



PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO ENTRE HOMENS E MULHERES: UM
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM UMA CIDADE NO SUL DO BRASIL**

MARINA XAVIER CARPENA

2017



PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO ENTRE HOMENS E MULHERES: UM
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM UMA CIDADE NO SUL DO BRASIL**

MARINA XAVIER CARPENA

RIO GRANDE, RS, JANEIRO DE 2017

MARINA XAVIER CARPENA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO ENTRE HOMENS E MULHERES: UM
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM UMA CIDADE NO SUL DO BRASIL**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Neiva-Silva

RIO GRANDE, RS, JANEIRO DE 2017

MARINA XAVIER CARPENA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO ENTRE HOMENS E MULHERES: UM
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM UMA CIDADE NO SUL DO BRASIL**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Lucas Neiva- Silva
Orientador (Presidente)

Prof^a. Dr^a. Irani Iracema de Lima Argimon
Examinador externo – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Prof^a. Dr^a. Simone dos Santos Paludo
Examinador interno

Prof. Dr. Juraci Almeida César
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, JANEIRO DE 2017

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFL	Atividade Física no Lazer
APA	American Psychiatric Association
BDI	Beck Depression Inventory
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EDM	Episódio Depressivo Maior
ED	Episódio Depressivo
EP	Estresse Percebido
EUA	Estados Unidos da América
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPE	International Consortium of Psychiatric Epimiology
MINI	Mini-International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ	Patient Health Questionnaire
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PSS	Cohen's Perceived Stress Scale
RH	Razão de Hazard
RP	Razão de Prevalência
RO	Razão de Odds
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
TD	Transtornos Depressivos
TDM	Transtorno Depressivo Maior
WMHS	World Mental Health Survey

Prevalência e fatores associados à depressão entre homens e mulheres: um estudo de base populacional em uma cidade do sul no Brasil

Resumo

Objetivo: Investigar a prevalência e fatores associados à depressão entre homens e mulheres.

População alvo: Indivíduos com 18 anos ou mais, residentes na zona urbana do município de Rio Grande.

Delineamento: Estudo transversal de base populacional.

Desfecho: Depressão. O desfecho foi avaliado através do algoritmo do Patient Health Questionnaire-9, que investiga o Episódio Depressivo Maior (EDM) segundo critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V).

Processo amostral: Em dois estágios, nos quais foram selecionados sistematicamente os setores censitários (70) e domicílios (711), respectivamente.

Análises: Por meio da Regressão de Poisson investigou-se a associação entre exposições e desfecho para amostra geral e estratificada segundo sexo. As análises foram realizadas no Software STATA 14.0, adotando o nível de significância bicaudal de 5%.

Resultados: A taxa de resposta do estudo foi de 91%. Os respondentes foram prevalentemente mulheres, com idade média de 45 anos (DP=17,26), menor nível socioeconômico, com até 8 anos de escolaridade, que não faziam uso de tabaco e nem uso abusivo de álcool, bem como inativos, com escore médio de estresse percebido de 23,61 (DP=7,39), sem diagnóstico de doenças crônicas e outras doenças psíquicas. Dentre os 1.295 respondentes, 11,2% apresentaram sintomatologia de EDM, sendo 8,4% entre homens e 13,4% entre mulheres. Na amostra geral, as variáveis independentemente associadas ao EDM

foram sexo feminino, menor nível socioeconômico, menor escolaridade, insuficientemente ativos, maior nível de estresse percebido, maior nº de doenças crônicas não transmissíveis e diagnóstico de outro transtorno mental. Analisando apenas as mulheres, além destes fatores, o EDM esteve independentemente associado também ao uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias. Dentre os homens, as variáveis associadas ao EDM foram apenas atividade física no lazer e estresse percebido.

Conclusão: Depressão é um problema de saúde pública, com consideráveis diferenças entre sexos que devem ser atentadas no planejamento de políticas públicas de saúde mental. De maneira geral, devem ser feitas intervenções para o incentivo de atividade física e para lidar com estresse, como forma de prevenção e tratamento auxiliar para pacientes deprimidos.

Descritores: Depressão; Transtorno Depressivo Maior; Episódio Depressivo Maior.

Prevalence and associated factors of depression among men and women: a population-based study in a Southern city of Brazil

Abstract

Objective: Evaluate the prevalence and associated factors of depression among men and women.

Target population: Individuals aged 18 or older living in urban area of Rio Grande city.

Design: Cross-sectional population-based study.

Outcome: Depression. Depression was assessed using the *Patient Health Questionnaire-9* algorithm, which evaluates the Major Depressive Episode (MDE) according to the DSM-V.

Sampling: The sampling design was in two-stages, in which the census sectors (70) and households (711) were selected systematically.

Analysis: Poisson regression was used to evaluate the association between exposures and outcomes for general sample and stratified by sex. Data analysis was performed using the software STATA 14.0, and $p < 0.05$ (two-tailed) was considered statistically significant.

Results: The response rate was 91%. Respondents were predominantly women, mean age 45 years old (SD = 17.26), lower socioeconomic level, with up to 8 years of schooling, who did not use tobacco and neither abusive use of alcohol, as well as physical inactive, with a score mean of perceived stress of 23.61 (SD = 7.39), without diagnosis of chronic diseases and other psychic diseases. The prevalence of MDE symptoms was 11.2% among 1,295 respondents, 8.4% among men and 13.4% among women. The following variables were independent associated with higher prevalence of MDE in the analysis of the general sample: female sex, lower socioeconomic condition, lower education, inactive physically, higher scores of perceived stress, higher number of NCD and reporting another mental disorder. For women

respondents, MDE were associated with all these variables and abusive use of alcohol in the last 30 days. For men, only being inactive physically and perceived stress remain associated with MDE.

Conclusion: Depressions is a public health problem, with differences between sex that should be considerate in planning of mental public policies of health. However, interventions to stimulate physical activity and stress management should be developed to the prevention and treatment of depressive patients.

Keywords: Depression; Major Depressive Disorder; Major Depressive Episode.

CONTEÚDOS DO VOLUME

1.	Projeto de pesquisa	14
2.	Adaptações em relação ao projeto inicial	58
3.	Relatório do trabalho de campo	62
4.	Normas da Revista	84
5.	Artigo	95
6.	Nota à imprensa	120
7.	Anexos	123
8.	Apêndices	132

SUMÁRIO

1	PROJETO DE PESQUISA	14
1	Introdução	15
1.1	Conceituação clínica e epidemiológica da depressão	16
1.2	Prevalência de depressão em estudos internacionais e nacionais	18
1.3	Fatores associados à depressão	21
1.3.1	Fatores sociodemográficos e depressão	22
1.3.2	Variáveis comportamentais e depressão	28
1.3.3	Condições de saúde e depressão	31
2	Justificativa	34
3	Objetivos	35
3.1	Objetivo geral	35
3.2	Objetivos específicos	35
4	Hipóteses	36
5	Metodologia	36
5.1	Delineamento	36
5.2	População-alvo	37
5.3	Critério de elegibilidade	37
5.4	Processo de amostragem	37
5.5	Cálculo de tamanho amostral	38
5.6	Variáveis	39
5.6.1	Variável dependente	39
5.6.2	Variáveis independentes	39
5.7	Instrumentos	41
5.7.1	Questões gerais, comportamentais e da saúde	41
5.7.2	Atividade física no lazer	41
5.7.3	Estresse percebido	42
5.7.4	Depressão	42
5.8	Estudo-piloto, seleção e treinamento das entrevistadoras	43
5.9	Logística	44

5.10	Controle de qualidade	45
5.11	Processamento e análise de dados	45
6	Aspectos éticos	46
6.1	Relação risco-benefício	46
6.2	Responsabilidades dos pesquisadores e da instituição	47
6.3	Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	47
6.4	Infraestrutura dos locais de pesquisa	48
6.5	Monitoramento da segurança dos dados	48
6.6	Publicação dos resultados	48
7	Cronograma	49
8	Orçamento	50
9	Referências	51
2	ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL	58
1	Adaptações no instrumento	59
2	Operacionalização das variáveis	59
2.1	Variável dependente	59
2.2	Variáveis independentes	60
3	Substituição de variáveis	60
4	Processamento dos dados	61
5	Referências	61
3	RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	62
1	Introdução	63
2	Criação de um logo	65
3	Elaboração do questionário	65
4	Banco de dados	66
5	Manual de instruções	66
6	Aspectos éticos	67
7	Amostragem	67
8	Reconhecimento dos domicílios	68
9	Seleção de entrevistadoras	68
10	Treinamento das entrevistadoras	70

11	Estudo piloto	71
12	Logística de trabalho de campo	71
13	Digitação e arquivamento dos questionários	73
14	Limpeza do banco de dados	74
15	Controle de qualidade	74
16	Dados da pesquisa	75
17	Cronograma	77
18	Orçamento/financiamento	78
19	Divulgação	79
20	Redação do artigo de metodologia	80
21	Considerações finais	80
22	Referências	82
4	NORMAS DA REVISTA	84
5	ARTIGO	95
6	NOTA À IMPRENSA	120
7	ANEXOS	123
8	APÊNDICES	132

1 PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um dos principais contribuintes para a carga global de doenças e a principal causa de incapacidade em todo o mundo (WHO, 2015). Segundo este relatório, estima-se que 350 milhões de pessoas, de todas as idades, são afetadas pelo humor deprimido patológico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) especifica que o impacto da depressão nos acometidos inclui sofrimento intenso, prejuízos no funcionamento laboral, escolar e familiar, podendo levar ao suicídio. Um estudo realizado com dados de 60 países menciona a importância e urgência de encarar a depressão como problema de saúde pública (Moussavi S et al, 2007). Estes autores apontam que, além de agravar os efeitos de outras doenças crônicas, o transtorno depressivo influencia negativamente o estado de saúde geral da população, mais do que outras doenças crônicas (como angina, artrite, asma e diabetes).

Depressão também impacta a sociedade com gastos onerosos. Na Inglaterra, em 2007, o custo total dos serviços para tratamento clínico de depressão foi estimado em £ 1,7 bilhão (Mccrone P et al 2008). Este estudo projeta para 2026 que os custos serão de 3 bilhões de libras. Nos Estados Unidos, em 2010, o ônus econômico de indivíduos com depressão aumentou em 21,5% (de 173,2 bilhões em 2005 para \$ 210,5 bilhões - com inflação ajustada - em 2010) (Greenberg P et al, 2015). Além disso, o transtorno depressivo maior está associado a 27,2 dias de trabalho perdidos para cada trabalhador acometido, segundo uma investigação realizada nos Estados Unidos da América (EUA), com uma amostra representativa de trabalhadores (Kessler RC et al, 2006). No Brasil, em São Paulo, foi estudada a associação de transtornos mentais (incluindo depressão), gastos em saúde e dias perdidos de atividades normais, como parte do *World Mental Health Survey - WMHS* (Chiavegatto Filho ADP et al, 2015). Neste estudo, depressão está independentemente associada com um aumento anual de R\$308,28 (IC95%: 194,05; 422,50) em gastos de saúde e 10,37 dias de atividades normais perdidas (IC95%: 6,3; 14,4).

No sul do Brasil, na cidade de Porto Alegre, um estudo longitudinal realizado com indivíduos com depressão maior apontou que pacientes deprimidos dificilmente são reconhecidos ou recebem tratamento adequado em unidade de cuidados primários, o que influi negativamente na qualidade de vida destes sujeitos (Lima AF e Fleck MB, 2011). Compreender melhor a distribuição da doença e os fatores associados a ela pode subsidiar

medidas de saúde pública que minimizem estes impactos ou os estabilizem. Visto isto, o presente estudo tem como objetivo investigar a prevalência de depressão e os fatores associados na população com 18 anos ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Rio Grande, RS.

1.1 Conceituação clínica e epidemiológica da depressão

Depressão é um termo genérico para denotar condições de saúde mental que envolvem alterações somáticas, no afeto e na cognição e influem na capacidade de funcionamento do indivíduo (Cheniaux E, 2013). Para a conceituação e diagnóstico destes transtornos na prática clínica e no âmbito de pesquisa, existem manuais de critérios diagnósticos de doenças psiquiátricas. Os dois padrões diagnósticos internacionalmente aceitos são o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM), desenvolvido pela *American Psychiatric Association* (APA), e a Classificação Internacional das Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O DSM foi recentemente atualizado para a sua 5ª edição (DSM-V), na qual os transtornos depressivos (TD) caracterizam-se pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam substancialmente a capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2013). Segundo DSM-V, os TD incluem: transtorno disruptivo de desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido à outra condição médica, outro transtorno depressivo específico e transtorno depressivo não específico. A diferença diagnóstica entre estes transtornos está associada à duração, momento ou etiologia presumida da doença (APA, 2013).

O transtorno depressivo maior (TDM) representa a condição clássica desse grupo de transtornos no DSM (Abreu N e Oliveira IR, 2008). O TDM é caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores (EDM), sem histórico de episódio maníaco ou episódio hipomaníaco e considerando o diagnóstico diferencial. O EDM é avaliado a partir da presença de cinco sintomas (ou mais), durante o período de duas semanas, que representam mudança significativa em relação ao funcionamento anterior do sujeito (APA, 2013). Os critérios

diagnósticos incluem: 1) humor deprimido na maioria do dia; 2) desinteresse e desprazer pela maioria das atividades cotidianas; 3) significativos ganho ou perda de peso ou aumento ou perda de apetite; 4) insônia ou excesso de sono; 5) agitação ou lentidão psicomotora; 6) fadiga ou perda de energia; 7) sentimentos de desvalia ou excessiva e inapropriada culpa; 8) dificuldade de concentração mental; e 9) pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida recorrente, tentativa de suicídio perpetrada ou planejada. Para o diagnóstico, é necessária a presença de pelo humor deprimido ou perda de interesse ou prazer e nenhuma sintomatologia deve ser devido a outra condição médica.

A principal mudança nos diagnósticos de depressão do DSM-IV-TR (versão revisada) para o DMS-V foi separar o grupo de transtornos do humor (que incluía também episódios maníacos e transtornos bipolares) e criar um capítulo exclusivo para os Transtornos Depressivos e outro para Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados (APA, 2013). Levando em consideração que os transtornos bipolares e depressivos são as condições mais comumente diagnosticadas na saúde mental, a APA decidiu organizar desta forma para facilitar o diagnóstico destes dois importantes grupos de transtornos. Além disso, houve inclusões de algumas condições antes não consideradas dentro do capítulo de transtornos depressivos e maior detalhamento na diferenciação de luto. Por fim, não houve alterações nas sintomatologias que caracterizam EDM e TDM do DSM-IV-TR para o DSM-V. (APA, 2013; Araújo AC e Lotufo Neto F, 2014).

No CID, em sua 10ª edição (CID-10), a depressão é diagnosticada através de: 1) episódios depressivos com graus de severidade; ou 2) transtorno depressivo recorrente também com graus, caracterizado pela ocorrência dos episódios depressivos correspondentes (WHO, 1992). Ambos diagnósticos dizem respeito ao número e gravidade de sintomas presentes, os quais permitem classificar as condições mencionadas. O transtorno depressivo recorrente (TD) é diagnosticado a partir da ocorrência repetida de episódios depressivos (ED), no CID-10. O ED, neste manual, é classificado em três graus: leve, moderado ou grave (com ou sem sintomas psicóticos). Os critérios diagnósticos incluem apresentar dois dos três sintomas principais (humor deprimido, energia reduzida ou perda de interesse e prazer) e ter dois dos outros sintomas, acompanhados de interferência social ou funcional. Os demais sintomas são: concentração e atenção reduzidas, visões desoladas e pessimistas do futuro, diminuição de

autoestima e autoconfiança, ideias de culpa e inutilidade, problemas de sono, diminuição do apetite e ideias ou atos lesivos de suicídio (WHO, 1992).

Qualquer psicopatologia, incluindo os transtornos depressivos, deve ser diagnosticada por procedimentos de avaliação psicológica ou psiquiátrica, como a entrevista clínica e uso de testes psicológicos validados (Barlow DH e Durand VM, 2011). Em pesquisas, a depressão geralmente é investigada através do autorrelato ou de instrumentos de diagnóstico, de rastreio ou de avaliação da sintomatologia depressiva, para otimização de recursos humanos e financeiros. Para identificar quadros depressivos no âmbito de pesquisa, diversos instrumentos podem ser aplicados com razoável acurácia (Pignone M et al, 2002). O uso de instrumentos apresenta importantes vantagens em relação ao aspecto logístico, como a rápida aplicação e menores investimentos financeiros, ainda que não seja considerado padrão-ouro para a identificação de depressão.

Dentre os instrumentos mais utilizados para avaliar depressão em pesquisas com a população adulta, pode-se destacar: *Patient Health Questionnaire nine-item depression module* (PHQ-9), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Mini-Interacional Neuropsychiatric Interview* (MINI) e *Compositive International Diagnostic Interview* (CIDI). Todos os instrumentos supracitados compreendem entrevistas com questões fechadas sobre a presença e a frequência dos sintomas de depressão, obtendo um escore numérico. Este escore pode ser interpretado tanto como a sintomatologia expressa em forma numérica quanto utilizando pontos de corte sugeridos por estudos de validação que utilizam critérios de algum manual diagnóstico.

No presente estudo, o termo depressão será utilizado para referir-se a Episódio Depressivo Maior, segundo os critérios do DSM-V. Visto que, o diagnóstico de TDM requer a consideração do diagnóstico diferencial e conhecimento do histórico prévio de episódios maníacos ou hipomaníacos (aspectos que não serão coletados na presente pesquisa), optou-se utilizar esta denominação de depressão pela viabilidade de avaliação do EDM.

1.2 Prevalência de depressão em estudos internacionais e nacionais

A OMS vem liderando uma série de estudos de base populacional comparativos entre países sobre a prevalência e fatores associados a transtornos mentais, incluindo depressão. O

“International Consortium of Psychiatric Epidemiology” (ICPE) e o *“World Mental Health Surveys”* (WMHS) são algumas destas iniciativas promovidas pela OMS.

O ICPE entrevistou 37.000 adultos em 10 países, através da entrevista diagnóstica internacional CIDI, considerando os critérios diagnósticos do DSM-III-R (Andrade LH et al, 2003). Andrade LH et al (2003) encontraram a menor prevalência de EDM em algum momento da vida em adultos no Japão, de 3% (IC95%: 2,0 ; 4,0) e a maior nos EUA, de 16,9% (IC95%: 16,8; 17,0). No Canadá, Alemanha, República Tcheca, Holanda, Turquia, México e Chile, a prevalência de EDM em algum momento da vida foi de 8,3% (IC95%: 7,1; 9,5), 11,5% (IC95%: 10,1; 12,9), 7,8% (IC95%: 6,0; 9,6), 15,7% (IC95%: 14,7; 15,7), 6,3% (IC95%: 5,3; 7,3), 8,1% (IC95%: 5,7; 10,4), 9% (IC95%: 7,8; 10,2), respectivamente. Neste estudo, o Brasil esteve dentre os países com maior prevalência, estimando um percentual de EDM alguma vez na vida de 12,6% (IC95%: 10,9; 14,4) e nos últimos 12 meses de 5,8% (IC95%: 4,6; 7,0).

Mais recentemente, a WMHS identificou prevalências de EDM na vida e nos últimos 12 meses, avaliados pelo CIDI segundo os critérios do DSM-IV, em adultos de 18 países (Bromet E et al, 2011). Neste estudo, os países considerados de alta renda (Bélgica, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha e Estados Unidos) tiveram uma prevalência média de EDM no último ano de 5,5% (IC95%: 5,3; 5,7) e na vida de 14,6% (IC95% 14,4; 15,0). Os países considerados de média e baixa renda (Brasil, Colômbia, Índia, Líbano, México, China, África do Sul e Ucrânia) obtiveram uma prevalência média de 5,9% (IC95% 5,5; 6,3) nos últimos 12 meses, enquanto a ocorrência média de EDM alguma vez na vida foi de 11,1% (IC95%: 10,7; 11,5). Dentre os países de média e baixa renda, o Brasil foi o país que apresentou maior prevalência de ocorrência de EDM tanto nos últimos 12 meses, quanto na vida, correspondendo prevalências de 10,4% (IC95%: 9,2; 11,6) e 18,4% (IC95%: 16,8; 20,0), respectivamente (Bromet E et al, 2011). Como parte do WMHS, foi realizada outra pesquisa no Iraque, a qual estimou prevalência de EDM alguma vez na vida e nos últimos doze meses de 7,4% (IC95% 6,2; 8,6) e de 4% (IC95%: 3,2; 4,8), respectivamente (Al-Hamzawi A et al, 2015).

Nos últimos anos, outros estudos de base populacional em diversos países foram desenvolvidos para estimar prevalências de depressão, além daqueles que fizeram parte do ICPE e WMHS. Na Malásia, foi realizada uma pesquisa transversal em Selangor, coletando dados de uma amostra selecionada com métodos probabilísticos de três distritos do estado

(n=1.556) (Maideen SFK et al, 2014). Nesta pesquisa, para acessar a ocorrência de EDM, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV, utilizou-se o instrumento PHQ-9 e foi estimada a prevalência de 10,3% (IC95%: 8,7; 11,9).

Na China, uma investigação apontou a ocorrência de 5,9% (IC95%: 5,5; 6,3) de depressão na população residente na zona rural (n=11.473) (Zhou X et al, 2014). Neste estudo, depressão foi acessada também pelo PHQ-9, com o ponto de corte igual ou maior a 10 para identificar sujeitos que sofriam de sintomas severos de depressão. Outro estudo conduzido na China investigou a prevalência e fatores psicossociais associados à depressão em mulheres de meia idade, residentes na zona urbana de Hong Kong (n=402) (Wong C et al, 2014). Neste segundo estudo, a prevalência de relato de diagnóstico de depressão ou ansiedade foi de 6%, enquanto a estimativa encontrada através do PHQ-9 (ponto de corte ≥ 10) foi de 11%.

Na Espanha foi realizado um estudo transversal de base populacional (n=5.969) com indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, que tinha por finalidade acessar a frequência de depressão (através do CIDI, com os critérios do DSM-IV) e seus fatores em todo país (Gabilondo A et al, 2010). Neste, a prevalência estimada de EDM alguma vez na vida e nos últimos doze meses foi 10,6% (IC95%: 9,6; 11,6) e 4% (IC95%: 3,4; 4,6), respectivamente.

Na Alemanha, um estudo foi realizado a fim de comparar a estimativa de prevalência de TDM em adultos (de 18 a 79 anos) acessadas pelo PHQ-9 e “*Composite International Diagnostic Interview*” (CIDI) (Maske U et al, 2015). As prevalências estimadas neste estudo foram de 2,7% (IC95%: 2,0; 3,6) com o PHQ-9 e 3,9% (IC95%: 3,1; 5,0) com o CIDI.

Na Turquia, um estudo alinhado a uma pesquisa prospectiva-longitudinal (*Izmir Mental Health Survey for Gene-Environment Interaction in Psychoses*) foi desenvolvido para estimar a prevalência de TDM e verificar a carga da depressão e os fatores associados (Topuzoglu A et al, 2015). Neste segmento, Topuzoglu A et al (2015) realizaram uma investigação transversal de base-populacional com amostra probabilística (n=4.011) e estimaram a prevalência de TDM no último ano de 8,2% (IC95%: 7,4; 9,1), através da entrevista CIDI, com critérios do DMS-IV.

No Brasil, a prevalência de depressão tem sido avaliada em diferentes localidades. Em São Paulo, um estudo de base populacional foi conduzido de 2005 a 2007, como parte do WMHS (Viana MC e Andrade LH, 2012). Neste, a amostra de adultos (≥ 18 anos) residentes na região metropolitana da cidade (n=5.037) apresentou a prevalência de TDM alguma vez na

vida de 16,9% (IC95%: 15,1; 18,7), acessada pela CIDI e de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV.

Em Porto Alegre (RS), foi realizado em 2009 um estudo transversal, com adultos de idade maior ou igual a 20 anos, residentes nos distritos sanitários da Restinga e Extremo Sul (n= 3.391) (Cunha RV et al, 2012). A prevalência de depressão encontrada foi de 16,1% (IC95%: 14,9; 17,4), acessada pela Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburg. Ainda no Rio Grande do Sul, no município de Pelotas, foi realizado um estudo transversal com uma amostra representativa de jovens de 18 a 24 anos de idade (n=1.560) (Lopez MR et al, 2011). Neste estudo, depressão foi avaliada através do MINI e a prevalência estimada entre os jovens foi de 12,6% (Lopez MR et al, 2011).

Também na região sul do Brasil, foi realizado um estudo transversal de base populacional com adultos (de 20 a 59 anos) residentes na zona urbana de Florianópolis (SC) (Boing AF et al, 2012). Este estudo avaliou depressão em 1.720 sujeitos, através do diagnóstico profissional de depressão autorrelatado, estimando a prevalência de 16,2% (IC95%: 14,3; 18,2). Em 2012, um estudo de base-populacional foi desenvolvido em Pelotas (RS), com uma amostra de adultos com 20 anos ou mais (n=2.925) (Munhoz TN et al, 2013). Nesta investigação foi estimada a prevalência de EDM de 20,4% (IC95%: 18,9; 21,8), através do PHQ-9, considerando o ponto de corte maior ou igual a nove e os critérios do DSM-IV.

Em 2013, para a síntese dos achados de pesquisas transversais de base populacional, com a população brasileira adulta (18 a 65 anos), foi realizado um estudo de meta-análise com trabalhos que estimaram a ocorrência de depressão através de instrumentos validados no País (Silva MT et al, 2014). Nesta meta-análise foram selecionados 27 estudos, que analisados conjuntamente indicaram prevalência média de sintomas depressivos de 14% (IC95%: 13,0; 16,0) e ocorrência de TDM nos últimos 12 meses de 17% (IC95%: 14,0; 19,0). Após esta investigação, o autor principal desenvolveu um estudo de base populacional, no qual estimou a prevalência de depressão autorreferida de 11,2% (IC 95%: 9,8; 12,9%) nos residentes do Distrito Federal, com idades de 18 a 65 anos (Silva MT, 2013).

1.3 Fatores associados à depressão

Depressão, assim como outras condições de saúde, tem dimensões biológicas, comportamentais, psicológicas e socioculturais que devem ser consideradas e compreendidas como parte da etiologia da doença (Abreu N e Oliveira IR, 2008; Barlow DH e Durand VM, 2011). No DSM-V, estes fatores são mencionados como influentes no prognóstico, ocorrência e evolução da doença (APA, 2013), podendo preceder ou agravar a psicopatologia.

Mesmo que existam critérios internacionais que possam identificar depressão em populações de distintos países, os aspectos culturais podem influir tanto na identificação, quanto na evolução e prognóstico do transtorno (Patel V et al, 2008). Todavia, existem alguns fatores associados a maior ocorrência de depressão que são comumente encontrados em nível mundial, como gênero feminino, baixa renda, baixa escolaridade, histórico familiar, exposição à violência, divórcio e outras doenças crônicas (WHO, 2015). Portanto, abaixo serão apresentados os achados de pesquisas empíricas epidemiológicas a nível mundial e nacional acerca de fatores associados à ocorrência de depressão, principalmente no que se refere a fatores sociodemográficos, comportamentais e relacionados à saúde.

1.3.1 Fatores sociodemográficos e depressão

Estudos epidemiológicos realizados em diversos países apontam a associação da ocorrência de depressão com o sexo feminino. No ICPE, foi apontada a associação entre sexo e EDM em diversos países, com exceção do Japão, República Tcheca e México. Nos EUA (RO = 2,0; IC95%: 1,6; 2,5), no Canadá (RO = 2,0; IC95%: 1,5; 2,7), na Turquia (RO = 2,3; IC95%: 1,6; 3,3), na Holanda (RO = 1,9; IC95% 1,4; 2,4), na Alemanha (RO = 2,3; IC95%: 1,5; 3,4) e no Brasil (RO = 2,1; IC95%: 1,2; 3,7), as mulheres apresentaram em média duas vezes mais chance de ter EDM nos últimos doze meses (Andrade LH et al, 2003).

No WMHS, as evidências de associação entre sexo e depressão não diferiram entre os países de renda alta e renda média e baixa, sendo que as medidas de associação apontam o sexo feminino estar associado a ocorrência de EDM (Bromet E et al, 2011). Bromet E et al (2011) identificaram que no Brasil, na Ucrânia e na Itália, a chance de apresentar EDM foi quase três vezes maior entre sujeitos do sexo feminino, quando comparados aos do sexo masculino (RO = 2,6; IC95%: 1,9; 3,5; RO = 2,5; IC95%: 2,0; 3,0 e RO = 2,5; IC95%: 1,6; 3,8, respectivamente). Na Espanha, o estudo de Gabilondo A et al (2010) encontrou uma forte

evidência de associação com sexo (RO = 2,7; IC95%: 1,9; 3,8), enquanto Maideen SFK et al (2014) não encontraram diferenças significativas das prevalências de EDM entre os sexos (feminino e masculino) na Malásia. No Iraque, a diferença encontrada aponta para a mesma direção da maioria dos estudos, a qual indica que mulheres têm maior chance de apresentar EDM (OR = 1,7; IC95%: 1,0; 2,8) (Al-Hamzawi A et al, 2015).

Estudos brasileiros realizados com populações adultas corroboram os achados internacionais, encontrando maior prevalência de depressão em mulheres, comparado a homens (Coelho C et al, 2014; Cunha RV et al, 2012; Lopez MR et al, 2011; Silva MT, 2013, Silva MT et al, 2014). Cunha RV et al (2012) encontraram que a prevalência de mulheres com depressão foi de 2,38 vezes maior do que a de homens (RP = 2,38; IC95%: 1,97; 2,87), na região da Restinga de Porto Alegre (RS). Em Florianópolis (SC), os resultados apontaram para a mesma associação (RP = 2,53; IC95% 1,99; 3,22), bem como no estudo realizado em Brasília (RP = 1,8; IC 95%: 1,4; 2,5) e em Pelotas (RP = 2,26; IC95%: 1,87; 2,73) (Boing AF et al, 2012; Munhoz TN et al, 2013; Silva MT, 2013). Em jovens da cidade Pelotas, a probabilidade de apresentar depressão também foi maior entre mulheres, se comparado a homens (RP = 2,14; IC95%: 1,59; 2,89).

A associação entre idade e depressão é encontrada em alguns estudos, sendo por vezes positiva e noutras negativa. No ICPE, a idade só esteve associada significativamente com depressão nos EUA, onde aqueles com idades entre 14 e 24 anos tiveram maior chance de apresentar EDM, do que aqueles com 45 anos ou mais (RO =1,6; IC95%: 1,1; 2,4) (Andrade LH et al, 2003). No WMHS, encontrou-se que indivíduos com idades entre 18 e 34 anos tiveram chances entre 2,5 e 5,5 vezes maior de apresentar EDM, quando comparado aos sujeitos de 65 anos ou mais, na França (RO = 3,5; IC95%: 1,7; 7,4), na Alemanha (RO = 3,8; IC95%: 1,6; 9,2), no Japão (RO = 4,8; IC95%: 2,3; 10,0), na Holanda (RO = 2,6; IC95% 1,2; 5,7), na Nova Zelândia (RO = 5,5; IC95% 3,9; 7,8), nos EUA (RO = 4,3; IC95%: 3,1; 6,0) e no Brasil (RO = 3,0; IC95%: 1,6; 5,7) (Bromet E et al, 2011). Em contrapartida, no mesmo estudo, encontrou-se que esta faixa-etária mais jovem tem uma chance 60% menor de ter EDM na Índia (RO = 0,4; IC95%: 0,2; 1,0) e Ucrânia (RO = 0,4; IC95%: 0,3; 0,6).

