ordinal

<sup>\*</sup> Item a ser revisto posteriormente, operacionalização não bem definida até o momento.

#### 7.6 Instrumento de coleta de dados

O questionário de coleta de dados será composto por um bloco de questões gerais com identificação, endereço, informações demográficas e socioeconômicas, de saúde, sobre hábitos e estilos de vida. Além deste, haverá um bloco específico, que contemplará os temas de interesse de cada mestrando.

O instrumento deste estudo será incluído no bloco geral do questionário deste consórcio. As informações sobre o mesmo foram referidas no subitem 7.4.

#### 7.7 Estudo pré-piloto e piloto

O estudo pré-piloto será realizado em um dos setores da zona rural que não for selecionado para a amostra em data a ser definida posteriormente. Este estudo permitirá testar a clareza, consistência das questões de cada mestrando e detectar possíveis falhas. Após as correções identificadas no pré-piloto serem realizadas e durante o processo de seleção e treinamento das entrevistadoras, um estudo piloto será conduzido com a finalidade de avaliar a efetividade das alterações feitas no questionário bem como exercitar a abordagem aos domicílios e observar o desempenho das entrevistadoras em condições reais de trabalho.

#### 7.8 Cálculo do tamanho de amostra

O cálculo do tamanho de amostra para prevalência do desfecho foi realizado com base nas prevalências encontradas na revisão de literatura, referente à zona rural.

Para o cálculo de tamanho amostral para a prevalências dos desfechos deste estudo, foi utilizado o programa OpenEpi online (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2015). Os Quadros 4 e 5 apresentam o tamanho da amostra necessário para cada uma das diferentes combinações, com efeito de delineamento de 1,5 e incluindo uma estimativa de 10% para perdas e recusas.

**Quadro 4**. Tamanho da amostra necessária de acordo com as diferentes combinações de prevalências esperadas para sintomas de depressão, erros aceitáveis e efeito de delineamento de 1,5.

Prevalência	Erro (PP)	Total	Total + 10%
5%	1,5	1216	1338
3%	2	684	753
2007	3	1024	1127
20%	4	576	634
	3,5	1176	1294
50%	5	576	634

Considerando uma prevalência de sintomas depressivos de 20% na população, nível de confiança de 95%, margem de erro de três pontos percentuais, efeito do delineamento (DEFF) de 1,5, e adicionando-se 10% para perdas e recusas, a amostra mínima requerida seria de 1.127 adultos.

**Quadro 5**. Tamanho da amostra necessária de acordo com as diferentes combinações de prevalências esperadas para diagnóstico de depressão, erros aceitáveis e efeito de delineamento de 1,5.

Prevalência	Erro (PP)	Total	Total + 10%
4%	1,5	983	1082
4 /6	2	553	609
6%	2	813	895
	2,5	520	572
10%	2,5	830	913
	3	576	634
	3,5	1176	1294
50%	5	576	634

Considerando uma prevalência de diagnóstico de depressão de 4% na população, nível de confiança de 95%, margem de erro de um e meio pontos percentuais, efeito do delineamento (DEFF) de 1,5, e adicionando-se 10% para perdas e recusas, a amostra mínima requerida seria de 1.082 adultos.

Sendo assim, a maior amostra pretendida para o estudo de prevalência, tanto para diagnóstico como sintomas depressivos, será de 1.127 adultos.

O Quadro 6 mostra o cálculo do tamanho de amostra para o estudo de associações, segundo as principais variáveis independentes. Foram considerados poder estatístico de 80%, efeito de delineamento de 1,5 e adição de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de confusão. As estimativas de frequência das exposições foram encontradas na literatura referente à área urbana, visto que os

estudos realizados em áreas rurais não apresentam os dados necessários para o cálculo do tamanho de amostra para fatores associados. Para tabagismo, distúrbios do sono e qualidade de vida não foi possível realizar um cálculo, visto que não foram localizados estudos que utilizassem essas variáveis nas suas análises.

Considerando nível de significância de 5%, poder estatístico de 80%, efeito do delineamento (DEFF) de 1,5 e adicionando-se, ainda, 10% para perdas e recusas e 15% para controle de confusão, a maior amostra necessária viável para este estudo seria de 540 adultos.

Quadro 6. Tamanho de amostra para estudo de associação de acordo com as principais

variáveis independentes, erros aceitáveis e efeito de delineamento de 1.5.

Exposição (Expostos)	Razão ñ exposto: exposto	Prevalência em não exposto	RRª	Total	Total 1 (Total + 10%)	Total 2 (Total 1 + 15%)
Sexo (feminino)	44/56	8,9%	2.45	281	309	355
<b>Idade</b> (>60)	41/59	11,2%	1.45	1591	1750	2012
Situação Conjugal (viúvo ou divorciado)	39/61	15,2%	1.80	420	452	520
Escolaridade (0-4 anos)	25/75	8,4%	3.0	250	275	317
Classe Econômica (1º quartil)	58/42	10,3%	2.0	427	470	540
Consumo de álcool (>7 pontos)	81/19	16,7%	0.85	6144	6758	7771
Morbidade autorreferida (duas ou mais)	26/74	9,9%	2.9	214	235	270

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup> Risco relativo

#### 7.9 Amostragem

Este item será definido posteriormente, durante a oficina de amostragem a ser realizada de 31 de agosto a 02 de setembro de 2015.

## 7.10 Seleção e treinamento de entrevistadores

Serão selecionadas entrevistadoras entre aquelas que realizarem a inscrição no processo de seleção. A divulgação da seleção será feita por meio de cartazes afixados em diferentes locais da cidade e por internet na página do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE), em jornal local e via rede social (Facebook) do PPGE e dos mestrandos do curso. Maiores detalhes sobre as características das entrevistadoras, a época e tempo de treinamento, bem como a padronização de medidas estão sendo definidas gradualmente pelo PPGE, impedindo a descrição sobre o processo seletivo e o treinamento. Quando definido, esse processo será de responsabilidade dos mestrandos sob orientação dos professores.

#### 7.11 Trabalho de campo

O trabalho de campo será realizado a partir de janeiro de 2016, na zona rural de Pelotas e tem a finalidade de atingir aos objetivos propostos nos projetos do consórcio de pesquisa da turma de mestrado 2015/2016 do PPGE/UFPel. O trabalho de campo se constituirá na coleta de dados por entrevistadores, junto a adultos da zona rural, residentes nos domicílios selecionados conforme o processo de amostragem.

O CPE servirá como núcleo do trabalho de campo, onde haverá, pelo menos, um mestrando responsável pela supervisão do trabalho de campo e dos entrevistadores. Em relação à coleta de dados, será utilizado um software a ser definido posteriormente, o qual possibilitará a entrada das informações de modo direto no banco de dados, através de codificação automática das respostas, com a facilidade de limitar a necessidade do processo de dupla digitação. Os entrevistadores receberão equipamento eletrônico com o software instalado, para ser utilizado durante o período da coleta de dados. Um mestrando ficará responsável por descarregar as informações dos equipamentos para um computador, no qual todos os mestrandos terão acesso para posterior verificação das informações disponíveis. Serão consideradas perdas as entrevistas que não puderem ser realizadas após, no mínimo, três novas tentativas de entrevista em dias e horários diferentes. Pelo menos uma das tentativas será realizada pelo supervisor do trabalho de campo.

## 7.12 Divulgação do trabalho de campo

Será realizada pela comissão de divulgação a fim de informar o maior número de pessoas sobre a realização do trabalho de campo que ocorrerá na zona rural a partir de janeiro de 2016. A divulgação ocorrerá através de mídia local, rádios, lideranças da região, unidades básicas de saúde e seus profissionais e também em eventos na comunidade. Outras possibilidades serão verificadas após definição da logística do estudo.

## 7.13 Aspectos logísticos do trabalho de campo

Este item será definido posteriormente, em conjunto com a coordenação do consórcio e o colegiado do PPGE.

#### 7.14 Controle de qualidade

O controle de qualidade dos dados será realizado pelos mestrandos do consórcio de pesquisa 2015/2016, através de revisita a 10% dos domicílios sorteados aleatoriamente e aplicação de um questionário reduzido, para a confirmação de algumas questões, verificando se o instrumento foi corretamente aplicado e identificando possíveis erros. A concordância entre as informações coletadas no estudo e no controle de qualidade será avaliada através do índice Kappa. O instrumento para detectar a qualidade será construído posteriormente à qualificação deste projeto.

#### 7.15 Processamento e análise dos dados

Inicialmente, será realizada análise descritiva das principais características da amostra. A descrição de variáveis numéricas envolverá o cálculo de médias, medianas e desvios-padrão, enquanto que as variáveis categóricas serão descritas através de proporções e intervalos de confiança. Posteriormente, serão realizadas análises bivariadas para estudar a associação entre os desfechos (diagnóstico e sintomas depressivos) e as variáveis de exposição por meio do teste qui-quadrado. Na análise multivariada será utilizada a regressão de Poisson de forma a possibilitar a estimativa das razões de prevalências. As análises serão realizadas através do software Stata (Statistics/Data Analysis), versão 14.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos). Para todos os testes será adotado um nível de

significância de 5%.O efeito de delineamento será considerado em todas as análises.

## 7.16 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa será encaminhado e submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas. Os itens da Resolução Nº 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, serão respeitados.

serão esclarecidos Todos os participantes previamente sobre os procedimentos que serão realizados na pesquisa e os possíveis desconfortos. As entrevistas serão realizadas somente após a concordância dos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os princípios éticos estarão assegurados por meio de: recebimento de uma via do TCLE, garantia de sigilo das informações prestadas e garantia do direito de recusa quanto à participação no estudo, se assim desejar. O TCLE será construído ao final do período de construção do projeto de consórcio, incluindo na descrição do estudo (como um todo) os objetivos de todos os mestrandos.

Todos aqueles identificados com depressão receberão uma listagem de locais possíveis de atendimento gratuito, como o Ambulatório de Saúde Mental de Pelotas e a Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas, ambos serviços gratuitos.

#### 7.17 Divulgação dos resultados finais

A divulgação dos resultados do estudo será feita através de apresentação da dissertação, além de publicações em formato de artigo científico em periódicos nacionais e/ou internacionais e em folders entregue às lideranças locais e unidades básicas de saúde. Ainda, caso haja a possibilidade será fornecido aos adultos que participarem da pesquisa um material impresso contendo os principais resultados encontrados.

## 7.18 Orçamento

Este projeto de pesquisa faz parte do Consórcio de Mestrado em Epidemiologia, o qual será financiado pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia através de recursos do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX), e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (Capes) (aproximadamente R\$ 78.000,00) e pelos alunos de mestrado da turma 2015-16.

## 7.19 Cronograma

O início da coleta de dados está previsto para janeiro de 2016 e terá duração aproximada de quatro meses. A análise e redação do volume final da dissertação serão realizadas em até oito meses. A defesa da dissertação está prevista para ocorrer entre novembro e dezembro de 2016, conforme apontado no quadro abaixo.

						4 =								_			1.0	_				
						15											16					
ETAPAS	М	Α	Μ	7	J	Α	ഗ	0	Z	D	J	F	M	Α	Μ	っ	J	Α	S	0	Ν	О
Definição do																						
tema de																						
pesquisa																						
Revisão																						
bibliográfica																						
Estudo pré-																						
piloto																						
Processo de																						
amostragem																						
Qualificação																						
do projeto																						
Planejament																						
o logístico																						
Seleção e																						
treinamento																						
Estudo piloto																						
Trabalho de																						
campo																						
Processame																						
nto dos																						
dados																						
Controle de																						
qualidade																						
Análise dos																						
dados																						
Redação da																						
dissertação																						
Defesa da																						
dissertação																						

## 8. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. *et al.*, The epidemiology of major depressive episodes: results from the international Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **Int J Methods Psychiatr Res,** v. 12, n. 1, p. 3-21, 2003.

ARAÚJO, A.C; NETO, F. L. A nova classificação americana para os transtornos mentais - o DSM-5. **Rev Bras Ter Comp Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

BARROS, C.A.d.; OLIVEIRA, T.L.d., Saúde Mental de Trabalhadores Desempregados. **Rev. Psicol., Organ. Trab.,** v. 9, n. 1, p. 86-107, 2009.

BECK, A.T. *et al.*, An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry,** v. 4, p. 561-71, 1961.

BOING, A.F. *et al.*,. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev. Saúde Pública,** v. 46, n. 4, p. 617-23, 2012.

BOLTON, P.; NEUGEBAUER, R.; NDOGONI, L. Prevalence of depression in rural Rwanda based on symptom and functional criteria. **J Nerv Ment Dis,** v. 190, n. 9, p. 631-7, 2002.

BOLTON, P.; WILK, C. M.; NDOGONI, L. Assessment of depression prevalence in rural Uganda using symptom and function criteria. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 39, n. 6, p. 442-7, 2004.

BROMET E, *et al.*, Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v. 9, n. 1, 2011.

BROSSART, D. F. *et al.*, Assessing depression in rural communities. **J Clin Psychol**, v. 69, n. 3, p. 252-63, 2013.

CARRUTH, A. K.; LOGAN, C. A. Depressive symptoms in farm women: effects of health status and farming lifestyle characteristics, behaviors, and beliefs. **J Community Health,** v. 27, n. 3, p. 213-28, 2002.

CID-10 . Classificação de Transtornos Mentais e de comportamentos da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COX, J.L.; HOLDEN, J.M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry**, v. 150, p. 782-786, 1987.

CUNHA, R.V.d.; BASTOS, G.A.N.; DUCA, G.F.d. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev Brasileira Epidemiologia,** v. 15, n. 2, p. 346-54, 2012.

DEAN, A. G; SULLIVAN, K. M; SOE, M. M. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. 2015. Disponível em: < http://www.openepi.com >. Acesso em: 03/07/2015.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev Bras de Psquiatr.**, v. 21, p. 6-11, 1999.

DEROGATIS, L. R. *et al.* The Hopkins Symptom Checklist (HSCL).A measure of primary symptom dimensions. **Modern Problems of Pharmaco psychiatry**, v. 7, p. 79-110, 1974.

DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Tratamento de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.

DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2014.

EBERHARDT, M. S.; PAMUK, E. R. The importance of place of residence: Examining health in rural and nonrural areas. **American Journal of Public Health,** v. 94, p. 1682-1686, 2004.

FERREIRA, P. C. D. S.; TAVARES, D. M. D. S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Rev Esc Enferm USP,** v. 47, n. 2, p. 401-407, 2013.

FLECK, M. P. *et al.* Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Rev Bras Psiquiatr,** v. 31, n. 1, p. S7-17, 2009.

FLECK, M. P. D. A. *et al.* Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev Saud Publica**, v. 36, n. 4, p. 431-8, 2002.

FLEISCHER, N. L.; FERNALD, L. C.; HUBBARD, A. E. Depressive symptoms in low-income women in rural Mexico. **Epidemiology,** v. 18, n. 6, p. 678-85, 2007.

IBGE. . Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JONAS, J. B. *et al.* Prevalence of depression, suicidal ideation, alcohol intake and nicotine consumption in rural Central India. The Central India Eye and Medical Study. **PLoS One,** v. 9, n. 11, 2014.

KATON, W. J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. **Dialogues Clin Neurosci**, v. 13, n. 1, p. 7-23, 2011.

KILKKINEN, A. *et al.* Prevalence of psychological distress, anxiety and depression in rural communities in Australia. **Aust J Rural Health,** v. 15, n. 2, p. 114-9, 2007.

LOJKO, D. *et al.* Symptoms of depression among adults in rural areas of western Poland. **Ann Agric Environ Med,** v. 22, n. 1, p. 152-5, 2015.

LOPEZ, M. R. A. *et al.* Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul,** v. 33, n. 2, p. 103-108, 2011.

MATIJASEVICH, A. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. **BMC Psychiatry,** v. 14, 2014.

MICHALAK, E. E. *et al.* Prevalence and risk factors for depression in a rural setting. Results from the North Wales arm of the ODIN project. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 37, n. 12, p. 567-71, 2002.

MUNTANER, C.; BARNETT, E. Depressive symptoms in rural West Virginia: labor market and health services correlates. **J Health Care Poor Underserved,** v. 11, n. 3, p. 284-300, 2000.

PELUSO, M. A. M; ANDRADE, L.H. S. G. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **Clinics**, v. 60, p. 61-70, 2005.

PROBST, J. C. *et al.* Rural-urban differences in depression prevalence: implications for family medicine. **Fam Med**, v. 38, n. 9, p. 653-60, 2006.

RADLOFF, L. S. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**, v. 1, p. 385-401, 1977.

RUIZ-DOBLADO, S. Prevalence of depressive symptoms and mood disorders in primary care: a Spanish rural study. **Int J Soc Psychiatry**, v. 45, n. 3, p. 180-9, 1999.

SCARTH, R. D. *et al.* The prevalence of depressive symptoms and risk factors among lowa and Colorado farmers. **Am J Ind Med,** v. 37, n. 4, p. 382-9, 2000.

SHEEHAN, D. *et al.* The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry**, v.59, p. 22-33, 1998.

SHIELS, C. *et al.* Depression in men attending a rural general practice: factors associated with prevalence of depressive symptoms and diagnosis. **Br J Psychiatry**, v. 185, p. 239-44, 2004.