Uma revisão sistemática que organizou os achados de publicações internacionais em língua inglesa aponta consistente associação negativa entre idade e depressão crônica (Hölzel L et al, 2011). Na Espanha, aqueles indivíduos com idades entre 50 e 64 anos tiveram maior

chance de apresentar EDM nos últimos doze meses, se comparado aos sujeitos com 65 anos ou mais (RO = 1,6; IC95%: 1,1; 2,3) (Gabilondo A et al, 2010). Na China, a associação encontrada entre idade e EDM não foi estatisticamente significativa (RP = 1,24; IC95%: 0,92; 1,62), mas apontou que indivíduos com idades entre 45 e 55 anos têm maior probabilidade de apresentar EDM, do que comparado àqueles com 35 a 45 anos (Zhou X et al, 2014). O estudo realizado na Turquia identificou que indivíduos com idades entre 55 e 64 anos tiveram uma chance 60% menor de apresentar TDM nos últimos 12 meses, em relação àqueles com idades entre 15 e 24 anos (RO = 0,4; IC95%: 0,3; 0,6) (Topuzoglu A et al, 2015).

No Brasil, os resultados também divergem sobre associação entre idade e depressão. Cunha RV et al (2012), apontou uma associação positiva entre idade e depressão. A prevalência de depressão aumenta em relação ao extrato etário, sendo que aqueles de 50 a 59 anos tiveram maior probabilidade de apresentar TDM, em relação aos grupos etários de 40 a 49; 30 a 39 e 20 a 29 (RP_{≥60anos} = 1,26; IC95%: 0,94; 1,68) (Cunha RV et al, 2012). Em Florianópolis, os resultados apontam que pessoas entre 50 e 59 anos têm prevalência maior de depressão, quando comparado àqueles entre 20 e 29 anos (RP = 2,5; IC95% 1,81; 3,50) (Boing AF et al, 2012). Em Brasília, indivíduos com idades entre 50 e 65 anos tiveram prevalência de relato de depressão 1,55 vezes maior, quando comparados aos adultos jovens de 18 a 34 anos (RP = 1,55; IC95%: 1,12; 2,15) (Silva MT, 2013). Em contrapartida, no estudo desenvolvido em São Paulo, o grupo etário com maior prevalência de TDM tinha entre 18 e 34 anos (RO = 13,9; IC95%: 9,7; 19,8), em comparação com os que tinham 65 anos ou mais (Viana MC e Andrade LH, 2012). Munhoz TN et al (2013) também encontraram evidências de associação negativa. Nesta, o grupo com menor probabilidade de apresentar EDM foi daqueles com 70 anos ou mais (RP = 0,63; IC95%: 0,47; 0,82), em comparação ao grupo com idades entre 20 e 29 anos.

O estado civil vem sendo associado de maneira consistente à ocorrência de depressão em estudos nacionais e internacionais. O ICPE indicou haver maior chance de depressão em não casados, comparados aos casados, no Canadá (RO = 1,7; IC95%: 1,3; 2,1), Chile (RO = 1,7; IC95%: 1,1; 2,8), Holanda (RO = 2,0; IC95%: 1,6; 2,3), Estados Unidos (RO = 1,6; IC95%: 1,3; 2,1) (Andrade LH et al, 2003). No WMHS, as pessoas não casadas (ou seja, ser separado, divorciado, viúvo ou nunca casado) tiveram maior probabilidade para a ocorrência de EDM nos últimos doze meses, comparado aos casados. Ser separado teve maior associação com depressão na

Bélgica (RO = 7,3; IC95%: 1,8; 29,7), França (RO = 6,3; IC95%: 1,8; 21,3), Itália (RO = 2,8; IC95%: 1,1; 7,5), Japão (RO = 10,8; IC95%: 2,1; 55,6), Nova Zelândia (RO = 3,4; IC95%: 2,4; 4,8), Espanha (RO = 3,2; IC95%: 1,3; 7,7), EUA (RO = 4; IC95%: 2,7; 6,0), Índia (RO = 8,2; IC95%: 2,2; 30,6), Líbano (OR = 19,3; IC95%: 5,0; 74,4), México (RO = 1,9; IC95%: 1,0; 3,6) e Ucrânia (OR = 6,6; IC95%: 1,1; 38,0) (Bromet E et al, 2011). Os resultados do estudo desenvolvido por Maideen SFK et al (2014), na Malásia, revelam também que depressão foi mais prevalente entre os divorciados (42,9%), comparado aos separados (33,3%), solteiros (14,0%), viúvos (11,5%) e que tinham companheiros (7,8%). No Iraque, a associação aponta para a mesma direção, sendo que pessoas que já estiveram casadas (isto é, separados, viúvos ou divorciados) tiveram chance três vezes maior de apresentar EDM nos últimos 12 meses, comparado aos atualmente casados (RO = 3,0; IC95%:1,6; 5,6) (Al-Hamzawi A et al, 2015). Para as mulheres chinesas solteiras, divorciadas, separadas e viúvas, a chance de apresentar EDM foi 2,45 vezes maior do que comparado àquelas que eram casadas ou viviam com companheiro (RO = 2,45; IC95%: 1,1; 5,8) (Wong C et al, 2014).

No Brasil, foi identificada associação entre estado civil e depressão, sendo que os separados e divorciados tiveram maior chance de apresentar EDM do que os casados (RO = 1,6; IC95%: 1,1; 2,3; RO = 3,0; IC95%: 1,9; 4,9, respectivamente) (Bromet E et al, 2011). Boing AF et al (2012) também encontraram evidências de que os viúvos/separados têm maior prevalência de depressão (RP = 2,88; IC95% 2,00;4,14), em relação aos casados/união estável. No estudo desenvolvido em Pelotas (RS), os sujeitos solteiros ou que não tinham parceiros (RP = 1,2; IC95%: 1,1; 1,42) e os separados (RP = 1,3; IC95%: 1,1; 1,7) tiveram uma prevalência maior de EDM, comparados aos casados ou que viviam com parceiro (Munhoz TN et al, 2013). Por outro lado, os estudos de Cunha RV et al (2012) e Silva MT (2013) não encontraram associação significativa entre depressão e estado civil.

Renda e escolaridade são fatores comumente associados com a ocorrência de depressão em diversos estudos. No ICPE e WMHS a renda foi separada em quartis para as análises e interpretações. Estes quartis descrevem os níveis de renda baixa, média-baixa, média-alta e alta. Andrade LH et al (2003) apontam que indivíduos com renda média-baixa tiveram maior prevalência de depressão quando comparados aos de alta renda, no Canadá (RO = 2,1; IC95%: 1,2; 3,5) e nos EUA (RO = 1,5; IC95% 1,1; 2,1). Evidências apontam que aqueles com baixa renda tiveram maior chance de apresentar EDM na Holanda (RO = 2,1;

IC95%: 1,6; 2,8) e nos EUA (RO = 1,8; IC95%: 1,3; 2,5) (Andrade LH et al, 2003). Bromet E et al (2011) indicam que sujeitos com renda mais baixa tiveram maior chance de apresentar EDM quando comparados àqueles com alta renda na França (RO = 2,4; IC95%: 1,2; 4,6), na Alemanha (RO = 2,7; IC95%: 1,3; 5,6), na Nova Zelândia (RO = 2,2; IC95%: 1,6; 3,0); EUA (RO = 2,1; IC95%: 1,5; 2,8), Índia (RO = 14,1; IC95%: 3,4; 58,9), México (RO = 2,1; IC95%: 1,4; 3,2) e Ucrânia (RO = 2,3; IC95%: 1,4;3,8). Na China, diferente de outros países, a associação não foi significativa, mas teve tendência positiva (RO = 0,6; IC95%: 0,3; 1,0), apontando que os sujeitos com renda média-baixa têm menor chance de apresentar EDM, em comparação aos com renda alta (Bromet E et al, 2011). Outro estudo realizado na China, mais recente, aponta uma associação negativa entre renda e depressão (RO = 0,42; IC95%: 0,32; 0,55) (Zhou X et al, 2014). Neste último, ter uma renda anual maior confere uma chance 58% menor de ocorrência de depressão, se comparado àqueles com renda 40 vezes menor. Problemas financeiros também foram associados à depressão. No estudo desenvolvido na Malásia, foi apontado que indivíduos endividados têm chance 2,3 vezes maior de ter EDM, quando comparado aos sem dívidas (RO = 2,3; IC95%: 1,7; 3,3) (Maideen SFK et al, 2014).

Estudos brasileiros apontam que quanto maior o nível socioeconômico e a renda, menor a probabilidade de ocorrência de depressão (Cunha RV et al, 2012; Lopez MR et al, 2011; Munhoz TN et al, 2013). A medida de associação encontrada no estudo de Cunha RV et al (2012), indica que estar no 4º quartil do nível socioeconômico (o mais alto) contempla uma proteção de 33% na ocorrência de depressão, quando comparado ao 1ª quartil (RP = 0,67; IC95%: 0,52; 0,87). Lopez MR et al (2011) encontraram evidências que quanto menor o nível socioeconômico, maior a probabilidade de apresentar depressão, comparado àqueles no nível A e B (RP_{nível c} = 1,42; IC95%: 1,04; 1,95; RP_{nível D e E} = 2,05; IC95%: 1,42; 2,97). No estudo de Munhoz TN et al (2013), estar no 3ª quartil de renda (o segundo mais alto) conferiu uma probabilidade 27% menor de EDM, quando comparado ao 1ª quartil (RP = 0,73; IC95%: 0,59; 0,90). Em alguns estudos brasileiros, renda e nível socioeconômico não estiveram associados significativamente à ocorrência de depressão (Boing AF et al, 2012; Silva MT, 2013).

Assim como renda e nível socioeconômico, os achados corroboram a associação negativa entre escolaridade e depressão. No ICPE, esta associação foi encontrada nos EUA, em que indivíduos que estudaram 0 a 11 anos, 12 anos e 13 a 15 anos completos tiveram maior chance de apresentar EDM nos últimos doze meses, comparado aos que estudaram 16

anos ou mais (RO = 1,8; IC95%: 1,4; 2,5; RO = 1,5; IC95%: 1,1; 2,0; RO = 1,5; IC95% 1,1; 2,1, respectivamente) (Andrade LH et al, 2003). Os achados do WMHS apontam para a mesma associação encontrada no ICPE em alguns países. O menor nível educacional (equivalente a 0 a 11 anos completos de estudo) apresentou maior chance de ter EDM, quando comparado ao maior nível educacional (16 anos ou mais), em Israel (RO = 1,5; IC95%: 1,0; 2,2), nos EUA (RO = 1,4; IC95%: 1,1; 1,8), Índia (RO = 14,1; IC95%: 3,4; 58,9), México (RP = 2,1; 95%: 1,3; 3,2) e Ucrânia (RP = 2,3; 95%:1,4; 3,8) (Bromet E et al, 2011). No Japão e na China, Bromet E et al (2011) encontraram uma associação positiva, em que aqueles com menor escolaridade tiveram uma chance 80% menor de apresentar EDM, quando comparados com aqueles com 16 anos de estudo ou mais (RP = 0,2; 95%:0,1; 0,6; RP = 0,2; 95%:0,1; 0,6, respectivamente). Em 2014, um estudo na China apresentou dados diferentes, em que os respondentes com maior escolaridade tiveram 43% menos chance de ter EDM, quando comparados àqueles com menor escolaridade (RO = 0,57; IC95%: 0,38; 0,85) (Zhou X et al, 2014). Corroborando com este achado, Wong C et al (2014) apontam que mulheres com escolaridade mínima tiveram chance 2,39 vezes maior de apresentar depressão, em relação àqueles com maior escolaridade (RO = 2,39; IC95%: 1,07–5.34). No estudo realizado na Turquia, estudar menos de oito anos esteve associado independentemente a maior ocorrência de depressão (RO = 1,4; IC95%: 1,1; 1,8) (Topuzoglu A et al, 2015).

No Brasil, o estudo realizado em Porto Alegre, encontrou associação negativa entre escolaridade e depressão, fornecendo evidências de que indivíduos que completaram 12 anos ou mais de estudo têm uma probabilidade 58% menor de apresentar depressão, do que comparado àqueles que estudaram de zero a quatro anos (RP = 0,41; IC95%: 0,27; 0,63) (Cunha RV et al, 2012). Munhoz TN et al (2013) também encontraram que pessoas com baixa educação (0-4 anos de estudo) tiveram prevalência de 2,25 vezes maior de depressão do que comparado àqueles que relataram ter estudado 12 anos ou mais (RP = 2,2; IC95%: 1,6; 3,1). Na população jovem de Pelotas, foi encontrado que os respondentes que não estudavam tinham probabilidade 40% maior de apresentar depressão, em relação àqueles que estudavam (RP = 1,40; IC95%: 1,07; 1,84) (Lopez MR et al, 2011). No entanto, Silva MT (2013) não encontrou associação significativa entre as variáveis depressão e escolaridade.

1.3.2 Variáveis comportamentais e depressão

Em algumas pesquisas, o uso de álcool e tabaco tem sido associado à depressão. Na Finlândia, um estudo de base populacional foi realizado com o objetivo de investigar as associações de comportamento tabagista e alcoolista com EDM (Hamalainen J et al, 2001). Neste, foram encontradas associações positivas, em que indivíduos que fumam dez cigarros ou mais diariamente e consomem bebidas alcoólicas (pelo menos uma vez por semana) têm maior chance de apresentar EDM (nos últimos doze meses), em relação aos que não fumam e não usam álcool (RO = 2,26; IC95%: 1,7; 3,4; RO = 2,99; IC95%: 1,7; 5,2, respectivamente). Outro estudo foi conduzido com os dados de 26 anos de acompanhamento da coorte de *Copenhagen City Heart Study*, o qual indicou que fumar é um importante fator de risco para depressão (Flensborg-Madsen T et al, 2011). Neste estudo foi verificado que, comparado às mulheres não fumantes, aquelas que fumam de 11 a 20 gramas de tabaco e mais de 20g têm maior risco ajustado de ter depressão (RH = 1,74; IC95%: 1,33; 2,27; RH = 2,17; IC95%: 1,45; 3,26, respectivamente).

Al-Hamzawi A et al (2015), na Turquia, apontaram que ter qualquer transtorno relacionado ao uso de substância conferiu uma chance 15,3 vezes maior de apresentar EDM nos últimos doze meses, em relação aos que não tinham (RO = 15,3; IC95%: 1,8; 128,3). Estes achados corroboram com o encontrado na revisão sistemática de Hölzel L et al (2011), que aponta a associação consistente entre os transtornos relacionados ao uso e abuso de substância e depressão na literatura científica internacional, disponível na língua inglesa.

Uma investigação com dados secundários do “I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool” foi realizada para estudar a associação entre TDM e uso e abuso de álcool na população brasileira com 14 anos ou mais (Coelho C et al, 2014). Neste estudo, os sintomas de depressão maior foram acessados pela *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) e o uso e abuso de álcool foi categorizado segundo critérios do DSM-IV. Os resultados indicaram que a prevalência de sintomas de depressão foi 46% maior entre indivíduos que relatam ter dependência de álcool. Na análise multivariável, problemas relacionados ao uso de álcool estiveram associados a uma maior chance de ter sintomas de depressão maior, quando comparado àqueles que não tinham problemas decorrentes do uso

de álcool ($RO_{\text{homens}} = 2,31$; IC95%: 1,1; 4,9; $RO_{\text{mulheres}} = 3,00$; IC95%: 1,7; 5,2). No estudo desenvolvido em Pelotas com jovens, também foi encontrada uma associação em que aqueles que abusaram do álcool têm probabilidade 1,58 vezes maior de apresentar depressão (RP = 1,58; IC95%: 1,21; 2,07) (Lopez MR et al, 2011). No entanto, esta associação não é encontrada por todos os estudos. Munhoz TN et al (2013) e Maia L et al. (2012) não encontraram associação significativa entre uso de álcool e ocorrência de depressão (EDM e sintomatologia depressiva).

Estudos brasileiros apontam associação entre tabagismo e depressão. Maia L et al. (2012) evidenciaram a associação do uso de tabaco com transtorno depressivo ($p < 0,01$). Na pesquisa realizada em Pelotas, fumantes tiveram prevalência de 1,50 vezes maior de EDM, quando comparado àqueles que nunca fumaram (RP = 1,50; IC95%: 1,3; 1,7) (Munhoz TN et al, 2013). Lopez MR et al (2011) também encontraram associação entre fumar e a ocorrência de depressão, em que jovens que abusaram de tabaco tiveram chance de 2,17 vezes maior de ter depressão do que aqueles que não abusaram (RP = 2,17; IC95%: 1,67; 2,81). Em contrapartida, no estudo de Boing AF et al (2012), nenhuma associação foi encontrada entre fumar e sintomas de EDM.

A realização de atividade física tem sido associada negativamente à depressão. O estudo de Zhou X et al (2014), na China, indicou que aqueles que realizavam atividade física ocupacional moderada tiveram chance 43% menor de ter EDM (RP = 0,57; IC95%: 0,45; 0,73), em relação àqueles que desenvolviam atividade física leve (Zhou X et al, 2014). No Brasil, Boing AF et al (2012) apontam que dentre os que não praticam atividade física no lazer (F = 53,1%; IC95%: 48,8; 57,4), 19,2% (IC95%: 16,3; 22,1) relatam ter depressão. No entanto, não foi encontrado nenhum estudo brasileiro atual que apresente a medida de associação entre atividade física e depressão. Um estudo longitudinal, de base populacional, desenvolvido como parte da Pesquisa Nacional de Saúde da População Canadense (*Canadian National Population Health Survey*), identificou que aqueles respondentes com EDM considerados ativos fisicamente têm um risco elevado de transição para um padrão inativo (RH = 1,6; IC95%: 1,2; 1,9), mesmo que ter EDM não afete a probabilidade de tornar-se ativo, quando se é inativo (RH = 1,0; IC95%: 0,78; 1,19) (Patten S et al, 2009). Em outras palavras, este estudo indica que ter EDM está associado a um risco aumentado de transição de um padrão de atividade física ativa para inativa.

Em se tratando de estudos observacionais de base populacional com amostras não clínicas de adultos, foram encontrados poucos artigos que exploram a relação entre depressão e atividade física e apresentam uma medida de efeito (RO, RR, RP ou RH). No entanto, pesquisas com outros delineamentos também apontam que há associação entre depressão e inatividade física. Estudos com indivíduos diagnosticados com EDM, por exemplo, apontam que o padrão de atividade física destes pacientes é significativamente menor (Helgadóttir B et al, 2015; Wielopolski J et al, 2015). Um estudo longitudinal acompanhou em três momentos diferentes, durante 24h, dois grupos de indivíduos: um diagnosticado com EDM (pelo MINI, de acordo com o CID-10 e DSM-IV; n=19) e outro grupo controle de pessoas sem diagnóstico psiquiátrico (n=19) para identificar a diferença entre o padrão de atividade física de pacientes deprimidos, quando comparado a um grupo saudável (Wielopolski J et al, 2015). Wielopolski J et al (2015) identificaram que o grupo de deprimidos apresentou uma média significativamente menor no gasto de energia total e no gasto de energia ativa durante 24h, bem como uma menor duração de atividade física e menor média de equivalentes metabólicos (como, por exemplo, menor pressão arterial). Nesse mesmo estudo, foi observado que, quando havia um aumento de atividade física, os indivíduos com EDM reduziram a sintomatologia depressiva (medida pelo BDI). Outro estudo, com delineamento transversal, investigou o padrão de atividade física de pessoas com EDM (definido por escores maiores ou iguais a 10 no PHQ-9) em uma subamostra de um projeto realizado em regiões Suecas (n=165) (Helgadóttir B et al, 2015). Neste segmento, foi utilizada uma medida objetiva para investigar padrão de atividade física (acelerômetro) e uma escala para identificar a severidade dos sintomas depressivos (*Montgomery-Asberg Depression Scale*). Helgadóttir B et al (2015) identificaram que pessoas com depressão leve a moderada eram sedentárias a maior parte do seu tempo de vigília (9,1 horas/dia) e que apenas 20% da amostra tem o padrão de atividade física recomendado pela OMS (para obtenção de benefícios de saúde física e mental).

Além disso, outras pesquisas apontam que a atividade física pode auxiliar na redução da sintomatologia depressiva (Cooney GM et al, 2013; Knapen J et al, 2009). Um estudo de revisão bibliográfica de meta-análises e pesquisas epidemiológicas sobre o efeito da atividade física na depressão aponta que o exercício físico pode ter efeito terapêutico equivalente a psicofármacos e psicoterapia para pacientes com depressão leve a moderada. Neste mesmo

estudo, Knapen J et al (2009) descrevem que, para indivíduos com depressão severa, a atividade física pode ser considerada uma terapia complementar ao tratamento tradicional. Este estudo identificou que pesquisas sugerem uma relação com gradiente de dose-resposta entre atividade física e saúde mental e física, sendo que atividade física também produz efeitos de dimensões positivas em depressão, como a prevenção de doenças crônicas e do declínio cognitivo. Outro estudo de revisão de meta-análises, com ensaios clínicos randomizados sobre o efeito de exercício físico na depressão, indicou que treinos de atividade física são moderadamente mais eficazes que uma intervenção de controle ou nenhum tratamento para a redução de sintomatologia depressiva (Cooney GM et al, 2013). No entanto, na análise de ensaios clínicos mais robustos metodologicamente, Cooney GM et al (2013) identificam um efeito menor a favor de exercício, mesmo ainda apontando para a sua eficácia no tratamento para depressão.

1.3.3 Condições de saúde e depressão

As condições crônicas e depressão têm sido associadas positivamente, tanto na literatura nacional quanto internacional. Um estudo que fez parte do WMHS analisou dados de 60 países e observou que a prevalência de EDM em doze meses na amostra geral (n=245.404; ≥18 anos) foi de 3,2% (IC95%: 3,0; 3,5), mas chegava a 9,3% entre aqueles que reportavam diabetes, 10,7% entre quem tinha artrite e 18,1% entre os asmáticos (Moussavi S et al, 2007). O relato de doenças crônicas (tais como câncer, diabetes, doenças cardiovasculares) também está associado frequentemente com depressão em estudos internacionais (Gabilondo A et al, 2010; Maideen SFK et al, 2014; Wong C et al, 2014; Zhou X et al, 2014). Evidências apontam que aqueles que relatam ter qualquer doença crônica, têm prevalência maior de EDM do que comparado àqueles que afirmam não ter nenhuma doença crônica, na Malásia (RO = 1,83; IC95%: 1,345; 2,50) e na China (RO = 2,53; IC95%: 2,13; 3,01) (Maideen SFK et al, 2014; Zhou X et al, 2014). Outro estudo na China indicou que mulheres de meia idade com duas ou mais condições crônicas têm em média 7,66 mais chance de apresentar EDM, quando comparado às mulheres que não relatam doenças crônicas (RO = 7,6; IC95%: 3,04–19,31) (Wong C et al, 2014). Maideen SFK et al (2014) também apontam que aqueles que relataram ter tido acidente vascular cerebral (RO = 3,97; IC95%: 1,83; 8,62),

câncer (RO = 4,95; IC95%: 2,19; 11,17), deficiência física (RO = 6,15; IC95%: 3,95; 9,57), tiveram chance significativamente maior de apresentar EDM. Outra pesquisa investigou a associação de diabetes com diagnósticos de transtornos mentais segundo o DSM-IV e apontou que depressão foi uma das únicas condições de saúde mental associadas à diabetes, após o ajuste para possíveis fatores de confusão (Jonge P et al, 2014). Este estudo utilizou os dados de adultos de 19 países, coletados pela WMHS (n=52.095; ≥21 anos), para identificar 2.580 casos de diabetes *mellitus* e verificar que ter diabetes conferiu uma chance de 1,3 vezes maior de ocorrência de depressão, comparado àqueles que não tinham (RO = 1,3; IC95%: 1,1; 1,5).

Os achados brasileiros corroboram com os achados internacionais. O autorrelato de depressão teve probabilidade 1,44 (IC95%: 1,09; 1,92) maior entre as pessoas que reportaram uma doença crônica e 2,25 (IC95%: 1,72; 2,94) maior entre aqueles com duas ou mais doenças crônicas, em relação às pessoas sem doença (Boing AF et al, 2012). No estudo realizado em Pelotas, os indivíduos que relatam ter problemas cardíacos tiveram prevalência de 1,25 vezes maior de EDM, quando comparado aos que não relatam (RP = 1,25; IC95%: 1,1; 1,5) (Munhoz TN et al, 2013). No entanto, neste estudo, não houve associação entre depressão e hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Em outro estudo, desenvolvido em Brasília, observou-se que aqueles que relatam doenças crônicas têm maior prevalência de depressão, comparado aos que relatam não ter nenhuma doença crônica (Silva MT, 2013). Neste trabalho, as variáveis associadas ao EDM foram: hipertensão (RP = 1,59; IC95%: 0,69; 1,44), problema cardíaco (RP = 1,97; IC95%: 1,29; 3,01), problema respiratório (RP = 2,91; IC95%: 2,05; 4,13), outras condições crônicas (RP = 1,64; IC95%: 1,08; 2,50), presença de dores e mal/estar (RP = 1,55; IC95%: 1,10; 2,18) e limitações na realização de atividades habituais (RP = 2,0; IC 95%: 1,2-3,2).

Alguns estudos apontam associação entre depressão e outras variáveis de saúde mental. Gabilondo A et al (2010) apontam que ter qualquer transtorno mental confere uma chance 19,6 vezes maior de ter EDM nos últimos 12 meses (RO = 19,6; IC95%: 12,1; 31,7). Essa chance aumenta ainda mais, quando se têm dois ou três transtornos, em relação àqueles que não têm nenhum diagnóstico (RO = 163,5; IC95%: 45,9; 585,2; RO = 433,3; IC95%: 69,5; 2701,2, respectivamente) (Gabilondo A et al, 2010). Em um estudo realizado no Iraque, foi encontrada associação entre depressão e outro diagnóstico de transtorno mental (Al-Hamzawi A et al, 2015). Estes autores apontam que aqueles com um diagnóstico de transtorno mental tiveram

chance 12,9 vezes maior de apresentar EDM do que os sem diagnóstico (RO = 12,9; IC95%: 6,8; 24,7), e esta chance aumentava quando o número de diagnósticos era maior. Dois diagnósticos e três ou mais conferiram, respectivamente, uma chance de 14,5 e 16,7 vezes maior dos sujeitos apresentarem EDM nos últimos doze meses, comparado aos que não tinham o diagnóstico (RO = 14,5; IC95%: 5,4; 39,1; RO = 16,7; IC95%: 4,8; 58,1, respectivamente). Maideen SFK et al (2014) indicam que os indivíduos que relatam ansiedade têm chance maior de apresentar EDM, quando comparado aos que não relatam (RO = 12.82; IC95%: 9,88; 16,63). Neste estudo, a chance de EDM também foi maior entre aqueles que foram identificados com estresse percebido, através da escala Cohen's Perceived Stress Scale (PSS), com ponto de corte médio de 15,28 (RO = 4.91; IC95%: 3,16; 7,62), quando comparados aqueles com menores escores. No mesmo estudo, relatar história de distúrbios mentais (RO = 5,69; IC95%: 3,93; 8,25) e histórico de transtornos mentais na família (RO = 3,58; IC95%: 2,30; 5,56) conferiu chance significativamente maior da ocorrência de EDM, quando comparado aos que não relataram. Ter histórico familiar de transtornos mentais (neste caso EDM e transtornos de humor), também foi mencionado por Hölzel L et al (2011) como fator consistentemente associado à depressão crônica.

Um estudo realizado com calouros de uma universidade em Shanghai (China; n=1048, idade média de 18,63 ± 0,84 anos) apontou que indivíduos com depressão (definidos pelo ponto de corte ≥ 5 no PHQ-9) têm maiores escores de estresse percebido na escala PSS-10 ($p < 0,001$), quando comparados aos universitários não deprimidos (Lu W et al, 2015). No entanto, assim como na busca de pesquisas epidemiológicas observacionais com amostra representativa não clínica de adultos que exploraram a relação entre depressão e atividade física, não foi encontrado um número considerável de estudos com estas características que pesquisem a associação entre depressão e estresse. Por outro lado, foram encontradas pesquisas explorando essa relação com outras características metodológicas. Por exemplo, uma revisão sistemática da literatura reuniu pesquisas sobre níveis de cortisol no cabelo e condições relacionadas ao estresse e transtornos psiquiátricos disponíveis nos bancos de dados PubMed, Embase, Ovid MEDLINE®, PsycINFO e PsyARTICLES nos anos de 1978 a 2015 (Vives A et al, 2015). Neste estudo foram encontradas evidências de que condições estressantes aumentam os níveis de cortisol do cabelo e sobre a relação entre cortisol e doenças psiquiátricas. Dentre as pesquisas presentes no trabalho de Vives A et al (2015),

foram encontrados 4 estudos que trabalharam a relação entre TDM e altos níveis de cortisol no cabelo, encontrando uma relação positiva entre as variáveis.

Gerber M et al (2013) realizaram uma pesquisa transversal para examinar a associação entre concentrações de cortisol no cabelo, estresse percebido e depressão, com 42 estudantes universitários (média de idade = $21,17 \pm 1,87$ anos) saudáveis e fisicamente ativos. Para tanto, utilizaram medidas de cortisol capilar (como biomarcador de estresse), estresse percebido (PSS-10), sintomatologia depressiva (BDI), bem como uma medida objetiva de atividade física para controle nas análises (acelerômetro Actigraph®). Nesse estudo, foi verificado que o cortisol capilar e estresse percebido tiveram uma correlação negativa marginalmente significativa ($r = -0,19$; $p = 0,052$), enquanto atividade física vigorosa foi associada positivamente aos níveis cortisol no cabelo ($r = 0,34$; $p < 0,001$). No modelo de regressão, controlando para o nível de atividade física, estresse percebido foi preditor positivo da sintomatologia depressiva ($\beta = 0,78$; $p < 0,001$) e o aumento do cortisol capilar foi negativamente associado à sintomatologia depressiva ($\beta = -0,19$; $p = 0,048$). Estes resultados indicam que ambas medidas de estresse explicam significativamente a variação de sintomas depressivos quando controlados para nível de atividade física, mesmo que a escala de estresse percebido explique com maior força a sintomatologia depressiva do que o biomarcador de cortisol capilar (Gerber M et al, 2013).

Em Pelotas, um estudo realizado com jovens de 18 a 24 anos indicou que os indivíduos com um tipo de transtorno de ansiedade tiveram probabilidade 4,60 vezes maior de apresentar depressão, quando comparado àqueles sem transtorno de ansiedade (RP = 4,60; IC95%: 3,33; 6,35) (Lopez MR et al, 2011). No mesmo estudo, aqueles com dois ou mais tipos de transtornos de ansiedade tiveram a probabilidade 10,67 vezes maior de apresentar o desfecho (RP = 10,67; IC95%: 8,14; 13,97). Lopez MR et al (2011) apontaram também que aqueles que utilizavam psicofármacos tiveram maior prevalência de depressão (RP = 3,86; IC95%: 2,91; 5,13), o que, segundo os autores, pode indicar a associação existente entre ter outra psicopatologia e apresentar depressão.

2 JUSTIFICATIVA

Depressão representa um desafio de saúde pública em nível global, tanto em aspectos sociais e econômicos, como clínicos (WHO, 2015). A prevalência de depressão e seus fatores associados vêm sendo amplamente estudados, ainda que em menor número no Brasil. Informações como distribuição e fatores associados à depressão contribuem para elucidar os aspectos epidemiológicos da doença e subsidiar planejamentos de políticas públicas e alocação de recursos para melhor assistir a população (Cowen M et al, 1996; Gordis L, 2009).

Poucos estudos epidemiológicos, de base populacional, com adultos da população geral que explorem a relação de depressão com as variáveis atividade física e estresse percebido foram identificados. Estudos de base populacional realizados no Brasil e que apresentem medidas de associação entre depressão e atividade física e depressão e estresse percebido não foram encontrados. O estudo de fatores associados passíveis de modificação pode auxiliar no planejamento de intervenções mais efetivas para depressão e com relação favorável de custo-benefício. O estudo de estresse percebido, por vez, pode auxiliar no tratamento e prevenção de pacientes que são identificados com estresse e possivelmente têm risco aumentado para o desenvolvimento de um quadro depressivo.

Além disso, um estudo de base-populacional que identifique a prevalência de depressão e seus fatores associados em Rio Grande apresenta-se como sendo de grande relevância e originalidade, considerando que este nunca foi realizado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar a prevalência de depressão e os fatores associados na população com 18 anos ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Rio Grande, RS.

3.2 Objetivos específicos

- a) Estimar a prevalência de depressão;
- b) Avaliar a associação de depressão com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, renda familiar, estado civil e escolaridade), comportamentais (atividade física no

lazer, uso de tabaco e uso de álcool nos últimos 30 dias) e de saúde (doenças orgânicas crônicas, psíquicas e estresse percebido).

4 HIPÓTESES

- a) A prevalência de depressão tende a ser entre 12 a 18%;
- b) A ocorrência de depressão tende a ser significativamente maior em indivíduos do sexo feminino, mais jovens, de baixa renda, solteiros/viúvos/separados, com baixa escolaridade, que realizem o uso de tabaco e de álcool, inativos fisicamente, que têm escores de estresse percebido mais alto e que relatam ter doenças orgânicas crônicas e outras doenças psíquicas.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento

O presente estudo compreenderá um recorte de um estudo transversal de base populacional intitulado “Saúde da População Riograndina”, a ser conduzido por alunos e professores da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Este consórcio trata-se de uma pesquisa com a finalidade de estudar as condições de saúde e os fatores associados na população com 18 anos ou mais, residentes na zona urbana do município de Rio Grande, RS, em 2016. Através deste estudo mais amplo, pretende-se obter informações sobre características sócio demográficas, morbidades, estado nutricional, doenças respiratórias crônicas, acesso e utilização de serviços de saúde, qualidade de vida, consumo de alimentos, insegurança alimentar, aconselhamento nutricional, prática de atividade física, características do ambiente físico, percepção a respeito do professor de educação física e local para práticas desportivas, saúde bucal, depressão e estresse percebido desta população.

Estudos transversais são apropriados para avaliar desfechos relacionados à saúde e verificar fatores associados, proporcionando o desenvolvimento de conhecimento que embasa o planejamento de políticas de saúde (Gordis L, 2009; Rothman K e Greenland S, 1998). Este tipo de delineamento também é adequado em inquéritos populacionais, visto que

permite uma coleta de dados em um curto período de tempo e com menor demanda de recursos.

5.2 População-alvo

A população-alvo será composta por adultos da cidade de Rio Grande, RS, que possui aproximadamente 200 mil habitantes (72,8 habitantes por km²), com renda per capita de 45.088,30 reais (IBGE, 2012), dos quais 51,8% são mulheres e 96,0% residem na zona urbana, e está dividida em 320 setores censitários (IBGE, 2011).

5.3 Critério de elegibilidade

Para participar do estudo, os indivíduos deverão morar na zona urbana do município de Rio Grande e ter 18 anos ou mais. Serão excluídos do estudo os indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais e presídios, bem como aqueles com incapacidade física e/ou cognitiva para responder à entrevista.

5.4 Processo de Amostragem

O processo de amostragem ocorrerá em dois estágios, baseando-se nos dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011). Inicialmente, todos os setores censitários residenciais do município de Rio Grande serão colocados em ordem decrescente, conforme a renda média mensal do chefe da família. Proceder-se-á à seleção sistemática de 72 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho do setor. Para a seleção dos domicílios, serão selecionados sistematicamente em média de 10 domicílios por setor, com probabilidade proporcional a número de domicílios no setor, totalizando 720 domicílios. Como se estima haver, em média, 2,08 moradores com 18 anos ou mais por domicílio (IBGE, 2011), calcula-se incluir na amostra aproximadamente 1.500 indivíduos. Esse número comporta os objetivos traçados no projeto.

5.5 Cálculo de tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho da amostra necessário para estimar a prevalência de depressão, foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 5%; frequência de exposição de 15%, poder de 80%; margem de erro de 2,5 e considerando o efeito de delineamento de 1,5. Obteve-se o número 1.167, que com o acréscimo de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão, resultou na amostra final de 1.342 indivíduos. A fim de identificar a amostra necessária para encontrar a associação entre variáveis independentes e desfecho, foi realizado o cálculo de amostra com razões de prevalência de 1,5; 1,7 e 2 para cada variável. Neste último, foi verificado que para todas as variáveis o número amostral necessário está contido no tamanho de amostra obtido para estimar o desfecho.

Tabela 1- Cálculo de tamanho de amostra para associações (IC95%; poder de 80%; testes bicaudais).

Exposição	RP						N (sub- total)	N (total)**
	Razão exposto/ Exposto	não PDNE	1,5	1,7	2,0			
Sexo*	0,93	9,98	1179	817	438	438	503,70	
Idade#	0,26	10,74	2117	1578	870	870	1.000,50	
Estado Civil#	1,44	11,65	1142	629	343	629	723,35	
Renda#	3,00	13,57	1296	712	386	712	818,80	
Escolaridade#	0,35	9,13	2151	1208	655	655	753,25	
AFL#	0,26	10,75	2126	1167	643	643	739,45	
Uso de tabaco#	5,34	15,44	1550	855	449	855	983,25	
Uso de álcool#	2,20	12,97	1203	674	361	674	775,10	
Doenças Orgânicas#	3,13	13,38	1350	750	396	396	455,40	
Doenças Psicológicas@	4,00	12,50	1705	907	489	489	562,35	

Fonte: Elaborado pela autora no programa EpilInfo 7.

* Parâmetros utilizados foram retirados do Censo do IBGE (2011); # Parâmetros utilizados foram retirados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013); ** Com acréscimo de 10% para perdas, de 15% para fatores de confusão e considerando o efeito de delineamento de 1,5. @ Parâmetro utilizado foi retirado de uma revisão sistemática sobre prevalência de transtornos mentais na população brasileira (Santos EG e Siqueira MM, 2010); Não foram encontrados parâmetros em estudos representativos para a realização do cálculo amostral para variável estresse.

5.6 Variáveis

5.6.1 Variável Dependente

A variável dependente será Episódio Depressivo Maior, coletada pelo instrumento PHQ-9, sendo utilizado o ponto de corte sugerido no estudo de validação da versão brasileira do instrumento (≥ 9 pontos) (Santos IS et al, 2013). A sintomatologia depressiva será coletada de forma numérica e depois categorizada em presença (pontuação ≥ 9) e ausência (pontuação < 9) de EDM.

5.6.2 Variáveis Independentes

Abaixo segue um quadro com as variáveis independentes a serem trabalhadas no presente trabalho e a forma como serão coletadas.

Quadro 1- Quadro de variáveis independentes de interesse.

Variáveis	Forma de coleta	Operacionalização	Tipo de variável
Sexo	Observada pelo entrevistador	Masculino e feminino	Dicotômica
Idade	Referida	Em anos completos	Numérica discreta
Estado civil	Referido	Casado, solteiro, separado/divorciado e viúvo.	Categórica nominal

Escolaridade	Referida	Grau de instrução	Categórica ordinal
Renda familiar	Referida	Em reais	Numérica continua.
Atividade física no lazer	Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	< 150 minutos/semana de AF no lazer = inativo; ≥ 150 minutos/semana de AF no lazer = ativo.	Dicotômica
Uso de tabaco	Referido (fuma atualmente, já fumou e quanto tempo parou de fumar e se nunca fumou)	Fuma, ex-fumante e nunca fumou	Categórica nominal
Uso de álcool nos últimos 30 dias	Referido (se bebeu nos últimos 30 dias)	Consumir nos últimos trinta dias, na mesma ocasião, ≥ 4 doses (mulheres) e ≥ 5 doses (homens) = consumo de álcool	Dicotômica
Estresse percebido	Escala de Estresse Percebido (PSS 14)	Escala numérica com sintomatologia de estresse	Numérica continua
Doenças orgânicas crônicas	Referida (hipertensão, diabetes, cardiovascular, DPOC, CA)	Não e sim	Dicotômica
Doenças psíquicas	Referida (qualquer transtorno de	Não e sim	Dicotômica

	saúde mental diagnosticado por profissional da área)		
--	--	--	--

5.7 Instrumentos

Os instrumentos de pesquisas serão padronizados e aplicados por entrevistadores treinados previamente. Cabe destacar que em se tratando de um projeto de pesquisa alinhado a um projeto maior, os instrumentos que serão mencionados estão inseridos em um questionário maior.

5.7.1 Questões Gerais, Comportamentais e da Saúde

As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, renda familiar, estado civil e escolaridade), comportamentais (uso de tabaco e de álcool nos últimos 30 dias) e de saúde (doenças orgânicas crônicas e psíquicas) serão coletadas através de um questionário padronizado realizado para o projeto de pesquisa maior, que será previamente testado, como supracitado. No Apêndice 2 é apresentado o questionário único que contém as questões que serão utilizadas para a coleta destas variáveis neste trabalho.

5.7.2 Atividade Física no Lazer

A sessão de Atividades Físicas de Recreação, Esporte, Exercício e de Lazer da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) será aplicada para coletar informações sobre atividade física no lazer (Anexo 1). O instrumento na íntegra foi validado para o Brasil e contempla a frequência e duração de atividades com intensidade moderada e vigorosa, com pelo menos 10 minutos consecutivos de duração, feitas em uma semana habitual em cinco sessões (atividade física no trabalho, como meio de transporte, em casa, no lazer e tempo gasto sentado) (Craig C et al, 2003; Matsudo S et al, 2001). O instrumento será utilizado nesta pesquisa para obter quantos minutos o indivíduo realiza de atividade física em suas atividades físicas de recreação, esporte, exercício e de lazer, por semana. Será utilizado o ponto de corte de realização de 150min/semana com intensidade moderada para indicar os

indivíduos fisicamente ativos, como sugerido pela OMS (WHO, 2010). Cabe destacar que quando o indivíduo marca intensidade vigorosa, o escore é multiplicado por dois. Nesta lógica, 150 minutos/semana de atividade com intensidade moderada equivalem a 75 minutos/semana com intensidade vigorosa neste instrumento (Matsudo S et al, 2001).

5.7.3 Estresse Percebido

Para avaliar o estresse percebido, será aplicada a versão completa da Escala de Estresse Percebido de Cohen (Cohen's Perceived Stress Scale – PSS 14) (Anexo 2). A escala original foi desenvolvida para avaliar estresse percebido em diferentes populações, pois não contém questões específicas relacionadas ao contexto de um subgrupo (Cohen S et al, 1983). O instrumento foi submetido à validação no Brasil, obedecendo às etapas de tradução, tradução reversa e revisão por um comitê especializado, na população idosa e adulta (Luft CD et al, 2007; Reis RS et al, 2010). Quanto à confiabilidade obtida neste estudo, o PSS 14 apresentou consistência interna ($\alpha_{idosos} = 0,82$ e $\alpha_{adultos} = 0,87$) e preencheu os critérios de validade de construto. Além disso, a escala obteve resultados semelhantes aos que deram origem à versão original da escala e às validações posteriores em diferentes culturas, se mostrando adequada em usos em estudos epidemiológicos e multicêntricos.

5.7.4 Depressão

Para avaliação da depressão, será utilizado o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Anexo 3). Esta é uma ferramenta utilizada para triagem de indivíduos em Episódio Depressivo Maior (EDM), segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV. O instrumento é derivado do PRIME-MD (*Primary Care Evaluation Of Mental Disorders*), que foi originalmente desenvolvido para identificar cinco transtornos mentais comuns em atenção primária à saúde: depressão, ansiedade, abuso de álcool, transtornos somatoformes e transtornos da alimentação (Spitzer RL et al, 1994). Visto que o instrumento original tinha 26 questões e demandava um tempo maior de aplicação, os autores decidiram dividir o PRIME-MD em instrumentos de rastreio específicos para cada transtorno, resultando em diferentes PHQ (Spitzer RL et al, 1999).

O PHQ-9 é composto por nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio depressivo maior, descritos no DSM-IV (que se mantém como critérios diagnósticos para EDM no DSM-V). Os nove sintomas consistem em humor

deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3 correspondendo às respostas “nenhuma vez”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias”, respectivamente.

A tradução do PHQ-9 foi realizada por psiquiatras brasileiros e a *back translation* por parte dos autores do instrumento original e validada no Brasil (Santos IS et al, 2013). No estudo de validação, os autores indicam o ponto de corte ≥ 9 como o mais adequado para o rastreio de sujeitos com risco de EDM. A sensibilidade nesse ponto de corte foi de 77,5% (IC95%: 61,5-89,2) e a especificidade, de 86,7% (IC95%: 83,0-89,9). Os valores preditivo positivo e negativo foram 57,8% (IC95%: 53,2-62,4) e 94,3% (IC95%: 92,1-96,4), respectivamente. A razão de verossimilhança positiva nesse ponto foi de 5,8 (IC95%: 3,6-8,0) e a área sob a curva ROC indica uma acurácia do PHQ-9 de 86%.

Dentre os instrumentos de boa propriedade psicométrica e validados para o Brasil, o PHQ-9 foi eleito para ser utilizado na presente pesquisa por ser o de menor tamanho, comumente utilizado em estudos epidemiológicos (permitindo comparabilidade aos resultados que serão obtidos com a presente investigação), aplicação relativamente rápida e o livre acesso ao instrumento (versões em diversas línguas estão disponíveis online: <http://www.phqscreeners.com>). Tratando-se de um estudo indexado em um projeto de pesquisa maior, existe um número restrito de questões para cada pesquisador e, portanto, este instrumento é adequado tanto pela sua precisão psicométrica quanto por aspectos logísticos favoráveis.

5.8 Estudo-piloto, seleção e treinamento das entrevistadoras

Será feito, previamente à coleta de dados, um estudo piloto em um setor censitário não selecionado na amostragem, onde serão testados os instrumentos, o manual de instruções, a organização do trabalho de campo e o desempenho das entrevistadoras. O estudo-piloto terá como finalidade testar os instrumentos, avaliar o manual de instruções, organizar o trabalho de campo e avaliar o desempenho dos entrevistadores e avaliadores diante de situações reais de entrevista, e será realizado em um setor censitário não

selecionado na amostragem. Serão recrutadas nove entrevistadoras do sexo feminino, com pelo menos ensino médio completo, para a coleta de dados. Estas entrevistadoras serão treinadas e padronizadas para realizar o trabalho de campo. Cada uma delas será supervisionada por um pesquisador do estudo e ficará responsável pela execução das entrevistas em oito setores censitários selecionados na amostragem. Haverá reuniões semanais com a equipe de campo a fim de esclarecer eventuais dúvidas e proceder à entrega e recolhimento dos questionários.

5.9 Logística

Os domicílios selecionados para o estudo serão visitados pelos supervisores da pesquisa antes da coleta de dados, com o intuito de verificar se o domicílio é residencial, se há pessoas habitando, inquirir sobre o número de moradores, informar acerca do estudo que será realizado e dos horários disponíveis para a entrevista.

Será feito, previamente à coleta de dados, um estudo piloto em um setor censitário não selecionado na amostragem, onde serão testados os instrumentos, o manual de instruções, a organização do trabalho de campo e o desempenho das entrevistadoras. Serão recrutadas nove entrevistadoras do sexo feminino, com pelo menos ensino médio completo, para a coleta de dados. Estas entrevistadoras serão treinadas e padronizadas para realizar o trabalho de campo. Cada uma delas será supervisionada por um pesquisador do estudo, e ficará responsável pela execução das entrevistas em dez setores censitários selecionados na amostragem. Haverá reuniões semanais com a equipe de campo a fim de esclarecer eventuais dúvidas e proceder à entrega e recolhimento dos questionários.

Planeja-se que cada entrevistadora realize uma média de quatro entrevistas por dia. Considerando-se que elas trabalhem em seis dias da semana, isso resultará em 24 entrevistas por semana para cada entrevistadora. Como haverá nove entrevistadoras, isso resultará em 216 entrevistas por semana, ou 864 entrevistas em um mês de trabalho, caso não haja contratemplos. Portanto, calcula-se que serão necessárias seis semanas (cerca de 45 dias) para a finalização da coleta dos dados. Acrescenta-se a esse prazo mais aproximadamente 45 dias para ir atrás dos indivíduos não localizados e tentar reverter possíveis perdas. Salienta-se que será considerado como perda o indivíduo que não for encontrado em pelo menos três situações, em dias e horários diferentes.

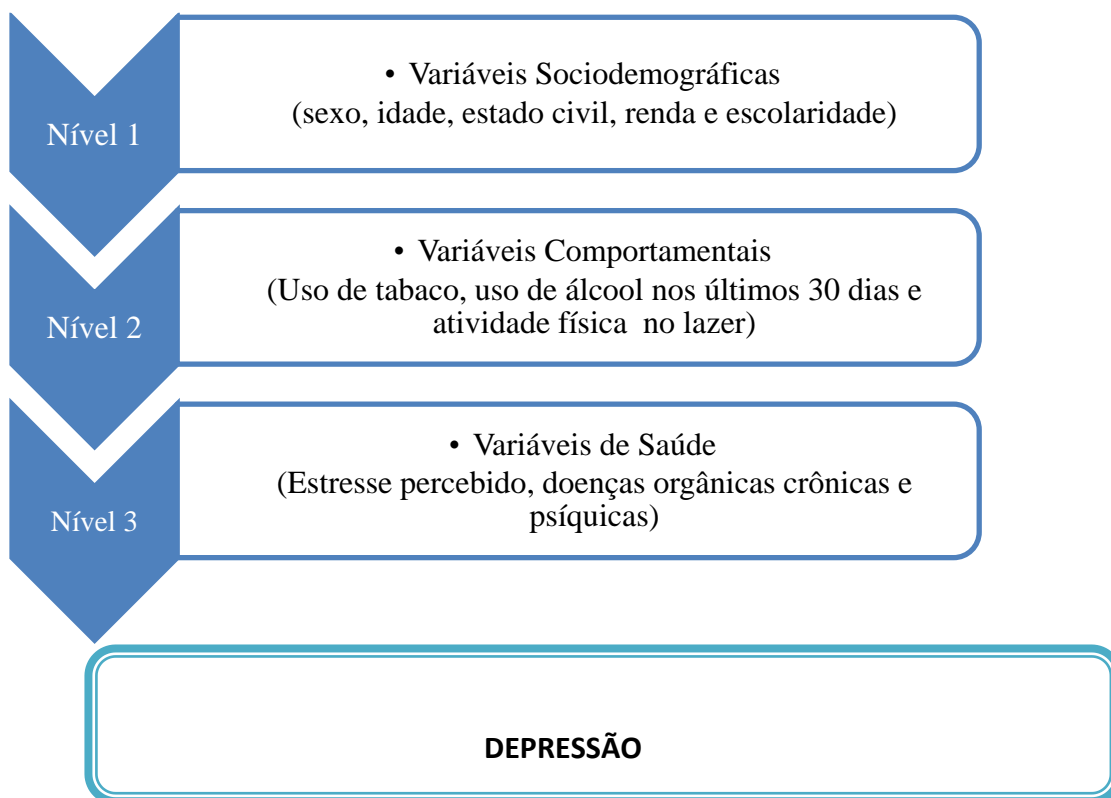
5.10 Controle de qualidade

Para o controle de qualidade, todos os questionários serão revisados atentamente pelos supervisores da pesquisa para verificar possíveis falhas na sua aplicação. Serão nove supervisores, um para cada entrevistador, que será responsável por revisar e codificar os questionários. Além disso, será realizada dupla digitação dos questionários, com checagem automática de amplitude e consistência dos dados. Esta etapa tem por objetivo identificar possíveis erros de digitação e corrigir as informações necessárias. Também serão reentrevistados aleatoriamente, via telefone, 10% dos indivíduos incluídos na amostra. Se necessário, haverá retorno ao domicílio a fim de confirmar as informações. Os questionários conterão perguntas-chave para possibilitar a identificação de possíveis erros e/ou invenção das respostas. Essas re-entrevistas serão feitas de 7 a 14 dias após a realização da entrevista pelos supervisores da pesquisa.

5.11 Processamento e análise de dados

Os questionários, após serem revisados e codificados, serão digitados utilizando o programa EpiData 3.1, com checagem automática de amplitude e consistência dos dados. Serão realizadas duas digitações, por digitadores distintos. Na análise de dados, pretende-se inicialmente realizar a análise descritiva, para estimar a prevalência do desfecho e descrever as características da amostra (variáveis independentes). Para avaliar a associação entre a variável dependente com as independentes, será realizada análise bivariada. Para avaliar associação entre duas variáveis categóricas, será utilizado o teste Qui-quadrado. A relação entre o desfecho categórico e variáveis contínuas, será avaliada através do Teste T para amostras independentes. Para identificar as variáveis independentemente associadas ao desfecho, será realizada análise multivariável através da análise de regressão de Poisson. Esta última análise será realizada baseando-se no modelo conceitual hierarquizado por níveis (Figura 1) para controle das variáveis de confusão de um nível hierárquico igual ou superior. O método de seleção para as variáveis entrarem no modelo a ser utilizado é para trás (backward) e será considerado $p < 0,20$ para manter a variável no modelo. Todos os procedimentos serão realizados no *Software* estatístico STATA 14.0 e será adotado o nível de significância de 5% (bicaudal).

Figura 1- Modelo Conceitual de Análise.



6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), conforme os preceitos da resolução 466/12 (BRASIL, 2013). Os princípios éticos também serão resguardados para os entrevistados através dos seguintes itens: obtenção de consentimento informado por escrito; garantia do direito de não-participação na pesquisa e sigilo acerca da identificação dos respondentes. Serão levados em conta, ademais, os seguintes aspectos éticos:

6.1 Relação risco-benefício

A pesquisa envolve entrevistas domiciliares por meio de questionários previamente testados e padronizados. Não haverá nenhum exame e/ou medida invasiva aos participantes

da pesquisa. Antes das entrevistas, os participantes serão informados sobre os procedimentos da pesquisa, tendo livre escolha para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). As entrevistas serão realizadas apenas mediante a assinatura do termo de consentimento. Portanto, essa pesquisa representa risco mínimo para os participantes. O único risco é de desconforto durante a entrevista e, se este for detectado, o procedimento será encerrado imediatamente. Apesar de o estudo não trazer benefícios diretos para os participantes, os resultados poderão contribuir indiretamente para nortear políticas públicas de promoção à saúde.

6. 2 Responsabilidades dos pesquisadores e da instituição

Os pesquisadores envolvidos assumem o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa. As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão usadas para atingir o objetivo previsto, sempre respeitando a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa. Em nenhuma hipótese serão divulgados dados de ordem pessoal, como nome, endereço e telefone dos participantes.

Uma das questões do questionário de pesquisa (questão 9 do instrumento PHQ-9) avalia o risco de suicídio. Deste modo, torna-se necessário esclarecer que é de responsabilidade da pesquisadora que todos os indivíduos que pontuarem valores 1, 2 ou 3 nesta questão (ou seja, que apresentarem risco de suicídio) serão encaminhados para atendimento gratuito junto às unidades de saúde mental do município de Rio Grande.

6.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa será encerrada caso não haja mais outros participantes selecionados além daqueles já entrevistados. Em caso de suspensão ou de encerramento da pesquisa é de responsabilidade dos pesquisadores comunicar o CEPAS-FURG e apresentar as justificativas que levaram à suspensão e/ou encerramento das atividades.

6.4 Infraestrutura dos locais de pesquisa

A instituição envolvida na pesquisa (Universidade Federal do Rio Grande – FURG) possui a infraestrutura necessária para a realização dos procedimentos previstos nesta pesquisa, no que diz respeito à equipe técnica, laboratórios, salas de aula e demais equipamentos.

6.5 Monitoramento da segurança dos dados

A validade dos questionários completados será verificada semanalmente e serão armazenados pelo período de cinco anos. Os dados referentes ao trabalho de campo ficarão arquivados em um computador, sob responsabilidade do responsável pelo estudo.

6.6 Publicação dos resultados

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de trabalhos apresentados em congressos e artigos publicados em periódicos científicos. Também está previsto a apresentação dos resultados para a imprensa local e para as coordenadorias afins da Prefeitura Municipal do Rio Grande.

7 CRONOGRAMA

Atividades \ Período	2015										2016												
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Revisão da literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Construção do projeto						■	■	■	■	■													
Qualificação do projeto										■													
Envio ao comitê de ética											■	■											
Seleção e treinamento das entrevistadoras													■										
Estudo piloto													■										
Coleta de dados														■	■								
Controle de qualidade														■	■								
Digitação dos dados														■	■	■							
Verificação e limpeza do banco de dados															■	■	■						
Análise e interpretação dos dados																■	■	■	■				
Elaboração da Dissertação																	■	■	■	■	■	■	
Finalização do Artigo																				■	■	■	■
Sustentação da Dissertação																							■

8 ORÇAMENTO

Planeja-se pagar um salário fixo de R\$ 900,00 para cada entrevistadora. Como serão contratadas nove entrevistadoras, durante dois meses de trabalho de campo, isso resultará em uma despesa da ordem de R\$ 16.200,00. Para o transporte delas, será feito contato com o setor da FURG responsável pelas viaturas, a fim de minimizar as despesas com deslocamento das entrevistadoras. Ainda assim pretende-se alocar cerca de R\$ 3.000,00 para eventuais passagens de ônibus e mais R\$ 1.000,00 para camisetas, bonés para a equipe e brindes (imãs de geladeira) para os participantes. Sendo assim, o orçamento estimado para a pesquisa será de aproximadamente R\$ 20.000,00.

A realização desta pesquisa contará com apoio dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde vinculados à faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande, que fornecerão cerca de R\$ 10.000,00 para a execução do trabalho de campo. O processo de análise dos dados deste projeto e os gastos que excederem o orçamento disponível para este estudo serão arcados pelos alunos da pós-graduação que participam do consórcio de pesquisa.

9 REFERÊNCIAS

Abreu N, Oliveira IRD. Terapia Cognitiva no tratamento de depressão. In: Artmed, ed. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Cordioli, Aristides Volpato e colaboradores. 2008; 382-398.

Al-Hamzawi A, Bruffaerts R, Bromet E, Alkhafaji M, Kessler R. The epidemiology of major depressive episode in the Iraqi general population. *PLoS One* 2015; 10.

Andrade L., Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Graaf RD, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler R, Kawakami N, Kiliç C, Offord D, Ustun TB, Wittchen H-U. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research* 2003; 12: 3-21.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association 2013.

Araújo AC, Lotufo Neto FA. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* 2014; 16: 67-82.

Barlow DH, Durand VM. *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. Cengage Learning 2011.

Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. *Rev Saúde Pública* 2012; 46: 617-623.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União 2013.

Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo GD, Graaf RD, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam NA, Kaur J, Ostyuchenko S, L epine JP, Levinson D, Matschinger H, Mora ME, Browne MO, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler R. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 2011; 9.

Cheniaux E. *Psicopatologia e diagnóstico de depressão*. Artmed, ed. *Depressão: Teoria e Clínica* 2013.

Chiavegatto Filho AD, Wang YP, Campino AC, Malik AM, Viana MC, Andrade LH. Incremental health expenditure and lost days of normal activity for individuals with mental disorders: results from the São Paulo Megacity Study. *BMC Public Health* 2015; 15.

Coelho C, Laranjeira R, Santos J, Pinsky L, Zaleski M, Caetano R, Crippa JA. Depressive symptoms and alcohol correlates among Brazilians aged 14 years and older: a cross-sectional study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy* 2014; 9.

Cohen S, Karmack T, Mermelstein RA. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 385-396.

Cooney G, Dwan K, Greig C, Lawlor D, Rimer J, Waugh F, Mc-Murdo M, Mead, G. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9.

Cowen ME, Bannister M, Shellenberger R, Tilden R. A guide for planning community-oriented health care: the health sector resource allocation model. *Med Care* 1996; 34: 264-279.

Craig C, Marshall A, Sjostrom M, Bauman A, Booth M, Ainsworth B, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis J, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35: 1381-1395.

Cunha RV, Bastos GA, Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15: 346-354.

Flensburg-Madsen T, Scholten MB, Flachs EM, Mortensen EL, Prescott E, Schurmann T. Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *Journal of psychiatric research* 2011; 45: 143-149.

Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, Alonso J. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of affective disorders* 2010; 120: 76-85.

Gerber M, Kalak N, Elliot C, Holsboer-Trachsler E, Pühse U, Brand S. Both hair cortisol levels and perceived stress predict increased symptoms of depression: an exploratory study in young adults. *Neuropsychobiology* 2013; . 68: 100-109.

Gordis L. In: *Epidemiology* 4th ed. Saunders, Elsevier; 2009. More on causal inferences: bias, confounding, and interaction; 247-263.

Greenberg P, Fournier AA, Sisitsky T, Pike C, Kessler R. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *The Journal of clinical psychiatry* 2015; 76: 155-162.

Hamalainen J, Kaprio J, Isometsa E, Heikkinen M, Poikolainen K, Linderman S, Aro H. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 55: 573-576.

Helgadóttir B, Forsell Y, Ekblom Ö. Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: a cross-sectional study. *PloS one* 2015; 10.