SIDLAUSKAITE-STRIPEIKIENE, I.; ZEMAITIENE, N.; KLUMBIENE, J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. **Medicina (Kaunas),** v. 46, n. 10, p. 693-9, 2010.

SILVA, M. T. *et al.*, Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a sistematic review and meta-analysis. **Rev Bras de Psquiatr.**, v. 36, p. 262-270, 2014.

STALLONES, L., *et al.* Depressive symptoms among colorado farmers. **Journal of Ag safety and health,** v. 1, n. 1, 1995.

TENG, C. T.; HUMES. E.C.; DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev Psiq Clin**, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

WAGENAAR, B. H. *et al.* Depression, suicidal ideation, and associated factors: a cross-sectional study in rural Haiti. **BMC Psychiatry,** v. 12, p. 149, 2012.

WHO. World Health Organization. Funk M. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. World Health Organization; Geneva, Switzerland. 2010

WHO. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, 2001.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, p. 361-370, 1983.

## **ANEXO**

## ANEXO 1 Instrumento de Pesquisa – EPDS

EU VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS E O(A) SR.(A.) IRÁ ESCOLHER A RESPOSTA QUE MELHOR REFLETE COMO <u>TEM SE SENTIDO NOS ÚLTIMOS SETE DIAS</u>

<ol> <li>O(A) SR.(A) TEM SIDO CAPAZ DE RIR E ACHAR GRAÇA DAS COISAS?</li> <li>( ) Como sempre fez</li> <li>( ) Não tanto quanto antes</li> <li>( ) Sem dúvida, menos que antes</li> <li>( ) De jeito nenhum</li> </ol>
2. O(A) SR.(A) TEM PENSADO NO FUTURO COM ALEGRIA?  ( ) Sim, como de costume  ( ) Um pouco menos que de costume  ( ) Muito menos que de costume  ( ) Praticamente não
3. O(A) SR.(A) TEM SE CULPADO SEM RAZÃO QUANDO AS COISAS DÃO ERRADO?  ( ) Não, de jeito nenhum ( ) Raramente ( ) Sim, às vezes ( ) Sim, muito frequentemente
4. O(A) SR.(A) TEM FICADO ANSIOSO(A) OU PREOCUPADO(A) SEM UMA BOA RAZÃO?  ( ) Sim, muito seguido ( ) Sim, às vezes ( ) De vez em quando ( ) Não, de jeito nenhum
5. O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO ASSUSTADO(A) OU EM PÂNICO SEM UM BOM MOTIVO?  ( ) Sim, muito seguido ( ) Sim, às vezes ( ) Raramente ( ) Não, de jeito nenhum
<ul> <li>6. O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO SOBRECARREGADO(A) PELAS TAREFAS E ACONTECIMENTOS DO SEU DIA-A-DIA?</li> <li>( ) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles</li> <li>( ) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes</li> <li>( ) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles</li> <li>( ) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</li> </ul>

7. O(A) SR(A) TEM SE SENTIDO TÃO INFELIZ QUE TEM TIDO DIFICULDADE DE DORMIR?  ( ) Sim, na maioria das vezes ( ) Sim, algumas vezes ( ) Raramente ( ) Não, nenhuma vez
8. O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TRISTE OU MUITO MAL?  ( ) Sim, na maioria das vezes  ( ) Sim, muitas vezes  ( ) Raramente  ( ) Não, de jeito nenhum
<ul> <li>9. O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TÃO TRISTE QUE TEM CHORADO?</li> <li>( ) Sim, a maior parte do tempo</li> <li>( ) Sim, muitas vezes</li> <li>( ) Só de vez em quando</li> <li>( ) Não, nunca</li> </ul>
10. O(A) SR.(A) TEM PENSADO EM FAZER ALGUMA COISA CONTRA SI MESMO(A)?  ( ) Sim, muitas vezes ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A - Manual de Instruções do Instrumento -

<u>Orientações gerais</u> para as perguntas **A135** até **A144** (Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo)

- →As perguntas a seguir são de livre interpretação por parte do(a) entrevistado(a). Todas as perguntas deverão ser lidas da forma como estão escritas no questionário. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida sobre qual forma interpretar alguma questão, diga-lhe que a interpretação é livre e que queremos que ele(a) responda da forma como entende a pergunta.
- → Se o(a) entrevistado(a) não entender o significado de alguma pergunta, repita novamente de forma lenta, sem utilizar sinônimos ou "explicações em outras palavras da questão". O entrevistador não deve influenciar o entrevistado na escolha da resposta.
- → Se o(a) entrevistado(a) responder "antes eu me sentia assim, agora não", pergunte "COMO O(A) SENHOR(A) SE SENTIU EM RELAÇÃO A ESTA SITUAÇÃO NA ÚLTIMA SEMANA?". Apenas em último caso, marque a opção "(9)IGN".

## ATENÇÃO 1:

- \*\* Prefira fazer as perguntas desta seção sem outras pessoas por perto. Se o(a) entrevistado(a) estiver na companhia de outras pessoas, explique que as próximas perguntas são particulares e que algumas pessoas preferem respondê-las enquanto estão sozinhas.
- → Se após explicar que é importante que o(a) entrevistado(a) esteja sem outras pessoas por perto para responder as questões, continuarem outras pessoas no mesmo ambiente, proceda com a aplicação do questionário e procure obter as respostas diretamente do(a) entrevistado(a), evitando que o(a) outras pessoas interfiram nas respostas. Educadamente diga que é muito importante que ele(a) responda a todas as questões.

→Se o questionário estiver sendo respondido por um familiar, cuidador ou responsável e não pelo(a) entrevistado(a); ou se o(a) participante se recusar a responder essas questões; ou estiver impossibilitado de responder o questionário a seguir sem ajuda, por incapacidade de comunicação verbal e/ou incapacidade cognitiva e/ou mental: no caso do questionário impresso, assinale "NSA" nas questões A135 até a A144 e prossiga normalmente a partir da questão A145.

→ Se o(a) entrevistado(a) se recusar, tente reverter a situação e obter a resposta.

→Caso o(a) entrevistado(a) dê uma resposta diferente das alternativas, diga: "ME DESCULPE, MAS EU PRECISO QUE O(A) SR.(A) RESPONDA DE ACORDO COM AS ALTERNATIVAS DE RESPOSTA. VOU LER NOVAMENTE PARA O(A) SR.(A). É IMPORTANTE QUE O(A) SR.(A) ESCOLHA A OPÇÃO QUE MELHOR DESCREVA COMO TEM SE SENTIDO NA ÚLTIMA SEMANA". Em último caso, se o(a) entrevistado(a) se recusar a responder a mais de uma das próximas questões ou se negar responder toda esta seção, anote no seu caderno qual a questão não foi respondida, o número da pessoa, o número da família, o número do setor e fale com o seu supervisor. Marque, na situação citada, todas as opções de resposta como "9 - IGN".

## ATENÇÃO 2:

\*\* Antes de iniciar o questionário, entregue o cartão 3 para o entrevistado(a). Leia somente a pergunta e peça para que ele diga o número da alternativa de resposta que lhe parecer mais adequada sobre como ele tem se sentido na última semana.

\*Exceção: Para indivíduos não alfabetizados ou com dificuldade de compreensão, leia a questão como também as alternativas de resposta.

**ATENÇÃO 3:** Esta seção pode ser de conteúdo emotivo para algumas pessoas. Se você notar que o(a) entrevistado(a) está tendo dificuldades em responder pois ficou emocionado(a), não prossiga as perguntas sem ter a certeza de que ele(a) está bem. Demonstre uma postura acolhedora e mostre que você se solidariza com os

sentimentos dele(a). <u>Não diga frases do tipo "tudo vai ficar bem" ou "tenho certeza que as coisas vão melhorar"</u>. Faça uma pausa, em silêncio, por alguns segundos, e pergunte se ele(a) deseja continuar a responder o questionário. Se ele(a) se recusar, complete as opções de resposta subsequentes com "9 – IGN".

**ALERTA:** As questões A135 até A144 só poderão ser respondidas pelo(a) próprio(a) entrevistado(a). <u>NÃO</u> poderão ser respondidas por outra pessoa (cuidador ou responsável).

O(A) entrevistado(a) está respondendo o questionário sozinho(a) ou sem ajuda?

- (0) Não → vá para a questão A145
- (1) Sim

## AGORA EU VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS E O(A) SR.(A.) IRÁ ESCOLHER A RESPOSTA QUE MELHOR REFLETE COMO <u>TEM SE SENTIDO</u> <u>NA ÚLTIMA SEMANA</u>

Atenção: Entregue o cartão 3 ao entrevistado(a) para que ele acompanhe a aplicação do questionário.

## A135) **O(A) SR.(A) TEM SIDO CAPAZ DE RIR E ACHAR GRAÇA DAS COISAS?** *Mostrar cartão 3*

- (0) Como sempre fiz
- (1) Não tanto quanto antes
- (2) Sem dúvida, menos que antes
- (3) De jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN

→ Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

## A136) **O(A) SR.(A) TEM PENSADO NO FUTURO COM ALEGRIA?** *Mostrar cartão* 3

- (0) Sim, como de costume
- (1) Um pouco menos que de costume
- (2) Muito menos que de costume
- (3) Praticamente não
- (8) NSA
- (9) IGN

→ Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

## A137) O(A) SR.(A) TEM SE CULPADO SEM RAZÃO QUANDO AS COISAS DÃO ERRADO? Mostrar cartão 3

- (0) Não, de jeito nenhum
- (1) Raramente
- (2) Sim, às vezes

- (3) Sim, muito frequentemente
- (8) NSA
- (9) IGN
- →Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

## A138) O(A) SR.(A) TEM FICADO ANSIOSO(A) OU PREOCUPADO(A) SEM UMA BOA RAZÃO? Mostrar cartão 3

- (3) Sim, muito seguido
- (2) Sim, às vezes
- (1) De vez em quando
- (0) Não, de jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN
- →Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

## A139) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO ASSUSTADO(A) OU EM PÂNICO SEM UM BOM MOTIVO? Mostrar cartão 3

- (3) Sim, muito seguido
- (2) Sim, às vezes
- (1) Raramente
- (0) Não, de jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN
- → Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

## A140) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO SOBRECARREGADO(A) PELAS TAREFAS E ACONTECIMENTOS DO SEU DIA-A-DIA? Mostrar cartão 3

- (3) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- (2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- (0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem guanto antes
- (8) NSA
- (9) IGN
- → Leia as opções e aquarde a resposta do(a) entrevistado(a).

## A141) O(A) SR(A) TEM SE SENTIDO TÃO INFELIZ QUE TEM TIDO DIFICULDADE DE DORMIR? Mostrar cartão 3

- (3) Sim, na maioria das vezes
- (2) Sim, algumas vezes
- (1) Raramente
- (0) Não, nenhuma vez
- (8) NSA
- (9) IGN
- → Leia as opcões e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

#### A142) O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TRISTE OU MUITO MAL? Mostrar cartão 3

- (3) Sim, na maioria das vezes
- (2) Sim, muitas vezes
- (1) Raramente
- (0) Não, de jeito nenhum
- (8) NSA
- (9) IGN
- →Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

## A143) **O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TÃO TRISTE QUE TEM CHORADO?** *Mostrar cartão 3*

- (3) Sim, a maior parte do tempo
- (2) Sim, muitas vezes
- (1) Só de vez em quando
- (0) Não, nunca
- (8) NSA
- (9) IGN
- →Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

## A144) **O(A)** SR.(A) TEM PENSADO EM FAZER ALGUMA COISA CONTRA SI MESMO(A)? Mostrar cartão 3

- (3) Sim, muitas vezes
- (2) Às vezes
- (1) Raramente
- (0) Nunca
- (8) NSA
- (9) IGN
- →Leia as opções e aguarde a resposta do(a) entrevistado(a).

#### ATENÇÃO!

Ao final do questionário de depressão aparecerá um score (pontuação) de acordo com as respostas do(a) entrevistado(a). Se essa pontuação for IGUAL OU MAIOR A 13 aparecerá um alerta da seguinte forma:

Alerta: Ao final da entrevista entregue e lista com locais de atendimento ao entrevistado.

Você prosseguirá normalmente o questionário. **NÃO ESQUECER**. Ao final da entrevista entregue a listagem com os locais para atendimento psiquiátrico ou psicológico (<u>SOMENTE PARA AQUELES QUE APARECER O ALERTA APÓS O QUESTIONÁRIO DE DEPRESSÃO</u>) e diga:

"DURANTE O PERÍODO EM QUE CONVERSAMOS, FORAM FEITOS ALGUNS TESTES E PARECE QUE O SENHOR TEM ANDADO TRISTE E UM POUCO DEPRIMIDO(A) DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. POR MAIS QUE NÃO TENHA SIDO REALIZADO UM DIAGNÓSTICO, AQUI TEM UMA LISTAGEM COM ALGUNS LOCAIS QUE O(A) SR(A) PODE PROCURAR PARA ATENDIMENTO COM UM PROFISSIONAL ESPECIALIZADO".

ALTERAÇÕES DO PROJETO DE PESQUISA

Após a qualificação do projeto, foram realizadas novas alterações nos itens especificados abaixo.

## Definição operacional do desfecho

Um dos pontos de corte mencionados no projeto estava errado. Portanto, é correto utilizar ≥8 pontos para avaliar sintomas depressivos e, para provável diagnóstico de EDM, ≥13 pontos, conforme proposto por Matijasevich *et al.* (2014). No entanto, após discussões os pontos de corte utilizados para as análises deste estudo foram: sem sintomas (0-7 pontos); presença aumentada de sintomas depressivos (8-12 pontos) e provável diagnóstico de EDM (≥13 pontos).

## Variáveis independentes

Para as análises do artigo, a maior parte das variáveis independentes foi utilizada em análises com diferentes categorizações das propostas no projeto. São elas:

- ✓ Idade: 18-29; 30-39; 40-49; 50-59 e ≥60;
- ✓ Cor da pele: branca; outra;
- ✓ Escolaridade (anos completos):0-4; 5-8; ≥9;
- ✓ Classe econômica (ABEP): A/B; C; D/E;
- ✓ Padrão de consumo de álcool (AUDIT): As categorias originais (de II a IV) do instrumento AUDIT foram agrupadas, dessa forma a variável foi utilizada na forma dicotômica: consumo sem risco 0-7 pontos (equivalente a I do instrumento); consumo de risco ≥8 pontos (correspondente a II a IV do instrumento).
- ✓ Tabagismo (fumo atual): sim; não;
- ✓ Autopercepção de saúde: muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim;
- ✓ Qualidade do sono (*Mini Sleep Questionnaire*.): boa qualidade do sono; dificuldade do sono leve; dificuldade do sono moderada; dificuldade do sono severa.

Para esta última variável, houve alteração do instrumento original, modificando assim as categorias. As demais foram recategorizadas em razão da proporção da amostra em cada categoria ou realizada nova redação da classificação anterior, como ocorreu na variável consumo de álcool.

A variável situação ocupacional foi substituída pela variável trabalhador rural (categorizada em: não; sim), sendo considerado como sim quem realizava algum trabalho diário ou frequente relacionado à agricultura, pecuária ou pesca na zona

rural, para que dessa forma o efeito do trabalho rural fosse avaliado.

Como previsto no projeto original, novas variáveis foram acrescidas às análises: tempo de moradia na zona rural (menor tempo; maior tempo; sempre morou); moradores no domicílio (1,2,3,4,≥5); local de trabalho (zona urbana; zona rural; zona rural e urbana) e atividade física de lazer (ativo; insuficientemente ativo). Além disso, a variável qualidade de vida, inserida inicialmente no projeto, foi excluída por possuir vários domínios, resultando em estratos pequenos e diminuindo a precisão das estimativas. O Quadro 7 abaixo atualiza a categorização exposta no projeto original (p. 33, Quadro 3)

**Quadro 7**. Listagem de variáveis independentes, definição operacional e tipo.

Variáveis	Definição operacional	Tipo de variável
Sexo	Masculino ou feminino	Categórica dicotômica
Idade (anos)	18-29, 30-39, 40-49, 50-59 e ≥60	Categórica ordinal
Cor da pele	Branca, outra	Categórica dicotômica
Situação conjugal	Solteiro(a), casado(a), separado(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	Categórica nominal
Escolaridade (anos completos)	0-4, 5-8, ≥9	Numérica ordinal
Classe Econômica (ABEP)	A/B, C, D/E	Categórica ordinal
Local de trabalho	Zona urbana, zona rural, zona rural e urbana	Categórica nominal
Trabalhador rural	Não, sim	Categórica dicotômica
Tempo de moradia na zona rural	Menor tempo (<50%), maior tempo (50-99%), sempre morou (100%)	Categórica nominal
Número de moradores no domicílio	1, 2, 3, 4, ≥5	Categórica ordinal
Padrão de consumo de álcool (AUDIT)	Consumo sem risco: 0-7 pontos Consumo de risco: ≥8 pontos	Categórica dicotômica
Fumo atual	Não, sim	Categórica dicotômica
Número de morbidades	Quantidade de doenças crônicas* 0, 1, ≥2	Categórica ordinal
Autopercepção de saúde	Muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim	Categórica ordinal
Qualidade do sono (Mini Sleep Questionnaire)	Boa qualidade do sono, dificuldade do sono leve, dificuldade do sono moderada, dificuldade do sono severa	Categórica ordinal
Atividade física de lazer (min/semana)	Ativo: ≥150 Insuficientemente ativo: <150	Categórica dicotômica

<sup>\*</sup>hipertensão, diabetes e doença cardíaca

RELATÓRIO I	DO TRABALHO	DE CAMPO



# UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

## RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO CONSÓRCIO DE PESQUISA 2015/2016

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	58
2.	COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO	60
3.	QUESTIONÁRIOS	63
4.	MANUAL DE INSTRUÇÕES	64
5.	AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM	64
6.	SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS	67
7.	DIVULGAÇÃO	69
8.	ESTUDO PILOTO	71
9.	LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO	72
10.	CONTROLE DE QUALIDADE	75
11.	RESULTADOS GERAIS	75
12.	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS NA COMUNIDADE	77
13.	CRONOGRAMA	78
14.	ORÇAMENTO	79
REF	FERÊNCIAS	80
APÊ	ENDICE 1. Parecer CEP	81
APÊ	ÈNDICE 2. TCLE	84

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi criado em 1991, por um grupo de docentes da Faculdade de Medicina. Na avaliação trienal de 2007 o curso recebeu nota "7", conceito máximo – que mantém até os dias atuais - da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo o primeiro na área de Saúde Coletiva e considerado de excelência internacional.