Hölzel L, Härter M, Reese C, Kriston L. Risk factors for chronic depression - A systematic review. *Journal of affective disorders* 2011; 126: 1-13.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações sobre o Produto Interno Bruto dos Municípios Brasileiros. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.

Jonge PD, Alonso J, Stein DJ, Kiejna A, Aguilar-Gaxiola S, Viana MC, Liu Z, O'Neill S, Bruffaerts R, Caldas-De-Almeida JM, Lepine JP, Matschinger H, Levinson D, Girolamo, GD, Fukao A, Bunting B, Haro JM, Posada-Villa JA, Al-Hamzawi AO, Medina-Mora M E, Piazza M, Hu C, Sasu C, Lim CC, Kessler RC, Scott KM. Associations between DSM-IV mental disorders and diabetes mellitus: a role for impulse control disorders and depression. *Diabetologia* 2014; 57: 699-709.

Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg PA, Jun R, Al E. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 1561-1568.

Knapen, J.;Vancampfort, D.;Schoubs, B.;Probst, M.;Sienaert, P.;Haake, P.;Peuskens, J.;Pieters, G. Exercise for the Treatment of Depression. *The Open Complementary Medicine Journal* 2009; 1: 78-83.

Lima AF; Fleck MP. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2011; 33.

Lopez MRA, Ribeiro JP, Ores LD, Jansen K, Souza LD, Pinheiro RT, Silva RA. Depressão e Qualidade de Vida em Jovens de 18 a 24 anos no Sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande Sul* 2011; 33.

Lu WE, Bian Q, Song YY, Ren JY, Xu XY, Zhao M. Prevalence and related risk factors of anxiety and depression among Chinese college freshmen. . Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences] 2015; 35: 815-822.

Luft, C. D. B.;Sanches, S. D. O.;Mazo, G. Z.;Andrade, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. Rev Saúde Pública 2007; 41: 606-615.

Maideen SFK, Sidik SM, Rampal L, Mukhtar F. Prevalence, associated factors and predictors of depression among adults in the community of Selangor, Malaysia. PLoS One. 2014; 9.

Maske UE, Busch MA, Jacobi F, Beesdo-Baum K, Seiffert I, Wittchen H-U, Riedel-Heller S, Hapke U. Current major depressive syndrome measured with the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Composite Internations Diagnostic Interview (CIDI): results from a cross-sectional population based study of adults in Germany. BMC Psychiatry 2015; 15.

Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. . Rev bras ativ fís saúde 2001; 6: 05-18.

Mccrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. Paying the price: The cost of mental health care in England to 2026. King's Fund. Edwina Rowling 2008.

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet 2007; 370: 851-858.

Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Major depressive episode among Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. J Affect Disord 2013; 150: 401-407.

Patel V, Garrison P, De Jesus Mari J, Minas H, Prince M, Saxena S. Advisory Group of the Movement for Global Mental Health. The Lancet 2008; 372: 1354-1357.

Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Eliasziw M. A longitudinal community study of major depression and physical activity. General Hospital Psychiatry 2009; 31: 571-575.

Pignone M, Gaynes BN, Rushton JL, Mulrow CD, Orleans CT, Whitener BL, Al E. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic. Screening for Depression. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2002.

Reis RS, Hino AA, Rodriguez-Añez CR. Perceived Stress Scale Reliability and Validity Study in Brazil. *Journal of Health Psychology* 2010; 15: 107–114.

Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*. Lippincott-Raven 1998.

Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59: 238-246.

Santos I S, Tavares B F, Munhoz T N, Almeida L S P D, Silva N T B D, Tams B D, Patella A M, Matijasevich A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 1533-1543.

Silva MT. Adultos com depressão: prevalência no Brasil e em estudo de base populacional no Distrito Federal. Repositório UNB - Universidade de Brasília 2013.

Silva MT, Galvao TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr* 2014; 36: 262-270.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Group PHQ. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; 282.

Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, Degruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: The PRIME-MD 1000 Study. *Diagnosing Mental Disorders* 1994; 272.

Topuzoglu A, Binbay T, Ulas H, Elbi H, Tanik FA, Zagli N, Alptekin K. The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *J Affect Disord* 2015; 181: 78-86.

Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of-Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34: 249-260.

Vives AH, Angel VD, Papadopoulos A, Strawbridge R, Wise T, Young AH, Arnone D, Cleare AJ. The relationship between cortisol, stress and psychiatric illness: New insights using hair analysis. *Journal of psychiatric research* 2015; 70: 38-49.

WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders World Health Organization, Clinical descriptions and diagnostic guidelines 1992.

World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.

World Health Organization. Depression Fact sheet nº 369. Geneva: World Health Organization; 2015.

Wielopolski J, Reich K, Clepce M, Fischer M, Sperling W, Kornhuber J, Thuerlauf N. Physical activity and energy expenditure during depressive episodes of major depression. *Journal of affective disorders* 2015; 174: 310-316.

Wong CK, Liang J, Chan ML, Chan YH, Chan L, Wan KY, Ng MS, Chan DC, Wong SY, Wong MC. Prevalence and psychosocial correlates of depressive symptoms in urban Chinese women during midlife. *PLoS One* 2014; 9.

Zhou X, Bi B, Zheng L, Li Z, Yang H, Song H, Sun Y. The prevalence and risk factors for depression symptoms in a rural Chinese sample population. *PLoS One* 2014; 9.

2 ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL

1 ADAPTAÇÕES NO INSTRUMENTO

Realizadas as defesas de projetos de cada aluno participante do consórcio, diversas questões sofreram modificações. O questionário em sua versão final foi incluso no apêndice (Apêndice 2) a fim de clarificar estas modificações, a ordem das questões e apresentar o instrumento único em sua versão final.

Quanto às questões utilizadas no presente projeto, a alteração foi na forma de coletar a escolaridade. Inicialmente seria utilizada a pergunta: “Até que série ou ano o(a) Sr.(a) estudou?”, tendo como opções: nunca estudou, fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto, superior completo, pós-graduação. Esta questão foi substituída por: “Até que série o(a) Sr.(a) estudou?”.

Também foi acordado que as questões que compõem o Bloco C e H seriam realizadas apenas para o chefe da família (IBGE, 2011) por questões logísticas.

2 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

2.1. VARIÁVEL DEPENDENTE

Anteriormente o escore de sintomatologia depressiva da escala PHQ-9 seria calculado de forma contínua, utilizando o ponto de corte igual ou maior que nove. Visto que a sensibilidade observada neste ponto de corte e entendendo que o uso de ponto pode ser muito influenciado por aspectos culturais, perdendo a comparabilidade da prevalência encontrada com outros estudos (Munhoz TN et al, 2016), optou-se utilizar a correção algorítmica. O algoritmo define o teste como positivo na presença de cinco ou mais sintomas, desde que pelo menos um seja humor deprimido ou anedonia, e que cada sintoma corresponda à resposta 2 ou 3 (“uma semana ou mais” e “quase todos os dias”, respectivamente), com exceção do sintoma 9 (Figura 1), para o qual é aceitável qualquer valor de 1 a 3 (“menos de uma semana”, “uma semana ou mais” e “quase todos os dias”, respectivamente).

2.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Ao categorizar as variáveis conforme a proposta do projeto de pesquisa percebeu-se a necessidade de que isso fosse feito de outra forma para obter melhores resultados no modelo estatístico final. Sendo assim, a operacionalização de algumas variáveis foi modificada com o objetivo de proporcionar uma melhor análise estatística.

Em relação às variáveis independentes, foram feitas as seguintes mudanças:

- Idade: antes seria utilizada de forma numérica discreta, agora fora categorizada em 3 grupos: 18 a 39; 40 a 59; 60 anos ou mais;
- Estado civil: antes seria categorizado em 4 categorias e passou a ser categorizado em 3 (casados, solteiros e foi acoplado em um só grupo os separados/divorciados e viúvos).
- A escolaridade foi coletada de forma numérica e categorizada em três grupos de acordo com os anos de estudo (0-8 anos; 9-11; 12 ou mais).
- A variável “uso de tabaco” foi substituída por uso de tabaco atual, para melhor ajustes nas análises do modelo final, sendo operacionalizada como variável dicotômica (uso atual de tabaco: sim ou não).
- A forma de coletar a variável doenças orgânicas crônicas/DCNT foi a mesma, no entanto decidiu-se substituir a variável dicotômica por uma variável politômica ordinal, a qual indica se o indivíduo não tem nenhuma DCNT, tem uma ou tem 2 ou mais.
- Estresse percebido foi coletado pela escala PSS-14 e obtido um escore. A partir deste escore foi criada uma variável de estresse que separou 3 tercis do escore (1° tercil com menores escores, 2° tercil com escores intermediários e 3° maiores escores de estresse percebido).

3 SUBSTITUIÇÃO DE VARIÁVEIS

Como indicador de nível socioeconômico, foi usado o índice de bens (Filmer D e Pritchett L, 2001) ao invés da variável renda familiar. Esta decisão foi tomada com objetivo de não prejudicar o modelo estatístico de análise final, visto que houve um número de perda muito grande para variável renda. Para a criação dessa variável, levou-se em consideração características do domicílio (origem da água utilizada para beber, número de peças usadas para dormir e número de banheiros na casa) e alguns bens domésticos (carro, computador,

internet, telefone fixo, micro-ondas, máquina de lavar roupa, máquina de secar roupa e DVD) (Filmer D e Pritchett L, 2001). A partir destes 11 itens, foi realizada uma análise de componentes principais, extraíndo-se o primeiro componente, que explicou 30,1% da variabilidade de todos os itens (eigenvalue = 3,31). A variável foi operacionalizada em tercís de índice de bens (1º menor, 2º intermediário e 3º maior).

4 PROCESSAMENTO DOS DADOS

As análises foram realizadas utilizando o prefixo svy, que considerou o DEFF e Coeficiente de Correlação Intraclasse em todas as análises.

5 REFERÊNCIAS

Filmer D, Pritchett L. Estimating wealth effects without expenditure data-or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography* 2001; 38: 115-132.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.

Munhoz TN, Nunes BP, Wehrmeister FC, Santos IS, Matijasevicha A. A nationwide population-based study of depression in Brazil. *Journal of Affective Disorders* 2016; 192: 226-233.

3 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FAMED-FURG) atualmente conta com dois Programas de Pós-graduação: Ciências da Saúde (PPGCS) e Saúde Pública (PPGSP). Ambos oferecem o curso de mestrado, sendo que o PPGCS oferece, também, doutorado.

Em 2015, os Programas de Pós-graduação uniram-se com o objetivo de criar uma única coleta de dados, prática conhecida como “consórcio de pesquisa” (Barros A et al, 2008), sendo composto por alunos e orientadores que desenvolvem um trabalho de campo único, oriundo de projetos de pesquisa individuais. Essa prática proporciona a todos os participantes maiores oportunidades de novos conhecimentos e aprendizados, além do desenvolvimento da habilidade de trabalhar em grupo (Hallal P et al, 2009). Nesse sentido, a pesquisa “Saúde da População Riograndina” se deu por meio da criação de um consórcio de pesquisa coordenado por dois professores e composto por dez alunos dos programas de pós-graduação da FAMED-FURG.

A concepção deste estudo ocorreu no mês de julho de 2015, quando houve a primeira reunião do grupo. O grupo era composto por alunos graduados nos seguintes cursos: nutrição, educação física, odontologia, psicologia e fisioterapia.

Primeiramente, houve a discussão dos temas escolhidos pelos alunos e seus orientadores, dentro de sua área de interesse. A relevância e a adequação do assunto, assim como a sua execução dentro do contexto do delineamento metodológico a ser realizado foram discutidas durante as reuniões do grupo do consórcio. Os alunos trabalharam na elaboração de suas justificativas e nos objetivos de seus projetos. Os orientadores auxiliaram na redação e estruturação dos projetos de pesquisa individuais.

Após a elaboração dos projetos individuais, foi elaborado um projeto único: “Saúde da População Riograndina”. Este projeto contemplou os diferentes objetivos dos estudos de cada aluno envolvido, além de uma seção metodológica comum a todos os alunos (descritos no Quadro 1). A partir do instrumento de cada projeto, foi elaborado um instrumento único a ser usado no consórcio de pesquisa, contemplando os instrumentos individuais e mais algumas questões gerais de interesse coletivo. As discussões realizadas durante as reuniões tinham

como meta reunir esforços para a compatibilização da população alvo e de um tamanho amostral que atendesse a todos os interessados.

Pós-graduando (a)	Área de graduação	Tema de Pesquisa
Andressa Kretschmer	Nutrição	Prevalência e fatores associados à prática de atividade física
Karla Machado	Nutrição	Autopercepção de alimentação saudável
Leandro Pontes	Odontologia	Prevalência de bruxismo e associação com o estresse
Manoela Oliz	Educação física	Utilização do serviço de Educação Física
Mariane Dias	Nutrição	Frequência e fatores associados à insegurança alimentar
Marina Carpena	Psicologia	Prevalência e fatores associados à depressão
Milena Simões	Nutrição	Avaliação do recebimento de aconselhamento nutricional
Monica Muraro	Fisioterapia	Prevalência de doenças respiratórias crônicas e fatores de risco
Morgana Crizel	Nutrição	Descrever o consumo alimentar
Renata Paulitsch	Nutrição	A definir

Quadro 1. Descrição dos alunos, áreas de graduação e temas do Consórcio de Pesquisa Saúde da População Riograndina 2015/2016. Rio Grande/RS. 2016.

2 CRIAÇÃO DE UM LOGO

Para a seleção de entrevistadoras, realização da divulgação e padronização dos materiais da pesquisa foi acordado que seria desenvolvido um logo da pesquisa. Como elementos principais foram mencionados: o nome, objetos que lembram a cidade portuária (pórtico de entrada da cidade e barcos), objetos que retratem as pessoas e cores que simboliza saúde (verde) e o mar que entorna a cidade (azul). A partir de então foram desenvolvidos 7 modelos a serem votados e modificados pelo grupo. Por fim, foi eleito o logo que contém um barco com uma vela verde e o nome da pesquisa em azul (Apêndice 1).

3 ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O instrumento da pesquisa foi criado a partir de diversos encontros do grupo e de cada pesquisador com o seu orientador, após a definição dos temas, cada pesquisador buscou formas de obter as referidas informações e o questionário foi amplamente discutido e organizado nas reuniões sendo testado repetidas vezes durante sua elaboração. Contudo o questionário final ficou com 20 páginas, 252 perguntas fechadas e a aplicação média de 30 minutos (Apêndice 2). Contendo uma parte de identificação e perguntas divididas em blocos da seguinte forma:

A: Geral: questões gerais com perguntas sociodemográficas

B: Hábitos de Vida,

C: Socioeconômico respondido apenas pelo chefe da família

D: Doenças Crônicas

E: Qualidade de Vida

F: Doenças Respiratórias

G: Serviços de Saúde

H: Consumo Alimentar (onde as 15 primeiras perguntas, que eram sobre insegurança alimentar, foram feitas apenas ao chefe da família)

I: Atividade Física

J: Bairro

L: Utilização do serviço de educação Física

M: Saúde Mental

N: Saúde Bucal

O: Saúde Mental (2ª parte)

O mesmo constituía instrumentos validados para população brasileira, como: *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* (Fleck M et al, 2000), Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (IBGE, 2014), *International Physical. Activity Questionnaire – Short (IPAQ-SHORT)* (Matsudo S et al, 2001), *Perceived Stress Scale (PSS-14)* (Reis RS et al, 2010), *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* (Santos IS et al, 2013), e também instrumentos elaborados especificamente para a pesquisa. A impressão destes foi feita pela gráfica da FURG, sem honorários para os participantes da pesquisa.

4 BANCO DE DADOS

O banco de dados foi criado por uma das alunas do mestrado no programa EpiData 3.1. O mesmo foi elaborado de acordo com o questionário, sendo estipulado valores máximos e mínimos de limites para reduzir futuros erros de digitação e codificação.

5 MANUAL DE INSTRUÇÕES

O manual de instruções foi elaborado posteriormente a construção do questionário, cada aluno ficou responsável por montar as instruções referentes às suas questões e dois alunos ficaram responsáveis pelas instruções dos blocos gerais e formatação do mesmo, após o manual de instruções estar completo e formatado foi repassado para outros dois alunos para a revisão final.

O manual continha instruções de aplicação de cada um dos blocos do questionário, com o intuito de auxiliar as entrevistadoras durante o treinamento e a coleta de dados, nele também estava incluso o nome e telefone de todos os pesquisadores para as entrevistadoras entrarem em contato com a equipe.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa “Saúde da população Riograndina” foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG, em janeiro e aprovado em março de 2016, sob parecer 20/2016. Este seguiu os preceitos da resolução 466/12. Cabe destacar que todos os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice 3), concordando em participar da pesquisa. Aqueles que não sabiam ler e/ou escrever consentiram em participar colocando sua impressão digital no termo.

Como procedimento ético, foram encaminhados a um dispositivo de saúde mental do município os participantes que pontuaram risco de suicídio na questão 9 do bloco O. Além disso, aqueles que solicitaram algum tipo de atendimento (por exemplo: fisioterapêutico ou psicológico) também foram devidamente encaminhados. A instituição para qual foi encaminhada foi contatada previamente para averiguar a disponibilidade em receber o paciente, sendo as instituições que mais receberam pacientes: Ambulatório de Saúde Mental e CAPS-Conviver. Posteriormente foram explicados os procedimentos ao sujeito e enviado um encaminhamento formal (Apêndice 4), junto ao endereço e horário de funcionamento do dispositivo.

7 AMOSTRAGEM

Para o cálculo amostral, cada pós-graduando computou o tamanho de amostra necessário para seu tema de interesse, seja para estimar prevalência ou avaliar possíveis associações. Posteriormente, foi solicitado que os alunos do consórcio mandassem seus cálculos amostrais para os coordenadores e foi realizada uma reunião para a definição do tamanho final da mesma. Todos os cálculos de tamanho de amostra foram realizados no Epi Info 7.0 e alcançaram o valor máximo necessário de 1.420 indivíduos, considerando possíveis perdas e recusas. Desta forma, todos os alunos conseguiram desenvolver seus trabalhos, levando em consideração questões logísticas e financeiras.

O processo de amostragem ocorreu em dois estágios, baseando-se nos dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011). Inicialmente, todos os domicílios da zona urbana (77.835) do município foram alocados em ordem decrescente, conforme a renda média mensal do chefe

da família. Procedeu-se com a seleção aleatória do primeiro domicílio e seguiu-se com seleção sistemática mediante o “pulo” de 1.080 domicílios, identificando o setor correspondente e selecionando 72 setores censitários. Os setores resultaram em 23.439 domicílios, dos quais, através do “pulo” de 32, foram selecionados 711 domicílios, em 30 bairros e excluídos dois setores por não terem domicílios sorteados. Todos os indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos dos domicílios selecionados foram considerados elegíveis para fazerem parte da amostra.

8 RECONHECIMENTO DOS DOMICÍLIOS

Os domicílios selecionados para o estudo foram visitados pelos supervisores da pesquisa antes da coleta de dados. O reconhecimento dos setores foi realizado em março de 2016, com o intuito de verificar se o domicílio era residencial, comercial ou desocupado, anotando na planilha o endereço completo. Os pesquisadores informaram acerca do estudo, entregando uma carta de apresentação (Apêndice 5) e imã de geladeira com o logo da pesquisa aos moradores, convidando-os para participar, após aceite era perguntado e registrado o nome, idade e telefone dos moradores da casa e agendado possíveis horários disponíveis para a entrevista em uma planilha.

Os pesquisadores foram para o reconhecimento dos domicílios com um aparelho de Sistema de Posicionamento Global (GPS) para o reconhecimento geográfico e armazenamento dessas informações de localidade. Essas informações serão usadas em análises de geoprocessamento para futuros trabalhos.

9 SELEÇÃO DE ENTREVISTADORAS

O processo seletivo para contratação das entrevistadoras tinha por objetivo selecionar 20 mulheres para participar do treinamento. Para tanto, a seleção foi divulgada no site da FURG; cartazes e *folders* nos prédios dos dois campus da FURG situados em Rio Grande; Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-rio-grandense; Sine e matéria em jornais e rádios da cidade além da utilização das redes sociais. Um edital com todo o processo foi constituído, normatizando todo o processo.

As candidatas interessadas em fazer parte da equipe do Projeto deveriam atender aos seguintes pré-requisitos:

- ser do sexo feminino;
- apresentar disponibilidade de pelo menos 30 horas semanais;
- ter idade maior ou igual a 18 anos;
- possuir ensino médio completo;
- ter disponibilidade para estar presente no treinamento do estudo.

As candidatas interessadas entregaram uma cópia da sua identidade (ou carteira de motorista), diploma ou certificado de conclusão do ensino médio, comprovante de residência e ficha de inscrição na secretaria da Faculdade de Medicina da FURG. Nas primeiras duas semanas o movimento de entrega de documentos foi alta, sendo necessária a presença de um pesquisador por turno na secretaria. As inscrições ocorreram de 15/02 a 18/03 de 2016. Foram totalizadas 165 inscrições. Dessas 56 candidatas foram chamadas para uma entrevista, utilizando o critério disponibilidade de horário.

Um total de 49 candidatas compareceram a entrevista, durante dois dias nos turnos manhã e tarde. Nas entrevistas duas pesquisadoras preencheram um formulário pré-estabelecido que visava avaliar os seguintes critérios:

- experiência em pesquisa e/ou relacionamento com público;
- conhecimento sobre a pesquisa;
- leitura/ comunicação;
- apresentação
- disponibilidade de visitar bairros vulneráveis;
- disponibilidade de horário;
- letra legível;
- interesse na remuneração proposta.

Ao final dessa fase, foram selecionadas 20 candidatas para a realização do treinamento.

10 TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

Ao realizar os contatos telefônicos para início do treinamento uma candidata desistiu e uma não compareceu ao início do treinamento, iniciando o mesmo com 18 mulheres.

O treinamento foi realizado nos dias 28, 29, 30, 31 de março e 01 de abril de 2016 no Centro de Convívio dos Meninos do Mar da FURG, compondo uma carga de horário 31 horas e 30 minutos. Ao final desse processo, 16 candidatas concluíram o treinamento, sendo 12 foram consideradas aptas a função. Ao final do treinamento, considerando o desempenho das candidatas em todo o treinamento, a equipe selecionou 9 mulheres para iniciarem a coleta de dados e as demais ficaram como suplentes (para caso de desistências ou demissões).

O cronograma do treinamento (Apêndice 6) foi pré-estabelecido pelo grupo e ocorreu da seguinte maneira:

1) Apresentação geral do consórcio: nesse momento, uma das coordenadoras do consórcio e uma pesquisadora abordaram os seguintes temas:

- PPG envolvidos;
- Descrição da pesquisa (consórcio);
- Apresentação da equipe;
- Esclarecimentos sobre as etapas do treinamento;
- Orientações gerais sobre: material necessário para as entrevistas, uniforme, apresentação pessoal e postura;
- Rotina de trabalho;
- Apresentação da entrevistadora ao visitar os domicílios;
- Termo de Consentimento;
- Recusas
- Manual de Aplicação;
- Como preencher o questionário.

2) Leitura do questionário: nesta etapa cada pesquisador explicou e leu suas questões com as candidatas. O Manual de Aplicação era utilizado concomitantemente. O objetivo desse processo era familiarizar as candidatas com cada bloco do questionário, bem como ensinar a forma de perguntar e preencher cada questão. A cada bloco concluído, as candidatas aplicavam o mesmo umas nas outras (em duplas), isso possibilitou o reforço do que estava sendo ensinado bem como uma avaliação do entendimento da mesmas pelos pesquisadores.

- 3) Aplicação dos questionários entre as candidatas: ao concluir a leitura de todo questionário, as entrevistadoras foram separadas em duplas e aplicaram o questionário completo entre elas. Os pesquisadores supervisionaram essa etapa, realizando uma avaliação das mesmas.
- 4) Estudo piloto: realizado com todas as candidatas em um setor selecionado por conveniência, sendo que este não fazia parte dos setores que iriam compor a amostra do estudo. Cada candidata aplicou um questionário, sendo acompanhadas por um pesquisador. Um total de 18 questionários foram aplicados.
- 5) Prova teórica: no último dia do treinamento as candidatas foram submetidas a uma prova sobre os conteúdos desenvolvidos durante a semana.

11 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado no quarto dia da semana de treinamento (31/03/2016) em um setor censitário de Rio Grande, não selecionado na amostragem. As candidatas ao cargo de entrevistadoras foram divididas em dois grupos (oito candidatas em cada grupo), sendo cada um deles acompanhados em um horário diferente pelos responsáveis da pesquisa no setor selecionado para a realização deste estudo piloto.

No local do estudo piloto, cada candidata foi acompanhada por um pesquisador em um domicílio aleatório, onde a mesma pode aplicar o questionário com um morador de 18 anos de idade ou mais. Através deste pré-estudo foi possível testar os instrumentos de coleta, o manual de instruções, verificar o tempo de aplicação, a organização do trabalho de campo, o desempenho das candidatas, codificação e a digitação dos dados no banco de dados construído previamente.

12 LOGÍSTICA DE TRABALHO DE CAMPO

A equipe de trabalho foi formada por 2 coordenadores de pesquisa (Professores dos PPGSP e PPGCS), oito mestrandos, duas doutorandas e 9 entrevistadoras contratadas para realizar a coleta dos dados. Além destes, fizeram parte da equipe dois bolsistas do curso de graduação em medicina que auxiliaram na digitação dos dados.

O trabalho de campo iniciou no dia 4 de abril de 2016 e teve seu término no dia 31 de julho do mesmo ano. No início cada mestrando era responsável pela logística de uma entrevistadora, restando uma pesquisadora responsável pelo controle de qualidade e administração financeira. Semanalmente, todos os pesquisadores se reuniam com as entrevistadoras para avaliar o andamento das entrevistas, solucionar dúvidas e pendências, organizar rotas, entregar novos materiais para as entrevistas e controle da devolução dos questionários, sendo realizada na própria FURG em uma sala na Faculdade de Medicina. Além da comunicação por celular e mensagens de texto.

Os questionários preenchidos eram revisados com as próprias entrevistadoras, logo era realizada a contagem de quantos haviam retornado preenchidos e repassado para a doutoranda responsável, que cuidava dos números dos questionários e valores a serem pagos. Nesse mesmo momento era repassado o valor do ônibus para a semana seguinte.

Os pesquisadores tinham reuniões quase sempre no mesmo dia com os coordenadores da pesquisa para repassar o andamento do trabalho de campo, e relatar possíveis dificuldades assim para juntos solucionarem e retornarem para as entrevistadoras as mudanças.

As entrevistadoras iam a campo identificadas com camiseta, boné e crachá com o logotipo da pesquisa. Levavam consigo todo material necessário para a execução das entrevistas (prancheta, lápis, caneta, borracha, termo de consentimento livre e esclarecido, carta de apresentação, cartela com as escalas de algumas perguntas, questionários em papel, com o cabeçalho já preenchido pelos pesquisadores com o nome da pessoa, endereço e horário do agendamento). Antes de iniciar a entrevista, era lido o TCLE, entregue ao entrevistado e pedido para ele assinar, caso estivesse de acordo, uma segunda folha que era devolvida para os pesquisadores e arquivada.

No começo o pagamento seria de 900 reais por mês com uma meta de 25 questionários por semana, porém a meta não foi alcançada pelas entrevistadoras, sendo alterada a forma de pagamento, passando a ser pago o valor de R\$ 10,00 reais por entrevista. Ficando a remuneração abaixo do combinado previamente, por a meta não ser cumprida e sendo assim como meio de estimular a coleta ao final do primeiro mês foi dado um acréscimo de R\$ 200,00 reais para cada entrevistadora no seu valor final. Ao final do segundo mês, foi necessário modificar a forma de pagamento novamente a fim de aumentar a produtividade,

as entrevistas passaram a valer R\$ 12,00 e nas duas últimas semanas as entrevistas passaram a serem pagas R\$ 15,00 e recusas prévias foram pagas o valor de R\$ 20,00.

Como estratégia inicial as entrevistadoras coletaram dados em locais próximos onde as mesmas residiam cientes a necessidade de diminuir custos. No transcorrer da coleta tiveram algumas desistências de entrevistadoras restando no último mês 4 entrevistadoras e nas duas últimas semanas foram escolhidas duas entrevistadoras com melhor rendimento para tentar reverter as recusas prévias. Devido às desistências de entrevistadoras as estratégias tiveram que ser repensadas semanalmente a fim de alcançar as metas de realização de entrevistas. Para isso foram reorganizadas estratégias para coleta, como realocar dois pesquisadores para cada entrevistadora acompanhando mais intimamente a rotina semanal delas.

Outra estratégia foi ao final do segundo mês a realização de mutirões onde pesquisadores se organizavam através de escalas para irem juntamente com as entrevistadoras, conduzidas por um carro oficial da FURG nos setores faltantes, na última quinzena de trabalho de campo os pesquisadores utilizaram seus veículos próprios para levarem as entrevistadoras nos domicílios mais distantes, organizados por escalas as quatro entrevistadoras restantes e posteriormente duas para a realização das recusas prévias na finalização da coleta, os mutirões que eram feitas apenas no final de semana foram adicionadas em feriados e alguns dias na semana como estratégia para aumentar o número de informações e reverter algumas recusas.

A coleta de dados estava prevista para os meses de abril a maio de 2016, porém estendeu-se para quatro meses, encerrando as atividades dia 31 de julho de 2016 devido a contratempos. Os contratempos compreenderam, por exemplo, o não cumprimento das metas, desistência das entrevistadoras e dificuldade de acesso aos entrevistados,

13 DIGITAÇÃO E ARQUIVAMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

Os pesquisadores eram responsáveis por organizar os questionários, revisá-los, codificá-los, fazer a primeira digitação e ligar para as pessoas caso fosse verificado a falta de preenchimento de alguma questão. Essa rotina deveria ser concluída até o fim da própria semana para o trabalho não ficar acumulado e vir a prejudicar o avanço do estudo.

Os questionários recebidos semanalmente eram divididos entre os pesquisadores para a primeira digitação e colocados em uma caixa arquivo com o nome de cada pesquisador, após a primeira digitação eram colocados em outra caixa com nome “2ª digitação” para ser feita a segunda digitação, posteriormente eles eram colocados em outra caixa arquivo “prontos” e organizadas em lotes pela pesquisadora doutoranda após anotar na planilha controle cada questionário. Ao total são 14 lotes, os quais estão armazenados na sala de um dos professores coordenadores da pesquisa, onde permanecerão até a pesquisa completar cinco anos.

14 LIMPEZA DO BANCO DE DADOS

Após o término da digitação foi realizada a limpeza do banco de dados pelo coordenador da pesquisa juntamente com os alunos. O processo foi realizado em duas semanas e teve como objetivo corrigir erros e verificar incompatibilidades, através da comparação dos dados do banco de dados com os dos questionários.

15 CONTROLE DE QUALIDADE

A fim de assegurar a qualidade dos dados um conjunto de medidas foi adotado em todo o processo da pesquisa. Houve um extenso cuidado na seleção e treinamento das entrevistadoras (descrito em item específico); foram realizadas testagens e pré-piloto do questionário; manuais foram elaborados para padronização da coleta de dados e digitação; todo o trabalho de campo foi supervisionado permanentemente e reentrevistas ocorreram concomitantemente à coleta de dados.

A reentrevista foi realizada através questionário padronizado (questões selecionadas do questionário geral) com indivíduos sorteados aleatoriamente. Este processo foi desenvolvido com 10,5% da amostra e sempre em um intervalo de até duas semanas após a aplicação do questionário geral pela entrevistadora. O inquérito foi realizado via telefone ou caso necessário na casa do entrevistado, e por um dos pesquisadores responsáveis, tendo por objetivo avaliar a confiabilidade intra-observador. Para avaliar a concordância das respostas utilizou-se o Índice Kappa. O valor médio do índice Kappa das perguntas foi de 0,80, mostrando excelente consistência dos dados (Landis J e Koch G, 1977).

16 DADOS DA PESQUISA

Dos 711 domicílios amostrados, foram entrevistados 676, dos quais tinham em média 1,92 indivíduos residentes em cada domicílio (1,92 indivíduos por domicílio), o que resultou em 1.429 sujeitos elegíveis. Foi encontrado um número inferior do que era esperado segundo o censo realizado pelo IBGE em 2011 na cidade, que apontava 2,08 moradores por domicílio ($711 \times 2,08 = 1.479$). Foram perdidos 35 domicílios (4,9%), excluídos 2 sujeitos por estarem institucionalizados, 7 por terem uma doença física que o incapacitasse de responder o questionário (e.g. surdez, na fala, etc) e 17 por ter alguma doença que a tornasse inapta cognitivamente para responder o questionário (i.e. parkinson, alzheimer, autismo ou retardo mental). As 30 perdas e 99 recusas resultaram em uma taxa de resposta igual a 91%. As perdas e recusas foram mais prevalentes ($p < 0,001$) para os indivíduos do sexo masculino (12%, versus 6,5% do sexo feminino). Não houve diferença na média de idade entre os participantes e não participantes ($p = 0,64$). Observou-se maior número de perdas/recusas no bairro Centro, chegando a 20% do total de elegíveis.

Foram entrevistas 1300 pessoas, com média de idade de 46,06 anos e prevalentemente mulheres (56,6%). Houve dois indivíduos que responderam apenas até a metade do questionário e outros dois que desistiram antes do final da entrevista. Além disso, para algumas questões houve respostas ignoradas, ou pelo fato de o indivíduo não saber/lembrar da resposta ou não querer responder. A variável com maior número de respostas ignoradas foi a renda de cada morador do domicílio, atingindo 9,9% de não resposta (128 indivíduos).

Da amostra final, 84 pessoas foram encaminhadas por apresentarem risco de suicídio. Além disso, nove pessoas solicitaram encaminhamento a um dispositivo de saúde mental e quatro solicitaram encaminhamento para outros dispositivos de saúde (para atendimento odontológico, planejamento familiar, com fisioterapeuta e educador físico). Totalizaram 97 encaminhamentos realizados, sendo que este procedimento fez parte da sessão de ética prevista no projeto inicial do consórcio de pesquisa.

Os principais resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de trabalhos apresentados em congressos, artigos publicados em periódicos científicos e dissertações a serem apresentadas nos programas de pós-graduação envolvidos. Também está previsto a

apresentação dos resultados para os participantes por meio de um folder informativo (Apêndice 7), para a imprensa local e as coordenadorias afins da Prefeitura Municipal do Rio Grande.

17 CRONOGRAMA

Período Atividades	2015							2016																	2017			
	Já	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Ou	No	De	Ja	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju	Ju	Ag	Se	Ou	No	De	Ja	Fe		
Revisão da literatura de cada aluno																												
Construção dos projetos individuais																												
Qualificação dos projetos																												
Construção do projeto único																												
Envio ao comitê de ética																												
Seleção e treinamento das entrevistadoras																												
Estudo piloto																												
Coleta de dados																												
Controle de qualidade																												
Digitação dos dados																												
Verificação e limpeza do banco de dados																												
Análise e interpretação dos dados																												
Elaboração das Dissertações																												
Finalização dos Artigos																												
Sustentação das Dissertações																												

18 ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO

O consórcio de pesquisa foi financiado com recursos dos dois Programas de Pós-graduação em Saúde Pública (PPGSP) e em Ciências da Saúde (PPGCiSau) vinculados à faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande, que forneceram um total de R\$ 11.500,00 (PPGSP: R\$7.500,00 e PPGCiSau: R\$ 4.000,00) e dos alunos (R\$ 10.000), sendo que quatro destes recebem bolsa de mestrado e um de doutorado pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal no Nível Superior (CAPES). Além disso, a universidade forneceu a impressão 1.600 questionários. Os demais custos foram arcados pelo coordenador do consórcio (R\$ 2.176,77) Os gastos finais estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Gastos finais do consórcio de pesquisa “Saúde da População Riograndina 2015/2016”. Rio Grande/RS. 2016.

Item	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Total (R\$)
Confecção das camisetas	30	21,00	630,00
Imãs	1000	0,25	250,00
Bonés	15	8,07	121,05
Chip e recargas de celular			87,00
Papelaria			419,32
Material para treinamento			22,85
Passagem	899	3,30	2.966,70
Gasolina			461,01
Refeições			604,84
Impressão de questionários	1600	Fornecido pela FURG	0,00
Pagamento entrevistadoras			17.734,00
Bolsa Iniciação Científica	1	380,60	380,60
Total			23.676,77

19 DIVULGAÇÃO

Para a divulgação foram utilizados diferentes meios de comunicação com o objetivo de divulgar a pesquisa e ter a participação da população. Uma página foi criada em uma rede social para divulgação de todas as etapas da pesquisa, como seleção de entrevistadoras, início de coleta de dados, além de ser respondido informações sempre que solicitado pelos usuários.

Para o recrutamento das entrevistadoras foram criados cartazes e folders informativos sobre o processo de seleção. Esse material foi colocado nos seguintes locais: site da FURG; prédios dos dois campus da FURG situados em Rio Grande; Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-rio-grandense; Sine.

Com o intuito de apresentar a pesquisa e o recrutamento das entrevistadoras foram realizadas algumas divulgações na mídia local:

14/02/16 – matéria online no Jornal Agora

15/02/16 – matéria impressa no Jornal Agora

18/02/16 – matéria online no site da FURG

19/02/16 – matéria online jornal Diário Popular

22/02/16 – entrevista programa FM Café da TV FURG

(<https://www.youtube.com/watch?v=P7D6-gkKYgg> - 36:00min)

Considerando a coleta de dados, novas divulgações foram realizadas a fim de estimular a participação da comunidade:

30/03/16 – participação no programa Show da Manhã na rádio Minuano (AM 1410)

01/04/2016 - nova participação no programa Show da Manhã (rádio Minuano) e também no programa Giro Oceano da rádio Oceano (FM 97.1)

04/04/2016 - uma matéria online no site da FURG

08/04/16 – entrevista programa Jornal do Almoço emissora de televisão RBSTV

13/04/2016 – matéria online e impressa Jornal Agora

Visando a diminuição das recusas, no dia 12/05/2016 uma matéria reforçando a importância da participação da população foi veiculada no Jornal Agora. É preciso ressaltar que todas as matérias e participações em programas não geram nenhum custo para a pesquisa.

Ao finalizar o banco de dados da pesquisa os principais resultados serão enviados a todos os sujeitos da pesquisa através de uma carta via mala-direta para seus respectivos endereços. Também serão divulgados na Secretaria Municipal de Saúde, e na mídia local do município nos mesmos veículos utilizados anteriormente (jornais, rádio, e televisão). Demais resultados e associações estudadas serão encaminhados a periódicos científicos nacionais e internacionais.

20 REDAÇÃO DO ARTIGO DE METODOLOGIA

Mediante a conclusão da coleta de dados da pesquisa, o grupo julgou ser pertinente a elaboração de um artigo que abordasse a metodologia empregada no consórcio de Pesquisa Saúde da População Riograndina. Divulgar a metodologia desta pesquisa poderá subsidiar outros grupos de pesquisa e pesquisadores que anseiam em adotar esta metodologia de trabalho de campo. Além disso, ainda são poucos estudos publicados que evidenciam as estratégias adotadas na coleta de dados em grandes estudos populacionais. Sendo assim, um artigo com este caráter poderá auxiliar os pesquisadores na tomada de decisão, baseando-se no que “deu certo” e no que “não deu certo” em estudos anteriores.

21 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consolidação do consórcio de pesquisa “Saúde da População Riograndina” foi relevante para a produção de conhecimento científico em saúde populacional. Os resultados obtidos da pesquisa foram entregues aos gestores do município (prefeitura e secretaria de saúde), com o intuito de subsidiá-los na proposição de novas políticas públicas.

Como aspectos positivos a serem ressaltados da coleta de dados, pode-se citar o envolvimento dos alunos em todas as fases da pesquisa, que vão desde a elaboração do instrumento, o treinamento e supervisão de entrevistadoras, até a análise dos resultados. A iniciativa fortaleceu o trabalho em grupo e o senso crítico em relação ao processo de pesquisa. Em relação às dificuldades pode-se salientar que o projeto contou com poucos recursos financeiros, fazendo com que assim a remuneração das

entrevistadoras em relação a questionário operasse com um valor menor quando comparado com outros estudos dos quais utilizaram metodologias similares.

Os bairros dos quais se caracterizam por possuir uma população com um maior poder aquisitivo percebeu-se que houve uma maior resistência para responder o questionário, assim como houve um percentual de recusa maior quando comparado aos bairros com menor nível socioeconômico. Por se tratar de um município litorâneo e pouco compacto, com bairros urbanos com distâncias superiores a 25 Km, houve uma dificuldade logística em relação a tempo/recurso para o acesso destas áreas, uma vez que o deslocamento até estes locais geralmente ocorreu nos fins de semana, dos quais não se pode desfrutar das viaturas da universidade, havendo assim um gasto relacionado ao combustível.

Como recomendações para outros estudos similares, sugere-se que as entrevistadoras recebam por produtividade, pois inicialmente estava previsto que as mesmas receberiam um valor fixo, porém desta forma houve o descumprimento da meta estabelecida, fazendo com que assim fosse adotada a remuneração por produtividade. Sugere-se que a renda seja perguntada de maneira individual, e não somente pelo chefe da família, a fim de diminuir perdas de informação para esta variável. Outra proposição consiste em questionar a posse de freezer e máquina de lavar louças ao invés de geladeira e televisão, visto que a grande maioria da população estudada possui estes itens, com a finalidade de criar o indicador socioeconômico denominado índice de bens.

Contudo, o grupo acredita que o sistema de consórcio de pesquisa trata-se de uma maneira eficaz de se realizar inquéritos de base populacional, pois viabiliza o desenvolvimento de pesquisas de base populacional com menos recursos financeiros e de tempo capacidade de geração de dados e de resultados. A participação dos discentes nesse processo fortaleceu o conhecimento em torno de todas as etapas que envolvem esta metodologia de estudo.

22 REFERÊNCIAS

Barros A, Menezes A, Santos I, Assunção M, Gigante D, Fassa A, Marques M, Araújo C, Hallal P, Facchini L. 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: 133-144.

Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica* 2000; 34: 178-183.

Hallal P, Silva M, Rombaldi A, Neutzling M, Nunes V, Adamoli A, Copetti J, Corrêa L, Amorim T, Borges T, Azevedo M. Consórcio de Pesquisa: Relato de uma Experiência Metodológica na Linha de Pesquisa em Atividade Física, Nutrição e Saúde do Curso de Mestrado em Educação Física da UFPEL. *Rev Bras Atividade Física e Saúde* 2009; 14: 156-163.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data 1977; 33: 159-174.

Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira L C, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev bras ativ fís saúde* 2001; 6: 05-18.

Reis RS, Hino A, Rodriguez-Añez CR. Perceived Stress Scale Reliability and Validity Study in Brazil. *Journal of Health Psychology* 2010; 15: 107–114.

Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, Patella AM, Matijasevich A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cad Saúde Pública 2013; 29: 1533-1543.

4 NORMAS DA REVISTA

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1 CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser

submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2 NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3 PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4 FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5 CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6 COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

7 AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8 REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9 NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10 ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11 PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12 ENVIO DO ARTIGO

12.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

12.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

12.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais)

12.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word),

RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13 ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14 ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.enp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

5 ARTIGO

Prevalência e fatores associados à depressão entre homens e mulheres: um estudo de base populacional em uma cidade no sul do Brasil

Marina Xavier Carpena¹

Lucas Neiva-Silva¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.

Correspondência:

Marina Xavier Carpena – marinacarpa_@hotmail.com

Campus Saúde (FURG), Rua Marechal Osório, s/n, Centro

Rio Grande – RS, Brasil – CEP: 96203-900

Resumo

Com objetivo de investigar a prevalência e fatores associados à depressão entre homens e mulheres com 18 anos ou mais, residentes na zona urbana, foi desenvolvido um estudo transversal de base populacional na cidade de Rio Grande (RS). O processo de amostragem ocorreu em dois estágios e a unidade amostral foi setores censitários. Para avaliação de depressão utilizou-se o algoritmo do *Patient Health Questionnaire-9*, que avalia Episódio Depressivo Maior (EDM) segundo critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Por meio da regressão de Poisson investigou-se a associação entre exposições e desfecho para amostra geral e estratificada segundo sexo. As análises foram realizadas no *Software STATA 14.0*, adotando o nível de significância bicaudal de 5%. A taxa de resposta foi de 91%. Dos 1.295 respondentes, 11,2% apresentaram sintomatologia de EDM. A prevalência de EDM foi diferente entre homens (8,4%) e mulheres (13,4%). Na amostra geral, as variáveis independentemente associadas ao EDM foram sexo feminino, menor nível socioeconômico, menor escolaridade, insuficientemente ativos, maior nível de estresse percebido, maior nº de doenças crônicas não transmissíveis e diagnóstico de outro transtorno mental. Analisando apenas as mulheres, além destes fatores, o EDM esteve independentemente associado também ao uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias. Para os homens, se mantiveram independentemente associadas à EDM apenas as variáveis atividade física e estresse percebido. Dentre outros aspectos, deve-se buscar intervenções para o incentivo de atividade física e para lidar com estresse, como forma de prevenção e tratamento auxiliar para depressão.

Palavras-chave: Depressão, Episódio Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Maior.

Introdução

Depressão é um transtorno mental que envolve alterações somáticas, no afeto e na cognição, as quais influem na capacidade de funcionamento do indivíduo (1). Esta condição é um dos principais contribuintes para a carga global de doenças e a principal causa de incapacidade em todo o mundo (2). O transtorno depressivo influencia negativamente o estado de saúde geral da população, mais do que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (como angina, asma e diabetes), além de agravar os efeitos destas (3). No Brasil, em São Paulo, um estudo desenvolvido como parte do *World Mental Health Survey* (WMHS) indicou que a depressão está independentemente associada com um aumento anual de R\$308,28 em gastos de saúde e 10,37 dias de atividades normais perdidas (4), indicando o impacto social e financeiro desta condição na população brasileira.

A prevalência e os fatores associados à depressão têm sido acessados em estudos com populações do mundo (5, 6) e do Brasil (7, 8). Para acessar a ocorrência de depressão, frequentemente investiga-se o Transtorno Depressivo Maior (TDM) através da avaliação de um ou mais Episódios Depressivos Maiores (EDM), considerando o diagnóstico diferencial segundo critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) (1). A prevalência deste transtorno mental nas populações mundiais tem sido estimada por diversos estudos de base-populacional, inclusive impulsionados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Como parte do WMHS, foram estimadas prevalências de depressão nos últimos 12 meses, as quais variaram entre 2,2% (Japão) e 10,4% (Brasil), existindo diferenças relevantes entre regiões (6). Percebendo a variabilidade das prevalências de EDM encontradas por estudos internacionais, Ferrari *et al.* (2013) desenvolveram um estudo de meta-análise e revisão sobre o tema. Neste, foi identificado que o período de prevalência, sexo, ano do estudo, subtipo de depressão, instrumento de pesquisa, idade e região são determinantes da prevalência do TDM e explicam 57,7% de sua variabilidade entre os estudos. Como estimativa média, os autores apontaram prevalência pontual de TDM ajustada para diferenças metodológicas igual a 4,7% e incidência anual de 3,0% (5).

Um estudo com o mesmo intuito foi desenvolvido apenas com os achados para a população brasileira, encontrando uma prevalência média de 14% (8). No entanto, este achado é uma medida média realizada a partir da estimativa de estudos com diferentes delineamentos e instrumentos de rastreamento ou diagnóstico, sem ajuste nas análises. Como parte da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil (PNS), Munhoz *et al.* (2015)

desenvolveram um estudo que investigou a depressão e fatores associados nos estados brasileiros a partir da mesma metodologia em diferentes regiões, avaliando depressão por meio do acesso ao EDM pelo algoritmo do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Neste estudo, a prevalência de EDM no Brasil foi de 4,1%, sendo a região Sul a mais prevalente (4,8%) e a região Norte a menos prevalente (2,9%)(7).

Depressão, assim como a maioria dos transtornos mentais, é provavelmente desencadeada por uma série de fatores biopsicossociais que interagem entre si, desencadeando sinais e sintomas da psicopatologia. Existem alguns fatores associados à maior ocorrência de depressão que são comumente encontrados em nível mundial, como sexo feminino, baixa renda, baixa escolaridade, divórcio e outras doenças crônicas (2). A idade, por outro lado, é uma questão que apresenta achados bastante diferentes entre as regiões (5, 6), não havendo consistência nos achados.

Comportamentos aditivos, como uso de tabaco ou álcool também vem sendo mencionados como fatores de risco para depressão (9, 10), apesar de alguns estudos não encontrarem estas associações (5, 7). Contudo, a atividade física é encontrada junto a menor ocorrência de depressão (11, 12), além de ser mencionada como medida que pode auxiliar na redução da sintomatologia (13). Questões de saúde física e mental também têm sido exploradas na literatura, sendo observada uma menor ocorrência de depressão entre aqueles que não apresentam nenhuma doença quando comparado àqueles que apresentam (11, 12, 14). O fator estresse tem sido investigado tanto em estudos etiológicos de depressão, como variável psicofisiológica (15, 16), quanto como fator associado, predisponente e/ou agravante da depressão, como variável ambiental (eventos estressores) ou psicológica (estresse percebido) (14, 17).

No sul do Brasil, na cidade de Porto Alegre, um estudo longitudinal realizado com indivíduos com depressão maior apontou que pacientes deprimidos dificilmente são reconhecidos ou recebem tratamento adequado em unidades de cuidados primários, o que influi negativamente na qualidade de vida destes sujeitos (18). Compreender melhor a depressão e seus fatores associados pode subsidiar medidas de saúde pública que minimizem estes impactos ou os estabilizem, sobretudo fatores modificáveis, como atividade física e estresse. Além disso, considerando que boa parte dos estudos relatam maior prevalência de depressão entre mulheres (5-8), faz-se necessário investigar se os fatores associados à depressão seriam diferentes entre homens e mulheres. A partir do exposto, o objetivo deste estudo foi investigar a prevalência e os fatores associados à

depressão entre homens e mulheres, com 18 anos ou mais, residentes na zona urbana de Rio Grande (RS).

Método

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Saúde da População Riograndina”, desenvolvida pelos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública e Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (PPGSP e PPGCS/FURG). O delineamento utilizado foi o transversal de base populacional. A pesquisa foi desenvolvida no município de Rio Grande (RG), localizado no sul do estado do Rio Grande do Sul (RS).

A população deste estudo foi composta por indivíduos com idades igual ou superior a 18 anos, residentes na zona urbana do município. Os critérios de exclusão foram: estar institucionalizados em asilos, hospitais ou presídios, ter incapacidade física e/ou cognitiva para responder ao questionário (i.e. deficiência auditiva, doenças globais do desenvolvimento, degenerativas e esquizofrenia).

Para calcular o tamanho da amostra necessária para estimar a prevalência de 15% de depressão, foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 5%; poder de 80%; margem de erro de 2,5 e efeito de delineamento de 1,5, obtendo o número 1.167. A fim de realizar o cálculo de amostra para fatores associados, foram consideradas razões de prevalência de 1,5; 1,7 e 2,0 e o número amostral para cada variável esteve dentro dos 1.167. Com acréscimo de 10% e 15% para lidar com perdas, recusas e controle de fatores de confusão, resultou-se no número amostral final de 1.342 indivíduos.

O processo de amostragem ocorreu em dois estágios, baseando-se nos dados do Censo Demográfico 2010 (19). Primeiramente foram selecionados os setores censitários, logo após os domicílios e depois os indivíduos. Inicialmente, todos os domicílios da zona urbana (77.835) do município foram alocados em ordem decrescente, conforme a renda média mensal do chefe da família. Procedeu-se com a seleção aleatória do primeiro domicílio e seguiu-se com seleção sistemática mediante o “pulo” de 1.080 domicílios, identificando o setor correspondente, e selecionando assim 72 setores censitários. Os setores resultaram em 23.439 domicílios, dos quais, através do “pulo” de 32, foram selecionados 711 domicílios, 30 bairros e excluídos dois setores por não terem domicílios sorteados. Todos os 1.429 indivíduos identificados com idade maior ou igual a 18 anos dos domicílios selecionados, que não preencheram nenhum dos critérios de exclusão, foram considerados elegíveis para fazerem parte da amostra.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e julho de 2016 e foi realizada por entrevistadoras previamente selecionadas e treinadas para aplicação do questionário único e pré-codificado desenvolvido para o estudo “Saúde da população Riograndina”. Anterior à coleta de dados foi realizado o estudo piloto, o qual foi desenvolvido em um setor censitário não selecionado na amostragem e foram testados o instrumento, o manual de instrução para aplicação do questionário, logística e performance das entrevistadoras no trabalho de campo.

A avaliação de depressão ocorreu por meio do rastreamento do Episódio Depressivo Maior (EDM), através da escala *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Esta é uma escala *likert* de 4 pontos (0 a 3) que contém 9 perguntas para investigação da sintomatologia do EDM, validada para população brasileira (20). Para a correção, optou-se por utilizar a forma algorítmica da escala (7), a qual define o teste como positivo na presença de cinco ou mais sintomas dos nove, desde que pelo menos um seja humor deprimido ou anedonia e que cada sintoma corresponda à resposta 2 ou 3 (“uma semana ou mais” e “quase todos os dias”, respectivamente), com exceção do sintoma 9 (ideação suicida), para o qual é aceitável qualquer valor de 1 a 3 (“menos de uma semana”, “uma semana ou mais” e “quase todos os dias”, respectivamente), sendo estes os critérios do DSM-V para classificação de EDM (1).

Como variáveis independentes foram utilizadas: sexo biológico observado (masculino e feminino), idade (18 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais), estado civil (casado, solteiro e separado ou viúvo), índice de bens em tercís (1º tercís: mais baixo e 3º tercís: mais alto), escolaridade (até oito anos, de 9 a 11 anos e 12 anos ou mais), uso atual de tabaco (não e sim), uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias (não e sim) (21), atividade física no lazer (não ativo < 150 min/semana; ativo ≥ 150 min/semana) (22), tercís de escore de estresse percebido (1º tercís: mais baixo e 3º tercís: mais alto); nº de DCNT autorrelatado (não ter nenhuma, tem 1, tem 2 ou mais) e diagnóstico autorrelatado de outra doença psíquica que não depressão (não e sim).

O índice de bens foi utilizado como indicador de nível socioeconômico (23). Para a criação dessa variável, levou-se em consideração características do domicílio (origem da água utilizada para beber, número de cômodos usados para dormir e número de banheiros na casa) e alguns bens domésticos (carro, computador, internet, telefone fixo, microondas, máquina de lavar roupa, máquina de secar roupa e DVD). A partir destes itens, foi realizada uma análise de componentes principais, extraíndo-se o primeiro componente, que explicou 30,1% da variabilidade de todos os itens.

Para definir uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias utilizou-se uma questão sobre o consumo de bebida em uma única ocasião. Os critérios para definir positivo foram: 5 ou mais doses para homens e 4 ou mais doses para mulheres (21).

Para a coleta de Atividade Física no Lazer (AFL) (24) e Estresse Percebido (EP) (25) utilizou-se instrumentos validados para a população brasileira e que obtiveram consistência adequada para mensuração. Para caracterizar um sujeito ativo fisicamente através do resultado obtido pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) foi utilizado o ponto de corte de 150 minutos semanais da realização de atividade física no lazer, assim como preconizado pela OMS (2010). O Estresse Percebido (EP) foi obtido através do escore do *Perceived Stress Scale* (PSS-14), que varia de 0 a 56 e foi operacionalizado em tercís de escore.

Os questionários foram revisados e codificados pelos pesquisadores e realizada a digitação de dupla entrada no programa EpiData 3.1, para checagem automática de amplitude e consistência dos dados. Foram realizadas checagem por um supervisor de campo de algumas questões do questionário via telefone com 10,5% da amostra para controle de qualidade. As questões do questionário obtiveram valor médio de *Kappa* de 0,80, indicando que a reprodutibilidade do questionário foi satisfatória.

Análise de dados

Inicialmente foi realizada a análise descritiva, para estimar a prevalência do desfecho e descrever as características da amostra. Para avaliar a associação entre a variável dependente com as independentes, foi realizada análise bivariada. Para identificar as variáveis independentemente associadas ao desfecho, foi realizada a regressão de Poisson multivariável. A análise multivariável foi realizada baseando-se no modelo conceitual hierarquizado por níveis (Tabela 1) para controle das variáveis de confusão de um nível hierárquico igual ou superior. O método de seleção para as variáveis entrarem no modelo utilizado foi o “para trás” (*backward*) e foi considerado $p < 0,20$ para manter a variável no modelo. Cabe destacar que realizando o teste de interação para todas as variáveis segundo sexo biológico, observou-se significância ($p < 0,10$ para todas variáveis de exposição), o que indicou a necessidade de realizar a análise bruta e ajustada estratificando segundo sexo. O prefixo *svy* foi utilizado nas análises a fim de obter resultados de associações e intervalos de confiança adequados ao efeito de delineamento da amostra. Além disso, todas as análises foram realizadas no *Software* estatístico STATA 14.0 e foi adotado o nível de significância de 5% (bicaudal).

Aspectos Éticos

O projeto “Saúde da População Riograndina” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) em março de 2016, sob o número 20/2016. Todos os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar da pesquisa. Aqueles que não sabiam ler e/ou escrever consentiram em participar colocando sua impressão digital no Termo de Consentimento. Além disso, como procedimento ético, foram encaminhados todos os indivíduos (n=84) que pontuaram risco de suicídio na questão 09 do instrumento PHQ-9, bem como aqueles que solicitaram algum tipo de encaminhamento para um dispositivo de saúde (i.e. psicológico, nutricional, odontológico ou planejamento familiar; n=13).

Resultados

A taxa de resposta da pesquisa Saúde da População Riograndina foi de 91%, tendo 99 recusas, 30 perdas e 1.300 respondentes dos 1.429 elegíveis. As perdas e recusas foram mais prevalentes ($p<0,001$) para os indivíduos do sexo masculino (12%, *versus* 6,5% do sexo feminino). Não houve diferença significativa na média de idade entre participantes e não participantes ($p=0,64$). Além disso, cinco pessoas não responderam ao PHQ-9 (4 destas não responderam o questionário até o final). Dos 5 não respondentes do PHQ-9, 3 eram mulheres (60%) e 2 homens (40%) e todos tinham 60 anos ou mais. Todos procedimentos estatísticos foram realizados considerando o DEFF de 1,17 e coeficiente de correlação intraclasse de 0,017 para o desfecho.

A amostra final do presente estudo foi composta por 1.295 respondentes. Destes, mais da metade eram mulheres (56,6%) e 39,3% tinham idades ente 18 e 39 anos, quase metade eram solteiros (46,3%) e estudaram até oito anos (41,8%) (Tabela 2). Apenas 17,9% faziam uso de tabaco atualmente e 11,8% fizeram uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias, enquanto 77,7% eram insuficientemente ativos no lazer. Mais da metade da amostra não tinha o diagnóstico de nenhuma DCNT (55,8%) e 16,4% tinha diagnóstico de outra doença psíquica que não fosse depressão. A média de escore de Estresse Percebido (EP) na amostra geral foi de 23,61 (DP=7,39), sendo que houve diferença significativa entre homens e mulheres ($t: -6,604; p<0,001$). A média de EP entre homens foi de 22,02 (DP=0,30) e entre mulheres foi de 24,78 (DP=0,27).

A prevalência de EDM rastreada pelo algoritmo do PHQ-9 foi de 11,2% (IC95%: 9,3; 13,1) na amostra geral. A prevalência de EDM foi diferente entre os sexos ($\chi^2=8,02$;

$p=0,002$), sendo 8,4% (IC95%: 6,0; 10,7) entre homens e 13,4% (IC95%: 11,0; 15,8) entre mulheres.

Para amostra geral estiveram associadas de maneira global todas as variáveis do modelo, exceto idade, estado civil, uso atual de tabaco e abuso de álcool nos últimos 30 dias (Tabela 3). Ao ajustar a análise no modelo, se mantiveram independentemente associadas as variáveis sexo, índice de bens, escolaridade, AFL, EP, nº de DCNT e outra doença psíquica para amostra geral. Este modelo indicou que as mulheres têm probabilidade 62% maior de ter depressão do que os homens (RP=1,62; IC95%: 1,20; 2,18). Foi encontrada uma relação inversa entre índice de bens e escolaridade, na medida em que estar em um tercil maior de índice de bens ou ter maior escolaridade, diminui a probabilidade de ter depressão. Indivíduos que estão no 1º tercil de índice de bens (mais baixo) têm probabilidade 2,39 vezes maior de ter EDM quando comparados àqueles que estão no 3º tercil (mais alto) (RP=2,39; IC95%: 1,50; 3,80). Pessoas que estudaram até 8 anos têm probabilidade 84% maior de ter EDM, em relação aqueles que estudaram 12 anos ou mais (RP=1,84; IC95%: 1,16; 2,93).

Em relação ao comportamento ativo, aqueles que fazem semanalmente 150 minutos ou mais de AFL têm probabilidade 64% menor de ter EDM do que aqueles que não são ativos (RP=0,44; IC95%: 0,25; 0,78) (Tabela 3). EP foi a variável mais fortemente associada no modelo após ajuste. Esta associação indicou que quanto maior os escores de EP, maior probabilidade do sujeito ter EDM ($p_{\text{tendência linear}} < 0,001$), sendo que essa probabilidade pode aumentar em 12,72 vezes para os sujeitos do 3º tercil (mais alto) de escores de EP, quando comparado aos do 1º tercil (mais baixo) (RP=12,72; IC95%: 5,30; 30,51). Além disso, percebe-se que a prevalência de depressão no 2º e 3º tercis de EP é maior do que no 1º tercil em 4,2% e 17,3%, respectivamente.