Desde 1999 o PPGE realiza, a cada dois anos, inquéritos populacionais sobre aspectos de saúde na zona urbana do município de Pelotas, cidade localizada no sul do Rio Grande do Sul. Esses estudos ocorrem sob a forma de "Consórcio de Pesquisa", o qual consiste em um estudo transversal de base populacional realizado pelos mestrandos do PPGE¹. Essa metodologia de pesquisa permite que ocorra redução do tempo de trabalho de campo e otimização de recursos financeiros e humanos. Adicionalmente, tem como um dos objetivos que os alunos vivenciem experiências em todas as etapas de um estudo epidemiológico, resultando nas dissertações dos mestrandos e, ainda, no reconhecimento da situação de saúde da população investigada.

Nos anos 2015/2016, pela primeira vez, o consórcio de pesquisa do PPGE realizou-se com a população adulta e idosa da zona rural do município de Pelotas. A pesquisa contou com a supervisão de 12 mestrandos, sob a coordenação de quatro docentes do Programa (Dra. Elaine Tomasi, Dra. Helen Gonçalves, Dra. Luciana Tovo Rodrigues e Dra. Maria Cecília Assunção) e uma professora colaboradora do Programa (Dra. Renata Moraes Bielemann). Ao idealizar tal pesquisa, antes dos mestrandos ingressarem no Programa, as coordenadoras do consórcio iniciaram o processo de contato e divulgação da pesquisa com lideranças da zona rural do município e entidades públicas, com intuito de analisar a viabilidade da realização do estudo. Destacam-se, neste período, contatos realizados com: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria de Desenvolvimento Rural, Secretaria da Saúde, EMATER Pelotas, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Iíderes comunitários e religiosos atuantes na zona rural de Pelotas.

Ao longo dos quatro primeiros bimestres do curso, nas disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ocorreu o planejamento do estudo populacional, desde a escolha

dos temas até o planejamento de todo o trabalho de campo pelos mestrandos. Nessa pesquisa foram investigados temas específicos de cada mestrando (Tabela 1), juntamente com informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais de interesse comum. Além da aplicação do questionário, também foram coletadas algumas medidas antropométricas que serão explicadas com mais detalhes no decorrer deste documento.

**Tabela 1.** Alunos, formação e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2015/2016.

Mestrando	Graduação	Tema de Pesquisa		
Adriana Kramer Fiala Machado	Nutrição	Qualidade do sono		
Ana Carolina Oliveira Ruivo	Medicina	Serviços de saúde		
Caroline Cardozo Bortolotto	Nutrição	Qualidade de vida		
Gustavo Pêgas Jaeger	Medicina	Consumo de bebidas alcoólicas		
Mariana Otero Xavier	Nutrição/Ed. Física	Tabagismo		
Mayra Pacheco Fernandes	Nutrição	Consumo de alimentos		
Rafaela Costa Martins	Educação Física	Atividade física		
Roberta Hirschmann	Nutrição	Depressão		
Thais Martins da Silva	Nutrição	Obesidade geral e abdominal		

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado "Avaliação da saúde de adultos residentes na zona rural do município de Pelotas, RS". Este projeto mais amplo, também chamado de "projetão", contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa dos mestrandos, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. Foram ainda investigados cinco temas específicos de interesse de docentes do PPGE: saúde bucal, contato com agrotóxicos, criminalidade, consumo de chimarrão e uso de medicamentos.

O Projeto Geral foi encaminhado para avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Pelotas em novembro de 2015, com o número de protocolo 51399615.7.0000.5317. O parecer contendo a aprovação para início do estudo foi recebido no dia 11 de dezembro de 2015, com o número 1.363.979 (Apêndice 1).

## 2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

O Consórcio de Pesquisa busca capacitar os mestrandos para o trabalho em equipe. Para que isso fosse possível em 2015/2016, foram estabelecidas comissões a fim de garantir uma melhor preparação e um bom andamento do trabalho de campo. Todos os mestrandos participaram das comissões, podendo um mesmo aluno atuar em mais de uma. Ainda, o referido consórcio contou com a colaboração de alunos vinculados ao Centro de Equidade do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (Janaína Calu Costa, Luis Paulo Vidaletti Ruas e Maria del Pilar Flores Quispe). Os três participaram das comissões e do trabalho de campo durante os dois primeiros meses. Seus projetos de dissertação não previam a utilização dos dados coletados pelo consórcio. O aluno do curso de Doutorado do PPGE, Bernardo Agostini, também contribuiu durante o trabalho de campo, nos dois últimos meses de coleta de dados, para ampliar seu aprendizado.

As comissões deste consórcio, mestrandos responsáveis e suas atribuições estão listadas abaixo.

Elaboração do projeto de pesquisa que reuniu todos os estudos: Ana Carolina Ruivo; Gustavo Jaeger; Luis Paulo Ruas.

Essa comissão foi responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base nos projetos de cada mestrando e professores. Este projeto, denominado "projetão", foi composto por 14 projetos individuais, sendo nove deles de mestrandos e cinco de professores. Os projetos individuais que formavam o "projetão" foram nele descritos separadamente. De cada projeto individual foram abordados os seguintes itens: justificativa para realização, objetivos gerais e específicos e hipóteses do estudo.

O "projetão" contemplou também alguns aspectos comuns a todos os projetos individuais, como: descrição do PPGE e da forma de pesquisa adotada pelo programa, delineamento do estudo, população-alvo, amostra e processo de amostragem (amostras necessárias para cada projeto individual), instrumentos utilizados, logística, seleção e treinamento de entrevistadoras, estudo piloto, controle de qualidade, processamento e análise de dados, aspectos éticos, orçamento, cronograma e referências bibliográficas.

Os questionários completos aplicados e cartões visuais, utilizados para auxílio durante a entrevista, foram anexados como apêndices no Projeto. Além disso, ao longo do texto, duas tabelas foram apresentadas: (1) especificando o tamanho amostral necessário para cada projeto individual e (2) a descrição detalhada do orçamento do projeto.

Elaboração do questionário: Mariana Xavier; Roberta Hirschmann; Thais da Silva.

Essa comissão foi responsável pela incorporação dos instrumentos de cada mestrando em um questionário comum, bem como a coordenação dos pulos e filtros dos diferentes blocos. Além disso, elaborou o questionário de controle de qualidade da pesquisa.

Elaboração do manual de instruções: Adriana Machado; Janaína Calu Costa.

Comissão responsável pela elaboração de um manual de instruções contendo todas as informações sobre o instrumento geral e de cada mestrando, bem como procedimentos a serem tomados em cada pergunta. As instruções inerentes aos procedimentos adotados para aplicação ou tomada das medidas de cada mestrando foram elaboradas pelos próprios estudantes.

**Amostragem e banco de dados:** Adriana Machado; Mayra Fernandes; Rafaela Martins.

A comissão do banco de dados foi responsável por transcrever o questionário para meio digital através do *website* para pesquisas *online* chamado *REDCap* (*Research Eletronic Data Capture*)<sup>3</sup> e inserir este questionário digital nos *tablets* Samsung GalaxyTab E. Além disso, tinha como responsabilidade checar as inconsistências do questionário e das respostas, assim como organizar e gerenciar os dados. Por fim, foi responsável pela entrega da versão final do banco de dados a ser utilizado por todos os mestrandos em suas análises.

## Controle de planilhas: Rafaela Costa Martins.

O controle de entrevistas de cada setor, mantendo uma planilha sempre atualizada com as informações repassadas pelos mestrandos ao final de cada dia e durante todo o período de trabalho de campo ficou sob responsabilidade de uma mestranda. Cada setor possuía uma planilha individual, que alimentava a planilha geral com dados agrupados do trabalho de campo. Cada uma dessas planilhas era dividida em 31 abas, sendo uma para resumo do setor e, as outras 30 correspondiam a cada casa. A aba de cada domicílio possuía informações sobre código de identificação (ID), nome, idade, telefone e o melhor turno para encontrar o participante em casa, além de informar qual morador do domicílio respondeu o "Bloco B" (questionário domiciliar), bem como qual morador havia sido sorteado para o controle de qualidade. A aba de resumo de cada setor informava o percentual de entrevistas realizadas e pendentes, perdas, recusas, critérios de exclusão, número de moradores, número de adultos, controle de qualidade sorteado, domicílios completos, amostrados e com pendência. Todos esses dados eram convergidos em um dado geral de cada setor e do total do campo com as informações por setor resumidas.

Logística e trabalho de campo: Caroline Bortolotto; Roberta Hirschmann; Thais da Silva.

Comissão responsável pela aquisição e controle do material utilizado em campo, previsão de orçamentos, processo de seleção das candidatas a entrevistadoras e organização dos treinamentos. Além disso, ficou a cargo dessa comissão a seleção da empresa de transporte para deslocamento durante todo o trabalho de campo.

**Divulgação do trabalho de campo:** Gustavo Jaeger; Maria del Pilar Quispe; Mayra Fernandes.

Essa comissão trabalhou com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, especificamente com Silvia Pinto (comunicação) e Cíntia Borges (design gráfico). Foi de responsabilidade desta comissão a elaboração de todo o material de divulgação prévia da pesquisa, bem como do material utilizado pelos mestrandos e entrevistadoras durante o trabalho de campo, como camisetas, bonés

e crachás. Ainda, auxiliou na elaboração do material com os resultados finais da pesquisa a serem devolvidos aos participantes e instituições de saúde.

Financeiro: Ana Carolina Ruivo; Roberta Hirschmann.

Comissão encarregada de todas as questões relacionadas ao controle financeiro, orçamento e previsão de compras durante todo o Consórcio de Pesquisa. Essa comissão estava constantemente em contato com o setor financeiro do PPGE e era responsável também por controlar o número de entrevistas de cada entrevistadora para posterior pagamento, a utilização mensal das vans, fornecimento de vales-transportes para as entrevistadoras e toda e qualquer despesa relacionada à pesquisa.

**Elaboração do relatório de trabalho de campo:** Caroline Bortolotto; Mariana Xavier; Rafaela Martins.

Comissão responsável pelo registro de todas as decisões tomadas nas reuniões com a coordenação, informações relevantes do trabalho de campo, preenchimento de tabela com datas de encontros e reuniões com pessoas que auxiliaram antes de iniciar o trabalho de campo, e pela elaboração do presente relatório do Consórcio de Pesquisa "Saúde Rural" 2015-2016.

#### 3. QUESTIONÁRIOS

O questionário foi dividido em duas partes chamadas de "Bloco A" e "Bloco B". As questões individuais e específicas do instrumento de cada mestrando foram incluídas no questionário geral, denominado "Bloco A".

O "Bloco A" foi aplicado a todos os indivíduos com 18 anos ou mais, moradores da zona rural de Pelotas. Este instrumento era composto por 209 questões, incluindo temas sobre atividade física, qualidade de vida, presença de morbidades, consumo de alimentos, utilização de serviços de saúde, qualidade do sono, saúde dos dentes e da boca, depressão, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, criminalidade, consumo de chimarrão, uso de medicamentos, uso de agrotóxicos e religião.

As questões referentes aos aspectos domiciliares foram incluídas no "Bloco B", sendo respondidas por apenas um indivíduo de cada residência, preferencialmente o chefe da família. Esse bloco continha 61 perguntas referentes aos dados socioeconômicos da família, características do domicílio, escolaridade do chefe da família e posse de bens. Além dos questionários, foram coletadas as seguintes medidas antropométricas dos participantes: peso, altura e circunferência da cintura.

## 4. MANUAL DE INSTRUÇÕES

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento e nas entrevistas durante o trabalho de campo. Todos os *tablets* utilizados para a coleta de dados possuíam uma versão digital do manual, sendo de fácil acesso às entrevistadoras. O manual incluía orientações sobre o que se pretendia coletar em cada questão dos questionários, contendo a explicação da pergunta, opções de resposta e instruções para perguntas nas quais as opções deveriam ser lidas ou não. Continha, ainda, as definições de termos utilizados no questionário e o telefone de todos os supervisores.

Também foi criado um manual para a "batedora" (termo utilizado para se referir a pessoa que realiza a contagem e identificação de domicílios antes de iniciar o trabalho de campo propriamente dito), o qual possuía um roteiro com explicações sobre o procedimento correto a ser realizado na "bateção". Porém, por dificuldades logísticas específicas da zona rural, especialmente as distâncias a serem percorridas, as más condições das estradas e o dispêndio excessivo de tempo nesse processo, a "bateção" não ocorreu conforme esperado, tendo-se então optado por não realizar essa abordagem prévia aos participantes do estudo na zona rural.

#### 5. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Nos projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para o seu tema de interesse, tanto para estimar o número de indivíduos necessário para estudos de prevalência, quanto para o exame das possíveis associações. Em todos os cálculos foram acrescidos 10% para perdas e recusas e

15% para cálculo de associações, tendo em vista o controle de possíveis fatores de confusão e, ainda, o efeito de delineamento amostral, dependendo de cada tema. Nos dias 31/08/2015, 01 e 02/09/2015 ocorreu uma oficina de amostragem coordenada pelo Prof. Aluísio Jardim Dornellas de Barros e pela estatística convidada da Universidade de São Paulo (USP), Prof<sup>a</sup>. Regina Bernal. Nessa ocasião foi definido o maior tamanho de amostra necessário (n=2.016 adultos) para que todos os mestrandos tivessem a possibilidade de estudar os seus desfechos, levando em consideração as questões logísticas e financeiras envolvidas.

Inicialmente, foram reconhecidos os distritos e setores rurais através dos dados do Censo de 2010². A zona rural de Pelotas possui oito distritos que estão descritos na Tabela 2. Nesses, foram sorteados 24 setores e 1.008 domicílios. A decisão sobre o número de setores a serem amostrados levou em consideração o número de domicílios permanentes de cada um dos distritos. Foi considerado em média 2 adultos por domicílio, dessa forma o cálculo para a escolha do número de domicílios foi realizado da seguinte forma:

24 setores \* 2 adultos em média por domicílio = 42 domicílios por setor

**Tabela 2.** Descrição dos distritos conforme tamanho populacional, número de domicílios e setores.

		Nº de		
		domicílios	Nº de	Nº de setores
Distrito	População	permanentes	setores	selecionados
Monte Bonito	3201	1087	6	4
Cascata	3074	1084	6	4
Cerrito Alegre	3075	977	6	4
Z3	3165	972	8	3
Quilombo	2649	856	5	3
Santa Silvana	2443	654	8	2
Rincão da Cruz	1970	613	7	2
Triunfo	2466	551	4	2

No decorrer do trabalho foram necessárias mudanças logísticas devido às dificuldades de locomoção na zona rural, custo e tempo para o término do estudo. A principal mudança consistiu na redução do número de domicílios, sendo mantidos o

número de setores e a média de adultos/domicílio. O número de domicílios por setor passou a ser 30, resultando em 720 domicílios, finalizando em 1.440 indivíduos.

Devido à grande diferença na distribuição geográfica das residências na zona rural em comparação com a zona urbana, foi necessário adotar uma estratégia peculiar para este estágio do processo. Optou-se por utilizar o software *Google Earth*, que está disponível para uso gratuito, juntamente com um mapa virtual do estado do Rio Grande do Sul, fornecido pelo IBGE. Com a utilização destas duas ferramentas foi possível sobrepor as delimitações geográficas da cidade de Pelotas, que inclui as subdivisões em setores censitários, sobre as imagens feitas por satélite fornecidas pelo *Google Earth*.

A partir das imagens aéreas, com as subdivisões geográficas sobrepostas, os setores censitários foram divididos em núcleos, da seguinte maneira: foi considerado um núcleo cada aglomerado com no mínimo cinco casas, localizadas em um raio de um quilômetro a partir do centro do núcleo — maior ramificação de ruas ou vias/estradas. Estes núcleos foram ordenados em cada setor, de maneira decrescente e de acordo com o número de casas identificadas pelas imagens de satélite.