O nº de DCNT esteve associado diretamente com a ocorrência de depressão, indicando que quanto maior o número de doenças, maior a probabilidade do sujeito ter a condição ($p_{\text{tendência}}=0,044$) (Tabela 3). A ocorrência de EDM entre aqueles que têm diagnóstico de 2 DCNT ou mais foi 48% maior do que entre aqueles que não têm nenhum diagnóstico (RP=1,48; 1,01; 2,16). Ter outra doença psíquica também esteve associado de forma independente e significativa, indicando que aqueles que têm outra doença psíquica têm o risco aumentado em 66% de ter EDM em comparação àqueles que não têm (RP=1,66; IC95%: 1,27; 2,16). O modelo final da amostra geral com as variáveis sexo, índice de bens, escolaridade, uso de tabaco, AFL, EP, nº de DCNT e outra doença psíquica explicou 18,5% da variabilidade do desfecho depressão.

Ao estratificar por sexo, percebe-se que para homens estiveram associadas de maneira global a maior ocorrência de depressão as variáveis: índice de bens, AFL, EP e ter outra doença psíquica. Para as mulheres, estiveram associadas significativamente na análise bruta as variáveis índice de bens, escolaridade, uso de tabaco, AFL, EP, nº de DCNT e outra doença psíquica.

Na análise ajustada estratificada para homens, percebe-se que se mantiveram independentemente associadas apenas as variáveis: AFL e EP (Tabela 4). A associação com AFL indicou que homens ativos fisicamente têm probabilidade 57% menor de ter EDM do que aqueles não ativos (RP=0,43; IC95%: 0,20; 0,91). Foi encontrada associação inversa entre depressão e EP, na qual homens que estavam no 3º tercil de estresse chegaram a ter um risco aumentado em 20,35 vezes quando comparados àqueles no 1º tercil (IC95%: 5,92; 69,96). O modelo final, com as variáveis estado civil, índice de bens, AFL e EP, explicou 21,5% da variabilidade do desfecho depressão para o sexo masculino.

Para as mulheres foi encontrada associação significativa independente entre depressão e as variáveis: índice de bens, escolaridade, uso abusivo de álcool, AFL, EP, nº de DCNT e outra doença psíquica (Tabela 5). A relação inversa entre depressão, índice de bens e escolaridade se manteve, indicando que mulheres com menor índice de bens e menor escolaridade têm maior propensão a ter EDM. O risco chega a ser 2,61 vezes maior para aquelas que estão no tercil mais baixo de índice de bens, quando comparadas àquelas que estão no tercil mais alto (RP=2,61; IC95%: 1,53; 4,45). Quanto trata-se de escolaridade, comparando àquelas que estudaram 12 anos ou mais, as que estudaram até 8 anos têm probabilidade 2,25 vezes maior de ter EDM (RP=2,25; IC95%: 1,24; 4,11). Mulheres que realizaram uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias tiveram uma probabilidade aumentada de 91% de ter EDM, em relação aquelas que não realizaram (RP=1,91; IC95%: 1,21; 3,02). Por outro lado, as ativas fisicamente no lazer estiveram protegidas da ocorrência de EDM em 60%, quando comparada as mulheres não ativas (RP=0,40; 0,20; 0,82). O estresse esteve diretamente associado à ocorrência de EDM, sendo que em comparação as mulheres do 1º tercil (mais baixo) de estresse, aquelas no 2º tercil e 3º tercil tiveram probabilidade aumentado de ter EDM de 3,98 e 9,17 vezes, respectivamente [(RP_{2ºtercil}=3,89; IC95%: 1,39; 10,92) (RP_{3ºtercil}=9,17; IC95%: 3,47; 24,23)]. Percebe-se ainda que a prevalência do desfecho nas categorias de tercil de escore de estresse percebido é bem diferente, sendo que a prevalência no 3º tercil chega a 27,3%, enquanto no 1º tercil é de 2%.

Para o sexo feminino, observou-se que quanto maior o número de DCNT, maior probabilidade de ter depressão (Tabela 5). Mulheres com duas ou mais DCNT obtiveram uma probabilidade 85% maior de ter EDM, quando comparadas àquelas sem diagnóstico (RP=1,85; IC95%: 1,06; 3,22). Este risco foi o mesmo encontrado para as mulheres que responderam ter outra doença psíquica. Aquelas com outra doença psíquica tiveram uma prevalência 1,85 vezes maior de ter EDM, em relação as que responderam não ter (RP=1,85; IC95%: 1,32; 2,59). O modelo final, com as variáveis índice de bens, escolaridade, uso de tabaco, uso abusivo de álcool, AFL, EP, N° de DCNT e outra doença psíquica, explicou 18,1% da variabilidade do desfecho depressão para mulheres.

Discussão

Os resultados indicaram que a prevalência de EDM na população geral foi de 11,2% e esta foi significativamente diferente entre homens e mulheres. Na amostra geral, estiveram associadas independentemente à depressão as variáveis sexo, índice de bens, escolaridade, AFL, EP, n° de DCNT e outra doença psíquica. Quando estratificada por sexo, foi percebido que para mulheres é presente a associação entre depressão e essas variáveis, bem como a associação com uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias. No entanto, para homens só se mantiveram associadas à EDM as variáveis AFL e EP.

Apesar de as prevalências apresentadas em artigos científicos serem bastante heterogêneas, tanto por questões epidemiológicas inerentes à depressão quanto por aspectos metodológicos dos estudos (*e.g.*, características psicométricas do instrumento utilizado), a prevalência e incidência de depressão média no mundo são, respectivamente, de 4,7% e de 3,0% (5). No Brasil, um estudo de revisão e meta-análise indicou uma prevalência média da sintomatologia depressiva na população de 14% (8). A prevalência de 11,2% na população geral encontrada no presente estudo é ligeiramente menor do que a encontrada no estudo de Silva *et al.* (2014). No entanto, a medida obtida por Silva *et al.* (2014) é oriunda de uma análise de diferentes estudos desenvolvidos nas variadas regiões do Brasil e com diferentes instrumentos, tornando difícil a comparabilidade com este estudo. Em contrapartida, a prevalência encontrada no presente estudo é mais que o dobro da encontrada também pelo algoritmo do PHQ-9 em outra cidade do sul do Brasil pelo estudo de Munhoz *et al.* (2016), que foi de 4,9%. Comparado com o encontrado na literatura científica internacional (5), esta medida de ocorrência indica o quão prevalente é a depressão na população brasileira, sobretudo no sul do Brasil. Corroborando com o apontamento da OMS (2015), estes resultados indicam que depressão é uma questão de

Saúde Pública que não pode ser negligenciada em termos de políticas públicas e serviços de saúde.

Existem variados fatores associados à depressão encontrados em nível mundial, dentre eles o sexo feminino (1, 2). Mesmo após o ajuste para as variáveis índice de bens e escolaridade, a análise do estudo apontou que as mulheres têm probabilidade 62% maior de ter EDM, quando comparadas aos homens. Além disso, a prevalência entre mulheres foi de 13,4%, enquanto entre homens foi de 8,4%. Essa diferença na ocorrência de depressão entre sexos é considerada consistente e foi observada por outros estudos desenvolvidos no mundo (5, 6) e no Brasil (7, 8). Na WMHS, observou-se que a associação entre depressão e sexo feminino não diferiu entre os países de renda alta, média e baixa, sendo que no Brasil, Ucrânia e Itália, a chance de apresentar EDM foi quase três vezes maior entre mulheres (6).

Artigos de revisão apontam que diferenças nas prevalências de depressão entre sexos podem estar associadas a fatores biopsicossociais, tais como diferenças nas taxas hormonais entre homens e mulheres, ambiente familiar, experiências estressoras na infância e aspectos socioculturais (26-28). As mulheres estão mais suscetíveis a mudanças nas taxas de hormônios sexuais ao longo da vida (através da menarca, gravidez, menopausa e uso de contraceptivos), o que influi diretamente no humor destas (27, 28). Por fim, aspectos socioculturais, como tensões associadas aos papéis tradicionais femininos podem influir na elevada prevalência de depressão entre as mulheres (28). Neste sentido, o presente estudo colabora com evidências de que o sexo pode ser um fator que aumenta a probabilidade de ter depressão e que interage nas associações entre depressão e outras variáveis, o que deve ser atentado tanto por serviços de saúde quanto por outros estudos que devem considerar a estratificação um método adequado para evitar que sexo confunda os achados.

Estiveram associadas à EDM as variáveis índice de bens, escolaridade, AFL, EP, nº de DCNT e outra doença psíquica tanto para amostra geral quanto na análise realizada só para as mulheres. Determinantes sociais, como indicadores socioeconômicos e escolaridade são fatores comumente associados a ocorrência de depressão em diversos estudos (7, 12), bem como neste estudo. Bromet *et al.* (2011) indicam que sujeitos com renda mais baixa tiveram maior chance de apresentar EDM quando comparados àqueles com alta renda em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Na WMHS, o menor nível educacional (0 a 11 anos completos de estudo) contemplou uma chance aumentada de ter EDM, quando comparado ao maior nível educacional (16 anos ou mais), também

havendo consistência nos achados multicêntricos (6). Na PNS (Brasil), foi encontrada associação inversa entre EDM e anos de estudo, em que quando comparado àqueles que estudaram 12 anos ou mais, quem não estudou teve um risco aumentado em 2,29 vezes e este risco foi de 3,56 vezes maior na região Sul (7).

O presente estudo constatou a associação direta entre nº de DCNT e a ocorrência de EDM tanto na amostra geral quanto para mulheres, achado que vai ao encontro de evidências científicas na literatura internacional (3, 14) e nacional (7, 11). Moussavi *et al.* (2007) analisaram dados de 60 países e observaram que a prevalência de EDM nos últimos doze meses na amostra geral foi de 3,2%, mas chegava a 9,3% entre aqueles que reportavam diabetes, 10,7% entre quem tinha artrite e 18,1% entre os asmáticos. O estudo de Maideen *et al.* (2014) encontrou que a presença de doenças crônicas, como acidente vascular cerebral, câncer e história pessoal e familiar de transtornos de saúde mental foram significativamente associadas à depressão ($p < 0,05$). No Brasil, Boing *et al.* (2012) apontaram que a prevalência de diagnóstico de depressão foi 1,44 vezes maior entre pessoas que reportaram uma DCNT e 2,25 vezes maior entre aqueles com duas ou mais DCNT, em relação às pessoas sem diagnóstico.

Um estudo de revisão de pesquisas empíricas desenvolvido indicou que transtornos depressivos podem ser tanto preditores quanto consequências de DCNT (29). No entanto, esta revisão indicou que em 50% dos casos, os sintomas depressivos são atribuídos ao estresse acarretado por ter alguma doença crônica. Nesse sentido, a associação direta encontrada no presente estudo entre EDM e nº de DCNT pode ser explicada pela hipótese de que quanto maior o nº de DCNT, maior o estresse gerado por essas condições e, conseqüentemente, maior o impacto na sintomatologia depressiva, sobretudo para mulheres. Provavelmente essa teoria possa ser aplicada para a associação encontrada entre EDM e ter diagnóstico de outra doença psíquica na amostra geral e entre o sexo feminino. Não manter-se associado EDM, nº DCNT e outra doença psíquica para homens, é um dado que precisa ser melhor investigado em estudos futuros.

Apesar de homens serem mais propensos a apresentar comportamento abusivo de uso de álcool (30), o presente estudo encontrou associação independente entre depressão e uso abusivo de álcool apenas para as mulheres. Uma investigação com dados do “I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool” indicou que a prevalência de sintomas de depressão foi 46% maior entre indivíduos que relatam ter dependência de álcool (9). Nesta, encontrou-se que ter problemas relacionados ao uso de álcool esteve associado a uma maior chance de ter sintomatologia depressiva, sendo que

a medida de efeito encontrada para mulheres foi maior que a encontrada para homens ($RO_{homens}=2,31$; $RO_{mulheres}=3,00$). Baseado no modelo de regressão, Coelho *et al.* (2014) encontraram que a associação entre sintomas depressivos e uso excessivo de álcool foi significativa apenas para mulheres, assim como o presente estudo. Estes achados podem estar relacionados ao fato de que mulheres podem recorrer ao uso do álcool para lidar com afeto negativo (10). Este resultado contribui para o indício de que a epidemiologia da depressão pode ser diferente entre sexos, sendo evidenciado que alguns fatores que estão associados à depressão entre mulheres podem não estar associados entre homens.

As associações entre EDM e AFL e EP foram encontradas tanto na amostra geral quanto para indivíduos do sexo masculino e feminino, podendo indicar forte associação entre depressão e as variáveis mencionadas. Uma pesquisa desenvolvida na China indicou que aqueles que realizavam atividade física ocupacional moderada tiveram 43% menos chance de ter EDM ($RP=0,57$), em relação àqueles que desenvolviam atividade física leve (12). No Brasil, Boing *et al.* (2012) apresentaram que a prevalência de depressão é maior entre aqueles que não praticam AFL (19,2%) do que aqueles que praticam (12,7%). Além disso, outras pesquisas apontam que atividade física pode auxiliar na redução da sintomatologia depressiva (13, 31). O exercício físico pode ter efeito terapêutico equivalente a psicofármacos e psicoterapia para pacientes com depressão leve a moderada, sendo que para indivíduos com depressão severa, a atividade física pode ser considerada uma terapia complementar ao tratamento tradicional (31). O estudo de revisão sistemática de Knapen *et al.* (2009) também identificou uma relação com gradiente de dose-resposta entre atividade física e saúde mental e física, que indica que maiores níveis de atividade física estão relacionados com melhores estados de saúde mental e física. Estes dados podem indicar a importância do incentivo da prática de atividade física, sobretudo entre aqueles que apresentam sintomatologia depressiva, apesar de a associação encontrada poder sofrer causalidade reversa. Todavia, independente se maiores níveis de atividade física predizem menores sintomas depressivos ou o contrário, há consistência que sessões de atividade física contribuem para a redução de sintomatologia depressiva e podem promover maiores benefícios relacionados à saúde em longo prazo (*e.g.*, redução do declínio cognitivo e prevenção de DCNT) (13).

No presente estudo percebe-se que a prevalência de EDM entre indivíduos com maior nível de estresse é mais que o dobro da amostra total, enquanto a prevalência de EDM é menos de 2% no primeiro tercil. Esses achados corroboram com a relação entre estresse e depressão demonstrada pela literatura (14-17). Maideen *et al.* (2014) apontaram que 16,2% dos participantes tinham maiores escores de EP apresentaram depressão. Evidências sobre a relação positiva entre depressão e altos níveis de cortisol capilar foram encontradas em uma revisão sistemática sobre condições relacionadas ao estresse e transtornos psiquiátricos nos anos de 1978 a 2015 (16). Gerber *et al.* (2013) indicaram que tanto as medidas de sintomatologia de estresse quanto o cortisol capilar explicam significativamente a variação de sintomas depressivos quando controlados para nível de atividade física, mesmo que a escala de estresse percebido explique com maior força a sintomatologia depressiva do que o biomarcador de cortisol capilar (17).

Jentsch *et al.* (2015) apontam evidências de que o estresse é um fator associado ao aumento da vulnerabilidade biológica para depressão. Processos decorrentes do estresse contínuo, como a redução da neurogênese, redução da expressão de genes do fator neurotrófico no cérebro e aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias estão relacionados com a queda de atividade imunológica, alterações do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) e dos sistemas serotoninérgico e colinérgico identificados em casos de depressão crônica (15). Apesar de estresse não ser necessariamente um pré-requisito para depressão (15, 16), estudos indicam a forte relação entre estas condições. Considerando estresse uma variável modificável, é provável que intervenções voltadas para manejo de estresse sejam uma alternativa profilática e de tratamento para depressão.

Destaca-se como possíveis limitações do presente estudo a maior perda entre homens, ausência de entrevista diagnóstica para confirmar os resultados positivos e causalidade-reversa. Considerando que houve uma perda maior entre homens, foram simulados três cenários para identificar se a diferença encontrada na prevalência de EDM entre sexos se manteria caso 30% e 20% das perdas e recusas apresentassem o desfecho. Para tanto, foi realizado um teste qui-quadrado para cada situação, utilizando dados de 1.428 dos elegíveis, visto que não havia informação de sexo de uma pessoa. Nestes cenários, foi observado que a diferença significativa se manteria caso 30% ($p=0,04$) e 20% ($p=0,02$) dos não respondentes homens e mulheres, separadamente, apresentassem o desfecho. Desta maneira, apesar de haver mais perdas entre os homens, isto não influenciou os achados. O uso de uma escala para o rastreamento de EDM pode identificar casos que na verdade não tenham o desfecho (falsos-positivos). Nesse sentido, seria

necessária uma entrevista diagnóstica para a confirmação dos casos. Porém, pela falta de recursos e por se tratar de uma pesquisa que fez parte de um projeto maior, não foi viável executá-la. A causalidade-reversa, inerente aos estudos transversais, também impossibilitou a investigação da relação temporal entre as exposições e o desfecho.

Este estudo aponta que depressão é um problema de saúde pública prevalente e sugere haver diferenças na epidemiologia do EDM entre homens e mulheres. EDM foi mais frequente entre as mulheres, o que destaca a importância dos serviços de saúde mental priorizarem a identificação e atendimento de mulheres deprimidas, bem como a importância de estratificar as análises quando se trata de investigar fatores associados à depressão em uma população geral. Entre o sexo feminino, EDM esteve associado independentemente a menor nível socioeconômico e escolaridade, uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias, não ser ativa fisicamente no lazer, maiores escores de estresse percebido, diagnóstico de DCNT e ter outra doença psíquica. Considerando apenas os homens, EDM esteve associado independentemente à inatividade física e a maiores escores de estresse percebido. A associação encontrada entre depressão e não ser ativo fisicamente no lazer, amparada pela revisão de literatura, indica que exercício físico no lazer pode ser um tratamento auxiliar de depressão, independente do sexo. A forte associação encontrada entre depressão e nível de estresse percebido pode ser mais uma evidência da íntima relação entre estas condições. Estresse pode ser um foco para prevenção e tratamento do transtorno, independente do sexo. Os resultados encontrados oferecem subsídios para políticas públicas de prevenção e tratamento, bem como colaboração para a ampliação do conhecimento científico acerca da epidemiologia de depressão no Brasil.

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5. Washington 2013.
2. World Health Organization. Depression Fact sheet nº 369. Geneva; 2015.
3. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007; 370(9590): 851–858.
4. Chiavegatto Filho ADP, Wang Y-P, Campino ACC, Malik AM, Viana MC, Andrade LH. Incremental health expenditure and lost days of normal activity for individuals with mental disorders: results from the São Paulo Megacity Study. *BMC Public Health*. 2015;15 (1):1-9.
5. Ferrari A, Somerville A, Baxter A, Norman R, Patten S, 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;43(03):471-481.
6. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo Gd, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011;9 (1): 1-16.
7. Munhoz TN, Nunes BP, Wehrmeister FC, Santos IS, Matijasevich A. A nationwide population-based study of depression in Brazil. *Journal of Affective Disorders* 2016;192:226–233.
8. Silva MT, Galvao TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(3):262-270.
9. Coelho C, Laranjeira R, Santos J, Pinsky L, Zaleski M, Caetano R, et al. Depressive symptoms and alcohol correlates among Brazilians aged 14 years and older: a cross-sectional study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2014;9:29.
10. Mudar P, Cooper ML, Russell M, Frone MR. Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *J Pers Soc Psychol*. 1995; 69:990-1005.
11. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):617-623.

12. Zhou X, Bi B, Zheng L, Li Z, Yang H, Song H, et al. The prevalence and risk factors for depression symptoms in a rural Chinese sample population. *PLoS One*. 2014;9(6).
13. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. *The Cochrane Library*. 2013(9).
14. Maideen SFK, Sidik SM, Rampal L, Mukhtar F. Prevalence, associated factors and predictors of depression among adults in the community of Selangor, Malaysia. *PLoS One*. 2014;9(4).
15. Jentsch MC, Buel EMV, Bosker F, Schoevers R. Biomarker approaches in major depressive disorder evaluated in the context of current hypotheses. *Medicine* 2015;9(3):277-297.
16. Vives AH, Angel VD, Papadopoulos A, Strawbridge R, Wise T, A.H. Y, et al. The relationship between cortisol, stress and psychiatric illness: New insights using hair analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2015;70:38-49.
17. Gerber M, Kalak N, Elliot C, Holsboer-Trachsler E, Puhse U, Brand S. Both hair cortisol levels and perceived stress predict increased symptoms of depression: an exploratory study in young adults. *Neuropsychobiology*. 2013;68:100-109.
18. Lima AFBdS, Fleck MPdA. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2011;33(3).
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro; 2011.
20. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSPd, Silva NTBd, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2013;29(8):1533-1543.
21. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2013. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília. *Estatística e Informação em Saúde*; 2014.
22. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva; 2010.
23. Filmer D, Pritchett L. Estimating wealth effects without expenditure data-or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography*. 2001;38(1):115-132.

24. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. . Rev bras ativ fís saúde. 2001; 6(2):05-18.
25. Reis RS, Hino AAF, Rodriguez-Añez CR. Perceived Stress Scale Reliability and Validity Study in Brazil. Journal of Health Psychology. 2010;15 (1):107–114.
26. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. Journal of Affective Disorders. 2003;74:5-13.
27. Justo LP, Calil HM. Depressão - o mesmo acometimento para homens e mulheres?. Revista Psiquiatria Clínica. 2006;33(2):74-79.
28. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. British Journal of Psychiatry. 2000;177:486-492.
29. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. Preventing chronic disease. 2005;2(1):1-10.
30. Caetano R, Madrugá C, Pinsky I, Laranjeira R. Drinking patterns and associated problems in Brazil. Adicciones. 2013;25(4):287-293.
31. Knapen J, Vancampfort D, Schoubs B, Probst M, Sienaert P, Haake P, et al. Exercise for the Treatment of Depression. The Open Complementary Medicine Journal. 2009;1:78-83.

Tabela 1: Modelo conceitual hierarquizado de análise para episódio depressivo maior na população. Rio Grande, RS. 2016

Nível	Variáveis
Distal	Sexo, idade, estado civil, índice de bens e escolaridade.
Intermediário	Uso de tabaco, uso de álcool nos últimos 30 dias e atividade física no lazer.
Proximal	Estresse percebido, doenças crônicas não transmissível e outra psíquicas que não depressão.
Desfecho	Episódio depressivo maior

Tabela 2: Informações sociodemográficas, comportamentais e de saúde da amostra total e estratificada por sexo. Rio Grande, 2016.

	Homens n (%)	Mulheres n (%)	Total n (%)
Idade (anos)			
18-39	231 (41,1)	227 (37,8)	508 (39,3)
40-59	209 (37,2)	268 (36,6)	477 (36,8)
60 ou mais	122 (21,7)	188 (25,6)	310 (23,9)
Estado Civil			
Casado	233 (41,5)	242 (33,0)	475 (36,7)
Solteiro	273 (48,5)	327 (44,6)	600 (46,3)
Separado ou Viúvos	56 (10,0)	164 (22,4)	220 (17,0)
Índice de bens (tercis)			
1 (mais baixo)	189 (33,6)	255 (34,9)	444 (34,3)
2	183 (32,6)	234 (32,0)	417 (32,2)
3 (mais alto)	190 (33,8)	143 (33,2)	433 (33,5)
Escolaridade (anos)			
0-8	242 (43,1)	299 (40,8)	514 (41,8)
9-11	177 (31,6)	220 (30,1)	397 (30,7)
12 ou mais	142 (25,3)	213 (29,1)	355 (27,5)
Uso atual de Tabaco			
Não	447 (79,5)	616 (84,0)	1.063 (82,1)
Sim	115 (20,5)	117 (16,0)	232 (17,9)
Uso abusivo de Álcool			
Não	454 (80,9)	686 (93,8)	1.140 (80,2)
Sim	107 (19,1)	45 (6,2)	152 (11,8)
Ativo fisicamente no lazer			
Não	416 (74,4)	585 (80,1)	1.001 (77,7)
Sim	143 (25,6)	145 (19,9)	288 (22,3)
Estresse (tercis de escore)			
1 (baixo)	238 (42,4)	200 (27,3)	438 (33,8)
2	198 (35,2)	277 (37,8)	475 (36,7)
3 (alto)	126 (22,4)	256 (34,9)	382 (29,5)
Doenças Crônicas (DCNT) ^a			
0	328 (59,4)	382 (53,0)	710 (55,8)
1	143 (25,9)	201 (27,9)	344 (27,0)
2 ou mais	81 (14,7)	138 (19,1)	219 (17,2)
Outra doença psíquica			
Não	511 (90,9)	572 (78,0)	1.083 (83,6)
Sim	51 (9,1)	161 (22,0)	212 (16,4)
Depressão (EDM)			
Não	515 (91,6)	635 (86,6)	1.150 (88,8)
Sim	47 (8,4)	98 (13,4)	145 (11,2)
TOTAL	562 (43,4)	733 (56,6)	1.295 (100)

DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

EDM = Episódio Depressivo Maior;

^a variável com maior número de perda: n = 1.273.

Tabela 3: Associação bruta e ajustada entre Depressão e variáveis independentes para amostra geral. Rio Grande/RS, 2016 (n=1.295).

Variável	EDM %	Análise Bruta		Análise Ajustada ^b	
		RP (IC95%)	<i>p</i>	RP (IC95%)	<i>p</i>
Sexo			0,003		0,002
Masculino	8,4	1,00		1,00	
Feminino	13,4	1,60 (1,18; 2,16)		1,62 (1,20; 2,18)	
Idade (anos)			0,480		0,467
18-39	10,0	1,00		1,00	
40-59	12,2	1,21 (0,88; 1,66)		1,07 (0,71; 1,62)	
60 ou mais	11,6	1,16 (0,76; 1,76)		0,84 (0,52; 1,38)	
Estado Civil			0,069		0,388
Casado	9,3	1,00		1,00	
Solteiro	11,0	1,19 (0,79; 1,79)		1,13 (0,77; 1,65)	
Separado ou viúvo	15,9	1,72 (1,06; 2,78)		1,38 (0,86; 2,21)	
Índice de bens (tercis)			<0,001 ^a		0,001 ^a
1 (mais baixo)	16,4	2,97 (1,95; 4,51)		2,39 (1,50; 3,80)	
2	11,5	2,08 (1,35; 3,18)		1,87 (1,23; 2,84)	
3 (mais alto)	5,5	1,00		1,00	
Escolaridade (anos)			<0,001 ^a		0,009 ^a
0-8	15,2	2,44(1,66; 3,59)		1,84 (1,16; 2,93)	
9-11	10,3	1,67 (1,05; 2,63)		1,42 (0,90; 2,25)	
12 ou mais	6,2	1,00		1,00	
Uso atual de Tabaco			0,006		0,071
Não	10,1	1,00		1,00	
Sim	16,4	1,63 (1,15; 2,30)		1,37 (0,97; 1,93)	
Uso abusivo de Álcool			0,772		0,617
Não	11,3	1,00		1,00	
Sim	10,5	0,93 (0,57; 1,53)		1,13 (0,69; 1,87)	
Ativo fisicamente no lazer			<0,001		0,006
Não	13,2	1,00		1,00	
Sim	4,5	0,34 (0,20; 0,60)		0,44 (0,25; 0,78)	
Estresse (tercis de escore)			<0,001 ^a		0,001 ^a
1 (mais baixo)	1,6	1,00		1,00	
2	6,7	4,21 (1,63; 10,92)		3,80 (1,48; 9,77)	
3 (mais alto)	27,7	17,36 (7,33; 41,14)		12,72 (5,30; 30,51)	
Doenças Crônicas (DCNT)			<0,001 ^a		0,044 ^a
0	8,4	1,00		1,00	
1	12,2	1,44 (0,98; 2,16)		1,19 (0,82; 1,73)	
2 ou mais	18,3	2,16 (1,44; 3,24)		1,48 (1,01; 2,16)	
Outra doença psíquica			<0,001		<0,001
Não	9,0	1,00		1,00	
Sim	22,6	2,53 (1,92; 3,33)		1,66 (1,27; 2,16)	

EDM= Episódio Depressivo Maior;

DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

RP = Razão de prevalência;

^a valor de *p* do teste de tendência linear;

^b R² do modelo final da análise de Regressão de Poisson = 18,5%.

Tabela 4: Associação bruta e ajustada entre Depressão e as variáveis independentes entre homens. Rio Grande/RS, 2016 (n=562).

Variável	EDM %	Análise Bruta		Análise Ajustada ^b	
		RP (IC95%)	<i>p</i>	RP (IC95%)	<i>p</i>
Idade (anos)			0,484		0,902
18-39	10,0	1,00		1,00	
40-59	7,2	0,72 (0,40; 1,29)		0,87 (0,41; 1,84)	
60 ou mais	7,4	0,74 (0,36; 1,51)		0,98 (0,40; 2,43)	
Estado Civil			0,117		0,152
Casado	6,4	1,00		1,00	
Solteiro	10,6	1,65 (0,94; 2,88)		2,53 (0,88; 2,67)	
Separado ou viúvo	5,4	0,83 (0,27; 2,58)		0,74 (0,23; 2,40)	
Índice de bens (tercis)			0,045 ^a		0,070 ^a
1 (mais baixo)	10,1	2,12 (1,04; 4,31)		2,00 (0,97; 4,11)	
2	10,4	2,19 (1,12; 4,30)		2,17 (1,09; 4,32)	
3 (mais alto)	4,7	1,00		1,00	
Escolaridade (anos)			0,224 ^a		0,478 ^a
0-8	9,9	1,56 (0,75; 3,28)		1,32 (0,59; 2,96)	
9-11	7,9	1,25 (0,54; 2,87)		1,10 (0,48; 2,53)	
12 ou mais	6,3	1,00		1,00	
Uso atual de Tabaco			0,135		0,457
Não	7,6	1,00		1,00	
Sim	11,3	1,49 (0,88; 2,51)		1,24 (0,70; 2,19)	
Uso abusivo de Álcool			0,472		0,317
Não	8,8	1,00		1,00	
Sim	6,5	0,74 (0,33; 1,69)		0,66 (0,29; 1,50)	
Ativo fisicamente no lazer			0,030		0,029
Não	9,9	1,00		1,00	
Sim	4,2	0,42 (0,20; 0,92)		0,43 (0,20; 0,91)	
Estresse (tercis de escore)			<0,001 ^a		<0,001 ^a
1 (mais baixo)	1,3	1,00		1,00	
2	4,0	3,20 (0,81; 12,60)		3,07 (0,76; 12,39)	
3 (mais alto)	28,6	22,67 (6,94; 73,98)		20,35 (5,92; 69,96)	
Doenças Crônicas (DCNT)			0,718 ^a		0,979 ^a
0	8,5	1,00		1,00	
1	7,0	0,82 (0,43; 1,55)		0,84 (0,43; 1,63)	
2 ou mais	11,1	1,30 (0,57; 2,95)		1,07 (0,44; 2,59)	
Outra doença psíquica			0,024		0,335
Não	7,6	1,00		1,00	
Sim	15,7	2,05 (1,10; 3,82)		1,36 (0,72; 2,55)	

EDM= Episódio Depressivo Maior;

DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

RP = Razão de prevalência;

^a valor de *p* do teste de tendência linear;

^b R² do modelo final da análise de Regressão de Poisson = 21,5%.