Finalmente, para a seleção das residências, foi adotado o seguinte procedimento: iniciava-se pelo maior núcleo (com maior número de residências) e, ao chegar ao centro deste núcleo, um dos mestrandos responsáveis pelo trabalho de campo girava algum objeto pontiagudo (como, por exemplo, uma garrafa) para dar a direção do início a ser percorrido para encontrar as residências a serem incluídas na amostra, garantindo certa aleatoriedade no processo. eventualmente, o objeto girado apontasse no meio de duas ramificações, seguia-se sempre pela via à direita da direção indicada. Quando chegava-se ao fim da direção apontada dentro do núcleo sem que 30 casas fossem identificadas, voltava-se ao centro do núcleo e dava-se continuidade ao processo pela próxima via, à direita da primeira. Após o rastreamento de todo o primeiro núcleo, caso não se alcançasse o total de 30 residências, seguia-se em direção ao centro do segundo núcleo do setor com maior número de residências e repetia-se o processo, até que as trinta residências habitadas fossem selecionadas.

## 6. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

Antes do início do trabalho de campo, a comissão de logística foi responsável por criar propostas para a implementação do trabalho de campo, como número de entrevistadoras, rota e tipo de transporte para as entrevistadoras, as quais deveriam se deslocar do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, localizado na zona urbana, até a zona rural do município. Após estas definições, o próximo passo foi selecionar as candidatas que iriam atuar no trabalho de campo.

Os critérios de seleção para as candidatas às vagas de entrevistadora foram os seguintes: ser do sexo feminino, ter ensino médio completo e ter disponibilidade de tempo para realização do trabalho. Outras características também foram consideradas, como: experiência prévia em pesquisa, desempenho no treinamento, organização e relacionamento interpessoal.

As inscrições para seleção ocorreram no período de 4 a 11 de dezembro de 2015, com o objetivo de contratar 14 entrevistadoras. A divulgação do edital de inscrição foi através do *website* e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos. O total de 74 candidatas inscreveram-se para o treinamento. Destas, 52 foram selecionadas para a participação do treinamento.

O treinamento foi realizado no período de 15 a 18 de dezembro de 2015 e, novamente, nos dias 11 e 12 de janeiro de 2016, durante os turnos manhã e tarde. Este consistiu de uma parte teórica, através de apresentação expositiva de cada mestrando referente ao seu instrumento e pela apresentação da comissão quanto a parte geral do questionário. Também houve uma parte prática do treinamento, onde foram feitas simulações de entrevistas tanto em papel, quanto em *tablets*, para o completo entendimento das interessadas em realizar esta tarefa.

Após conclusão desta etapa, foi realizada avaliação teórica, quando uma prova com perguntas específicas sobre os conteúdos abordados no treinamento foi aplicada. Foram selecionadas as candidatas que atingiram melhor pontuação final nos critérios de avaliação (nota da avaliação teórica, presença, participação e interesse nos treinamentos). As 17 aprovadas na primeira etapa participaram de um estudo piloto no dia 13 de janeiro de 2016, realizado no município de Arroio do Padre. A escolha deste local se deu em virtude da similaridade de suas características com a zona rural a ser estudada, uma vez que este município pertencia à zona rural de Pelotas antes de sua emancipação. O estudo piloto foi

realizado com o objetivo de avaliar o desempenho de cada entrevistadora durante uma simulação prática do trabalho de campo. Ao final do estudo piloto, os mestrandos selecionaram 14 entrevistadoras com melhor desempenho durante os treinamentos, prova e piloto.

Além dos treinamentos para aplicação dos questionários foi realizada a padronização de medidas antropométricas (altura, peso e circunferência da cintura), coordenada por duas mestrandas (Thaís e Caroline) consideradas "padrão-ouro" na tomada das mesmas. Além das entrevistadoras, os mestrandos também foram padronizados.

A padronização de medidas ocorreu nos dias 14, 15, 18 a 20 de janeiro de 2016. Realizou-se o treinamento prático para a padronização da coleta das medidas antropométricas, com carga horária de 20 horas com as pré-selecionadas na sede do PPGE. Durante o processo de padronização, as candidatas foram orientadas sobre a realização da técnica correta das medidas de peso, altura e circunferência da cintura. Todo o procedimento foi baseado na metodologia proposta por Habicht<sup>4</sup>, a qual diz respeito à adequação da técnica de coleta para aumentar sua precisão e exatidão.

Para cada candidata, assim como para os mestrandos, foi construída uma planilha com as médias dos erros técnicos das medidas de peso, altura e circunferência da cintura observadas, segundo os erros intra e inter-observador e de acordo com a metodologia supracitada — erros entre os resultados obtidos pela própria entrevistadora e erros de cada entrevistadora comparados ao padrão-ouro, respectivamente. Durante o treinamento, as mestrandas padrão-ouro mensuraram o peso, altura e circunferência da cintura de 10 voluntários, em duas rodadas distintas. O mesmo processo foi realizado pelas candidatas ao cargo de entrevistadora, quantas vezes fosse necessário até se obter concordância entre os resultados encontrados.

As medidas foram digitadas em planilhas Excel® para cálculo dos valores de precisão e exatidão aceitáveis conforme a metodologia de Habicht<sup>4</sup>. O processo de padronização foi realizado novamente 60 dias após o início do campo, a fim de manter a qualidade das medidas mensuras durante o processo.

O início do trabalho de campo ocorreu no dia 21 de janeiro de 2016. Para o trabalho de campo foram montados *kit*s que continham: mochila, crachá de

identificação, camiseta, pasta plástica, prancheta, carta de apresentação, questionários impressos, Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2), tablet (com case), anexos aos questionários (cadernos a parte que incluíam escala de faces, dosagens de bebidas alcoólicas, cartões com imagens para auxílio no preenchimento dos questionários de atividade física, depressão, qualidade de vida e qualidade do sono), canetas, lápis, borracha, apontador, calculadora, fita métrica, estadiômetro, balança digital, caderno de anotações (diário de campo) e almofada para impressão digital.

## 7. DIVULGAÇÃO

O trabalho da comissão de divulgação do consórcio de pesquisa na zona rural contou com a colaboração das profissionais de *design* gráfico e comunicação social do PPGE, Cíntia Borges e Sílvia Pinto, respectivamente. Este trabalho iniciou antes mesmo da formação desta comissão, mediante os contatos das docentes coordenadoras com pessoas e instituições importantes para esse trabalho, conforme citado anteriormente.

Ainda no primeiro semestre de 2015, a turma de mestrandos reuniu-se por diversas vezes, muitas delas junto às professoras responsáveis pelo consórcio, para pensar, elaborar e planejar todas as etapas da divulgação da pesquisa, levando em conta a peculiaridade da população-alvo. Decidiu-se por denominar o presente consórcio de pesquisa da seguinte maneira: nome principal "Saúde Rural"; complementado por "Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas". Além disso, foram reunidas as ideias para subsidiar o trabalho de construção de uma logomarca para o estudo.

O processo de criação da logomarca do consórcio foi realizado pelas profissionais Cíntia Borges e Sílvia Pinto, com as ideias sugeridas pelo grupo de mestrandos. Com um trabalho realizado em equipe, brevemente foi possível definira logomarca que representasse bem os objetivos e o alvo da pesquisa. Com a logomarca e o nome do projeto definidos, a comissão começou a colocar em prática a divulgação do estudo. Um dos primeiros e mais importantes passos foi realizar uma reunião na Secretaria de Saúde, em maio de 2015, para apresentar a pesquisa, coletar informações importantes sobre a zona rural e esclarecer dúvidas. Nessa

ocasião estavam presentes, além da Superintendente de Ações em Saúde, trabalhadores das 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que fazem parte da zona rural de Pelotas. Houve também outras reuniões nas quais participaram alguns alunos juntamente com as professoras coordenadoras, como na reunião com a EMATER Pelotas e com o IBGE. Os mestrandos também realizaram diversas visitas a cada um dos distritos para reconhecimento dos locais e participaram de Pré-Conferências de Saúde nos distritos Quilombo e Santa Silvana, em junho de 2015, para divulgar a pesquisa. Outra reunião muito importante ocorreu em setembro de 2015 com os subprefeitos de cada distrito da zona rural de Pelotas, na Secretaria de Desenvolvimento Rural. Nessa reunião os alunos explicaram de maneira clara e sucinta o projeto de pesquisa. Cabe ressaltar que os subprefeitos foram muito solícitos, apoiaram a iniciativa e indicaram as principais maneiras através das quais os moradores da zona rural obtinham informações, ou seja, os mais efetivos meios para informar a esta população sobre a realização da pesquisa.

Com base em informações obtidas nas diversas reuniões e contatos com pessoas conhecedoras da zona rural, foram elaborados cartazes e panfletos que transmitissem informações sobre a pesquisa que seria realizada, de uma forma clara, concisa e amigável. O principal objetivo, neste momento inicial, era fazer com que a população tivesse um primeiro contato com a pesquisa e com ela se acostumasse, entendendo a importância do projeto. Além disso, um dos objetivos da divulgação foi de conquistar a confiança da população-alvo, demonstrando a seriedade da pesquisa, o que facilitaria a aceitação dos moradores em participar.

A divulgação na região geográfica do estudo iniciou na metade do segundo semestre de 2015. Os mestrandos foram divididos em quatro grupos, ficando cada grupo responsável pela divulgação em dois distritos. A estratégia adotada foi a de colocar cartazes nos locais de referência de cada distrito, locais bastantes frequentados pelos moradores, como, por exemplo, Subprefeituras, Unidade Básicas de Saúde, escolas, salões de igrejas, mercados, pontos de ônibus, entre outros específicos de cada distrito. Além disso, panfletos com explicações sobre a pesquisa foram deixados nestes lugares para que os moradores pudessem ter uma melhor compreensão do estudo. Em alguns locais, como Subprefeitura e Unidades Básicas de Saúde, os próprios funcionários colocaram-se à disposição para entregar ou indicar os panfletos aos moradores que fossem ao local.

Outra estratégia de divulgação da pesquisa foi através de programas de rádio, meio de comunicação importante para alcançar a população alvo. Um texto padrão foi elaborado em conjunto com o serviço de comunicação social, com linguagem adequada ao meio de comunicação e ao público-alvo, e enviado a diversas rádios, inclusive as rádios comunitárias, ouvidas na zona rural de Pelotas, para ser veiculado. Além disso, a divulgação através do rádio foi complementada de maneira muito efetiva com duas entrevistas, dadas em momentos diferentes, por professores e mestrandos para explicar o projeto.

O processo de divulgação foi intensificado no período que antecedeu o início do trabalho de campo, para assegurar que uma boa parcela dos moradores da zona rural já tivessem tido algum contato com informações sobre a pesquisa. Mais cartazes foram colocados em lugares estratégicos, como pontos em que os moradores da zona rural esperam por ônibus no centro da cidade, e mais panfletos foram distribuídos.

À comissão de divulgação coube também a responsabilidade de providenciar a confecção de camisetas, bonés e crachás com o nome e logomarca da pesquisa. Estes serviram para identificar mestrandos e entrevistadoras e, também, como uma forma de divulgação.

Durante todo o trabalho de campo o processo de divulgação continuou sendo feito. A forma principal de divulgação neste período foi através da distribuição dos panfletos explicativos aos moradores. Estes panfletos foram levados pelos mestrandos em todos os dias de trabalho de campo sendo entregues aos participantes da pesquisa e também aos demais moradores das localidades visitadas. Neste período, também houve novas entrevistas de rádio, nas quais os mestrandos participaram, divulgando a pesquisa e esclarecendo dúvidas.

#### 8. ESTUDO PILOTO

O estudo piloto com as entrevistadoras selecionadas na primeira etapa da seleção foi realizado no dia 13 de janeiro de 2016, em Arroio do Padre, cidade que por muitos anos fez parte da zona rural de Pelotas e, mesmo após ser emancipada, ainda possui características muito semelhantes às que seriam observadas posteriormente na zona rural de Pelotas. Cada mestrando acompanhou uma a duas

entrevistadoras e realizou uma avaliação baseada em um *checklist* criado pela comissão de logística e trabalho de campo. Essa etapa também foi considerada parte da seleção das mesmas.

Após o estudo piloto, foi realizada uma reunião entre os mestrandos para a discussão de situações, problemas e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas pela comissão do questionário, manual e banco de dados antes do início do trabalho de campo. Nessa reunião foi discutido entre a turma o desempenho de cada candidata e 14 entrevistadoras foram selecionadas.

## 9. LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO

O início do trabalho de campo se deu no dia 21/01/2016. Na rotina diária de trabalho sempre havia pelo menos um mestrando de plantão para organizar o material que viria a ser utilizado no trabalho de campo naquele dia. Pelo fato de não haver estadiômetros e balanças digitais em quantidade suficiente para todas as entrevistadoras, era necessário realizar o controle de quem estava em campo com estes instrumentos e, por isso, cada entrevistadora assinava sempre uma planilha com a distribuição deste material, atestando o recebimento. Também era de responsabilidade do mestrando plantonista ter o controle de que todas as entrevistadoras recebessem os vales-transportes e assinassem o livro-ponto. Cada entrevistadora possuía um número de identificação na sua mochila e tablet. Logo após, as entrevistadoras e os mestrandos escalados para irem a campo no dia, deslocavam-se ao estacionamento do prédio, onde uma micro-van os aguardava. Ao iniciar o trabalho de campo eram escalados em média seis mestrandos por dia e 12 entrevistadoras. No decorrer do trabalho de campo houve desistência e dispensa de algumas entrevistadoras, o que resultou na redução do número de entrevistadoras em campo.

O local de destino era decidido *a priori*. Inicialmente foram escolhidos os locais mais afastados com intuito de otimizar a utilização da van, pois alguns distritos eram próximos à zona urbana e com maior possibilidade de deslocar-se de outras maneiras. As comissões de amostragem e de banco de dados providenciaram mapas de todos os setores sorteados, os quais deveriam estar em campo

obrigatoriamente para facilitar a localização por parte da equipe. Primeiramente, três mestrandos foram considerados os guias da equipe. Os guias eram responsáveis pela utilização do GPS para registrar as coordenadas de cada uma das casas amostradas com o objetivo de facilitar o retorno àquele local em um próximo momento, caso fosse necessário. Além disso, manuseavam os mapas e abasteciam a planilha de número de entrevistas realizadas e pendentes em cada casa. Após todo o reconhecimento de todos os domicílios amostrados a equipe dos guias foi desfeita e todos os mestrandos que estavam em campo foram responsáveis pelo manuseio do GPS, mapas e planilha a partir de então.

O horário de partida e chegada variou conforme local, períodos de safras, clima e turnos preferenciais de alguns entrevistadores. Essa variabilidade deu-se pelo fato do estudo ter iniciado no verão. O horário de partida era, geralmente, às 12 horas e 30 minutos e o tempo médio de deslocamento até a zona rural era de 1 hora e 30 minutos. Além disso, os moradores relatavam estar em suas residências logo após o horário de almoço, devido às altas temperaturas. Ao longo do estudo a escala de trabalho semanal foi alterada. Nos primeiros meses o trabalho acontecia durante os sete dias da semana, quando cada entrevistadora possuía uma folga por semana. No decorrer do estudo, por motivos logísticos e financeiros, houve uma redução dos dias de trabalho, que passou a ocorrer conforme a necessidade de atender cada setor (completar os domicílios com entrevistas pendentes).

Ao chegar ao local estabelecido, em cada residência selecionada, a abordagem inicial era realizada por um dos mestrandos responsáveis pelo consórcio, o qual primeiramente apresentava a pesquisa aos moradores e convidava os indivíduos maiores de 18 anos a participarem do estudo. Em seguida era perguntado o número de indivíduos que morava naquela residência, seu(s) nome(s), idade(s), telefone(s) e melhor turno para encontrar o(s) morador(es) em casa (Planilha de domicílio). Sempre que possível, as entrevistas eram realizadas no mesmo momento da seleção da residência ou era agendada uma visita na data que o participante estivesse disponível. Quando aceito o convite, a entrevistadora com menos entrevistas contabilizadas até o momento era chamada para realizar a entrevista e assim sucessivamente. Em algumas poucas ocasiões também foi necessário que os mestrandos realizassem entrevistas.

Foram considerados critérios de exclusão indivíduos com incapacidade

cognitiva ou mental e que não contavam com auxilio de cuidadores/familiares responsáveis para ajudá-los a responder o questionário, hospitalizados ou institucionalizados durante o período de coleta de dados e aqueles que não falavam/compreendiam português (pequena parcela da população rural tem origem Pomerana e não fala português). Ainda, definiram-se como perdas os casos em que os indivíduos não foram encontrados após pelo menos três tentativas de contato pessoal, em dias e horários distintos, e como recusas todos aqueles que não aceitaram participar do estudo.

Para as medidas antropométricas os critérios de exclusão foram os seguintes:

#### → ALTURA:

Indivíduos impossibilitados de permanecerem na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Amputação de membros inferiores

#### → PESO:

Indivíduos com gesso em qualquer parte do corpo.

Indivíduos impossibilitados de ficar em pé (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Amputação de membros inferiores

## → CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA:

Indivíduos impossibilitados de permanecerem na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados).

Gestantes

Mulheres que tiveram filho há menos de 6 meses

Devido ao pouco acesso à rede telefônica na maioria dos locais, os guias eram responsáveis pela anotação do horário em que cada entrevistadora havia deixado a van para realizar a entrevista, sendo contabilizado em torno de 1 hora e 30

minutos para retornar à residência para buscá-la. Após o término da rotina diária, ao longo do trajeto de volta, era conferido todo o material de uso das entrevistadoras e assinada a planilha de materiais pelas mesmas. Ao retornar ao CPE todas as entrevistadoras deveriam remover seus materiais da van e entregar aos mestrandos que estavam em campo. No dia seguinte a rotina se mantinha, porém com uma nova escala de supervisores.

#### 10. CONTROLE DE QUALIDADE

Para garantir a qualidade dos dados coletados foi realizado treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, os mestrandos participaram ativamente do trabalho de campo fazendo o controle direto de diversas etapas.

Após a realização das entrevistas, através do banco de dados recebido semanalmente, eram sorteados 10% dos indivíduos para aplicação de um questionário reduzido, elaborado pela comissão do questionário, contendo 10 questões. Este controle era feito pelos mestrandos por meio ligações telefônicas aos domicílios sorteados,a fim de identificar possíveis problemas no preenchimento dos questionários e calcular a concordância entre as respostas, através da estatística Kappa.

#### 11. RESULTADOS GERAIS

A coleta dos dados terminou no dia 12 de junho de 2016 com três entrevistadoras em campo. A comissão do banco de dados trabalhou durante quatro semanas, após a conclusão do trabalho de campo, para a entrega do banco final contendo todas as informações coletadas e necessárias para as dissertações dos mestrandos.

Durante todo o trabalho de campo foram realizadas, periodicamente, reuniões entre os mestrandos e as professoras coordenadoras, com intuito de repassar informações, auxiliar na tomada de decisões e resolução de dificuldades, bem como

avaliar o andamento do trabalho. No dia 22 de agosto foi realizada uma última reunião do Consórcio de Pesquisa 2015/2016, entre mestrandos e professoras coordenadoras, para definição das próximas etapas que ainda deveriam ser realizadas em conjunto, prazos de entrega de trabalhos de cada comissão e decisão sobre a forma de repasse dos resultados finais para a comunidade.

Conforme a Tabela 3, observa-se que dos 1.697 indivíduos elegíveis, 1.519 (89,5%) responderam o questionário e 178 (10,5%) foram computados como perdas ou recusas. Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (51,7%), com idade entre 40 e 59 anos e a maior proporção (cerca de 17%) morava no distrito Cascata. As perdas e recusas foram diferentes entre os indivíduos que responderam ou não ao questionário em relação às variáveis sexo, idade e distrito de moradia (p<0,05).

A mediana de idade foi 47 anos (intervalo interquartil = 28 anos) e a amplitude foi de 18 a 93 anos. O percentual atingido no final do trabalho de campo foi de 89,5%. Já o percentual de controle de qualidade atingido foi 0,3 pontos percentuais abaixo do esperado (9,7%).

**Tabela 3.** Caracterização dos indivíduos elegíveis no estudo "Saúde Rural - Pesquisa sobre saúde da população rural de Pelotas".

Variáveis	Amostra N (%)	Perdas N (%)	Recusas N (%)	Valor- p*	Total N (%)
Sexo					
Masculino	734 (85,4%)	63 (7,3%)	63 (7,3%)	<0,001	860 (50,7%)
Feminino	785 (93,8%)	24 (2,9%)	28 (3,3%)		837 (49,3%)
Idade(anos					
completos)					
18 – 24	174 (84,5%)	21(10,2%)	11 (5,3%)		206 (12,2%)
25 – 39	341 (88,1%)	21 (5,4%)	25 (6,5%)	0,007	387 (22,9%)
40 – 59	593 (90,1%)	34 (5,2%)	31 (4,7%)	0,007	658 (38,8%)
60 ou mais	411 (93,2%)	11 (2,5%)	19 (4,3%)		441 (26,1%)
Distrito					
Z3	163 (83,2%)	19 (9,7%)	14 (7,1%)		196 (11,6%)
Cerrito Alegre	245 (92,1%)	11 (4,1%)	10 (3,8%)		266 (15,7%)
Triunfo	184 (91,5%)	6 (3,0%)	11 (5,5%)		201 (11,8%)
Cascata	251 (90,0%)	5 (1,8%)	23 (8,2%)	-0.001	279 (16,4%)
Santa Silvana	167 (90,8%)	3 (1,6%)	14 (7,6%)	<0,001	184 (10,8%)
Quilombo	157 (87,2%)	15 (8,3%)	8 (4,5%)		180 (10,6%)
Rincão da Cruz	120 (89,5%)	8 (6,0%)	6 (4,5%)		134 (8,0%)
Monte Bonito	232 (90,2%)	20 (7,8%)	5 (2,0%)		256 (15,1%)
Total	1519 (89,5)	87 (5,1)	91 (5,4)		1697 (100)

<sup>\*</sup>Qui-quadrado para diferença entre a amostra e as perdas/recusas.

Foram totalizados 27 indivíduos como critério de exclusão, ou seja, 1,6% dos adultos moradores nas residências selecionadas. Cada indivíduo poderia ser classificado como com incapacidade física, ou seja, algum problema físico que o impedia de responder o questionário (por exemplo alguém que sofria de paralisia cerebral) ou com incapacidade mental, ou seja, algum problema mental que o impedia de responder o questionário (por exemplo alguém que sofria de depressão profunda e não se comunicava nem mesmo com agentes comunitários de saúde) ou, ainda, foram considerados como critérios de exclusão também aqueles que só falavam a língua pomerana. Dentre os 27 indivíduos, nove apresentavam incapacidade física; 12 possuíam incapacidade mental; e seis só falavam pomerano.

## 12. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS NA COMUNIDADE

Após a conclusão das análises relativas aos temas de pesquisa dos mestrandos, será realizado um amplo processo de divulgação dos principais achados à comunidade local incluindo os gestores de saúde e, em especial, à população rural. Tendo em vista que este foi o primeiro estudo de consórcio de base populacional que se dedicou a estudar exclusivamente a população rural adulta do município, o principal objetivo a ser atingido com esta atividade é que os entrevistados conheçam as prevalências e fatores associados aos aspectos da saúde investigados e que gestores, instituições e políticos locais possam, a partir destes, promover ações efetivas que resultem em melhorias para este grupo populacional.

O grupo que coordenou e realizou o estudo divulgará os achados de modo diversificado e em linguagem compreensível em forma de seminário e de reuniões locais. Para as comunidades rurais, será elaborado material gráfico informativo contendo os principais achados, o qual será distribuído em locais de fácil acesso e amplamente frequentados pela população de cada distrito. O seminário realizar-se-á nas dependências do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, divulgando de maneira bem mais detalhada os achados e a importância de seu trabalho para gestores públicos, como subprefeitos dos distritos da zona rural, vereadores e imprensa local.

Além disso, em uma etapa mais elaborada de divulgação, a equipe responsável, com auxílio do setor de comunicação do Centro de Pesquisas

Epidemiológicas, irá divulgar os resultados dos estudos para a população em geral e mídia em geral (rádios locais, jornais de veiculação local e estadual e televisão).

## 13. CRONOGRAMA

As atividades do consórcio iniciaram em março de 2015 e terminaram em agosto de 2016.

Atividades			20	15								20	16						20	)17
Meses	M- J	A	S	0	N	D	J	F	M	Α	M	J	J	Α	S	0	N	D	J	F
Reconhecimento dos setores																				
Oficina de amostragem																				
Avaliação CEP																				
Divulgação do estudo																				
Questionário e manual																				
Treinamento																				
Estudo Piloto																				
Trabalho de campo																				
Organização/Análise dos dados																				
Redação das dissertações																				
Divulgação dos resultados																				

## 14.ORÇAMENTO

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por recurso proveniente da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), no valor de R\$ 98.000,00, por recurso obtido através de patrocínio de empresas do município (R\$ 1.600,00) e por recursos dos mestrandos (R\$ 1.689,90), totalizando R\$ 101.289,90. Ao final, foram utilizados R\$ 99.732,07, conforme demonstrado nas Tabelas 4 e 5, restando um saldo de R\$ 1.557,83 a ser utilizado para divulgação dos resultados.

No total, dez *tablets*, com custo total de R\$5.500,00, foram utilizados no trabalho de campo para a coleta de dados. Os mesmos foram comprados com verba de outro pesquisador sendo devolvidos ao mesmo ao final do trabalho de campo

**Tabela 4.** Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2015/2016.

Vales transporte       3.600       9.900,00         Transporte (Van)       103 diárias       35.570,00         Entrevistadoras (salário base)       14**       24.540,00         Pagamento de entrevistas***       1530       16.212,50         Camisetas / Serigrafia       46       1.670,00         Bonés / Serigrafia       50       900,00         Cases para tablets       10       165,40	Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
Transporte (Van)       103 diárias       35.570,00         Entrevistadoras (salário base)       14**       24.540,00         Pagamento de entrevistas***       1530       16.212,50         Camisetas / Serigrafia       46       1.670,00         Bonés / Serigrafia       50       900,00         Cases para tablets       10       165,40	Amostragem*	-	2.663,67
Entrevistadoras (salário base) 14** 24.540,00 Pagamento de entrevistas*** 1530 16.212,50 Camisetas / Serigrafia 46 1.670,00 Bonés / Serigrafia 50 900,00 Cases para tablets 10 165,40	Vales transporte	3.600	9.900,00
Pagamento de entrevistas***       1530       16.212,50         Camisetas / Serigrafia       46       1.670,00         Bonés / Serigrafia       50       900,00         Cases para tablets       10       165,40	Transporte (Van)	103 diárias	35.570,00
Camisetas / Serigrafia 46 1.670,00 Bonés / Serigrafia 50 900,00 Cases para tablets 10 165,40	Entrevistadoras (salário base)	14**	24.540,00
Bonés / Serigrafia 50 900,00 Cases para <i>tablets</i> 10 165,40	Pagamento de entrevistas***	1530	16.212,50
Cases para tablets 10 165,40	Camisetas / Serigrafia	46	1.670,00
•	Bonés / Serigrafia	50	900,00
	Cases para tablets	10	165,40
Cópias / Impressões**** 19.500 4.820,60	Cópias / Impressões****	19.500	4.820,60
Total 96.442,17	Total		96.442,17

<sup>\*</sup>Pró-labore e custeio/despesas de viagem da Profa. Regina Bernal para o processo de amostragem do estudo.

<sup>\*\*</sup> Número de entrevistadoras variou conforme andamento do campo.

<sup>\*\*\*</sup>Inicialmente o preço por entrevista completa realizada era de R\$10,00, posteriormente passou para R\$15,00.

<sup>\*\*\*\*</sup> Reprodução de materiais: questionários, planilhas, TCLE, crachás, flyers, folders e cartazes.

**Tabela 5.** Gastos finais da pesquisa com recursos obtidos através de patrocínio e dos mestrandos. Consórcio 2015/2016, Pelotas-RS.

Item	Quantidade	Custo Total (R\$)
GPS Garmin nuvi 2415 <sub>LT</sub> *	1	497,00
Seguro de vida das entrevistadoras	14	315,00
Kit primeiros socorros	1	114,75
Material de escritório	-	91,37
Conserto de 01balança e 02 tablets	3	671,78
Bateção**	1	1.600,00
Total		3.289,90

<sup>\*</sup> Esse modelo de GPS pode ser utilizado em modo *offline*, ideal para zona rural onde o acesso à internet é limitado.

## **REFERÊNCIAS**

- 1.Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008;11:133-44.
- 2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
- 3. REDCap. Nashville: Research Eletronic Data Capture; [updated 2016 May; cited 2016 Aug 30].
- 4. Habicht JP. Estandarizacion de metodos epidemiologicos cuantitativos sobre el terreno. Boletin de la oficina Sanitaria Panamericana. 1974.

<sup>\*\*</sup> Embora não tenha sido finalizado o processo de "bateção", houve pagamento para a pessoa a cargo dessa tarefa durante sua execução.

### **APÊNDICE 1. Parecer CEP**

# Parecer do aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do Consórcio rural 2015/2016

## FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas -

RS

Pesquisador: Luciana Tovo Rodrigues

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 51399615.7.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER** 

Número do Parecer: 1.363.979

#### Apresentação do Projeto:

A saúde de populações residentes em zonas rurais de municípios brasileiros tem sido estudada em algumas grandes pesquisas de âmbito nacional. Apesar disso, em comparação com os estudos em regiões urbanas, há uma escassez de pesquisas e estudos que se dediquem a pesquisar exclusivamente as populações residentes em zonas rurais. A partir da constatação desta lacuna de conhecimento acerca destas populações específicas, esta pesquisa irá realizar um estudo transversal de base populacional na zona rural do município de Pelotas, RS. A presente pesquisa será realizada no formato de consórcio, método adotado pelo mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Neste formato, todos os mestrandos dos anos 2015/2016, e alguns pesquisadores colaboradores do consórcio, realizam seus estudos a partir de uma coleta de dados realizada em conjunto. Dentro deste consórcio de pesquisa serão estudados temas relacionados à saúde da população adulta com 18 anos ou mais de idade residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, tais como os seguintes: qualidade de vida, qualidade de sono, hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, transtornos depressivos, obesidade, atividade física e avaliação dos serviços de saúde.Este consórcio de pesquisa tem como objetivo principal avaliar a saúde da população adulta residente na zona rural do município de Pelotas, RS. Como parte deste objetivo, pretende-se estimar as

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro CEP: 96.020-360

UF: RS Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE **PELOTAS** 

Continuação do Parecer: 1.363.979

prevalências de alguns hábitos de vida e de agravos à saúde, bem como de alguns fatores relacionados a eles. Espera-se que os resultados obtidos através desta pesquisa forneçam informações importantes sobre o estado de saúde desta população, bem como permitam, a partir deste conhecimento, um melhor planejamento de futuras ações e planejamentos de saúde específicos para as necessidades da população estudada.

## Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a o estado de saúde da população adulta com 18 anos de idade ou mais, residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, e os fatores associados às condições pesquisadas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto apresenta riscos mínimos

Beneficios:

Conhecer os estados de saúde e doença de uma população rural específica. Gerar conhecimentos que possam resultar em políticas públicas de saúde para a população estudada e, possivelmente, para outras populações residentes em zonas rurais do Brasil."

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa "Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas - RS" é de extrema relevância para o conhecimento da saúde das populações rurais, pois poderá servir de base no planejamento de ações para área rural do município e mesmo de outras regiões rurais do Brasil.

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

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

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

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

## FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE **PELOTAS**



Continuação do Parecer: 1.363.979

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Resposta.pdf	11/12/2015 15:50:37	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	Projetao.docx	11/12/2015 15:49:48	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 629937.pdf	23/11/2015 10:48:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPel.docx	23/11/2015 10:47:36	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	23/11/2015 10:46:19	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Mestrado_PPGE_UFPel.pdf	23/11/2015 10:36:43	Luciana Tovo Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 11 de Dezembro de 2015

Assinado por: Patricia Abrantes Duval (Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS Telefone: (53)3284-4960

Município: PELOTAS

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

## **APÊNDICE 2. TCLE**

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Consórcio rural 2015-16

Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr.(a),

Nós, professores e alunos do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa Avaliação da Saúde de Adultos Residentes na Zona Rural do Município de Pelotas – RS. O objetivo do estudo é avaliar as condições de saúde das pessoas com 18 anos ou mais de idade que residem na zona rural do município. Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento da saúde da população rural de Pelotas com 18 ou mais anos de idade e deverão fazer parte de artigos científicos, podendo também ser divulgados nos jornais locais e na página oficial da internet do Centro de Pesquisas Epidemiológicas: <a href="http://www.epidemio-ufpel.org.br.">http://www.epidemio-ufpel.org.br.</a> No final, pretendemos ainda enviar a todos os participantes um informativo sobre os principais resultados do estudo.

Para que o(a) Sr.(a) possa entender melhor, informamos que:

**PROCEDIMENTOS:** Para participar da pesquisa o(a) Sr.(a) responderá a um questionário contendo perguntas sobre a sua saúde, hábitos de vida, alimentação, uso de medicamentos e de serviços de saúde, se pratica atividade física, entre outros temas importantes. Além disso, pretendemos realizar medidas da cintura e avaliar o peso e a altura. Com essas medidas poderemos avaliar a sua composição corporal. O(a) Sr.(a) receberá o resultado das medidas mediante contato pessoal ou telefônico.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** Sua participação é voluntária. O(A) Sr.(a) mesmo após ter sido entrevistado poderá cancelar a sua participação no estudo, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

**DESPESAS:** O(A) Sr.(a) NÃO terá que pagar nada para participar do estudo, em momento algum.

**RISCOS:** A sua participação não trará riscos ou prejuízos à sua saúde ou segurança. Os riscos são mínimos, visto que qualquer pergunta poderá lhe fazer pensar, refletir. Na realização das medidas (peso e altura) toda a segurança será providenciada.

**SIGILO:** Garantimos total sigilo das informações obtidas, ou seja, tudo o que for respondido será usado somente para esta pesquisa e seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo.

Queremos salientar que alguns entrevistados poderão ser novamente entrevistados, especialmente quando algumas perguntas podem não ter sido feitas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculda da Universidade Federal de Pelotas. O(A) Sr.(a) ficará com uma cópia o com o nosso telefone e endereço, podendo nos procurar para tirar suas estudo e a sua participação quando achar melhor. A sua assinatura n significa que entendeu todas as informações e concorda em participar de Por favor, assinale abaixo os procedimentos que o(a) Sr.(a) concorda em	deste documento dúvidas sobre o lesse documento lesse estudo.
<ul> <li>Questionário</li> <li>Medida de peso e altura</li> <li>Medida de circunferência da cintura</li> </ul>	
NOME COMPLETO:	
ASSINATURA:	
DATA://2016	
Prof <sup>a</sup> . Luciana Tovo Rodrigues Prof <sup>a</sup> . Helen Gonçalves Prof <sup>a</sup> . Maria Cecília Formoso Assunção	Prof <sup>a</sup> . Elaine Tomasi
(Pesquisadoras responsáveis)	Tior . Elame Toması
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel Centro de Pesquisas Epidemiológicas	
Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3° Piso Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464 Tel/fax +55 (53) <b>3284 - 1300 RAMAL CONSÓRCIO: 1334</b>	

ARTIGO

## DEPRESSÃO EM MORADORES NA ZONA RURAL DE UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE NO SUL DO BRASIL

## DEPRESSION IN RESIDENTS IN THE RURAL AREA OF A MEDIUM-SIZED CITY IN SOUTHERN BRAZIL

## TÍTULO RESUMIDO: **DEPRESSÃO EM MORADORES NA ZONA RURAL**

Artigo a ser submetido à Revista de Saúde Pública (Suplemento especial sobre o Consórcio Rural de Pelotas)

Roberta Hirschmann<sup>1</sup>
Ana Paula Gomes<sup>1</sup>
Helen Gonçalves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

## Correspondência

Roberta Hirschmann Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º piso Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil - CEP 96020-220

E-mail: r.nutri@hotmail.com

#### **RESUMO**

**OBJETIVO:** Avaliar a prevalência e os fatores associados à depressão em residentes na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional realizado com amostra representativa de 1.453 residentes (≥ 18 anos) na zona rural da cidade de Pelotas, RS, em 2016. Utilizou-se a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) para avaliar a sintomatologia depressiva (8-12 pontos) e o provável diagnóstico de episódio depressivo maior (EDM), somando ≥ 13 pontos. Para avaliar a associação entre as categorias do desfecho e as variáveis independentes estudadas foi utilizada regressão logística ordinal.

**RESULTADOS:** A prevalência de sintomas depressivos foi de 24,3% e de provável diagnóstico de EDM foi 11,1%. Os subgrupos que apresentaram maior odds de estar em uma categoria superior da EPDS quando comparados às suas respectivas categorias de referência foram: mulheres, indivíduos menores de 60 anos, autodeclarados como pretos/pardos/amarelos/indígenas, divorciados, separados ou viúvos, com menor escolaridade e pior condição socioeconômica, com duas ou mais doenças crônicas, autopercepção de saúde ruim ou muito ruim e com dificuldade severa para dormir.

**CONCLUSÕES:** As altas prevalências encontradas indicam a relevância da depressão como importante problema de saúde pública também entre residentes rurais. Maior atenção deve ser direcionada a esta população, visando rastreamento precoce e manutenção do tratamento para os indivíduos diagnosticados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão. Saúde mental. Zona rural. Adulto. Estudos transversais.

#### **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To evaluate the prevalence of depression and associated factors among residents in the rural area of Pelotas, Rio Grande do Sul.

**METHODS:** A cross-sectional population-based study was carried out in a representative sample of 1.453 residents (≥ 18 years) in the rural area of the city of Pelotas, RS (Brazil), in 2016. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used to evaluate depressive symptomatology (8-12 points) and probable diagnosis of major depressive episode (MDE), totaling ≥ 13 points. Ordinal logistic regression was used to evaluate the association between the outcome categories and the independent variables studied.

**RESULTS:** The prevalence was 24.3% for depressive symptoms and 11,1% for probable diagnosis of MDE. The subgroups that presented the highest odds of being in upper category of the EPDS when compared to their respective reference categories were: women, individuals under 60, self-declared as black / brown / yellow / indigenous, divorced, separated or widowed, with lower education and worse socioeconomic status, with two or more chronic diseases, poor or very poor self-perception of health and with severe difficulty for sleeping.

**CONCLUSIONS:** The high prevalences found indicate the relevance of depression as an important public health problem among rural residents. More attention should be directed to this population, aiming at early detection and maintenance of treatment for the diagnosed individuals.

**KEY WORDS:** Depression. Mental Health. Rural Areas. Adult. Cross-sectional studies.

## **INTRODUÇÃO**

As doenças crônicas não transmissíveis, incluindo os transtornos mentais, constituem um dos principais problemas de saúde no mundo devido às altas taxas de morbimortalidade<sup>25</sup>. Entre os transtornos mentais, a depressão acomete uma importante parcela da população mundial, sendo uma das principais responsáveis pelos anos vividos com incapacidade<sup>35</sup>. A depressão (ou episódio depressivo maior) é uma doença de causa multifatorial, caracterizada por sintomas, presentes nas últimas duas semanas, como humor deprimido na maior parte do tempo, perda de prazer em realizar atividades de rotina, culpa excessiva, dificuldade de concentração, perda de energia, distúrbios do sono, alterações no peso na ausência de regime alimentar e ideias recorrentes de morte ou suicídio<sup>2</sup>. É uma das causas responsáveis pela perda da produtividade, licenças médicas, altas taxas de absenteísmo no trabalho e diminuição no rendimento escolar e acadêmico<sup>5,27</sup>. Se não tratada, a depressão tende a assumir um caráter crônico, trazendo inúmeros prejuízos à vida do indivíduo acometido e às pessoas com quem convive<sup>35</sup>.

Em recente metanálise, incluindo 27 estudos com adultos brasileiros residentes predominantemente em áreas urbanas, a prevalência de sintomas depressivos (avaliados por instrumentos de screening ou através do autorrelato), no último ano foi de 14% e 8% para morbidade depressiva (episódio depressivo maior)<sup>30</sup>. No que se refere à prevalência deste agravo na população rural, o conhecimento é bastante limitado, uma vez que a maior parte dos estudos avalia a população urbana, provavelmente em razão das dificuldades logísticas inerentes às pesquisas realizadas em áreas rurais. Dessa forma, pouco se sabe sobre as condições de saúde mental desta população, que vive em contextos muitas vezes distintos aos da zona urbana<sup>26</sup>. Estudos, conduzidos em áreas rurais de países de alta renda, encontraram prevalências entre 9,3% e 31% para sintomas depressivos, sendo eles mais relatados por mulheres, indivíduos sem companheiro(a) e entre aqueles com menor escolaridade 17,24,31. Recentemente, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)<sup>14</sup> de 2013, que avaliou também uma parcela da população residente em zonas rurais, apontou que 5,6% dos residentes rurais receberam diagnóstico

médico de depressão, enquanto que 3,4% apresentavam provável diagnóstico da doença, sendo os maiores percentuais registrados nas regiões Sudeste (4,1%) e Sul  $(4,0\%)^{23}$ .

O número reduzido de estudos realizados em áreas rurais dificulta o acesso a informações relativas à esta e outras doenças e a intervenções em saúde. Desta forma, o presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência e os fatores associados à sintomatologia e ao provável diagnóstico de depressão em residentes da zona rural do município de Pelotas-RS.

## **MÉTODOS**

Estudo transversal, de base populacional, realizado entre janeiro e junho de 2016, com uma amostra representativa de indivíduos maiores de 18 anos de idade, residentes na zona rural do município de Pelotas-RS. O estudo faz parte do consórcio de pesquisa, conduzido por mestrandos do Programa de Pósgraduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, cuja metodologia foi descrita por Barros *et al.*<sup>4</sup> (2008). Foram investigados temas relacionados à saúde da população rural, que estão melhor detalhados no artigo metodológico deste suplemento (REFÊRENCIA\*).

Os oito distritos existentes na zona rural do município fizeram parte do estudo. Foram sorteados 24 dos 50 setores censitários rurais de acordo com o número proporcional de domicílios permanentes por distrito, dos quais 30 domicílios por setor compuseram a amostra final. O instrumento de coleta de dados contemplou questões sobre características demográficas, socioeconômicas e ocupacionais, comportamentais e de saúde. Todos os residentes nos domicílios amostrados e na faixa etária definida foram convidados a participar. Para este estudo, foram considerados critérios de exclusão os indivíduos: com incapacidade cognitiva ou mental; hospitalizados ou institucionalizados no período da coleta; que não falavam/compreendiam

.

<sup>\*</sup>Artigo em construção a ser incluído no suplemento sobre o consórcio realizado na zona rural de Pelotas, sob responsabilidade dos alunos e da coordenação do estudo. (*Para essa banca, consultar o relatório de trabalho de campo.*)

português e que não conseguiram responder sozinhos o questionário sobre depressão. Definiu-se como perdas os indivíduos não encontrados após, pelo menos, três tentativas de contato pessoal, em dias e horários diferentes e, como recusas aqueles que não aceitaram participar.

O tamanho amostral mostrou-se adequado para avaliação dos desfechos sintomas e provável diagnóstico de de Episódio Depressivo Maior (EDM), uma vez que a amostra mínima para este estudo foi estimada em 1.127 adultos. Para o cálculo foram consideradas prevalências de 20% para sintomas depressivos e de 4% para provável diagnóstico de depressão, nível de confiança de 95% e margem de erro de três pontos percentuais, um efeito do delineamento de 1,5 e acréscimo de 10% para perdas e recusas. Em relação ao tamanho de amostra para o estudo de associações, foram realizados cálculos de poder a posteriori pelo fato de não haver parâmetros necessários disponíveis para o cálculo a priori. Durante o trabalho de campo, o banco de semanalmente. dados checado a fim de identificar inconsistências e garantir a qualidade geral dos dados. Por questões logísticas, o controle de qualidade foi realizado via telefone pelos supervisores do campo (mestrandos), através da reaplicação de uma versão reduzida do questionário, contendo 10 perguntas, em 10% da amostra selecionada aleatoriamente. Para o cálculo de concordância, a pergunta da EPDS não pode ser utilizada em razão de serem questões temporais, nesse caso utilizou-se a pergunta "O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?" e obteve-se um coeficiente Kappa de 0,76.

A sintomatologia de depressão e o provável diagnóstico de EDM foram avaliados através da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (*Edinburgh Post natal Depression Scale* – EPDS)<sup>9</sup>. A EPDS possui 10 perguntas com quatro opções de respostas, com pontuação entre zero e três, sendo a máxima de 30 pontos. Esta escala foi validada para a população geral de adultos por Matijasevich *et al.*<sup>20</sup> (2014). Conforme o estudo de validação, o ponto de corte de oito ou mais pontos é indicativo da presença de sintomas depressivos, isto é, apresentação de um conjunto de sintomas importantes que caracterizam a depressão. Entretanto, os autores sugerem que o ponto de corte de 13 ou mais pontos, por apresentar elevada especificidade (96,6%), indica mais fortemente

a presença de EDM, ou seja, provável diagnóstico de morbidade depressiva. Para as análises deste estudo os pontos de corte utilizados foram: sem sintomas (0-7 pontos); presença aumentada de sintomas depressivos (8-12 pontos) e provável diagnóstico de EDM (≥13 pontos).

As variáveis independentes utilizadas neste trabalho foram: idade (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, ≥60 anos); sexo (masculino, feminino); cor da pele coletada em cinco categorias (branca, preta, parda, amarela e indígena) e, posteriormente, categorizada em branca e outra; situação conjugal (casado/a ou mora com companheiro/a; divorciado/a, separado/a ou viúvo/a; solteiro/a); escolaridade em anos completos de estudo (0-4, 5-8, ≥9); classe econômica coletada conforme a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP1 e categorizada em A/B, C, D/E; local de trabalho (zona urbana, zona rural, zona rural e urbana); trabalhador rural (sim, não), sendo considerado como sim quem realizava algum trabalho diário ou frequente relacionado à agricultura, pecuária e pesca na zona rural; tempo de moradia na zona rural (<50% da vida= menor tempo; 50-99% da vida= maior tempo; 100% da vida= sempre morou); número de moradores no domicílio (1,2,3,4,≥5); atividade física no lazer em minutos/semana, avaliada pelo Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)<sup>34</sup> categorizada em ativo (≥150 minutos) e insuficientemente ativo (<150 minutos); fumo atual (sim, não), sendo considerados como tabagistas aqueles que fumaram um ou mais cigarros/dia há mais de um mês; autopercepção de saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim); número de morbidades pelo relato de diagnóstico médico de hipertensão, diabetes e doença cardíaca (0, 1, ≥2). A qualidade do sono foi medida pelo Mini Sleep Questionnaire10 e categorizada em: boa qualidade (10-24 pontos), dificuldade do sono leve (25-27 pontos), dificuldade do sono moderada (28-30 pontos) e dificuldade do sono severa (≥31 pontos). O padrão de consumo de álcool, avaliado pelo Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT<sup>3</sup>, categorizado em consumo sem risco (0-7 pontos) e consumo de risco (≥8 pontos).

Os dados foram analisados no software Stata, versão 14.0. Análises brutas e ajustadas foram realizadas para examinar a associação entre depressão e as variáveis independentes por meio de regressão logística

ordinal, obtendo-se as estimativas em odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). O teste de Brant foi utilizado para avaliar a proporcionalidade do odds e não houve evidência de violação deste pressuposto. A análise ajustada foi realizada de acordo com o modelo de análise, o qual foi desenvolvido em quatro níveis conforme apresentado na Figura 1. Para obtenção das estimativas e do valor p da variável classe econômica, retirou-se a variável escolaridade do modelo, não sendo utilizada para ajuste por apresentarem colinearidade. Variáveis com valor p<0,20 na análise ajustada foram mantidas no modelo para controle de confusão. O teste de interação não mostrou evidência de modificação de efeito conforme o sexo para a maioria das associações investigadas, em razão disso, serão apresentadas as estimativas combinadas. Para todas as associações adotou-se um nível de significância de 5%. O processo de amostragem complexa foi considerado em todas as análises, através da utilização do comando svy. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL (Nº 1.363.979). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos participantes ou responsáveis. Indivíduos identificados com provável EDM receberam orientação para buscar um serviço de saúde e foi entregue uma listagem com locais possíveis para atendimentos psicológicos e psiquiátricos gratuitos do município.

#### RESULTADOS

Nos 24 setores censitários rurais foram identificados 1.697 adultos elegíveis, dos quais 1.453 responderam ao questionário completo sobre depressão, resultando em 9% de perdas e 5,4% de recusas. A proporção de não respondentes foi maior entre os homens (p<0,001) e entre aqueles com 60 anos ou mais (p=0,017).

A média do escore da EPDS foi 6,45 (DP:4,75) (informação não apresentada em tabela). A Tabela 1 descreve a amostra estudada. Em relação às características demográficas, aproximadamente metade da amostra era do sexo feminino; a maior proporção da amostra possuía 60 anos ou mais, se autodeclarou com cor da pele branca, era casado(a) ou morava com

companheiro(a) e tinha entre 5-8 anos completos de estudo. Com relação ao trabalho, a maioria trabalhava na zona rural e não desenvolvia atividades rurais. No que se refere ao tempo de moradia, mais da metade dos entrevistados sempre morou na zona rural. A média de moradores/domicílio foi de 3,44 (informação não apresentada em tabela) e quanto à situação econômica, mais da metade da amostra pertencia a classe econômica C. Em relação às variáveis comportamentais e de saúde, destaca-se que: 16,8% dos entrevistados eram tabagistas; 8,7% apresentaram consumo de álcool de risco; 84,6% eram insuficientemente ativos no lazer; 37,4% receberam diagnóstico médico de pelo menos uma morbidade; 64,4% consideraram sua saúde muito boa/boa e 42,6% apresentaram dificuldade severa para dormir.

A prevalência geral de sintomas depressivos (≥ 8 sintomas) na amostra foi de 35,4%, sendo que 24,3% (IC95%: 21,4-27,3) apresentaram entre 8 e 12 pontos na EPDS caracterizando presença aumentada de sintomas depressivos e 11,1% (IC95%: 9,0-13,5) foram classificados com provável diagnóstico de EDM (≥13 pontos). As mulheres apresentaram as maiores prevalências para ambas as categorias de desfecho comparadas aos homens, sendo que para sintomatologia depressiva a diferença entre mulheres e homens foi de 28,5% vs. 19,6% respectivamente e, para provável diagnóstico de 16,2% vs. 5,5%.

O odds ratio bruto e ajustado entre depressão e as variáveis independentes encontra-se na Tabela 2. Observa-se que na análise ajustada, as mulheres apresentaram um odds 2,5 vezes maior de estarem em uma categoria superior da EPDS comparadas aos homens (IC95% 1,95; 3,28). Com relação a idade, os indivíduos menores de 60 anos apresentaram maior odds de estar em uma categoria de maior intensidade dos sintomas depressivos, sendo que aqueles com idade entre 18-29 anos apresentaram um odds quase 2 vezes maior comparados àqueles com 60 anos ou mais (OR: 1,82 IC95%: 1,05;3,16). Para cor da pele, os resultados mostraram que aqueles indivíduos que se autodeclararam pretos, pardos, amarelos ou indígenas apresentaram 1,5 vezes maior odds de estar em uma categoria superior da EPDS comparados àqueles de cor da pele branca (IC95%: 1,07; 2,05). O mesmo foi observado quanto à situação ocupacional, sendo que aqueles divorciados(a),

separados(a) ou viúvos também apresentaram um odds 1,5 vezes maior de estar em uma categoria de maior ponto de corte na EPDS comparados aos casados(as) ou que moravam com companheiro(a) (IC95%: 1,13; 1,95).