Tabela 5: Associação bruta e ajustada entre Depressão e as variáveis independentes entre mulheres. Rio Grande/RS, 2016 (n=733).

Variável	EDM %	Análise Bruta		Análise Ajustada ^b	
		RP (IC95%)	<i>p</i>	RP (IC95%)	<i>p</i>
Idade (anos)			0,085		0,222
18-39	10,1	1,00		1,00	
40-59	16,0	1,59 (1,06; 2,38)		1,26 (0,76; 2,12)	
60 ou mais	14,4	1,42 (0,82; 2,45)		0,86 (0,47; 1,58)	
Estado Civil			0,065		0,209
Casado	12,0	1,00		1,00	
Solteiro	11,3	0,94 (0,57; 1,57)		0,91 (0,56; 1,49)	
Separado ou viúvo	19,5	1,63 (0,96; 2,76)		1,38 (0,82; 2,31)	
Índice de bens (tercis)			<0,001 ^a		<0,001 ^a
1 (mais baixo)	21,2	3,43 (2,02; 5,82)		2,61 (1,53; 4,45)	
2	12,4	2,01 (1,13; 3,56)		1,78 (1,00; 3,12)	
3 (mais alto)	6,2	1,00		1,00	
Escolaridade (anos)			<0,001 ^a		0,005 ^a
0-8	19,4	3,18 (1,79; 5,65)		2,25 (1,24; 4,11)	
9-11	12,3	2,01 (1,09; 3,72)		1,66 (0,91; 3,02)	
12 ou mais	6,1	1,00		1,00	
Uso atual de Tabaco			0,008		0,101
Não	11,8	1,00		1,00	
Sim	21,4	1,80 (1,17; 2,77)		1,42 (0,93; 2,16)	
Uso abusivo de Álcool			0,135		0,006
Não	13,0	1,00		1,00	
Sim	20,0	1,54 (0,87; 2,73)		1,91 (1,21; 3,02)	
Ativo fisicamente no lazer			0,003		0,013
Não	15,6	1,00		1,00	
Sim	4,8	0,31 (0,15; 0,66)		0,40 (0,20; 0,82)	
Estresse (tercis de escore)			<0,001 ^a		<0,001 ^a
1 (mais baixo)	2,0	1,00		1,00	
2	8,7	4,33 (1,51; 12,39)		3,89 (1,39; 10,92)	
3 (mais alto)	27,3	13,67 (5,07; 36,84)		9,17 (3,47; 24,23)	
Doenças Crônicas (DCNT)			<0,001 ^a		<0,001 ^a
0	8,4	1,00		1,00	
1	15,9	1,90 (1,14; 3,16)		1,39 (0,85; 2,30)	
2 ou mais	22,5	2,68 (1,57; 4,59)		1,85 (1,06; 3,22)	
Outra doença psíquica			<0,001		0,001
Não	10,1	1,00		1,00	
Sim	24,8	2,45 (1,71; 3,51)		1,85 (1,32; 2,59)	

EDM= Episódio Depressivo Maior;

DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

RP = Razão de prevalência;

^a valor de *p* do teste de tendência linear;

^b R² do modelo final da análise de Regressão de Poisson = 18,1%.

6 NOTA À IMPRENSA



Depressão entre homens e mulheres na zona urbana de Rio Grande

Marina Xavier Carpena

Lucas Neiva-Silva

Uma pesquisa realizada na zona urbana do município de Rio Grande foi desenvolvida por alunos dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) com o intuito de investigar questões de saúde. A coleta de dados aconteceu entre os meses de abril e julho de 2016 e fizeram parte desta pesquisa 1.300 indivíduos, com 18 anos ou mais, residentes de 676 domicílios, localizados em 30 bairros da cidade. O emprego de um método aleatório para a seleção da amostra possibilitou ao estudo a extrapolação dos achados encontrados para toda a população adulta e idosa da cidade do Rio Grande.

Um dos interesses desta pesquisa foi investigar a prevalência, ou seja, a ocorrência e os fatores associados à depressão entre homens e mulheres. Os achados indicam que em torno de 1 a cada 10 pessoas tem sintomatologia depressiva que requer cuidado de um profissional de saúde mental e a prevalência destes sintomas foi maior entre as mulheres, a qual chegava a 13,4%. Mulheres com menor nível socioeconômico e escolaridade, que fizeram uso abusivo de álcool nos últimos 30 dias, não ativas fisicamente no lazer, com maiores níveis de estresse e maior número de doenças crônicas não transmissíveis tiveram maior probabilidade de apresentar depressão do que seus pares. Para homens, a depressão esteve associada apenas à não realização de atividade física no lazer e a maiores níveis de estresse.

O estudo apontou que a depressão se apresenta de maneira diferente entre homens e mulheres e por isso devem ser tomadas medidas de prevenção e promoção diferenciadas para estes. De maneira geral, podem ser desenvolvidas medidas para o incentivo de atividade física no lazer e manejo de estresse para promoção de saúde mental e prevenção à depressão. Além disso, 90 dos entrevistados pensaram em se ferir ou em tirar a vida nas duas semanas anteriores à entrevista e apenas 117 faziam uso de medicação para tratar depressão. Estes

dados reforçam o indicativo da Organização Mundial da Saúde (2015) de que depressão é um problema de saúde pública que vem crescendo e que necessita programas de intervenção específicos tanto para a prevenção quanto para o tratamento no âmbito das políticas públicas de saúde.

Rio Grande, 16 de fevereiro de 2017.

7 ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

*Agora vamos conversar sobre atividades físicas. Para responder essas perguntas o(a) Sr.(a) deve saber que:
Atividades físicas fortes são as que exigem grande esforço físico e que fazem respirar muito mais rápido do que o normal
Atividades físicas moderadas são as que exigem esforço físico médio e que fazem respirar um pouco mais rápido do que o normal.*

Em todas as perguntas sobre atividade física, responda somente sobre aquelas que duram pelo menos 10 minutos seguidos. Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse apenas nas atividades feitas no seu tempo livre (lazer).

I1. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz caminhada no seu tempo livre? __ dias por SEMANA (0) Nenhum - <i>VÁ PARA A PERGUNTA I3</i>	I1 __
I2. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ horas ____ minutos (9999) IGN	I2h __ __ I2m ____
I3. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por exemplo: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos etc.. __ dias por SEMANA (0) Nenhum - <i>VÁ PARA A PERGUNTA I5</i>	I3 __
I4. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ horas ____ minutos (9999) IGN	I4h __ __ I4m ____
I5. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas moderadas fora as caminhadas no seu tempo livre? Por exemplo: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão etc.. __ dias por SEMANA (0) Nenhum - <i>VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA I7</i>	I5 __
I6. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ horas ____ minutos (9999) IGN	I6h __ __ I6m ____

**ANEXO 2- ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO DE COHEN (COHEN'S PERCEIVED STRESS SCALE
– PSS 14)**

Agora vamos falar sobre como o(a) Sr.(a) tem se sentido no último mês.

1. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

2. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

3. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido nervoso e “estressado”?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

4. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

5. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

6. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

7. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

8. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

9. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar as irritações em sua vida?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

10. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

11. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?

(0) Nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

12. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

13. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

14. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de acreditar que não pode superá-las?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

**ANEXO 3 - VERSÃO VALIDADA PARA O BRASIL DO INSTRUMENTO *PATIENT HEALTH*
QUESTIONNAIRE (PHQ-9)**

Agora vamos falar sobre como o(a) Sr.(a) tem se sentido nas últimas duas semanas.

1) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

(0) Nenhum dia

(1) Menos de uma semana

(2) Uma semana ou mais

(3) Quase todos os dias

2) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?

(0) Nenhum dia

(1) Menos de uma semana

(2) Uma semana ou mais

(3) Quase todos os dias

3) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

(0) Nenhum dia

(1) Menos de uma semana

(2) Uma semana ou mais

(3) Quase todos os dias

4) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

5) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

6) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

7) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias

8) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia
- (1) Menos de uma semana

(2) Uma semana ou mais

(3) Quase todos os dias

9) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?

(0) Nenhum dia

(1) Menos de uma semana

(2) Uma semana ou mais

(3) Quase todos os dias

10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

(0) Nenhuma dificuldade

(1) Pouca dificuldade

(2) Muita dificuldade

(3) Extrema dificuldade

8 APÊNDICES

APÊNDICE 1 - LOGO DA PESQUISA



APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



IDENTIFICAÇÃO	CODIFICAÇÃO
ENTREVISTADORA: __ __ NÚMERO DO SETOR __ __ __ NÚMERO DO DOMICÍLIO __ __ __ NUMERO DA PESSOA __ DATA DA ENTREVISTA: __ __ / __ __ / 2016 ENDEREÇO: _____ (1) casa (2) apartamento BAIRRO: _____	nent __ __ nset __ __ ndom __ __ npes __ de __ __ / __ __ tipom __ bairro __ __
BLOCO A – GERAL	
A1. Qual o seu nome completo? _____	
A2. Sexo (observado pelo entrevistador) (1) Masculino (2) Feminino	A2 __
A3. Qual a sua idade? __ __ anos	A3 __ __
A4. Qual a sua data de nascimento? __ __ / __ __ / 19 __ __	A4 __ __ / __ __ / __ __
A5. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora neste bairro? __ __ anos __ __ meses	A5a __ __ A5m __ __
A6. Qual o seu estado civil? Casado Solteiro Separado/Divorciado Viúvo	A6 __
A7. A sua cor ou raça é:	A7 __

<p>(1) Branca</p> <p>(2) Preta</p> <p>(3) Amarela</p> <p>(4) Parda</p> <p>(5) Indígena</p> <p>(9) Não sabe ou não quis responder</p>	
<p>A8. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	A8 __
<p>A9. Até que série o(a) Sr.(a) estudou?</p> <p>__ série __ grau</p>	A9s __ A9g __
<p>A10. (SE MULHER): Alguma vez na vida a Sra. já engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?</p> <p>(0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA A12</p> <p>(1) Sim</p>	A10 __
<p>A11. (SE MULHER COM MENOS DE 50 ANOS): A Sra. está grávida no momento?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	A11 __
<p>A12. O(a) Sr.(a) sabe o seu peso (mesmo que seja o valor aproximado)? <i>Se estiver grávida, pergunte o peso antes de engravidar:</i></p> <p>__ __ __ kg (999) Não sabe ou não quis informar</p>	A12 __ __ __
<p>A13. Quanto tempo faz que o(a) Sr.(a) se pesou da última vez?</p> <p>(0) Nunca se pesou</p> <p>(1) Há menos de 1 mês</p> <p>(2) Entre 1 mês e 6 meses</p> <p>(3) Entre 6 meses e 1 ano</p> <p>(4) Mais de 1 ano</p> <p>(9) Não lembra</p>	A13 __
<p>A14. O(a) Sr.(a) está fazendo alguma coisa para perder peso ou ganhar massa muscular?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	A14 __
<p>A15. Como o(a) Sr.(a) se sente hoje em relação ao seu peso?</p> <p>(1) Muito magro(a)</p> <p>(2) Um pouco magro(a)</p>	A15 __

<p>(3) Magro(a)</p> <p>(4) Normal</p> <p>(5) Um pouco gordo(a)</p> <p>(6) Gordo(a)</p> <p>(7) Muito gordo(a)</p> <p>(8) Não sabe ou não quis informar</p>	
<p>A16. O(a) Sr.(a) usa algum tipo de vitamina ou suplemento alimentar</p> <p>Não</p> <p>(1) Sim</p>	A16 __
<p>A17. O(a) Sr.(a) sabe sua altura?</p> <p>__ m __ __ cm (999) Não sabe ou não quis informar</p>	A17 __ __ __
<p>A18. Em geral, como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde?</p> <p>(1) Excelente</p> <p>(2) Muito boa</p> <p>(3) Boa</p> <p>(4) Regular</p> <p>(5) Ruim</p>	A18 __
<p>A19. Como o(a) Sr.(a) diria que está sua saúde desde <DIA DO MÊS PASSADO> até hoje?</p> <p>(1) Excelente</p> <p>(2) Muito boa</p> <p>(3) Boa</p> <p>(4) Regular</p> <p>(5) Ruim</p>	A19 __
<p>A20. O(a) Sr.(a) costuma utilizar protetor ou filtro solar?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim, somente no verão</p> <p>(2) Sim, durante todo o ano</p>	A20 __
<p>A21. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) sofreu alguma queda em casa ou na rua?</p> <p>(0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA A23</p> <p>(1) Sim</p> <p>(9) Não lembra – VÁ PARA A PERGUNTA A23</p>	A21 __
<p>A22. O(a) Sr.(a) quebrou algum osso por causa dessa queda?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	A22 __

(9) Não lembra	
A23. O(a) Sr.(a) já quebrou algum osso na vida?	
(0) Não (1) Sim (9) Não lembra	A23 __
BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA	
Agora vamos falar sobre alguns hábitos de vida.	
B1. Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?	
(0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA B4 (1) Sim, todos os dias (2) Sim, mas não todos os dias	B1 __
B2. Quantos cigarros, em média, o(a) Sr.(a) fuma por dia?	B2c __ __
__ __ cigarros ou __ maços	B2m __
B3. O(a) Sr.(a) já tentou parar de fumar?	
(0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA B6 (1) Sim – VÁ PARA A PERGUNTA B6	B3 __
B4. O(a) Sr.(a) já fumou alguma vez na vida?	
(0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA B7 (1) Sim, já fumou (2) Sim, apenas experimentou – VÁ PARA A PERGUNTA B7	B4 __
B5. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) parou de fumar?	B5a __ __
__ __ anos __ __ meses (9999) não lembra	B5m __ __
B6. Com que idade o(a) Sr.(a) começou a fumar?	B6 __ __
__ __ anos (99) não lembra	
B7. Alguma das pessoas que mora com o(a) Sr.(a) costuma fumar dentro de casa?	
(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (mora sozinho)	B7 __
B8. Algum colega de trabalho costuma fumar no mesmo ambiente que o(a) Sr.(a) trabalha ou estuda?	
(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não trabalha nem estuda fora)	B8 __
B9. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?	B9 __
(0) Não bebo nunca ou menos de uma vez por semana – VÁ PARA A PERGUNTA B12	

__ dias	
B10. Em geral, no dia em que o(a) Sr.(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) Sr.(a) consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho o 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) __ __ doses	B10 __ __
B11. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu 5 ou mais (<i>se homem</i>) ou 4 ou mais (<i>se mulher</i>) doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (0) Não (1) Sim (9) Não quis responder	B11 __
B12. Quantas horas de sono o(a) Sr.(a) costuma dormir por dia durante a semana (de segunda à sexta-feira)? __ __ horas __ __ min	B12h __ __ B12m __ __
B13. Como o(a) Sr.(a) considera o seu sono? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	B13 __
B14. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, o(a) Sr.(a) tomou remédio para dormir? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra ou não quis responder	B14 __
B15. Em média, quantas horas por dia o(a) Sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão durante a semana (de segunda a sexta-feira)? __ __ horas __ __ minutos (0000) não assiste (9999) Não sabe	B15h __ __ B15m __ __
BLOCO C – SOCIOECONÔMICO (APENAS O CHEFE DO DOMICÍLIO DEVERÁ RESPONDER ESTE BLOCO. CASO CONTRÁRIO, VÁ PARA O BLOCO D).	
Agora vamos falar sobre algumas características de sua casa.	
C1. A casa onde o(a) Sr.(a) mora é: (1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (4) Pensão/pensionato, hotel	C1 __

(5) Outro: _____	
C2. A água utilizada para beber neste domicílio é: (1) Filtrada (2) Fervida (3) Mineral industrializada (4) Da torneira (5) Outra: _____	C2 __
C3. Quantas peças da casa são usadas para dormir? __ peças	C3 __
C4. Quantos banheiros ou sanitários de uso dos moradores há no domicílio? __ banheiros	C4 __
C5. Qual o destino dado ao lixo desta casa? (1) Coletado diretamente pelo lixeiro (caminhão do lixo) (2) É queimado ou enterrado na casa (3) Jogado em terreno baldio ou na rua (4) Jogado em rio, lago ou mar (5) Outro: _____	C5 __
C6. Neste domicílio existe: a) Televisão em cores? (0) não (1) sim b) Geladeira? (0) não (1) sim c) Video/DVD? (0) não (1) sim d) Máquina de lavar roupa? (0) não (1) sim e) Máquina de secar roupa? (0) não (1) sim f) Telefone fixo? (0) não (1) sim g) Telefone celular? (0) não (1) sim h) Forno microondas? (0) não (1) sim i) Fogão à lenha? (0) não (1) sim j) Computador ou notebook? (0) não (1) sim k) Acesso à internet? (0) não (1) sim l) Motocicleta? (0) não (1) sim	C6a __ C6b __ C6c __ C6d __ C6e __ C6f __ C6g __ C6h __ C6i __ C6j __ C6k __ C6l __
C7. Quantos carros há no domicílio? __ carros	C7 __
C8. Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista? (0) Não	C8 __

(1) Sim	
C9. Quantas pessoas moram neste domicílio? ___ pessoas	C9 ___
C10. No último mês, o(a) Sr.(a) trabalhou sendo pago(a)? (0) Não (1) Sim (2) Estava em férias/licença	C10 ___
C11. Quanto o(a) Sr.(a) e as pessoas que moram na casa receberam no último mês (incluindo salário, pensão, férias, aposentadoria)? Morador 1 (A PRÓPRIA PESSOA) _____ Reais (88888) NSA (99999) IGN C11a _____ — Morador 2 (_____) _____ Reais (88888) NSA (99999) IGN C11b _____ — Morador 3 (_____) _____ Reais (88888) NSA (99999) IGN C11c _____ — Morador 4 (_____) _____ Reais (88888) NSA (99999) IGN C11d _____ — Morador 5 (_____) _____ Reais (88888) NSA (99999) IGN C11e _____ —	
C12. O(a) Sr.(a) tem dinheiro suficiente para pagar suas despesas? (0) Não (1) Sim (2) Em parte	C12 ___
C13 Escreva o nome da pessoa que respondeu este bloco: _____	C13 ___
BLOCO D - DOENÇAS CRÔNICAS	
As próximas perguntas são sobre algumas doenças.	
D1. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) teve sua pressão arterial medida? (0) Nunca mediu (1) Há menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe	D1 ___

<p>D2. O(a) Sr.(a) toma algum medicamento para controlar a pressão?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p> <p>(9) Não lembra/não sabe</p>	D2 __
<p>D3. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p> <p>(9) Não lembra</p>	D3 __
<p>D4. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?</p> <p>(0) Nunca mediu</p> <p>(1) Há menos de 6 meses</p> <p>(2) Entre 6 meses e 1 ano</p> <p>(3) Há mais de 1 ano</p> <p>(9) Não lembra/não sabe</p>	D4 __
<p>D5. O(a) Sr.(a) toma algum comprimido para controlar o diabetes ou o nível de açúcar do sangue?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p> <p>(9) Não lembra/não sabe</p>	D5 __
<p>D6. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes (<i>açúcar alto no sangue</i>)?</p> <p>(0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA D9</p> <p>(1) Sim</p> <p>(9) Não lembra</p>	D6 __
<p>D7. (SE MULHER E SE JÁ ENGRAVIDOU): O diabetes (<i>açúcar alto no sangue</i>) foi apenas quando estava grávida?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p> <p>(8) Nunca engravidou</p> <p>(9) Não lembra/não sabe</p>	D7 __
<p>D8. O(a) Sr.(a) está usa insulina para controlar o diabetes ou o nível de açúcar no sangue?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	D8 __
<p>D9. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame para medir o colesterol ou triglicérides?</p> <p>(0) Nunca mediu</p> <p>(1) Há menos de 6 meses</p>	D9 __

(2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe	
D10. O(a) Sr.(a) usa medicação para controlar o colesterol ou triglicerídeos alto? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	D10 __
D11. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem colesterol ou triglicerídeos alto? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/Não sabe	D11 __
D12. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra? (0) Não (1) Sim	D12 __
D13. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC (<i>acidente vascular cerebral</i>)? (0) Não (1) Sim	D13 __
D14. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem artrite ou reumatismo? (0) Não (1) Sim	D14 __
D15. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem DORT (doença osteomuscular relacionada ao trabalho) ou LER (lesão por esforço repetitivo)? (0) Não (1) Sim	D15 __
D16. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem câncer? (0) Não (1) Sim – ONDE (que tipo de câncer)? _____	D16 __
D17. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem insuficiência renal crônica? (0) Não (1) Sim	D17 __
D18. Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tinha depressão? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA D20	D18 __

(1) Sim								
D19. Nos últimos 12 meses, isto é, desde <MÊS DO ANO PASSADO>, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem depressão? (0) Não (1) Sim	D19 __							
D20. O(a) Sr.(a) toma algum remédio para tratar depressão? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA D22 (1) Sim	D20 __							
D21. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) toma remédio para depressão? __ __ anos __ __ meses (9999) não sabe / não lembra	D21a __ __ D21m __ __							
D22. Algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem outra doença mental ou emocional, como ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar ou TOC (<i>transtorno obsessivo compulsivo</i>)? (0) Não (1) Sim – QUAL? _____	D22 __							
D23. O(a) Sr.(a) teve dor nas costas nos últimos 12 meses, isto é, desde <MÊS DO ANO PASSADO>? Não – VÁ PARA O BLOCO E Sim	D23 __							
D24. Essa dor durou mais de 12 semanas, isto é, três meses seguidos? Não Sim	D24 __							
D25. O(a) Sr.(a) teve que faltar o trabalho ou aula por causa dessa dor? Não Sim	D25 __							
D26. O(a) Sr.(a) procurou atendimento médico por causa dessa dor? Não Sim	D26 __							
BLOCO E - QUALIDADE DE VIDA								
<p>As próximas perguntas são sobre como o(a) Sr.(a) se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Se o(a) Sr.(a) não tem certeza sobre que resposta dar em alguma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que o(a) Sr.(a) acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.</p> <p><i>MOSTRE O CARTÃO-RESPOSTA PARA A PESSOA QUE ESTIVER RESPONDENDO.</i></p>								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Muito ruim</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Ruim</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Nem ruim</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Boa</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Muito boa</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>		Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Boa	Muito boa	
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Boa	Muito boa			

			Nem boa			
E1. Como o(a) Sr.(a) avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	E1 __
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeit o	Muito Satisfeito	
E2. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	E2 __
As questões seguintes são sobre o quanto o(a) Sr.(a) tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastant e	Extremamente	
E3. Em que medida o(a) Sr.(a) acha que sua dor (física) impede o(a) Sr.(a) de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5	E3 __
E4. O quanto o(a) Sr.(a) precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	E4 __
E5. O quanto o(a) Sr.(a) aproveita a vida?	1	2	3	4	5	E5 __
E6. Em que medida o(a) Sr.(a) acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	E6 __
E7. O quanto o(a) Sr.(a) consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	E7 __
E8. Quão seguro(a) o(a) Sr.(a) se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	E8 __
E9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	E9 __
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente o(a) Sr.(a) tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completa mente	
E10. O(a) Sr.(a) tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	E10 __
E11. O(a) Sr.(a) é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	E11 __

E12. O(a) Sr.(a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	E12 __
E13. Quão disponíveis para o(a) Sr.(a) estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	E13 __
E14. Em que medida o(a) Sr.(a) tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	E14 __
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito o(a) Sr.(a) se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom	
E15. Quão bem o(a) Sr.(a) é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	E15 __
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
E16. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o seu sono?	1	2	3	4	5	E16 __
E17. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	E17 __
E18. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	E18 __
E19. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	E19 __
E20. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	E20 __
E21. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	E21 __
E22. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o apoio que o(a) Sr.(a) recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	E22 __
E23. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	E23 __

E24. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	E24 __
E25. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	E25 __

A questão seguinte se refere à frequência que o(a) Sr.(a) sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre	
E26. Com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	E26 __

BLOCO F - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

As perguntas a seguir serão sobre doenças respiratórias.

F1. O(a) Sr.(a) costuma ter tosse, sem estar resfriado ou gripado? (0) Não (1) Sim	F1 __
F2. O(a) Sr.(a) tosse na maioria dos dias, por pelo menos três meses do ano? (0) Não (1) Sim	F2 __
F3. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem doença do pulmão, tais como: enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)? (0) Não (1) Sim Não sabe / não lembra	F3 __
F4. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem asma ou bronquite asmática? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não lembra	F4 __
F5. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem síndrome da apneia obstrutiva do sono, isto é, parar de respirar enquanto dorme? (0) Não (1) Sim	F5 __

(9) Não sabe / não lembra	
F6. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) teve algum episódio de:	
a. Sibilos ou chiado no peito? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	F6a __
b. Asma? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	F6b __
c. Bronquite? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	F6c __
d. Enfisema? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	F6d __
e. DPOC? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	F6e __
f. Rinite alérgica? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	F6f __
F7. O(a) Sr.(a) está ou já esteve exposto à fumaça ou poeira no seu local de trabalho? Não – VÁ PARA O BLOCO G (1) Sim (8) Não se aplica (não trabalha) – VÁ PARA O BLOCO G	F7 __
F8. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está ou já esteve exposto à fumaça ou poeira no seu local de trabalho? __ __ anos __ __ meses (0000) Não está (8888) Não trabalha (9999) Não sabe	F8a __ __ F8m __ __
BLOCO G - SERVIÇOS DE SAÚDE	
Agora vamos falar sobre a utilização do serviço de saúde.	
G1. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	G1 __
G2. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) recebeu visita de algum agente comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	G2 __
G3. O(a) Sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico particular? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA G5 (1) Sim, plano particular. QUAL? _____ (2) Sim, plano empresarial. QUAL? _____	G3 __
G4. Como o(a) Sr.(a) considera este plano de saúde? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular	G4 __

<p>(4) Ruim</p> <p>(5) Muito ruim</p>	
<p>G5. Quando o(a) Sr.(a) consultou um médico pela última vez?</p> <p>(0) Nunca foi ao médico – <i>VÁ PARA A PERGUNTA G8</i></p> <p>(1) No último mês</p> <p>(2) Entre o último mês e o último ano</p> <p>(3) De 1 ano a menos do que 2 anos</p> <p>(4) De 2 anos a menos do que 3 anos</p> <p>(5) 3 anos ou mais</p> <p>(9) Não lembra/não sabe</p>	<p>G5 __</p>
<p>G6. Qual foi o motivo desta consulta?</p> <p>(1) Acidente ou lesão</p> <p>(2) Doença aguda ou outro problema de saúde agudo que não seja traumático</p> <p>(3) Doença crônica ou outro problema de saúde crônico</p> <p>(4) Sessão de tratamento ou terapia para doença/problema crônico</p> <p>(5) Consulta pré-natal</p> <p>(6) Exame médico periódico para prevenção de doença</p> <p>(7) Outro exame médico (admissional, carteira de motorista etc.)</p> <p>(8) Outro: _____</p> <p>(9) Não lembra/não sabe</p>	<p>G6 __</p>
<p>G7. Essa última consulta foi:</p> <p>(1) Pelo SUS</p> <p>(2) Por convênio/plano de saúde particular</p> <p>(3) Por convênio/plano de saúde empresarial</p> <p>(4) Particular</p> <p>(9) Não lembra/não sabe</p>	<p>G7 __</p>
<p>G8. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) ficou internado em hospital por pelo menos 24 horas?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	<p>G8 __</p>
<p>G9. O(a) Sr.(a) tomou vacina contra gripe neste ano ou no ano passado?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim, no SUS (posto de saúde)</p> <p>(2) Sim, em clínica privada</p>	<p>G9 __</p>

G10. (SE MULHER): A Sra. já fez exame preventivo de câncer do útero, também conhecido como CP ou Papanicolau? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA G12 (1) Sim (9) Não lembra/não sabe – VÁ PARA A PERGUNTA G12	G10 __
G11. (SE MULHER): Quanto tempo faz que a Sra. fez este exame? __ __ anos __ __ meses (9999) não lembra	G11a __ __ G11m __ __
G12. (SE MULHER): A Sra. já fez alguma vez mamografia ou raio-X das mamas? (0) Não – VÁ PARA O BLOCO H (1) Sim (9) Não lembra/não sabe – VÁ PARA O BLOCO H	G12 __
G13. (SE MULHER): Quanto tempo faz que a Sra. fez este exame? __ __ anos __ __ meses (9999) não lembra	G13a __ __ G13m __ __
G14. (SE HOMEM COM MAIS DE 40 ANOS): O Sr. já fez exame de próstata (toque retal ou PSA)? Não (1) Sim, toque retal (2) Sim, PSA (3) Sim, ambos	G14 __
BLOCO H - CONSUMO ALIMENTAR	
<i>AS PERGUNTAS H1 A H15 DEVERÃO SER RESPONDIDAS APENAS PELO CHEFE DA FAMÍLIA. SE NÃO FOR O CHEFE DE FAMÍLIA, VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA H16</i>	
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a alimentação do(a) Sr.(a) e de sua família.	
H1. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(a) Sr.(a) teve a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida? (0) Não (1) Sim	H1 __
H2. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os alimentos acabaram antes que o(a) Sr.(a) tivesse dinheiro para comprar mais comida? (0) Não (1) Sim	H2 __
H3. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL> o(a) Sr.(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (0) Não (1) Sim	H3 __

<p>H4. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(a) Sr.(a) ou algum morador deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	H4 __
<p>H5. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	H5 __
<p>H6. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL> algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	H6 __
<p>H7. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	H7 __
<p>H8. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia porque não tinha dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	H8 __
<p>H9. Neste domicílio, reside algum morador com menos de 18 anos de idade?</p> <p>(0) Não – VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA H16 (1) Sim</p>	H9 __
<p>H10. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	H10 __
<p>H11. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	H11 __
<p>H12. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que o(a) Sr.(a) achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não</p>	H12 __

(1) Sim	
H13. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (0) Não (1) Sim	H13 __
H14. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (0) Não (1) Sim	H14 __
H15. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida? (0) Não (1) Sim	H15 __
Agora vou lhe perguntar sobre hábitos alimentares.	
H16. Como o(a) Sr.(a) considera a sua alimentação? Para responder esta pergunta, não pense na quantidade de alimentos nem nas marcas dos produtos, e sim se sua alimentação é variada e com alimentos como carnes, peixes, legumes, verduras e frutas. (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	H16 __
H17. Vou ler algumas refeições e gostaria que o(a) Sr.(a) me dissesse quais delas costuma fazer:	
Café da manhã (0) Não (1) Sim	H17a —
Almoço (0) Não (1) Sim	H17b —
Lanche ou café da tarde (0) Não (1) Sim	H17c __
Jantar ou café noite (0) Não (1) Sim	H17d —
Ceia ou lanche antes de dormir (0) Não (1) Sim	H17e —
H18. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer leguminosas como feijão, lentilha, ervilha?	H18 __