As variáveis socioeconômicas escolaridade e classe econômica permaneceram associadas após o ajuste e apresentaram uma relação inversa com o desfecho, sendo que aqueles de menor escolaridade (0 a 4 anos completos de escolaridade) e pior condição socioeconômica (classes D/E), apresentaram maior odds estar em uma categoria superior da EPDS comparados àqueles de maior escolaridade e melhor condição socioeconômica (classes A/B) (p<0,001).

Observou-se também que quanto maior o número de doenças crônicas maior o odds dos adultos estarem em uma categoria superior da EPDS. Ainda, aqueles indivíduos que consideraram sua saúde como ruim ou muito ruim apresentaram em torno de 4,4 vezes maior odds de estar em uma categoria de maior ponto de corte na EPDS quando comparados com aqueles que consideraram sua saúde como muito boa ou boa, como também aqueles adultos com dificuldade do sono severa apresentaram maior odds comparados aos que tinham uma boa qualidade do sono (OR: 5,00 IC95%: 3,37; 7,44).

A variável atividade física no lazer esteve associada com o desfecho apenas na análise bruta, sendo que aqueles indivíduos insuficientemente ativos apresentaram 1,5 vezes maior odds de estar na categoria superior da EPDS comparados àqueles inativos. Já as variáveis trabalho rural, tempo de moradia na zona rural, número de moradores no domicílio e as variáveis comportamentais (fumo atual e consumo de álcool) não apresentaram significância estatística nas análises bruta e ajustada.

## DISCUSSÃO

O estudo mostrou que aproximadamente um terço dos indivíduos residentes na área rural estudada apresentaram sintomas depressivos (≥ 8 pontos), dentre esses 24,3% apresentaram entre 8 e 12 pontos na EPDS, caracterizando presença aumentada e sintomas depressivos e, cerca de 11% foram identificados como possíveis casos de EDM.

As prevalências geral de sintomas depressivos (35,4%) e provável diagnóstico (11,1%) neste estudo foram superiores àquelas encontradas em dois estudos realizados com a população de 20 anos ou mais residente na zona urbana do município. Matijasevich et al.<sup>20</sup> (2014) avaliaram adultos através da EPDS com os mesmos pontos de corte utilizados neste estudo e encontraram prevalências para sintomas depressivos e provável diagnóstico de 19% e 7,4%, respectivamente. Outro estudo verificou a presença da morbidade através do PHQ-9 e observou uma prevalência de 20,4%<sup>22</sup>.

Em áreas rurais, estudos internacionais realizados em distintos contextos com população predominantemente adulta, apresentaram grandes variações das prevalências para sintomatologia, entre 5,1% e 56,2% 16,17,29,32. Para o provável diagnóstico, a prevalência em Pelotas foi também maior que a de estudos rurais conduzidos no Reino Unido (5,1%) e nos Estados Unidos (6,1%) Comparações entre estudos, ainda que importantes, devem ponderar o uso de diferentes instrumentos para avaliar depressão, assim como as características socioeconômicas, políticas e culturais dos locais, as quais também influenciam na sua maior ou menor ocorrência. Contudo, a prevalência dos desfechos estudados é bastante considerável, sendo maior que a encontrada na zona urbana do mesmo município, reforçando a importância de avaliação da depressão e a necessidade do conhecimento sobre a presença desta morbidade também em populações residentes em áreas rurais.

Assim como em outros estudos internacionais realizados em áreas rurais<sup>7,29</sup>, na zona rural de Pelotas foi verificada diferença quanto ao sexo. Depressão ao longo da vida é, no mundo, mais frequentemente encontrada entre mulheres<sup>6,11</sup>. As razões ainda não são completamente claras, embora a existência da combinação de fatores biológicos (hormonais) e ambientais (desigualdades sociais de gênero) possam explicar parte desses achados<sup>33</sup>. Outra possível explicação para tal diferença pode ser pelo fato de a depressão em homens, em geral, ser externalizada através de sintomas como irritabilidade, raiva, abuso de substâncias e agressividade enquanto sentimentos de tristeza e choro são mais comuns entre o sexo feminino<sup>19</sup>. Além disso, acredita-se que em áreas rurais, mulheres desempenham atividades

domésticas em maior proporção comparadas aos homens, logo podem sentirem-se invariavelmente mais sozinhas e exigidas, menos apoiadas e, consequentemente, mais suscetíveis a desenvolverem depressão.

A identificação de comorbidades é importante para avaliação da saúde mental do indivíduo. O odds de pertencer a uma categoria superior da escala utilizada foi substancialmente elevado entre os adultos estudados com alguma doença crônica avaliada, podendo ser compreendido pelo impacto destas na sua vida social e laboral<sup>36</sup>.

Assim como indivíduos com pior qualidade do sono podem desenvolver sintomas depressivos ou depressão, pessoas com depressão têm uma diminuição funcional da serotonina – neurotransmissor importante na regulação do sono<sup>8</sup>. Sendo assim, a associação encontrada neste artigo deve ser estudada com cautela em razão da sua possível bidirecionalidade<sup>13</sup>. Pesquisa realizada em áreas rurais do Japão<sup>13</sup> encontrou associação entre depressão e distúrbios do sono, sendo, este último, entendido como um sintoma de depressão. Relação bidirecional semelhante pode explicar o achado para a pior autopercepção de saúde estar associada aos desfechos – resultado também encontrado por Stallones *et al.*<sup>31</sup> (1995) e Scarth *et al.*<sup>28</sup> (2000) ao avaliarem agricultores rurais.

Quanto à escolaridade e classe econômica, a depressão (sintomas e provável diagnóstico) na zona rural de Pelotas foi maior entre os menos favorecidos, achado frequente na literatura<sup>6,29</sup>. Neste mesmo sentido, a cor da pele também denota desigualdades sociais em saúde importantes, uma vez que no Brasil indivíduos de cor da pele preta, parda, amarela ou os indígenas, em geral, são a minoria da população em áreas rurais e, muitas vezes possuem um leque reduzido de escolhas e possibilidades de ascensão econômica – por exemplo. Portanto, esses fatores podem corroborar para o agravamento e/ou desenvolvimento de transtornos mentais, entre eles a depressão<sup>33</sup>.

Em relação a faixa etária, estudos realizados com adultos em regiões rurais da Austrália e Lituânia apontaram maiores prevalências de sintomas depressivos em idades intermediárias 16,29, semelhantemente ao encontrado

neste estudo, no qual observou-se menores prevalências aqueles com 60 anos ou mais. Acredita-se que nessa faixa etária, os indivíduos estejam mais estabilizados econômica e culturalmente à zona rural do que os mais jovens, o que poderia explicar a menor prevalência de depressão nestes indivíduos.

Na população rural investigada, não foi encontrada associação entre tabagismo e a presença elevada de sintomas depressivos (8 ou mais pontos na EPDS). A literatura demonstra que fumantes têm mais chances de desenvolver depressão e que pessoas com história pregressa de depressão e ansiedade tendem a ter dificuldade de interromper o hábito do fumar<sup>12,18</sup>. O uso de tabaco causa dependência física e psicológica, de prazer e alívio de sentimentos<sup>15</sup>. A relação entre tabagismo e depressão deve ser avaliada em futuros estudos realizados com a população rural, no entanto a possibilidade de causalidade reversa deve ser levada em conta.

Neste estudo também não foi encontrada associação entre depressão e a situação ocupacional e nível de atividade física no lazer. A ausência de associação pode estar relacionada ao poder do estudo, insuficiente para discriminar essas diferenças, uma vez que a alta carga de trabalho realizada por moradores rurais, aliada à prática de atividade física de lazer insuficiente, poderiam contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais. Também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para as variáveis consumo de álcool, tempo de moradia na zona rural e número de moradores no domicílio. Mais estudos se fazem necessários, para melhor explorar essas associações no contexto rural.

A causalidade reversa entre depressão e algumas variáveis, pontuadas anteriormente, é uma das limitações deste trabalho. Além dessa, a taxa de não respondentes foi maior entre homens (65,4% *vs* 34,6% p<0,001), o que pode ter subestimado as prevalências dos desfechos neste grupo.

A EPDS foi validada na população urbana, porém não foi encontrado instrumento específico para a avaliação da depressão em residentes de localidades rurais. Destaca-se ainda que, embora a EPDS seja útil para o rastreio da doença, ela não substitui o diagnóstico baseado em entrevista clínica realizada por profissionais de saúde mental. Dessa forma, descrevemos

sempre o ponto de corte ≥13 pontos do instrumento como provável diagnóstico de EDM.

Entre os aspectos positivos destaca-se que por ser um estudo de base populacional, com amostra representativa da população rural, com baixa proporção de perdas e recusas e grande cuidado metodológico, os resultados deste estudo podem ser, com cautela, utilizados como referência para outras regiões rurais com contextos socioeconômicos e culturais semelhantes.

Este estudo destaca a importância da doença mental enquanto problema de saúde pública também na zona rural. A criação de programas de atendimento direcionados aos moradores rurais, visando rastreamento e diagnóstico precoce de depressão e manutenção do tratamento são ações importantes que devem ser fomentadas pelas políticas locais e nacionais em saúde.

**CONFLITO DE INTERESSES:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.

**FINANCIAMENTO:** O Consórcio de Pesquisa dos mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas foi financiado por recursos provenientes da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES).

### **REFERÊNCIAS**

- ABEP Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2014. Portal ABEP. 2014.
- 2. American psychiatric association DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: *Artmed*. 2014. 992p.
- 3. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guideline for Use in Primary Care. WHO 2001
- 4. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da ufpel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(1):133-44.

- 5. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, TSE CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*. 1990;264(19):2524–28. DOI: 10.1001/jama.1990.03450190056028
- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011, 9:90 DOI: 10.1186/1741-7015-9-90
- 7. Brossart DF, Wendel ML, Elliott TR, Cook HE, Castillo LG, Burdine JN. Assessing depression in rural communities. *J Clin Psychol.* 2013; 69(3):252-63. DOI: 10.1002/jclp.21949.
- 8. Chellappa SL, Araujo JF. Qualidade subjetiva do sono em pacientes com transtorno depressivo. *Estudos de Psicologia*. 2007;12(3): 269-274. DOI: 10.1590/S1413-294X2007000300009.
- 9. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of post natal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150: 782-786.
- 10. Falavigna A, Bezerra MLDS, Teles R, Kleber FD, Velho MC, da Silva RC. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. *SleepBreath*. 2011;15(3): 351–355 DOI 10.1007/s11325-010-0392-x
- 11. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, *et al.* Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*. 2013; 471–481. DOI:10.1017/S0033291712001511
- 12. Flensborg-Madsen T, Scholten MB, Flachs EM, Mortesen EL, Prescott, Tolstrup JS. Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *J Affect Disord*. 2011; 45(2):143-9. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2010.06.006.
- 13. Fujise N, Abe Y, Fukunaga R, Nakagawa Y, Nishi Y, Koyama A, *et al.*, Comparisons of prevalence and related factors of depression in middle-aged adults between urban and rural populations in Japan. *J Affect Disord.* 2016; 190:772–776. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.020
- 14. IBGE. . Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
- 15. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression. A causal analysis. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(1):36-43.
- 16. Kilkkinen A, Kao-Philpot A, O'Neil A, Pholpot B, Reddy P, Bunker S., et al. Prevalence of psychological distress, anxiety and depression in rural

- communities in Australia. *Aust J Rural Health*. 2007 Apr;15(2):114-9. DOI: 10.1111/j.1440-1584.2007.00863.x
- 17. Lojko D, Czajkowska A, Suwalska A, Pałys W, Jaracz K, Górna K, et al. Symptoms of depression among adults in rural areas of western Poland. *Ann Agric Environ Med.* 2015; 22(1):152-5. DOI: 10.5604/12321966.1141386.
- 18. Malbergier A.; Oliveira Jr HP. Tobacco Dependence and Psychiatric Comorbity. *Rev. psiquiatr. Clín.2005;*32(5): 277-280. DOI: 10.1590/S0101-60832005000500005
- 19. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. JAMA Psychiatry. 2013;70(10):1100-1106. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2013.1985
- 20. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa APPN, Silva DMD, Abitante MS, *et al.* Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry. 2014;* 14:284. DOI: 10.1186/s12888-014-0284-x
- 21. Michalak EE, Wilkinson C, Hood K, Srinivasan J, Dowrick C, Dunn G. Prevalence and risk factors for depression in a rural setting. Results from the North Wales arm of the ODIN project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(12):567-71. DOI 10.1007/s00127-002-0585-0
- 22. Munhoz, TN, Santos IS, Matijasech A. Major depressive episode among Brazilian adults: A cross-sectional population-based study. *J Affect Disord*. 2013; 150:401-407.
- 23. Munhoz TN, Nunes BP, Wehrmeister FC, Santos IS, Matijasevich A. A nation a wide population-based study of depression in Brazil. *J Affect Disord*. 2016 1.192:226-33. DOI: 10.1016/j.jad.2015.12.038.
- 24. Muntaner C, Barnett E. Depressive symptoms in rural West Virginia: labor market and health services correlates. *J Health Care Poor Underserved.* 2000; 11(3):284-300.
- 25.OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasilia-DF, 2011
- 26. Probst JC, Laditka SB, Moore CG, Harun N, Powell P, Baxley EG. Rural-urban differences in depression prevalence: implications for family medicine. *Fam Med.* 2006;38(9):653-60

- 27. Rytsala HJ, Melartin TK, Leskelã US, Lestelã-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsã ET. Determinants of funcional disability and social adjustment in major depressive disorder: a prospective study. *Journal of nervous and Mental Disease*. 2006;194(8):570-576 DOI:10.1097/01.nmd.0000230394.21345.c4
- 28. Scarth RD, Stallones L, Zwerling C, Burmeister LF. The prevalence of depressive symptoms and risk factors among lowa and Colorado farmers. *Am J Ind Med.* 2000;37(4):382-9.
- 29. Sidlauskaite-Stripeikiene I, Zemaitiene N, Klumbiene J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. *Medicina (Kaunas)*. 2010:46(10): 693-9.
- 30. Silva MT, Galvao TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a sistematic review and meta-analysis. *Rev Bras de Psquiatr.* 2014;(36):262-270. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-1294
- 31. Stallones L, Leff M, Garrett L, Criswell T, Gillan. Depressive symptoms among colorado farmers. *Journal of Ag safety and health.* 1995,1(1).
- 32. Wagenaar BH, Hagaman AK, Kaiser BN, McLean E, Kohrts BA. *et al.* Depression, suicidal ideation, and associated factors: a cross-sectional study in rural Haiti. *BMC Psychiatry*. 2012;12:149. DOI 10.1186/1471-244X-12-149.
- 33.WHO. World Health Report. Mental health: new understanding, new hope. 2001
- 34. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global physical activity questionnaire (GPAQ): analysis guide. Genebra, 2010.
- 35.WHO. World Health Organization, Depression, Fact Sheet reviewed 2016. Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ Acessado em: 13.10.2016
- 36. Ziarko M, Mojs E, Kaczmarek ID, Warchol-Biedermann K, Malak R, Lisinski P, Samborski W. Do urban and rural residentes living in Poland differ in their ways of coping with chronic diseases? *Eur Ver Med Pharmacol Sciences*. 2015;19(22): 4227-34.

**Tabela 1.** Descrição da amostra e prevalência de sintomas depressivos e provável diagnóstico de depressão conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Pelotas – RS (n= 1.453)

Variável	n (%)	Prevalência de sintomas depressivos (IC95%)	Prevalência de provável diagnóstico de depressão (IC95%)
Sexo		, ,	•
Masculino	701 (48,2)	19,6 (15,4-24,6)	5,5 (4,2-7,3)
Feminino	752 (51,8)	28,5 (25,9-31,3)	16,2 (12,8-20,4)
Idade (anos)	, ,	,	
18 – 29	280(19,3)	23,5 (18,2-29,8)	10,2 (6,2-16,3)
30 - 39	225 (15,6)	23,1 (16,3-31,6)	12,7 (8,2-19,2)
40 – 49	292 (20,2)	26,0 (21,4-31,1)	11,6 (7,2-18,2)
50 – 59	286 (19,7)	27,0 (23,6-30,8)	11,5 (8,6-15,3)
≥60	370 (25,4)	22,0 (17,0-28,0)	10,0 (7,0-14,1)
Cor da pele	, ,	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	,
Branca	1241(85,2)	24,3 (21,2-27,6)	9,8 (7,9-12,1)
Outra	212 (14,8)	24,2 (18,3-31,3)	18,4 (14,0-23,7)
Situação conjugal	,		, ,
Casado(a) ou mora com companheiro(a)	889 (60,8)	23,7 (19,8-28,0)	10,5 (8,3-13,1)
Divorciado(a), Separado(a), Viúvo(a)	187 (12,9)	26,0 (21,2-31,4)	18,8 (13,8-25,0)
Solteiro (a)	377 (26,2)	24,8 (20,2-30,0)	8,7 (5,8-13,0)
Escolaridade (anos completos)	, ,	,	, ,
0 - 4	536 (37,1)	25,5 (21,2-30,4)	14,5 (11,3-18,4)
5 – 8	546 (37,7)	24,8 (20,8-29,1)	10,8 (8,9-13,2)
≥9	364 (25,2)	21,3 (16,9-26,5)	6,3 (3,4-12,6)
Local de trabalho <sup>¥</sup>	, ,	,	, ,
Zona urbana	124 (14,1)	20,0 (13,9-27,8)	9,7 (4,3-20,3)
Zona rural	703 (79,3)	24,6 (20,7-29,0)	9,3 (7,1-12,1)
Zona rural e urbana	60 (6,6)	24,9 (15,2-38,0)	9,7 (5,1-17,6)

**Tabela 1.** Descrição da amostra e prevalência de sintomas depressivos e provável diagnóstico de depressão conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Pelotas – RS (n= 1.453) (continuação)

Prevale	ncia de Prevalêr	icia de provável
(%) sintomas d	epressivos diagnósti	co de depressão
(IC S	95%)	IC 95%)
(65,9) 23,7 (20	),7-27,0) 10,9	5 (8,1-13,5)
(34,1) 25,4 (20	),5-31,0) 11,3	3 (8,7-14,5)
,	ŕ	,
(19,2) 25,7 (10	),9-31,3) 11,5	5 (6,8-18,6)
(14,0) 20,0 (14	13,8	3 (8,8-20,9)
(66,8) 24,7 (21	,4-28,3) 10,4	4 (8,2-13,0)
		( , , ,
(6,1) 27,1 (17	7,3-39,8) 12,9	9 (7,2-22,0)
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0 (6,7-14,5)
		0 (8,0-14,9)
(20,3) 21,0 (16	9,6	(6,5-13,8)
(21,9) 24,7 (21	,3-28,4) 13,1	(10,0-17,0)
		,
(20,2) 20,9 (17	7,2-25,0) 6,1	(3,5-10,3)
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 (8,3-13,9)
		s (11,6-20,6)
		· · · · · · ·
(83,2) 24,1 (21	,1-27,5) 11,0	0 (8,6-13,9)
		6 (8,0-16,5)
, ,	,	· · /
(91,3) 24,3 (21	,6-27,2) 11,3	3 (9,1-13,9)
		s (4,5-15,9)
	(%) sintomas d (IC 9) (65,9) 23,7 (20) (34,1) 25,4 (20) (19,2) 25,7 (10) (14,0) 20,0 (14) (66,8) 24,7 (21) (66,1) 27,1 (17) (25,1) 22,8 (18) (26,6) 27,3 (21) (20,3) 21,0 (16) (21,9) 24,7 (21) (20,2) 20,9 (17) (20,2) 20,9 (17) (25,7) 25,5 (20) (83,2) 24,1 (21) (83,2) (16,8) 24,9 (18) (91,3) 24,3 (21)	(%) sintomas depressivos (IC 95%) (65,9) 23,7 (20,7-27,0) 10,9 (34,1) 25,4 (20,5-31,0) 11,5 (19,2) 25,7 (10,9-31,3) 11,9 (14,0) 20,0 (14,1-27,4) 13,9 (66,8) 24,7 (21,4-28,3) 10,9 (25,1) 22,8 (18,2-28,2) 10,9 (26,6) 27,3 (21,3-34,1) 11,9 (20,3) 21,0 (16,1-26,9) 9,6 (21,9) 24,7 (21,3-28,4) 13,1 (20,2) 20,9 (17,2-25,0) 6,1 (20,2) (24,9 (20,7-29,6) 10,9 (25,7) 25,5 (20,2-31,7) 15,6 (83,2) 24,1 (21,1-27,5) 11,9 (16,8) 24,9 (18,8-32,2) 11,9 (16,8) 24,9 (18,8-32,2) 11,6 (16,8) 24,9

Tabela 1. Descrição da amostra e prevalência de sintomas depressivos e provável diagnóstico de depressão conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Pelotas – RS (n= 1.453) (continuação)

Variável	n (%)	Prevalência de sintomas depressivos (IC95%)	Prevalência de provável diagnóstico de depressão (IC95%)
Atividade física de lazer		· ·	
Ativo (≥150 min/semana)	221 (15,4)	21,4 (16,6-27,20	6,9 (3,4-13,3)
Insuficientemente ativo (<150 min/semana)	1.218 (84,6)	25,0 (21,8-28,4)	11,9 (9,6-14,6)
Número de morbidades**	, ,		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
0	905 (62,6)	22,6 (19,6-25,8)	9,1 (7,2-11,4)
1	405 (27,7)	26,3 (21,7-31,5)	13,6 (10,4-17,5)
≥2	139 (9,7)	29,3 (20,2-40,4)	17,0 (11,5-24,3)
Autopercepção de saúde	( ' '		, , , ,
Muito boa/Boa	933 (64,4)	20,8 (17,8-24,0)	5,7 (3,9-8,2)
Regular	440 (30,2)	29,5 (25,7-33,6)	18,7 (14,9-23,2)
Ruim/Muito ruim	77 (5,4)	36,6 (24,7-50,4)	33,0 (23,5-44,2)
Qualidade do sono	(	, , , ,	, , , , ,
Boa qualidade	418 (30,1)	13,0 (9,8-17,3)	3,3 (2,0-5,4)
Dificuldade leve	198 (14,2)	17,1 (12,0-23,9)	4,7 (2,4-9,0)
Dificuldade moderada	184 (13,1)	20,9 (15,5-27,4)	9,2 (6,4-13,1)
Dificuldade severa	592(42,6)	35,4(31,6-39,4)	19,7 (15,9-24,3)

<sup>\*\*</sup>Hipertensão, diabetes e doença cardíaca \*Variável com maior número de *missings* (n=566)

**Tabela 2.** Análise bruta e ajustada para depressão segundo variáveis demográficas, comportamentais e de saúde em adultos da zona rural de Pelotas. Pelotas, RS, 2016 (N = 1.453)

Variável	OR bruto	Valor p*	OR ajustado	Valor p*
1º Nível				
Sexo		<0,001		<0,001
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	2,50 (1,96; 3,18)		2,53 (1,95; 3,28)	
Idade (anos)		0,556		0,015 <sup>t</sup>
18 – 29	1,07 (0,72; 1,58)		1,82 (1,05; 3,16)	
30 – 39	1,20 (0,84; 1,72)		1,73 (1,19; 2,51)	
40 – 49	1,26 (0,90; 1,78)		1,67 (1,14; 2,46)	
50 – 59	1,31 (0,87; 1,95)		1,60 (1,03; 2,48)	
≥60	1,00		1,00	
Cor da pele		0,008		0,018
Branca	1,00		1,00	
Outra	1,55 (1,13; 2,12)		1,48 (1,07; 2,05)	
Situação conjugal		<0,001		0,023
Casado(a), mora com companheiro(a)	1,00		1,00	
Divorciado(a), Separado(a), Viúvo(a)	1,65 (1,30; 2,08)		1,49 (1,13; 1,95)	
Solteiro(a)	0,94 (0,65; 1,38)		1,04 (0,67; 1,62)	
Escolaridade (anos completos)		0,005 <sup>t</sup>		0,001 <sup>t</sup>
0-4	1,82 (1,22; 2,72)		2,36 (1,48; 3,75)	
5-8	1,47 (1,14; 1,90)		1,74 (1,35; 2,24)	
≥9	1,00		1,00	
2º Nível				
Classe econômica		<0,001 <sup>t</sup>		<0,001 <sup>t</sup>
A/B	1,00		1,00	
C	1,53 (1,20; 1,94)		1,65 (1,25; 2,16)	
D/E	1,99 (1,46; 2,71)		1,99 (1,46; 2,72)	

**Tabela 2.** Análise bruta e ajustada para depressão segundo variáveis demográficas, comportamentais e de saúde em adultos da zona rural de Pelotas. Pelotas, RS, 2016 (N = 1.453) (continuação)

Variável	OR bruto	Valor p*	OR ajustado	Valor p*
Trabalhador rural		0,891		0,378
Não	1,00		1,00	
Sim	1,02 (0,74 1,39)		1,15 (0,82; 1,70)	
Tempo de moradia na zona rural	, ,	0,821	,	0,648
Menor tempo	1,09 (0,79; 1,50)		1,15 (0,81; 1,63)	
Maior tempo	1,00 (0,68; 1,47)		0,98 (0,64; 1,50)	
Sempre morou	1,00		1,00	
Número de moradores do domicílio		0,267	•	0,222
1	1,07 (0,61; 1,86)		0,81 (0,41; 1,56)	
2	0,78 (0,61; 1,00)		0,74 (0,53; 1,02)	
3	0,98 (0,68; 1,40)		0,97 (0,63; 1,50)	
4	0,71 (0,50; 1,01)		0,68 (0,47; 0,98)	
≥5	1,00		1,00	
3º Nível				
Fumo atual		0,743		0,677
Não	1,00		1,00	
Sim	1,06 (0,72; 1,55)		1,08 (0,73; 1,59)	
Padrão de consumo de álcool		0,462		0,497
Consumo sem risco	1,00		1,00	
Consumo de risco	0,83 (0,50; 1,37)		1,19 (0,70; 2,03)	
Atividade física de lazer		0,003		0,263
Ativo	1,00		1,00	
Insuficientemente ativo	1,50 (1,15; 1,96)		1,16 (0,88; 1,53)	

**Tabela 2.** Análise bruta e ajustada para depressão segundo variáveis demográficas, comportamentais e de saúde em adultos da zona rural de Pelotas. Pelotas, RS, 2016 (N = 1.453) (continuação)

Variável	OR bruto	Valor p*	OR ajustado	Valor p*
Número de morbidades**		<0,001 <sup>t</sup>		0,002 <sup>t</sup>
0	1,00		1,00	
1	1,45 (1,15; 1,81)		1,50 (1,14; 1,97)	
≥2	1,88 (1,32; 2,69)		1,92 (1,26; 2,94)	
4º Nível				
Autopercepção de saúde		<0,001 <sup>t</sup>		<0,001 <sup>t</sup>
Muito boa/Boa	1,00		1,00	
Regular	2,74 (2,25; 3,34)		2,13 (1,69; 2,68)	
Ruim/Muito ruim	6,60 (4,41; 9,87)		4,38 (2,43; 7,88)	
Qualidade do sono <sup>¥</sup>	, , ,	<0,001 <sup>t</sup>	, , ,	<0,001 <sup>t</sup>
Boa qualidade	1,00		1,00	
Dificuldade leve	1,42 (0,89; 2,26)		1,30 (0,85; 1,98)	
Dificuldade moderada	2,25 (1,47; 3,43)		2,26 (1,41; 3,64)	
Dificuldade severa	6,24 (4,48; 8,96)		5,00 (3,36; 7,44)	

<sup>\*</sup> Teste Wald

<sup>&</sup>lt;sup>t</sup> Valor p do teste de tendência linear \*\* Hipertensão, diabetes e doença cardíaca <sup>\*</sup> Variável com maior número de *missings* (n=61)

1º Nível

# SOCIODEMOGRÁFICAS

Sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e escolaridade

2º Nível

#### TRABALHO E MORADIA

Trabalhador rural, tempo de moradia na zona rural, número de moradores no domicílio

# **CLASSE ECONÔMICA**

(ABEP)

S Nivel

## **COMPORTAMENTAIS**

Fumo, padrão de consumo de álcool, atividade física de lazer

#### **NÚMERO DE MORBIDADES**

(diabetes, hipertensão e doença cardíaca)

4º Nível

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE QUALIDADE DO SONO

**DEPRESSÃO** 

Figura 1. Modelo de análise hierarquizado

	•		
NOTA A	ΔІМБ	DRENG	Δ
	~ IIVII	IVEIVO	_

# UM TERÇO DOS ADULTOS DA ZONA RURAL DE PELOTAS APRESENTA SINTOMAS DEPRESSIVOS

A depressão é uma doença que acomete grande parcela da população mundial, trazendo inúmeros prejuízos à vida não só dos doentes como também das pessoas com quem convive.

Estudo realizado, em 2016, investigou a prevalência dessa morbidade em 1.453 adultos residentes na zona rural de Pelotas. Os resultados mostraram que cerca de 35% dos adultos tinham sintomas depressivos e entre esses, 11% poderiam ser diagnosticados com a doença. A depressão foi mais comum em mulheres, adultos de menor escolaridade, divorciados(as), separados(as) ou viúvos(as), pertencentes às classes econômicas menos favorecidas, portadores de outras doenças, que avaliaram sua saúde como sendo ruim ou muito ruim e que tinham pior qualidade do sono. O estudo é resultado da dissertação de mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel, de autoria da aluna Roberta Hirschmann, sob orientação da Profa Dra. Helen Gonçalves e coorientação da Mestre Ana Paula Gomes.

"Apesar de a depressão ser amplamente estudada no mundo todo, são poucos os estudos que avaliam a sua presença entre adultos que residem em áreas rurais do Brasil", relata Roberta.

De acordo com a pesquisadora, o estudo demonstra que a depressão entre moradores na zona rural é um importante problema de saúde pública e que ações preventivas são necessárias, como o rastreamento para detecção precoce dos sintomas, bem como a manutenção do tratamento para os diagnosticados.

	~	
NORMAS PARA	SURMISSÃO	DO ARTIGO



#### Categorias de Artigos

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês. O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes **recomendações**, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- <u>MOOSE</u> checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- **STROBE** checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a <u>categoria de artigos</u>

#### Categorias de artigos

#### a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

#### Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das

validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindose medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação. Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das <u>recomendações</u> citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

#### Formatação:

- Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

**b)** Comunicações breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

#### Formatação:

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências)
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

#### c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

**MOOSE** checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais **PRISMA** checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

#### Formatação:

- Devem conter até 4000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

#### d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

#### Formatação:

- Devem conter até 2000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total.
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

#### Dados de Identificação do Manuscrito

#### **Autoria**

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

#### Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

**Correspondência:** Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

**Instituição:** Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

**Coautores:** Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

**Financiamento da pesquisa:** Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

**Apresentação prévia:** Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

#### Conflito de Interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

#### Declaração de Documentos

Em conformidade com as diretrizes do **International Committee of Medical Journal Editors**, são solicitados alguns documentos e declarações do (s) autor (es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando ane:
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Na submissã
b. Declaração de responsabilidade	Todos os autores	Na submissã
c. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprov
d. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprov

## a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

• Responder- Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

#### b. <u>DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE</u>

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

# Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

#### c. AGRADECIMENTOS

Devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

#### d. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

#### Preparo do Manuscrito

#### Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

#### Título resumido

Deve conter até 45 caracteres.

#### **Descritores**

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou key words) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

#### Figuras e Tabelas

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

#### Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das <u>categorias de artigos</u>. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

#### Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

#### Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al". Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

#### **Exemplos:**

#### Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011 Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

#### Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record\_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ("Citing Medicine") da National Library of Medicine, disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

#### Citação no texto

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por 'e'. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de 'et al.' em caso de autoria múltipla).

#### **Exemplos:**

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart9, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.9 (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

#### **Tabelas**

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

#### **Figuras**

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital,

preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

#### Checklist para submissão

- 1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
- 2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
- 3. Título resumido com 45 caracteres.
- 4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
- 5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
- 6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
- 7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
- 8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
- 9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/programa, grau e o ano de defesa.
- 10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, verificando se todas estão citadas no texto.
- 11. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
- 12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
- 13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

#### **Processo Editorial**

#### a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

#### b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão "original aprovada". O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

#### Taxa de Publicação

Em janeiro de 2012, a RSP instituiu a cobrança de uma taxa por artigo publicado. Esta taxa deve ser paga por todos os autores que tiverem seus manuscritos **aprovados** para publicação. Essa cobrança destina-se a complementar os recursos públicos obtidos da Universidade de São Paulo e de órgãos de apoio à pesquisa do Estado de São Paulo e do Brasil. Essa complementação é essencial para assegurar qualidade, impacto e regularidade do periódico, incluindo manutenção do sistema eletrônico de submissão e avaliação de manuscritos, revisão da redação científica e tradução/revisão para o inglês de todos os manuscritos aprovados.

A taxa de publicação é de **R\$ 1.800,00** para **artigo original, revisão** e **comentário**; e para comunicação-breve, a taxa é de R\$ 1.200,00. Assim que o manuscrito for aprovado, o autor receberá instruções de como proceder para o pagamento da taxa – transferência ou depósito bancário.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

#### **Suplementos**

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capa da Revista.

# a) CARTA DE APRESENTAÇÃO

Cidade, _[dia] de Mês de Ano.	
Prezado Sr. Editor, Revista de Saúde Pública	
Submetemos à sua apreciação o trabalho " nas áreas de interesse da RSP. A revista foi esco	 ", o qual se encaixa iva da escolha da revista
para a publicação do manuscritol.	

O autor 1 participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; e, o autor 2 participou na interpretação e redação do trabalho. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.
O trabalho está sendo submetido exclusivamente à RSP. Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).
nome completo do autor 1 + assinatura
nome completo do autor 2 + assinatura
b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
Eu, ( <u>nome por extenso</u> ), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado ( <u>título</u> ) nos seguintes termos:
"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."
"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo."
"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."
Contribuição:
Local, data Assinatura
c) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS
Eu, ( <u>nome por extenso do autor responsável pela submissão</u> ), autor do manuscrito intitulado ( <u>título completo do artigo</u> ):
<ul> <li>Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.</li> <li>Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.</li> </ul>
DATA NOME COMPLETO E ASSINATURA

# d) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro para os devidos fins que concordamos que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para a publicação na Revista de Saúde Pública, se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedada qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que seja solicitada a prévia e necessária autorização.

Autores:	
Local, data	NOME COMPLETO + Assinatura
Local, data	NOME COMPLETO + Assinatura