<p>(0) Nunca</p> <p>(1) Quase nunca</p> <p>(2) 1 a 2 dias por semana</p> <p>(3) 3 a 4 dias por semana</p> <p>(4) 5 a 6 dias por semana</p> <p>(5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	
<p>H19. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? <i>(não inclui batata, mandioca ou inhame)</i></p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Quase nunca</p> <p>(2) 1 a 2 dias por semana</p> <p>(3) 3 a 4 dias por semana</p> <p>(4) 5 a 6 dias por semana</p> <p>(5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H19 __
<p>H20. Em quantos dias da semana o (a) Sr.(a) costuma comer carne vermelha (rês, porco)?</p> <p>(0) Nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H22</i></p> <p>(1) Quase nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H22</i></p> <p>(2) 1 a 2 dias por semana</p> <p>(3) 3 a 4 dias por semana</p> <p>(4) 5 a 6 dias por semana</p> <p>(5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H20 __
<p>H21. O(a) Sr.(a) tem o hábito de comer a gordura aparente da carne vermelha?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	H21 __
<p>H22. Em quantos dias da semana o (a) Sr.(a) costuma comer frango/galinha?</p> <p>(0) Nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H24</i></p> <p>(1) Quase nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H24</i></p> <p>(2) 1 a 2 dias por semana</p> <p>(3) 3 a 4 dias por semana</p> <p>(4) 5 a 6 dias por semana</p> <p>(5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H22 __
<p>H23. O(a) Sr.(a) tem o hábito de comer a pele do frango?</p> <p>(0) Não</p>	H23 __

(1) Sim	
H24. Em quantos dias da semana o (a) Sr.(a) costuma comer peixe? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	H24 __
H25. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	H25 __
H26. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	H26 __
H27. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	H27 __
H28. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar leite? (<i>não inclui leite de soja</i>) (0) Nunca- <i>VÁ PARA A PERGUNTA H30</i> (1) Quase nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H30</i> (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana	H28 __

(4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	
H29. Quando o(a) Sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? (1) Integral (2) Desnatado ou semidesnatado (3) Ambos (9) Não sabe	H29 __
H30. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer alimentos doces, como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	H30 __
H31. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma trocar a comida do almoço e/ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	H31 __
H32. O(a) Sr.(a) costuma comer quando está assistindo TV? (0) Não (1) Sim	H32 __
H33. Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) Sr.(a) acha que o seu consumo de sal é: (1) Muito baixo (2) Baixo (3) Adequado (4) Alto (5) Muito alto	H33 __
H34. Depois que o seu prato já está servido, o(a) Sr.(a) costuma colocar mais sal na comida?	H34 __

(0) Não (1) Sim	
H35. O(a) Sr.(a) costuma colocar açúcar ou adoçante no café, chá ou suco? (0) Não (1) Sim	H35 __
H36. Onde o(a) Sr.(a) costuma realizar a maior parte das suas refeições? (1) Em casa (2) No trabalho (3) Em algum restaurante (4) Outro local: _____	H36 __
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre assistência nutricional	
H37. O(a) Sr.(a) recebeu alguma orientação sobre como deveria se alimentar desde <MÊS> do ano passado? (0) Não – <i>VÁ PARA O BLOCO I</i> (1) Sim (9) Não lembra/não sabe – <i>VÁ PARA O BLOCO I</i>	H37 __
H38. Onde foi que o(a) Sr.(a) recebeu essa orientação sobre alimentação? (1) Posto de Saúde (2) Hospital (3) Clínica privada ou consultório particular (4) Mídia (5) Outro: _____	H38 __
H39. Quem falou com o(a) Sr.(a) sobre alimentação? Nutricionista (2) Médica (3) Enfermeira (4) Outro: _____ (9) Não soube informar	H39 __
H40. Quando o(a) Sr.(a) foi orientado sobre como deveria se alimentar, qual foi a orientação dada? Comer menos gorduras ou frituras (0) não (1) sim Comer menos doce ou açúcar (0) não (1) sim Comer menos sal (0) não (1) sim Comer mais frutas, legumes ou verduras (0) não (1) sim Outra: _____	H40a __ H40b __ H40c __ H40d __ H40e __
H41. O(a) Sr.(a) recebeu alguma orientação por escrito sobre alimentação?	H41 __

<p>Nenhuma</p> <p>(1) Dieta</p> <p>(2) Lista de alimentos</p> <p>(3) Dieta e lista de alimentos</p> <p>(4) Outra: _____</p>	
<p>H42. Esta orientação sobre como o(a) Sr.(a) deveria se alimentar lhe ajudou a se alimentar melhor?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	H42 __
<p>H43. O(a) Sr.(a) considera que suas dúvidas sobre alimentação foram esclarecidas?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p> <p>(8) Não tinha dúvidas</p>	H43 __
BLOCO I - ATIVIDADE FÍSICA	
<p>Agora vamos conversar sobre atividades físicas. Para responder essas perguntas o(a) Sr.(a) deve saber que:</p> <p>Atividades físicas fortes são as que exigem grande esforço físico e que fazem respirar <u> muito mais rápido </u> que o normal</p> <p>Atividades físicas moderadas são as que exigem esforço físico médio e que fazem respirar <u> um pouco mais rápido </u> do que o normal.</p> <p>Em todas as perguntas sobre atividade física, responda somente sobre aquelas que duram pelo menos 10 minutos seguidos. Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse apenas nas atividades feitas no seu <u> tempo livre (lazer) </u>.</p>	
<p>11. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz caminhada no seu tempo livre?</p> <p>__ dias por SEMANA</p> <p>(0) Nenhum - VÁ PARA A PERGUNTA 13</p>	I1 __
<p>12. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?</p> <p>__ horas __ minutos (9999) IGN</p>	I2h __ __ I2m __ __
<p>13. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por exemplo: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos etc..</p> <p>__ dias por SEMANA</p> <p>(0) Nenhum - VÁ PARA A PERGUNTA 15</p>	I3 __
<p>14. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?</p> <p>__ horas __ minutos (9999) IGN</p>	I4h __ __ I4m __ __
<p>15. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas moderadas fora as caminhadas no seu tempo livre? Por exemplo: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão etc..</p> <p>__ dias por SEMANA</p>	I5 __

(0) Nenhum - VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA 17	
16. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? __ __ horas __ __ minutos (9999) IGN	16h __ __ 16m __ __
Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse como <u>se desloca de um lugar a outro</u> quando este deslocamento dura pelo menos 10 minutos seguidos. Pode ser a ida e vinda do trabalho ou quando vai fazer compras, visitar a amigos ou ir à escola/faculdade.	
17. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro? __ dias por SEMANA (0) Nenhum - VÁ PARA A PERGUNTA 19	17 __
18. Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) pedala por dia? __ __ horas __ __ minutos (9999) IGN	18h __ __ 18m __ __
19. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar a outro? __ dias por SEMANA (0) Nenhum - VÁ PARA O BLOCO J	19 __
110. Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) caminha por dia? __ __ horas __ __ minutos (9999) IGN	110h __ __ 110m __ __
BLOCO J - SOBRE O BAIRRO	
Agora vou lhe fazer perguntas sobre o bairro em que você mora.	
J1. Existe perto de sua casa algum lugar PÚBLICO (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada, realizar exercício físico ou praticar esporte? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J1 __
J2. Sua casa já foi assaltada ou roubada alguma vez? (0) Não (1) Sim	J2 __
J3. O(a) Sr.(a) gosta de morar neste bairro? (0) Não (1) Sim	J3 __
J4. Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo a sua residência? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA J6 (1) Sim (9) Não sabe – VÁ PARA A PERGUNTA J6	J4 __
J5. As frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência são de boa qualidade?	J5 __

(0) Não (1) Sim (9) Não sabe	
J6. Encontra-se uma grande variedade de alimentos com baixo teor de gordura (isto é, <i>light/diet</i>) à venda próximo à sua residência? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J6 __
J7. Existem muitos lugares para lanches e refeições rápidas (<i>fast-food</i>) próximo à sua residência? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J7 __
Agora vamos falar sobre as ruas perto de sua casa. Considere como perto os locais dos quais o(a) Sr.(a) consegue chegar caminhando em 10 minutos.	
J8. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J8 __
J9. Como o(a) Sr.(a) considera as calçadas perto de sua casa para caminhar? (1) Ruins (2) Regulares (3) Boas	J9 __
J10. Existem áreas verdes com árvores nas ruas perto de sua casa? (0) Não – VÁ PARA PERGUNTA J12 (1) Sim	J10 —
J11. Como o(a) Sr.(a) considera as áreas verdes perto de sua casa? (1) Ruins (2) Regulares (3) Boas	J11 —
J12. As ruas perto de sua casa são planas (sem subidas e descidas)? (0) Não (1) Sim	J12 —
J13. Existem locais com acúmulo de lixo nas ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J13 —

J14. Existem locais com esgoto a céu aberto nas ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J14 —
Agora vamos falar sobre o trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos perto de sua casa.	
J15. O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificultam a prática de caminhada ou o uso de bicicletas perto da sua casa? (0) Não (1) Sim	J15 —
J16. Existem faixas de segurança para atravessar as ruas perto de sua casa? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA J18</i> (1) Sim	J16 —
J17. Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem a faixa de segurança? (0) Não (1) Sim	J17 —
J18. Existe fumaça de poluição perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J18 —
Agora vamos falar sobre a segurança de seu bairro.	
J19. As ruas perto de sua casa são bem iluminadas a noite? (0) Não (1) Sim	J19 —
J20. Durante o dia o(a) Sr.(a) acha seguro caminhar ou andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J20 —
J21. Durante a noite o(a) Sr.(a) acha seguro caminhar ou andar de bicicleta, ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J21 —
Agora vamos falar sobre sua família, amigos, vizinhos e o clima no seu bairro.	
J22. Algum amigo ou vizinho convida o(a) Sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim	J22 __

J23. Algum parente convida o(a) Sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta, ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim	J23 __
J24. Ocorrem eventos esportivos e/ou caminhadas em seu bairro? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J24 __
J25. O clima (frio, chuva ou calor) dificulta que o(a) Sr.(a) caminhe, ande de bicicleta, ou pratique esportes em seu bairro? (0) Não (1) Sim	J25 __
J26. O(a) Sr.(a) tem cachorro? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA J28 (1) Sim	J26 __
J27. O Sr.(a) costuma passear com seu cachorro nas ruas do seu bairro? (0) Não (1) Sim	J27 __
J28. O(a) Sr.(a) tem medo ou preocupação com alguma destas coisas <u>no bairro onde mora</u> ? Sujeira ou poluição (0) não (1) sim Violência de bandidos, assaltos e outros tipos de crime (0) não (1) sim Animais perigosos ou doenças transmitidas por eles (0) não (1) sim Tempestades ou enchentes (0) não (1) sim Incêndio, explosão ou vazamento de produto de alguma empresa (0) não (1) sim Incêndio, explosão ou vazamento de algum veículo de transporte (0) não (1) sim	J28a __ J28b __ J28c __ J28d __ J28e __ J28f __
BLOCO L – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA	
Agora vamos falar sobre aula de educação física. Considere aula de educação física um contato direto com professor, instrutor, personal trainer em academias, serviços, clubes, entre outros espaços.	
L1. Desde <TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr.(a) realizou aula com algum professor de Educação Física? (0) Não - VÁ PARA A PERGUNTA L7 (1) Sim (9) Não lembra - VÁ PARA A PERGUNTA L7	L1 __
L2. Em que lugar, no último mês, ocorreu esta aula? (Nos casos de mais de uma resposta, priorizar o lugar (aula) que o entrevistado esteja há mais tempo). (1) Academia de ginástica, musculação, personal trainer	L2 __

<p>(2) Escola, aula de educação física na escola</p> <p>(3) Posto de Saúde, NASF, Vida Ativa</p> <p>(4) No hospital, clínica de recuperação</p> <p>(5) Na FURG, outras IES</p> <p>(6) Na rua, em uma praça</p> <p>(7) Em outro lugar. Qual? _____</p> <p>(9) Não lembra</p>	
<p>L3. Esta aula foi paga ou de graça?</p> <p>(1) Paga</p> <p>(2) De graça</p>	L3 __
<p>L4. Qual a frequência semanal desta aula?</p> <p>(1) 1 vez por semana</p> <p>(2) 2 vezes por semana</p> <p>(3) 3 vezes por semana</p> <p>(4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p>(9) Não quis responder</p>	L4 __
<p>L5. Qual o principal motivo levou o(a) Sr.(a) a buscar esta aula de Educação Física?</p> <p>(1) Emagrecimento</p> <p>(2) Recomendação/ Orientação profissional (médico, nutricionista, outro)</p> <p>(3) Ganho de Massa Muscular/ Definição muscular (força)</p> <p>(4) Convívio Social</p> <p>(5) Saúde/ Qualidade de Vida / Bem-estar</p> <p>(6) Outro. Qual? _____</p>	L5 __
<p>L6. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está frequentando a aula de Educação Física?</p> <p>__ __ meses – VÁ PARA A PERGUNTA L12</p> <p>(99) Não lembra – VÁ PARA A PERGUNTA L12</p>	L6 __ —
<i>Perguntas para quem NÃO realizou aula nos últimos três meses com professor de Educação Física</i>	
<p>L7. O(a) Sr.(a) procurou professor de Educação Física nos últimos três meses?</p> <p>Não</p> <p>Sim. Onde? _____ - VÁ PARA A PERGUNTA L9</p>	L7 __
<p>L8. Por qual motivo o(a) Sr.(a) não procurou professor de Educação Física?</p> <p>(1) Não sei onde procurar</p> <p>(2) Ninguém disse que eu precisava</p> <p>(3) Não preciso</p>	L8 __

(4) Falta de tempo (5) Outro motivo. Qual? _____	
L9. O(a) Sr.(a) lembra qual foi o último lugar onde realizou aula com professor de Educação Física? (0) Nunca fez - VÁ PARA A PERGUNTA L11 (1) Academia de ginástica, musculação, <i>personal trainer</i> (2) Escola, aula de educação física na escola (3) Posto de Saúde, NASF, Vida Ativa (4) No hospital, clínica de recuperação (5) Na FURG, outras IES (6) Na rua, em uma praça (7) Em outro lugar. Qual? _____ (9) Não lembra - VÁ PARA A PERGUNTA L11	L9 __
L10. Esta aula foi paga ou de graça? (1) Paga – VÁ PARA A PERGUNTA L12 (2) De graça – VÁ PARA A PERGUNTA L12 (9) Não soube responder – VÁ PARA A PERGUNTA L12	L10 __
L11. Se o(a) Sr.(a) tivesse que procurar um lugar com professor de Educação Física, qual lugar seria? (1) Escola (2) Academia (3) Posto de Saúde (4) Hospital (5) FURG (6) SESI (7) Outro lugar. Qual? _____ (9) Não sabe / não quis responder	L11 __
Agora vamos fazer perguntas sobre o professor de Educação Física nos espaços públicos de saúde.	
L12. O(a) Sr.(a) já ouviu falar sobre a existência de professor de Educação Física nos postos de Saúde de Rio Grande? (0) Não (1) Sim	L12 __
L13. O(a) Sr.(a) já ouviu falar sobre a existência de professor de Educação Física no hospital da FURG? (0) Não (1) Sim	L13 __
L14. O(a) Sr.(a) conhece algum programa público em Rio Grande de estímulo à prática de atividade física?	L14 __

(0) Não

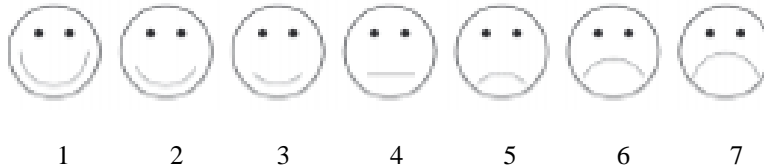
(1) Sim, qual? _____

BLOCO M - SAÚDE MENTAL

Agora vou lhe mostrar alguns rostos que expressam vários sentimentos, desde uma pessoa que se sente muito feliz (apontar para o primeiro rosto) até uma pessoa que se sente muito triste (apontar para o último rosto).

Qual desses rostos mostra melhor como o(a) Sr.(a) se sentiu na maior parte do tempo, no último ano?

(MOSTRAR FIGURA PARA OS ENTREVISTADOS)



M __

Agora vamos falar sobre como o(a) Sr.(a) tem se sentido no último mês. (MOSTRAR O CARTÃO-RESPOSTA)

M1. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

M1 __

M2. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

M2 __

M3. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido nervoso e “estressado”?

(0) nunca

(1) quase nunca

(2) às vezes

(3) quase sempre

(4) sempre

M3 __

M4. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?

M4 __

<p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	
<p>M5. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M5 __
<p>M6. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M6 __
<p>M7. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M7 __
<p>M8. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M8 __
<p>M9. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar as irritações em sua vida?</p>	M9 __

(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre	
M10. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre	M10 —
M11. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle? (0) Nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre	M11 —
M12. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre	M12 —
M13. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre	M13 —
M14. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de acreditar que não pode superá-las?	M14 —

- (0) nunca
- (1) quase nunca
- (2) às vezes
- (3) quase sempre
- (4) sempre

--

BLOCO N - SAÚDE BUCAL

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre os seus dentes.

<p>N1. O(a) Sr.(a) range os dentes ou alguém de sua família lhe disse que o(a) Sr.(a) range os dentes durante o sono?</p> <p>(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (9) Não sabe</p>	N1 __
<p>N2. O(a) Sr.(a) tem impressão de que seus dentes são mais desgastados do que deveriam ser?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	N2 __
<p>N3. O(a) Sr.(a) sente cansaço ou dor nos músculos da mandíbula quando se acorda?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	N3 __
<p>N4. O(a) Sr.(a) sente dor nas têmporas (lateral da cabeça, acima das orelhas) quando se acorda?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	N4 __
<p>N5. O(a) Sr.(a) tem dificuldade de abrir a boca quando se acorda?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	N5 __
<p>N6. O(a) Sr.(a) usa prótese ou dentadura?</p> <p>(0) Não (1) Sim, superior e inferior – <i>VÁ PARA A PERGUNTA N9</i> (2) Sim, superior – <i>VÁ PARA A PERGUNTA N9</i> (3) Sim, inferior – <i>VÁ PARA A PERGUNTA N9</i></p>	N6 __
<p>N7. Quantas vezes por dia o(a) Sr.(a) escova os dentes?</p> <p>(0) Nenhuma (1) 1</p>	N7 __

(2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais	
N8. O(a) Sr.(a) usa fio dental todos os dias? (0) Não (1) Sim	N8 __
N9. O(a) Sr.(a) já consultou o dentista alguma vez? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA N13 (1) Sim	N9 __
N10. Quanto tempo faz que o(a) Sr.(a) consultou o dentista pela última vez? __ __ anos __ __ meses (9999) Não lembra (8888) NSA	N10a __ __ N10m __ __
N11. Qual o motivo da última consulta com o dentista? (1) Revisão / consulta de rotina (2) Dor de dente (3) Outro motivo que não dor de dente: _____ (9) Não lembra	N11 __
N12. Qual o tipo de serviço utilizado na última consulta com o dentista? (1) Público (2) Particular (3) Convênio 9) Não lembra / não sabe	N12 __
N13. Nos últimos seis meses, isto é, desde <MÊS> até agora, o(a) Sr.(a) teve dor de dente? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	N13 __
N14. Com relação aos seus dentes e à sua boca, o(a) Sr.(a) diria que está: (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito	N14 __

BLOCO O - SAÚDE MENTAL (SEGUNDA PARTE)

Agora vamos falar sobre como o(a) Sr.(a) tem se sentido nas últimas duas semanas. (MOTRAR O CARTÃO-RESPOSTA)	
<p>O1. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O1 __
<p>O2. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O2 __
<p>O3. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O3 __
<p>O4. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O4 __
<p>O5. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O5 __
<p>O6. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a si mesmo(a)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana</p>	O6 __

(2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	
07. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	07 __
08. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	08 __
09. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	09 __
010. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	010 __
AGRADEÇA A ATENÇÃO E PEGUE OS NÚMEROS DE TELEFONE PARA CONTATO (ABAIXO).	

Agora solicito o seu número de telefone caso a equipe da pesquisa precise entrar em contato com o(a) Sr.(a):	
<u>TELEFONES PARA CONTATO:</u>	<u>NOME:</u>

() _____ . _____	_____
() _____ . _____	_____
() _____ . _____	_____
() _____ . _____	_____
() _____ . _____	_____

SE O ENTREVISTADO PRECISAR DE QUALQUER ESCLARECIMENTO OU ENCAMINHAMENTO MÉDICO, NUTRICIONAL, PSICOLÓGICO OU ODONTOLÓGICO, ANOTE AQUI:

ANOTAÇÕES:

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PARTICIPANTE DA PESQUISA INTITULADA: “SAÚDE DA POPULAÇÃO RIOGRANDINA”

Pesquisador responsável: Samuel de Carvalho Dumith.

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Telefone: (53) 9111.8595

CEPAS – FURG – End: Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde. Visconde de Paranaguá, 102, CEP 96200-190 Rio Grande/RS. Telefone (53)32330235.

Informações sobre a pesquisa:

Prezado(a) Senhor(a):

Este estudo tem por objetivo avaliar diversas questões sobre a saúde da população da cidade do Rio Grande (RS). Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, responderá a um questionário aplicado por uma entrevistadora devidamente treinada para esta pesquisa. Sua participação neste estudo é de livre escolha e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de esclarecimentos ou de aviso prévio. A desistência da sua participação no estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo. Salienta-se que o participante não será identificado, mantendo-se o caráter sigiloso das informações. Não há despesas pessoais, nem compensação financeira relacionada à sua participação. Destaca-se que a pesquisa apresenta riscos mínimos para o participante. Se o(a) Sr.(a) se sentir constrangido ou desconfortável, a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento.

Apesar de o estudo não trazer benefícios diretos para os participantes, os resultados poderão contribuir para nortear políticas públicas de promoção à saúde. A equipe responsável se compromete a fornecer esclarecimentos a qualquer momento no caso de dúvidas sobre o questionário e demais assuntos relacionados à pesquisa, em qualquer etapa do estudo.

Se o(a) Sr.(a) concordar em participar do estudo, solicitamos que assine o termo a seguir:

Declaro de que fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre os motivos, procedimentos, riscos e benefícios deste estudo, concordando em participar da pesquisa. Assinatura do participante: _____ Data: __/__/2016

Declaro que obtive de forma voluntária o consentimento livre e esclarecido deste profissional membro da equipe para a participação neste estudo. Assinatura do entrevistador: _____ Data: __/__/2016

APÊNDICE 4 - FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
PESQUISA SAÚDE DA POPULAÇÃO RIOGRANDINA



ENCAMINHAMENTO

Venho por meio deste formalizar o encaminhamento de
_____ à _____ instituição

para devida triagem e atendimento na especialidade _____,

pelos seguintes motivos: _____.

Este encaminhamento é resultado de diagnósticos/indicadores identificados durante a realização da pesquisa "Saúde da População Riograndina", realizado por estes Programas de Pós-graduação, vinculados à FURG.

Nome e assinatura do profissional responsável pelo encaminhamento

Contato: _____ - Data: ____/____/2016

APÊNDICE 5 - CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
"Pesquisa sobre saúde da população Riograndina"



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Morador(a):

Os programas de pós-graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) estão realizando uma pesquisa sobre a **Saúde da População Riograndina** e o seu domicílio foi selecionado para fazer parte do estudo!

Nesta pesquisa, serão entrevistadas aproximadamente 1.500 pessoas com 18 anos ou mais, residentes nos mais diversos bairros da cidade de Rio Grande. As entrevistas serão realizadas nos meses de abril e maio de 2016 por entrevistadoras devidamente treinadas, que usarão crachá de identificação, camiseta e boné com o nome e logotipo da pesquisa.

Elas aplicarão um questionário contendo perguntas sobre qualidade de vida, alimentação, atividade física, saúde bucal, utilização de serviços de saúde, doenças crônicas, dentre outras.

Os resultados poderão nortear a implementação de políticas públicas com o intuito de melhorar a saúde da população. Por isso, sua participação é de grande importância.

Maiores informações:

Telefone: (53) 3237.4623 ou (53) 9964.0205 (Vivo)

E-mail: pesquisa.saude.rg@gmail.com

Facebook: Saúde da População Riograndina

Coordenadores do projeto:

Prof^a. Dr^a. Lulie Odeh Susin

Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith

APÊNDICE 6 - CRONOGRAMA DE TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

CRONOGRAMA DE TREINAMENTO				
INTERVALOS: MANHÃ 10:00 ÀS 10:30 / TARDE: 16:00 ÀS 16:30				
DATA	HORÁRIO	ASSUNTO	RESPONSÁVEL	LOCAL
28/03 SEG	8:30- 12:00	1) OS PPGS ENVOLVIDOS; 2) A PESQUISA E SUA RELEVÂNCIA; 3) EQUIPE DO PROJETO; 4) ETAPAS DO TREINAMENTO; 5) IMPORTÂNCIA DA ENTREVISTADORA; 6) ORIENTAÇÕES GERAIS: MATERIAL BÁSICO APRESENTAÇÃO PESSOAL E POSTURA UNIFORME	LULIE RENATA	CCMAR SALA 1
	14:00-17:30	ORIENTAÇÕES GERAIS: - ROTINA DE TRABALHO - APRESENTAÇÃO DA ENTREVISTADORA QUANDO CHEGAR NA CASA - TERMO DE CONSENTIMENTO - RECUSAS - MANUAL DE APLICAÇÃO - PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO INICIO QUESTIONÁRIO IDENTIFICAÇÃO (ENDEREÇO, BAIRRO, DATA DA ENTREVISTA, ENTREVISTADORA)	RENATA	CCMAR SALA 19
29/03 TER	8:30-9:00	BLOCO A – GERAL (A1 – A23)	RENATA	CCMAR
	9:00-9:30	BLOCO B – HÁBITOS DE VIDA (B1- B15)	RENATA	SALA 1
		BLOCO C – SOCIOECONOMICO (C1-C13)	RENATA	

	9:30-10:00 10:30-12:00	BLOCO D – DOENÇAS CRÔNICAS (D1-D26)	MILENA	
	14:00-14:30 14:30-15:00 15:00-16:00 16:30-17:30	BLOCO E – QUALIDADE DE VIDA (E1-E26) BLOCO F – DOENÇAS RESPIRATÓRIAS (F1-F8) BLOCO G – SERVIÇOS DE SAÚDE (G1-G14) BLOCO H – CONSUMO ALIMENTAR (H1-H15)	MARINA MONICA KARLA MARIANE	CCMAR SALA 19
30/03 QUA	8:30-9:30 9:30-10:00 10:30-11:00 11:00-12:00	BLOCO H – CONSUMO ALIMENTAR (H16-H36) BLOCO H – CONSUMO ALIMENTAR (H37-H43) BLOCO I – ATIVIDADE FÍSICA (I1- I10) BLOCO J – BAIRRO	MORGANA MILENA ANDRESSA ANDRESSA	CCMAR SALA 1
	14:00-15:00 15:00-15:30 15:30-16:00 16:30-17:30	BLOCO L – UTILIZAÇÃO SERVIÇOS EF (L1-L14) BLOCO M – SAÚDE MENTAL (M-M14) BLOCO N – SAÚDE BUCAL (N1-N14) BLOCO O – SAÚDE MENTAL (O1-O10)	MANOELA LEANDRO LEANDRO MARINA	CCMAR SALA 19
	8:30-10:00 10:30-12:00	APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ENTRE AS CANDIDATAS (CADA UMA APLICA COM OUTRA) DISCUSSÃO DE DÚVIDAS	RENATA KARLA MILENA	CCMAR SALA 1
	14:00-17:30	ESTUDO PILOTO	TODOS	LAR GAÚCHO
01/04 SEX	8:30- 10:00 10:30-12:00	PROVA CORREÇÃO DA PROVA	RENATA MARINA MONICA	CCMAR SALA 1
	14:00-17:30	REUNIÃO EQUIPE PARA DEFINIÇÃO DAS CANDIDATAS SELECIONADAS	TODOS	FAMED

APÊNDICE 7 - FOLDER INFORMATIVO PRINCIPAIS RESULTADOS

Parte externa do Folder:

A importância da sua colaboração

Neste ano, realizamos uma pesquisa que visitou 676 domicílios espalhados em 30 bairros da cidade de Rio Grande. A sua casa foi uma delas, e você, uma das 1.300 pessoas que concordaram em participar e nos ajudou, respondendo a uma série de perguntas sobre aspectos gerais de saúde.

Este estudo avaliou e a frequência de algumas doenças na população, bem como alguns hábitos saudáveis e também comportamentos de risco, tais como tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, dieta inadequada, dentre outros.

Com a sua colaboração, foi possível traçar um perfil sobre a saúde da população que poderá contribuir para melhorar a saúde em nossa cidade.

Por tudo isso, o nosso grupo agradece gentilmente a você, que abriu a porta da sua casa para receber nossas entrevistadoras, e nos deu o seu precioso tempo para responder a entrevista!

Este folder é apenas um pequeno e rápido retorno que estamos fornecendo, com alguns resultados encontrados na pesquisa.

Você e a população Rio-grandina são a razão da realização da nossa pesquisa.

Nossos sinceros agradecimentos!



Contato:

Campus Saúde – FAMED/FURG,
R. General Osório, s/n, 4º piso, - Centro
Rio Grande/RS – CEP 96203-900
Telefones: (51) 3237 4622 / 3237 4623
Facebook: Saúde da População Rio-grandina

Como sua casa foi escolhida?



Quando é preciso obter informações confiáveis sobre uma população, dificilmente será possível entrevistar todos os moradores da cidade. Isto porque uma pesquisa deste porte exigiria um investimento de tempo e dinheiro muito grande.

Por isso, o sorteio de uma amostra, ou seja, um grupo menor de pessoas que fazem parte da população de interesse, é suficiente para representar todos os moradores do cidade.

Em vista disso, a amostra desta pesquisa foi realizada de forma aleatória, para que os dados obtidos com algumas pessoas, incluindo você, possa ser extrapolado para toda a população urbana do município, com 18 anos ou mais.

E foi assim, por meio deste sorteio, que você e a sua casa foram escolhidos para fazer parte deste estudo!



Pesquisa Saúde da População Rio-grandina

Coordenadores:

Prof.ª Dra. Lúlia Susin
Prof. Dr. Samuel Dumith

Pós-graduandos:

Andressa Kreischmer; Karla Machado; Leonardo Pontes; Mameia Oliz; Mariana Dias; Marina Carpena; Milena Simões; Monica Muraro; Renata Paulitsch

Divulgação dos achados da Pesquisa



Saiba mais sobre como está a saúde dos adultos e idosos que moram na zona Urbana do município de Rio Grande (RS) e que foram entrevistados entre abril e julho de 2016.

Informativo dos Programas de Pós-graduação em Saúde Pública e Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rio Grande – FURG.

Parte interna do Folder:

