



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

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS: UM ESTUDO DE
BASE POPULACIONAL NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE**

MARIANA LIMA CORRÊA

2018



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



**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS: UM ESTUDO DE
BASE POPULACIONAL NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE**

MARIANA LIMA CORRÊA

Mestranda

LUCAS NEIVA SILVA

Orientador

MARINA XAVIER CARPENA

Coorientadora

RIO GRANDE, RS, JANEIRO DE 2018

MARIANA LIMA CORRÊA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS: UM ESTUDO DE
BASE POPULACIONAL NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE**

**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 2018

MARIANA LIMA CORRÊA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS: UM ESTUDO DE
BASE POPULACIONAL NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Lucas Neiva-Silva

Orientador (Presidente)

Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos

Examinador externo – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. Raúl Andres Mendoza-Sassi

Examinador interno

Prof. Dr. Samuel Dumith

Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, JANEIRO DE 2018

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

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIDI – Composite International Diagnostic Interview

CS – Comportamento sedentário

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EDM – Episódio Depressivo Maior

EUA – Estados Unidos da América

FURG – Universidade Federal do Rio Grande

GDS – Geriatric Depression Scale

GMS: Geriatric Mental State

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICPE – International Consortium of Psychiatric Epidemiology

OMI-AP: Electronic medical records-primary care

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDNE – Prevalência do desfecho em não-expostos

PHQ – Patient Health Questionnaire

PRIME-MD – Primary Care Evaluation of Mental Disorders

RP – Razão de Prevalência

RO – Razão de Odds

RS – Rio Grande do Sul

WMH-CIDI: World Mental Health Survey of the World Health Organization (WHO)
Composite International Diagnostic Interview

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE

Objetivo: Estimar a prevalência de depressão e seus fatores associados em idosos residentes da zona rural de Rio Grande/RS.

População alvo: Idosos acima de 60 anos, residentes da área rural de Rio Grande/RS.

Delineamento: Transversal.

Desfecho: Depressão, acessada através do rastreamento de Episódio Depressivo Maior (EDM) pelo instrumento *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9).

Processo amostral: A amostragem foi baseada no Censo Demográfico 2010. Os 24 setores censitários da zona rural de Rio Grande fizeram parte do estudo e foram visitados 80% dos domicílios elegíveis em cada setor, pulando um a cada cinco domicílios.

Análise: Foi conduzida análise univariada para descrever a amostra e para calcular a prevalência de depressão. Também se realizou análise bivariada, utilizando teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e teste *t*-Student ou de Wilcoxon Mann-Whitney para as numéricas. As análises bruta e ajustada foram realizadas através de regressão logística, considerando modelo de análises hierárquico. O nível de significância para todas as análises foi de 5%, que foram realizadas no *software* Stata 13.1.

Resultados: A prevalência geral para o rastreio de Episódio Depressivo Maior foi de 7,4%. A chance de desenvolver depressão foi maior em indivíduos fumantes (RO = 3,14; IC95% = 1,71 – 5,76) e usuários de medicamentos (RO = 2,65; IC95% = 1,20 – 5,83). Aqueles com pior percepção de saúde apresentaram dez vezes mais chances para o transtorno, e o aumento de um ano de estudo na escolaridade diminuiu em 9% a chance de desenvolver depressão ($p=0,028$).

Conclusões: Os achados do presente estudo evidenciam a necessidade de implementar políticas que considerem a saúde de forma ampla, uma vez que diversos aspectos podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. A criação de programas de atendimento direcionados aos idosos da área rural, visando rastreamento e diagnóstico precoce de depressão e manutenção do tratamento,

englobando diversos fatores relacionados à saúde, são ações importantes que devem ser fomentadas pelo próprio sistema de saúde.

Descritores: Depressão; Idosos; Rural

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS WITH DEPRESSION IN ELDERLY: A POPULATION BASED STUDY IN THE RURAL AREA OF RIO GRANDE

Abstract

Aim: To estimate the prevalence of depression and its associated factors in elderly residents from the rural area of Rio Grande/RS.

Target population: Elderly, above 60 years old, residentes from the rural área of Rio Grande/RS.

Design: Cross-sectional.

Outcome: Depression, accessed through the screening of Major Depressive Episode (MDE) by the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) instrument.

Sampling: Sampling was based on the 2010 Demographic Census. The 24 census sectors in the Rio Grande rural area were part of the study, and 80% of the eligible households in each sector were visited, skipping one in five households.

Analysis: Univariate analysis was conducted to describe the sample and to calculate the prevalence of depression. Bivariate analysis was performed using the chi-square test for categorical variables and Student's t-test or Wilcoxon Mann-Whitney test for numerical variables. The crude and adjusted analyzes were performed through logistic regression, considering a hierarchical analysis model. The level of significance for all analyzes was 5%, which were performed in Stata 13.1 software.

Results: The overall prevalence for Major Depressive Episode was 7.41%. The odds of developing depression were higher in smokers (OR = 3.14, 95%CI = 1.71 - 5.76) and medication users (OR = 2.65, 95%CI = 1.20 - 5.83). Those with poorer health perception were ten times more likely to develop depression, and a one-year increase in schooling decreased their chance of developing depression by 9% ($p = 0.028$).

Conclusion: The findings of the present study highlight the need to implement policies that consider health in a broad way, since several aspects can contribute to the development of mental health problems. The creation of programs for the elderly in the rural area, seeking the screening and early diagnosis of depression and

maintenance treatment, embracing several factors related to health, are important actions that must be fostered by the health system itself.

Keywords: Depression; Elderly; Rural

CONTEÚDOS DO VOLUME

1.	Projeto	14
2.	Relatório do trabalho de campo	58
3.	Alterações no projeto de pesquisa	69
4.	Normas da revista	73
5.	Artigo	92
6.	Nota à imprensa	115
7.	Anexos	117
8.	Apêndices	122

SUMÁRIO

Projeto de Pesquisa.....	14
1 Introdução.....	15
1.1 Conceituação clínica de depressão	16
1.2 Terceira idade e saúde mental.....	18
1.3 Diferenças potenciais entre idosos residentes de zonas urbanas e rurais	20
1.4 Depressão em idosos: prevalência em estudos nacionais e internacionais	21
1.4.1 Fatores associados à depressão em idosos residentes da zona rural.....	25
1.4.2 Depressão e fatores demográficos.....	26
1.4.3 Depressão e fatores sócio econômicos.....	27
1.4.4 Depressão e variáveis comportamentais	30
1.5 Métodos de rastreamento da depressão em idosos	32
2 Justificativa.....	33
3 Objetivos	34
3.1 Objetivo geral.....	34
3.2 Objetivos específicos.....	34
4 Hipóteses.....	34
5 Metodologia	35
5.1 Local	35
5.2 População alvo, critérios de inclusão e exclusão	35
5.3 Delineamento.....	35
5.4 Cálculo de tamanho amostral	36
5.5 Processo de amostragem	37
5.6 Variáveis	37
5.6.1 Variável dependente	37
5.6.2 Variáveis independentes.....	38
5.7 Instrumentos.....	39
5.7.1 Questões gerais e comportamentais	39
5.7.2 Uso de álcool no último ano	39
5.7.3 Comportamento sedentário.....	40
5.7.4 Depressão.....	40
5.8 Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo piloto	42

5.9 Logística.....	43
5.10 Processamento e análise de dados	44
5.11 Controle de qualidade.....	45
5.12 Aspectos éticos.....	45
5.12.1 Análise crítica de riscos e benefícios.....	46
5.12.2 Explicitação da responsabilidade do pesquisador e da instituição.....	46
5.12.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	47
5.12.4 Infraestrutura dos locais de pesquisa	47
5.12.5 Monitoramento da segurança dos dados	47
6 Divulgação ds resultados.....	47
7 Orçamento	48
8 Cronograma.....	49
9 Referências.....	50
Relatório de campo	58
1. Organização do consórcio	60
2. Instrumentos e manuais de instruções.....	61
3. Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel	61
3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos.....	62
4. Amostragem.....	62
5. Logística do trabalho de campo	63
5.1 Abordagem de domicílios.....	64
5.2 Organização de trajetos e domicílios	64
5.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel	65
5.4 Banco de dados e questionário eletrônico	65
5.5 Controle de qualidade.....	66
6. Números gerais da pesquisa	67
7. Aspectos Éticos.....	68
7.1 Encaminhamentos de saúde mental.....	68
8. Orçamento	68
9. Apoio	68
Alterações no projeto de pesquisa	69
1. Variáveis independentes.....	70
2. Modelo de análise.....	71
3. Análise dos dados.....	72

Normas para submissão do artigo	73
Artigo.....	92
1.Introdução.....	95
2.Materiais e métodos	96
2.1 <i>Participantes e processo amostral</i>	96
2.2 <i>Coleta de dados</i>	97
2.3 <i>Logística</i>	98
2.4 <i>Análise de dados</i>	98
3. Resultados	99
4. Discussão	100
5. Referências.....	106
Tabela 1	111
Tabela 2	113
Figura 1.....	114
Nota à imprensa	115
Anexos.....	117
APÊNDICES	122

Projeto de Pesquisa

1 Introdução

Dentre os transtornos mentais existentes, a depressão é um dos mais comuns ao redor do mundo, acometendo cerca de 350 milhões de pessoas (WHO, 2016). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2016), por ser resultado de uma interação complexa entre diversos fatores, a depressão leva o sujeito a vivenciar mais estresse e dificuldades em sua vida diária, de modo que ela contribui para problemas nos âmbitos familiar, social e laboral.

Tendo em vista que os casos de depressão têm aumentado, sua distribuição também se modificou dentro de faixas etárias diferentes. Com o aumento da população idosa ao longo dos anos, o estudo dos processos de ciclo vital intensificou-se de forma considerável, de modo que também houve um aprofundamento nos estudos da depressão na terceira idade, em decorrência da elevada frequência, acarretando consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (Stella F et al., 2002; Leite VM et al., 2006). Nos indivíduos mais velhos, a depressão encontra-se relacionada à idade avançada, sexo, condições crônicas de saúde, falta de apoio social e baixa escolaridade, dentre outros fatores (Alexopoulos GS, 2005; Abe YK et al., 2009; Fukunaga R et al., 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2015), mesmo com o conhecimento a respeito de tratamentos efetivos para a depressão, não são todos os países no mundo que possuem acesso a esse tipo de serviço. As barreiras com relação ao tratamento incluem falta de recursos, de profissionais treinados e estigma em torno de transtornos mentais. Outra barreira diz respeito ao diagnóstico, pois, em muitos casos, indivíduos que possuem o transtorno não são diagnosticados de maneira correta. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, em Pelotas (Gazalle FK et al., 2004), evidenciou presença alta de sintomas depressivos em idosos residentes da zona urbana do município, de modo que a avaliação específica da depressão em idosos é importante na identificação de casos, tendo em vista que a sintomatologia difere daquela apresentada por adultos.

O presente estudo se faz necessário por acreditar-se na existência de uma alta prevalência de depressão entre idosos, especificamente naqueles residentes em zonas rurais. A partir da revisão da literatura científica, verificou-se que são poucos os estudos brasileiros que abordam o tema, tendo em vista que a maioria se refere a

idosos residentes de zonas urbanas, sendo necessário um estudo que retrate a realidade do Extremo Sul do País. Além disso, os estudos brasileiros que abordam diferenças entre zonas rurais e urbanas também são escassos e não apresentam diferenças significativas entre as localidades. O conhecimento a respeito dos fatores associados e da prevalência da depressão em idosos da região pode favorecer o desenvolvimento de medidas de saúde pública, proporcionando melhor qualidade de vida em um grupo populacional suscetível a diversas doenças. Assim, o presente estudo tem por objetivo estimar a prevalência de depressão e seus fatores associados em idosos residentes da zona rural de Rio Grande/RS.

1.1 Conceituação clínica de depressão

A depressão é uma doença globalmente conhecida, cuja carga está crescendo de forma acelerada mundialmente (Cunha RV, Bastos GA, Duca GF, 2012; WHO, 2016). Seus sintomas, de modo geral, incluem tristeza, perda de interesse, fadiga e redução de energia (CID, 1992). A sintomatologia difere das flutuações diárias de humor e, quando apresenta longa duração e intensidade variando de moderada a severa, pode se tornar um problema sério de saúde. Pode causar grande sofrimento e prejuízos no funcionamento do indivíduo em ambientes de trabalho, familiar e escolar e, em nível elevado, pode inclusive levar ao suicídio (WHO, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2016), a depressão resulta de uma complexa interação entre fatores sociais, psicológicos e biológicos. Ela é relacionada à vivência de eventos adversos na vida e também possui inter-relações com a saúde física, pois certas doenças crônicas podem levar ao desenvolvimento da depressão. Dependendo do número e da severidade dos sintomas, um episódio depressivo pode variar entre leve, moderado e grave (severo) (APA, 2013; WHO, 2016).

Para o diagnóstico desse transtorno na prática clínica e em pesquisas em geral, são utilizados dois manuais de critérios diagnósticos, aceitos internacionalmente: o Manual de Critérios Diagnósticos (*DSM*), desenvolvido pela *American Psychiatric Association* (APA) e a Classificação Internacional de Doenças (CID), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O DSM-V enquadra a depressão em um conjunto amplo de transtornos depressivos, caracterizados pela presença de humor triste, acompanhado por alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento do indivíduo. Os transtornos depressivos diferem entre si por conta do seu tempo de duração e etiologia presumida (APA, 2013). Dessa forma, os transtornos depressivos incluem: transtorno disruptivo da 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 a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (APA, 2013).

O transtorno depressivo maior é o principal representante do grupo, tendo em vista que é a condição mais frequente desta categoria de transtorno. Segundo o DSM-V, ele é caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores, sem histórico de episódio maníaco ou episódio hipomaníaco e considerando o diagnóstico diferencial. O episódio depressivo maior caracteriza-se por uma duração de, no mínimo, duas semanas, com a presença de pelo menos cinco dos seguintes sintomas no período: humor deprimido na maior parte dos dias, perda de interesse ou prazer em atividades que eram consideradas prazerosas, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, retardo psicomotor ou agitação, fadiga, sentimentos de culpa ou inutilidade, capacidade diminuída para se concentrar e pensamentos recorrentes sobre morte (não somente ideação suicida) (APA, 2013). O DSM-V (2013) também afirma que, a fim de contabilizar para o episódio depressivo maior, o sintoma deve ser recente, persistir na maior parte do dia e ser acompanhado por comprometimento significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo.

A 10ª edição do CID (WHO, 1992), por sua vez, caracteriza a depressão através da presença de humor deprimido, perda de interesse em atividades cotidianas, fadiga e diminuição de atividades diárias. O diagnóstico é feito através de episódios depressivos que podem ser classificados em leve, moderado ou grave. Outros sintomas que também podem ser incluídos no diagnóstico são: perda de concentração, visão pessimista de futuro, diminuição de apetite, ideação suicida e problemas de sono.

No presente estudo, o termo depressão será utilizado para referir-se a Episódio Depressivo Maior, segundo os critérios do DSM-V, tendo em vista que o diagnóstico de transtorno depressivo maior requer a consideração do diagnóstico diferencial e conhecimento do histórico prévio de episódios maníacos ou hipomaníacos, que não serão avaliados na presente pesquisa.

1.2 Terceira idade e saúde mental

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), classifica-se como idoso ou adulto maior qualquer indivíduo que esteja acima da faixa etária de 60 anos; por ser uma idade relacionada ao processo de aposentadoria, é ela que marca o início da velhice. A transição da idade adulta para a terceira idade traz consigo diversas circunstâncias novas, tanto de caráter biológico como de caráter social: acúmulo de doenças, redução de atividades sociais, redução de responsabilidades, redução de energia e maior solidão por conta da morte de familiares e amigos. Ainda, é possível afirmar que o envelhecimento é um processo complexo, pois ocorre em vários níveis, como biológico, social e psicológico (Coll C et al., 2007).

O envelhecimento da população mundial é um dos maiores desafios para a saúde pública atual. Esse fenômeno teve seu início em países desenvolvidos, mas, atualmente, avançou de forma progressiva para os países em desenvolvimento. Estima-se que, em 2020, o número de idosos no Brasil chegará à marca de 32 milhões de indivíduos (Lima-Costa MF, Veras R, 2003).

Por conta de modificações ocorridas nas taxas de fertilidade e de mortalidade, vivencia-se hoje um processo de envelhecimento populacional; para um país, isso é reflexo de melhorias nas condições de vida da população (Brasil, 2013). Para o indivíduo, o processo de envelhecimento pode ser marcado por diversas mudanças, como a perda de entes queridos, problemas financeiros, falta de apoio social, uso de medicamentos e o aparecimento de diversas doenças (Stuart-Hamilton I, 2002). Todos esses fatores podem contribuir para desequilíbrios psicológicos que, nessa fase da vida, manifestam-se principalmente na forma da depressão (Ferreira PC et al., 2013). A depressão em idosos é um transtorno de saúde mental muito comum, que causa impacto negativo em diversos aspectos da vida do sujeito (Ramos GC et al, 2015).

Diminuição da autoestima, mudanças no apetite e no sono, sentimentos de inutilidade, tristeza, perda de prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado e pensamentos recorrentes de suicídio são os sintomas mais comuns da depressão em idosos (Gazalle FK et al., 2004; Borges et al, 2013; Ferreira PC et al., 2013; Ramos GC et al., 2015). Diversos são os fatores associados à depressão em idosos. Com relação às características sócio-demográficas, encontram-se: sexo feminino, idade avançada, viver só e baixa escolaridade; dentre os fatores comportamentais, os principais são tabagismo, uso de vários medicamentos e baixo nível de atividades físicas; por fim, as características relacionadas à saúde são incapacidades funcionais, presença de outras doenças crônicas, insônia e pensamentos suicidas (Leite VM et al., 2006; Borges LJ et al., 2013; Ramos GC et al., 2015).

O conhecimento a respeito da depressão em idosos e dos fatores associados a ela é fundamental para o planejamento de estratégias que diminuam o uso de medicamentos, melhorem as condições de vida dos indivíduos e reduzam os gastos sanitários, além de políticas de atenção que visem o envelhecimento saudável (Borges LJ et al., 2013; Ferreira PC et al., 2013; Hellwig N., Munhoz TN e Tomasi E, 2016).

Além disso, o aprofundamento de temas como a saúde mental do idoso, dentro da esfera da saúde pública, é relevante para a prevenção de outros transtornos mentais e promoção de saúde. A depressão, por exemplo, é um transtorno cujos sintomas podem agravar doenças crônicas e psicológicas (Chapman DP e Perry GS, 2008).

De acordo com Becker AE e Kleinman A (2013), as doenças mentais representam uma parcela considerável da carga global de doenças e, por estarem associadas ao sofrimento humano, investimentos em serviços de saúde mental é uma questão de custo-eficácia, justiça social, e até mesmo uma estratégia de desenvolvimento inteligente. Dessa forma, intervenções de saúde pública que possam desmistificar o diagnóstico e o tratamento não só da depressão, mas de outros problemas de saúde mental, permitirão que os idosos e seus cuidadores tenham maior conhecimento a respeito dessas condições (Chapman DP e Perry GS, 2008).

1.3 Diferenças potenciais entre idosos residentes de zonas urbanas e rurais

Considera-se como urbana toda área caracterizada por construções, ruas, intensa ocupação humana e locais afetados por transformações decorrentes do desenvolvimento, além de toda sede de município e de distrito; o espaço rural, por sua vez, corresponde ao que não é urbano, sendo definido a partir de carências e não de suas próprias características (Marques MM, 2002). O dicionário Aurélio (2008) define como rural “o que é pertencente ao campo, à vida agrícola, rústico, agrícola ou campesino; diz-se das freguesias que não estão situadas em cidades ou vilas”.

De acordo com Sorokin P et al. (1986), essas localidades podem apresentar diferenças nas principais atividades econômicas da população, ambientais, no tamanho das populações, na densidade populacional, na mobilidade social e na direção da migração, de modo a alterar o próprio estilo de vida de seus moradores.

Por conta das atividades econômicas realizadas em zonas rurais, que muitas vezes são relacionadas ao cultivo de produtos agrícolas, os idosos residentes dessas áreas são mais expostos a agrotóxicos do que aqueles residentes de zonas urbanas (Silva EF et al., 2013). Essa exposição pode contribuir para o desenvolvimento de doenças e sintomas específicos nessa população. O estudo de Silva EF et al. (2013) verificou que as morbidades podem diferir de acordo com as zonas de moradia, de modo que insônia, ansiedade, depressão e Doença de Alzheimer são mais prevalentes em zona urbana, enquanto que a diabetes apresentou maior prevalência na zona rural.

No que diz respeito à qualidade de vida, um estudo realizado com idosos residentes da Paraíba verificou que as condições de vida dos meios urbano e rural, consideradas diferentes entre si, não influenciaram na qualidade de vida subjetiva dos participantes (Martins CR et al., 2007). O estudo de Alencar NA et al. (2010), que também buscou avaliar as diferenças da qualidade de vida entre idosos de regiões rural e urbana, encontrou resultados semelhantes: constatou-se que o fato de residir em regiões geograficamente diferentes não interferiu nos níveis de qualidade de vida, de acordo com a percepção dos indivíduos.

Estudos que buscaram comparar a prevalência de depressão em áreas rural e urbana encontraram resultados similares (St John PD et al., 2006; Abe Y et al., 2012; Blazer D et al., 1985; Kovess-Masféty et al., 2005). Um estudo realizado no Canadá (St. John PD et al., 2006) verificou maior prevalência de depressão entre os idosos

residentes de zonas urbanas, comparados aos que viviam em regiões predominantemente rurais (11,6% e 9%, respectivamente); porém, os autores afirmaram que a diferença encontrada não foi significativa, levando em conta a proporção de indivíduos identificados com depressão. Outro estudo que buscou comparar as prevalências de depressão entre áreas rural e urbana, desenvolvido no Japão, encontrou valores similares para as duas regiões (Abe Y et al., 2012). Porém, os autores salientaram que os fatores de risco para cada localidade diferiram entre si, de modo que os programas de intervenção para depressão na terceira idade devem estar atentos a diferenças regionais. O estudo de Blazer D et al. (1985), realizado na Carolina do Norte, verificou que alguns transtornos psiquiátricos são mais comuns em zonas urbanas, como episódio depressivo maior e dependência química, enquanto outros são mais comuns em áreas rurais, como uso abusivo de álcool.

De modo geral, é possível afirmar que a maioria dos estudos internacionais que buscaram comparar zonas rurais e urbanas não apresentam diferenças significativas entre as localidades no que diz respeito a transtornos psicológicos, uma vez que as principais doenças crônicas podem variar de acordo com a região.

1.4 Depressão em idosos: prevalência em estudos nacionais e internacionais

Para o desenvolvimento dessa seção, foi realizada uma revisão de literatura sistematizada nas bases de dados PubMed e PsycINFO, com a finalidade de levantar dados a respeito da prevalência de depressão em idosos residentes da zona rural. Foram buscados estudos publicados entre janeiro de 2005 e junho de 2016. Os descritores utilizados foram: *depression, depressive symptoms, depressive disorders e rural*.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: 1) apenas estudos originais (excluindo-se revisões sistemáticas e metanálises), 2) estudos com idosos maiores de 60 anos, 3) tratar de depressão em moradores de zona rural, 4) fornecer dados de prevalência e 5) estudos de base populacional. Os critérios de exclusão, por sua vez, foram: 1) Estudos sobre depressão associados a doenças crônicas, 2) depressão e outras comorbidades, 3) estudos de intervenção, 4) estudos com populações específicas. A busca resultou em um total de 1.184 títulos para análise. Das 1.184 publicações encontradas, 32 foram elegíveis para leitura na íntegra. Após a leitura

cuidadosa de cada um dos artigos na íntegra, 22 estudos foram excluídos, de modo que permaneceram 10 artigos ao final. A descrição do processo de seleção dos artigos bem como as justificativas para a exclusão dos mesmos está descrita na Figura 1. A síntese dos resultados encontrados está expressa na tabela 1.

Figura 1. Descrição do processo de seleção dos artigos da revisão sistemática

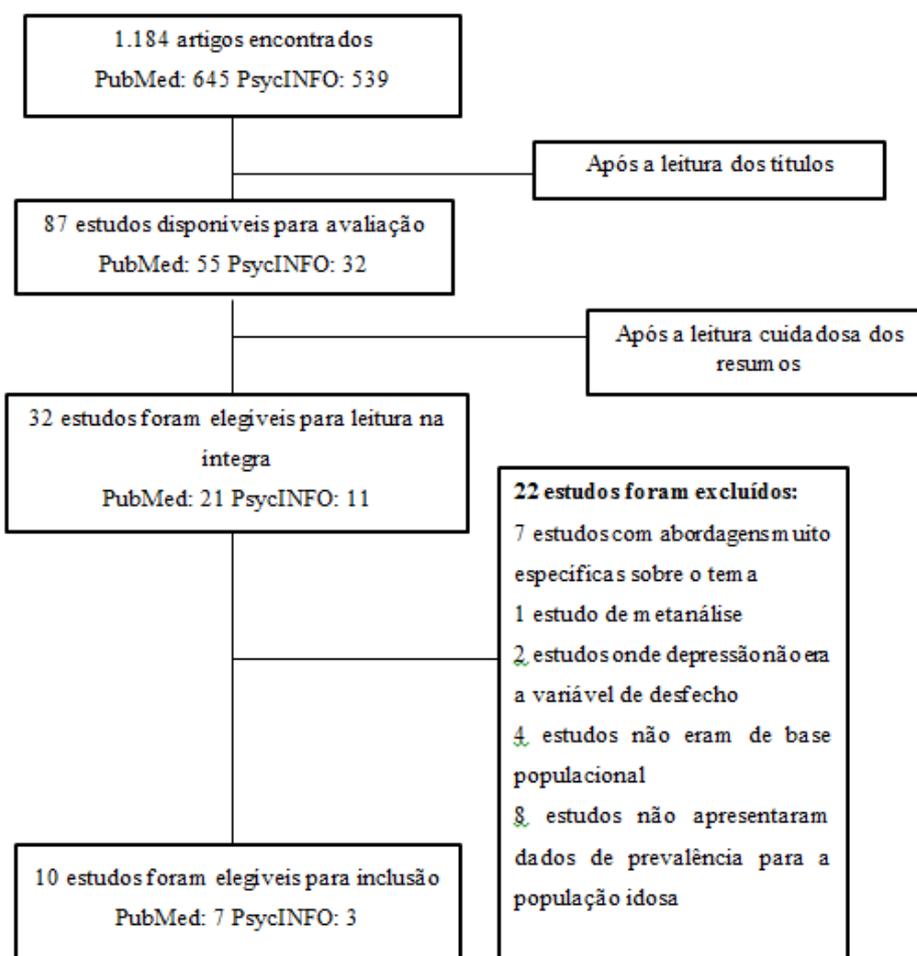


Tabela 1. Resultados da busca sistematizada

Autor, ano e país	Delineamento	Amostra	Instrumentos	Prevalência	Fatores associados
St John PD et al. 2006 Canadá	Transversal	Idosos, ≥ 65 N= 1382, 288 da zona rural	Escala CES-D Ponto de corte: ≥ 16	9%	Sexo fem: RO= 1.60 (0.51, 5.04) Morar sozinho: RO= 3.40 (1.25, 9.26) Baixa renda: RO= 3.64 (1.32, 10.08)
Gao S et al. 2009 China	Transversal	Idosos, ≥ 65 N= 1737	Escala GDS Ponto de corte: 11 a 20	Depressão leve: 26,5% Depressão	Sexo fem.: p= 0.0017 Idade avançada: p= <0.0001 Estado civil: p= 0.0021

			– depressão leve ≥ 21 – depressão severa	severa: 4,3%	Baixa escolaridade: $p < 0.001$
St John PD et al. 2009 Canadá	Coorte	Idosos, ≥ 65 N= 807	Escala CES-D Ponto de corte: ≥ 16	8,9%	Sexo fem.: $p < 0.05$. Saúde precária: $p < 0.001$
Rakjumar AP et al. 2009 Índia	Transversal	Idosos, ≥ 65 N= 1000	Escala GMS Ponto de corte: NE	12,7%	Baixa renda: RO= 1.78; 95% CI 1.08–2.91 Fome: RO= 2.58; 95% CI 1.56–4.26 Doença cardíaca: RO= 4.75; 95% CI 1.96–11.52 Diabetes: RO= 2.33; 95% CI 1.15–4.72
Abe YK et al. 2012 Japão	Transversal	Idosos, ≥ 65 N= 2152, 1041 da zona rural	Versão reduzida da escala GDS Ponto de corte: ≥ 6	24,7%	Desemprego: RO= 3,252 IC95%: 2,074–5,102 Distúrbios de sono: RO= 1,187; IC95% 0,804–1,751 Apoio social precário: RO= 1.282 IC95%: 1.080–1.524 Doenças crônicas e morar sozinho também se mostraram associados.
Cardona D et al. 2012 Colômbia	Transversal	Idosos, ≥ 60 N= 3.984, 314 da zona rural	Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage Ponto de corte: NE	29,5%	Sexo fem.: RP: 1,039; IC95%: 0,998-1,082 Viuvez: RP: 1,215; IC95%: 0,993-1,488 Idade: RP: 1,217 IC95%: 1,159-1,278 Residir em zona rural: RP: 1,059; IC95%: 0,977-1,148
Rúbio-Aranda E et al. 2012 Espanha	Transversal	Idosos, ≥ 65 N= 787	Histórico clínico através do OMI-AP Ponto de corte: NE	15,6%	Sexo fem.: RO= 5,6 IC95%=3,0-10,5 Solidão: RO= 2,7 IC95%= 1.0-4.8 Comorbidades: RO= 12,2 IC95%= 5,1-29,2
Fukunaga R et al. 2012 Japão	Transversal	Idosos, ≥ 65 N= 1.552	Versão reduzida da Escala GDS Ponto de corte: ≥ 6	20,5%	Idade: $b = 0,168, P < 0.001$ Morar sozinho: $b = 0,170, P < 0.05$ Preocupações: $b = 0,248, P < 0.001$ Insônia: $b = 0.154, P < 0.001$
Ferreira PC et al. 2013 Brasil	Transversal	Idosos, ≥ 60 anos N= 850	Escala de Depressão Geriátrica Abreviada Ponto de corte: ≥ 5	22%	Sexo fem.: $\chi^2=68,0; p < 0,001$ Morbidades: $t=8,852; p < 0,001$ Incapacidades funcionais: $t=4,266; p < 0,001$
Sengupta P et al. 2016 Índia	Transversal	Adultos, ≥ 60 anos N= 3.038, 1.248 da zona rural	Escala GDS-15 Ponto de corte: ≥ 5	7,8%	Sexo fem.: RO= 1.42 (IC95%: 1.08-1.87) Idade avançada: RO= 5.21 (IC95%: 3.51-7.72) Pobreza: RO= 1.98 (IC95%: 1.50-

					<p>2.62) Viver com família nuclear: RO= 2.69 (IC95%: 1.97-3.67) Baixa escolaridade: RO= 1.51 (IC95%: 1.17-1.96) Não estar trabalhando: RO= 3.01 (IC95%: 1.87-4.87)</p>
--	--	--	--	--	---

Nos estudos analisados, a prevalência variou entre 7,8% e 29,5%. Os estudos oriundos de países asiáticos (Gao S et al., 2009; Rakjumar AP et al., 2009; Sengupta P et al., 2016; Abe YK et al., 2012 e Fukunaga R et al., 2012) apresentaram prevalências ligeiramente maiores quando comparados aos estudos europeus (Rubio-Aranda et al., 2012) e americanos (St John PD et al. , 2006; St John PD et al. , 2009; Cardona D et al., 2009 e Ferreira PC et al., 2013).

Na China (Gao S et al., 2009), analisou-se a depressão e seus fatores associados, a partir da realização de um estudo transversal, em 1.737 idosos residentes da zona rural. A depressão foi acessada pela *Geriatric Depression Scale* (GDS), com ponto de corte de 11 a 20 para depressão leve e ≥ 21 para depressão severa, e forneceu uma prevalência de 26,5% para depressão leve (IC: 24.4–28.6%) e 4,3% para depressão severa (IC95%: 3.4–5.4%).

No Japão, um estudo transversal realizado na cidade de Kumamoto e região buscou avaliar a prevalência de depressão em idosos residentes das zonas rural e urbana (Abe YK et al., 2012). Em idosos residentes da zona rural (N= 1.041), verificou-se uma prevalência de 24,7%, avaliada através da escala GDS, com ponto de corte ≥ 6 para depressão. Outro estudo, também realizado no Japão, investigou a prevalência de depressão e seus fatores associados em idosos residentes de uma comunidade rural (Fukunaga R et al., 2012). A escala GDS também foi utilizada nessa análise, com o mesmo ponto de corte, e foi aplicada em uma amostra de 1.552 idosos, fornecendo uma prevalência de 20,5%.

Na Índia, um estudo transversal realizado em Kaniyambadi, com uma amostra de 1.000 idosos residentes da zona rural, verificou uma prevalência de 12.7% (IC95%: 10.64%–14.76%), avaliada através do instrumento *Geriatric Mental State* (GMS) (Rakjumar AP et al., 2009). O estudo transversal de Sengupta P et al. (2016), também realizado na Índia, verificou a prevalência e fatores associados de depressão na população idosa residente da zona rural e urbana. A prevalência foi analisada

utilizando a escala GDS-15, com ponto de corte ≥ 5 e, na zona rural (N= 1.248), obteve-se o valor de 7,8% (Sengupta Pet al., 2016).

Na Espanha, um estudo transversal buscou avaliar a prevalência de depressão e a associação da mesma com influência social em idosos da zona rural do país, através do *OMI-AP: Electronic medical records-primary care* (Rúbio-Aranda E et al., 2012). Na amostra de 787 idosos, foi verificada uma prevalência de 15,6%.

No Canadá, foi realizado um estudo transversal utilizando dados do *Manitoba Study of Health and Aging* (MSHA), com idosos de Manitoba, residentes de áreas rural, urbana e cidades pequenas da região (St John PD et al. , 2006). Os idosos da zona rural (N= 288) apresentaram uma prevalência de depressão de 9%, avaliada através da Escala do Centro de Estudos Epidemiológicos de Depressão (CES-D), com um ponto de corte ≥ 16 para o transtorno. Outro estudo de St John PD et al. (2009), também realizado em Manitoba, buscou analisar a prevalência de depressão em idosos residentes da zona rural, com uma amostra de 807 indivíduos. Foi encontrada uma prevalência de 8,9%, similar a encontrada no estudo de 2006, utilizando a mesma escala (CES-D).

Na Colômbia, um estudo transversal foi realizado com 3.984 idosos, a fim de verificar a prevalência de depressão nos indivíduos residentes de Antioquia, e o quanto ela poderia variar entre a zona rural e a zona urbana (Cardona D et al., 2012). Na zona rural (N= 314), verificou-se uma prevalência de 29,5%, utilizando a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.

No Brasil, um estudo realizado com idosos residentes do interior de Minas Gerais verificou uma prevalência de depressão de 22% nos moradores da zona rural da região (Ferreira PC et al., 2013). O instrumento utilizado foi a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS), com ponto de corte ≥ 5 , aplicado em uma amostra de 850 indivíduos.

1.4.1 Fatores associados à depressão em idosos residentes da zona rural

A depressão resulta de uma complexa interação entre fatores sociais, psicológicos e biológicos, de modo que todos esses fatores podem influenciar no prognóstico, na evolução da psicopatologia e no agravamento ou não do quadro da doença (APA, 2013; WHO, 2016).

Alguns fatores relacionados ao desenvolvimento da depressão em idosos são discutidos em nível mundial, como sexo feminino, baixo nível socioeconômico, situação conjugal, baixa escolaridade, doenças crônicas, limitações funcionais e falta de apoio social (Andrade L et al., 2003; Borges LJ et al., 2013; WHO, 2016). Por conta disso, serão apresentados abaixo resultados de estudos nacionais e internacionais a respeito dos fatores associados à depressão, divididos didaticamente em três categorias: demográficos, sócio econômicos e comportamentais.

1.4.2 Depressão e fatores demográficos

Diversos estudos internacionais apontam relação direta entre sexo feminino e depressão. O *International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE)*, um consórcio de pesquisa da Organização Mundial da Saúde realizado em dez países, cujos dados foram obtidos através do *World Mental Health Composite Interview (WHO-CIDI)*, verificou que as mulheres obtiveram maiores scores que os homens para Episódio Depressivo Maior (Andrade L et al., 2003). Em oito desses países, como EUA (RO = 2,0; IC95%: 1,6; 2,5), Canadá (RO = 2,0; IC95%: 1,5; 2,7), Turquia (RO = 2,3; IC95%: 1,6; 3,3), Holanda (RO = 1,9; IC95% 1,4; 2,4), Alemanha (RO = 2,3; IC95%: 1,5; 3,4) e 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 L et al., 2003).

No Canadá (RO = 1.14; IC95%: 0.74; 1.72) e na Índia (RO = 1.67; IC95%: 1.28; 2.19), os resultados encontrados apontam para a mesma direção daqueles citados anteriormente, apresentando o sexo feminino como fator de risco para o desenvolvimento de transtorno depressivo (St John PD et al. , 2006; Sengupta P et al., 2016). Na Grécia, porém, não foram encontradas diferenças nos níveis de depressão entre homens e mulheres (Papadopoulos FC et al., 2005).

Estudos brasileiros realizados com populações idosas corroboram com os achados internacionais, encontrando maiores prevalências de depressão entre mulheres. Ferreira PC et al. (2013) encontraram, no interior de Minas Gerais, maior prevalência de depressão entre as mulheres (14%) ($\beta = 1,53$; IC95%: 1,06-2,21 $p = 0,024$). Rodrigues LR et al. (2014) e Rodrigues LR et al. (2015) também encontraram predomínio de depressão nos sujeitos do sexo feminino.

Com relação à idade, um estudo realizado na China somente com mulheres verificou que aquelas com idade acima de 45 anos (45 a 64: RO = 2,13; IC95%: 1,12;4,05; ≥ 65 : RO = 1.64; IC95%: 0.81-3.33) apresentaram maior chance de apresentar depressão, comparadas com aquelas entre 16 e 24 anos (Hou F et al., 2015). O estudo de ZHou F et al. (2014), também realizado na China, encontrou maior prevalência de depressão entre idosos maiores de 65 anos (9,3%; IC95%: 7,9-10,7); porém, não encontrou associação estatisticamente significativa entre idade e depressão ($p = 0,557$). Na Grécia, verificou-se que, em idosos, a depressão tende a aumentar com o avanço da idade (Papadopoulos FC et al., 2005). Uma revisão sistemática que organizou os achados de publicações de língua inglesa a respeito de idosos residentes de pequenas comunidades também encontrou associação positiva entre idades avançadas e depressão (Pinho MX, Custódio O, Makdisse M, 2009). Na Índia, Sengupta P et al.encontraram associação entre depressão e idade a partir dos 66 anos, sendo que indivíduos com 80 anos ou mais apresentaram cinco vezes mais chance de desenvolver depressão quando comparados àqueles com 60 anos (RO= 5,21 (IC95%: 3,51-7,72).

Dentre os estudos brasileiros, Ferreira PC et al. (2013) encontraram associação estatisticamente significativa entre idade e depressão, com o maior percentual para depressão na faixa etária de 60-70 anos (58%); porém, a maior proporção de idosos com indicativo de depressão foi na faixa de 80 anos ou mais, em relação aos que não apresentaram o referido indicativo ($\chi^2=26,064$; $p=0,034$). Estudo realizado em Veranópolis (RS) verificou que idosos octogenários apresentaram uma taxa de prevalência de EDM 7,5%, maior do que a encontrada em estudos prévios feitos com sujeitos sexagenários (Xavier FM et al., 2001); possuir 80 anos ou mais também foi um fator associado no estudo de Ferreira ($\chi^2=6,767$; $p=0,034$) (2013).

1.4.3 Depressão e fatores sócioeconômicos

Com relação ao estado civil, um estudo realizado nos Estados Unidos verificou que indivíduos que eram divorciados, separados ou viúvos apresentaram maior probabilidade de apresentar maiores níveis de sintomatologia depressiva (O'Hara MW et al., 1985). Na China, o estudo de Gao S et al. (2009) aferiu que a viuvez se mostrou associada estatisticamente com o desenvolvimento de depressão leve ($p= 0,0021$) e

severa ($p= 0,0273$). Na Colômbia, os achados apontam para a mesma direção, pois se verificou que os indivíduos viúvos apresentam maior risco de apresentar depressão (RP = 1,215; IC95%: 0,993; 1,488). Papadopoulos FC et al. (2005) também confirmaram que os indivíduos que não são casados encontram-se em risco para transtorno depressivo. Uma revisão sistemática com achados de estudos internacionais não identificou a situação conjugal como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Cole MG e Dendukuri N, 2003).

No Brasil, estudo realizado no interior de Minas Gerais verificou que a viuvez atua como fator de risco para o desenvolvimento da depressão, enquanto que ser casado configura como um fator de proteção (Rodrigues LR et al., 2015). Na mesma linha, o estudo realizado por Ferreira PC et al. (2013) aponta que não possuir companheiro ($\chi^2=5,967$; $p=0,015$) é um fator de risco para depressão. No Rio Grande do Sul, verificou-se que estar casado ou viúvo configuram fator de proteção para depressão, enquanto os solteiros encontram-se no grupo de risco para o desenvolvimento do transtorno (Rosa PV, 2007).

No que diz respeito à escolaridade, estudo realizado em Taiwan encontrou maior risco de depressão entre idosos com nível educacional menor, sendo que os analfabetos apresentaram três vezes mais chance de desenvolver o transtorno (RO =3,3; IC95%: 1,7; 6,5) (Chong MY et al., 2001). O estudo de Gao S et al. (2009), também realizado na China, encontrou associação estatisticamente significativa para depressão entre os indivíduos que nunca haviam frequentado a escola ($p= 0,001$). Nos Estados Unidos, um estudo realizado no Tennessee obteve como achado que a baixa escolaridade é um fator sugestivo para a sintomatologia depressiva (Okwumabua et al., 1997).

No Brasil, foi encontrada associação significativa em estudos realizados no Rio Grande do Sul (Rosa PV, 2007; Moraes EP et al., 2009) e em Minas Gerais (Ferreira PC et al., 2013). Todos os estudos consideram analfabetismo/não possuir escolaridade como fator de risco para o desenvolvimento de depressão em idosos residentes da zona rural.

A renda é um fator comumente associado à depressão em diversos estudos. No Canadá, os indivíduos residentes da zona rural de Manitoba cuja renda foi considerada desfavorável apresentaram maior risco de desenvolver depressão (RO= 1.43; IC95%:

0.89- 2.31) quando comparados àqueles que percebiam sua renda como adequada (St John PD et al., 2006). Achados encontrados na China corroboram com esses resultados, uma vez que menor renda também se mostrou associada a maiores pontuações na escala para depressão (RO= 13.0 (IC95%: 6,40;26,5) no estudo de Hou F et al. (2015) e no de Zhou F et al. (2014) ($p= 0.001$). Na Índia, a renda também configurou como um fator de risco para depressão, pois os indivíduos cujas rendas fossem abaixo de 1.000 rúpias apresentaram maior risco para EDM (RO= 1.78; IC95%: 1,08;2,91) (Rakjumar AP et al., 2009). O estudo de Ma X et al. (2009), porém, apontou que a renda não se encontrou associada ao risco de EDM.

Dentre os achados encontrados no Brasil, Bandeira CB (2008) verificou associação entre situação financeira desfavorável e maiores pontuações na Escala de Depressão Geriátrica. Bós AM e Bós AJ (2005) encontraram associação significativa entre o indicativo de depressão e a renda, sendo que o aumento de 1% na renda familiar *per capita* diminuiu em 4% a probabilidade de o indivíduo apresentar depressão. O estudo de Ferreira PC et al. (2013), por sua vez, não encontrou associação entre renda e depressão.

Com relação à ocupação do sujeito idoso, estudos realizados no Japão (Abe YK et al., 2012) e na Índia (Sengupta P et al., 2016) verificaram que indivíduos desempregados apresentaram três vezes mais chances de apresentar depressão, comparados aos idosos que trabalhavam (RO= 3,252; IC95%: 2,074–5,102; RO= 3,01; IC95%: 1,87-4,87, respectivamente). O estudo de Hou F et al. (2015), desenvolvido na China apenas com mulheres, também encontrou maior risco de depressão naquelas que se encontravam desempregadas (RO= 1,62; IC95%: 1,08-2,3).

No Brasil, o estudo de Bós AM e Bós AJ (2005), realizado com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD) encontrou uma porcentagem de depressão de 78,5% em idosos desempregados. No estudo realizado por Rodrigues LR et al. (2014), encontrou-se uma porcentagem de 62,56% de idosos com indicativo de depressão entre os aposentados, enquanto que no estudo de Ferreira PC et al. (2013), o maior indicativo de depressão foi em idosas que exerciam suas atividades laborais como donas de casa ($\chi^2=31,912$, $p<0,001$).

No que diz respeito ao indivíduo dividir residência com alguém ou não, um estudo realizado no Canadá verificou que residir sozinho aumenta em três vezes

as chances de desenvolver depressão entre os idosos moradores de zona rural (RO= 3.40; IC95%: 1,25; 9,26) (St John PD et al. , 2006). No Japão, residir sozinho não foi considerado como fator de risco (RO= 0.813; IC95%= 0,471; 1,402) (Abe YK et al., 2012). Porém, o estudo de Fukunaga R et al., 2012, também desenvolvido no Japão, encontrou associação significativa entre os indivíduos que residiam sozinhos e o risco de depressão ($\beta = 0.170$, $P < 0.05$).

Entre os estudos brasileiros, Rodrigues LR et al. (2014) não encontraram associação entre o arranjo de moradia e o desenvolvimento de depressão em idosos. Bandeira CB (2008), em um estudo realizado em Fortaleza, verificou que 74,2% dos casos de depressão foram detectados nos idosos que moravam com filhos e netos. Esse resultado está relacionado à parcela da população idosa que é mais pobre e possui mais problemas de saúde, levando a crer que uma situação de vida desfavorável contribui para o desenvolvimento de sintomas de depressão (Bandeira CB, 2008).

1.4.4 Depressão e variáveis comportamentais

Alguns estudos têm demonstrado associação entre a utilização de álcool e depressão. Uma revisão sistemática organizada com estudos de língua inglesa verificou que o uso de álcool é um fator de risco para o desenvolvimento de transtorno depressivo (Vink D, 2007). Outra revisão sistemática, também realizada com estudos de língua inglesa, encontrou associação significativa entre a presença de problemas relacionados ao uso de álcool e sintomas depressivos (RO= 4,4) (Djernes JK, 2006). No Reino Unido, consumo de álcool em larga escala mostrou-se associado à manifestação de sintomas depressivos (RO= 3,7; IC95%: 1,3;10,4) (Saunders PA et al, 1991).

Os estudos brasileiros relacionados ao consumo de álcool de idosos na zona rural, além de serem inconsistentes com os achados internacionais, também são escassos. O estudo de Frighetto J (2015) verificou que a maioria dos idosos residentes de uma comunidade rural não abusa de álcool (95%), conforme critérios do DSM. Ferreira PC et al.(2013) não encontraram associação entre uso de álcool e depressão, em Minas Gerais.

No que diz respeito ao fumo, a revisão sistemática de Vink D (2007) também verificou que o hábito de fumar é um fator de risco para a depressão. Na Austrália

(Pasco JA, 2008), verificou-se que a exposição ao fumo aumentou as chances para transtorno depressivo maior (RO=1.58, IC95%: 1,13;2,23) ($p=0,008$).

Os estudos sobre o hábito de fumar em idosos no Brasil divergem entre si. A pesquisa realizada por Ferreira PC et al. (2013), não encontrou associação entre o hábito de fumar e o indicativo de depressão. No Rio Grande do Norte (Falcão TJ e Costa IC, 2007), verificou-se que uma das motivações para o uso de cigarro entre idosos era o fato de possuir um diagnóstico de depressão. O estudo de Frighetto J (2015), por sua vez, verificou que os idosos residentes da zona rural do Rio Grande do Norte são, em sua maioria, não fumantes (87,5%), e entre os que fumam o nível de dependência que predomina é de muito baixo ou não dependente (92,5%).

A prática de atividade física tem sido associada negativamente à depressão. O estudo de Strawbridge WJ et al. (2002), nos Estados Unidos, indicou que os idosos que praticavam atividade física em quantidade baixa (RO= 4.21; IC95%: 2.08; 8.52) ou moderada (RO= 2.11; IC95%: 1.03; 4.30) eram mais suscetíveis à depressão do que aqueles que praticavam atividade física em maior escala. Os achados de uma revisão sistemática com estudos de língua inglesa acrescentam, ainda, que a prática de atividade física promove a redução da sintomatologia depressiva, em populações clínicas e não clínicas (Strohle A, 2015). A *American College of Sports Medicine and the American Heart Association* (Nelsol ME et al., 2013) afirma que a prática para idosos acima de 60 anos é fundamental na prevenção de transtornos mentais como a depressão e a ansiedade.

No Brasil, o estudo de Cheik et al. (2003) verificou que a prática de atividade física regular, em idosos de uma região rural, ocasionou na diminuição da pontuação dos indivíduos no BDI, de modo que houve redução na sintomatologia depressiva após intervenção ($p= 0,001$). Em Minas Gerais, verificou-se que os idosos inativos no lazer apresentaram duas vezes mais chances ao indicativo de depressão (OR=2,38; IC95%: 1,34-4,22; $p<0,003$) quando comparados aos indivíduos que realizam atividade física no lazer (Pegorari MS et al., 2015). Santos DA (2013) também verificou relação inversa entre a sintomatologia depressiva e atividade física, tendo em vista que baixos níveis de atividade física promovem maiores prevalências da depressão. O mesmo estudo também verificou que a exposição prolongada a comportamentos sedentários está positivamente relacionada à ocorrência de sintomas depressivos, pois mesmo os

indivíduos que cumprem as recomendações para a prática de atividade física em intensidade moderada a vigorosa, quando expostos a períodos prolongados em comportamentos sedentários encontram-se em condição de risco (Santos DA, 2013).

1.5 Métodos de rastreamento da depressão em idosos

Tendo em vista os diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão em idosos, faz-se necessário rastrear os sintomas de forma precisa, mesmo aqueles considerados corriqueiros, pois mesmo não constituindo um diagnóstico definitivo, podem evitar prognósticos desfavoráveis da doença. A principal indicação para esse tipo de identificação são os questionários e escalas validados, testados com rigor estatístico (Matias AG et al., 2016).

Dentre as escalas mais utilizadas na população idosa, encontram-se: *Beck Depression Inventory* (BDI), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *Center for Epidemiological Scale - Depression* (CES-D), *Compositive International Diagnostic Interview* (CIDI) e *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Tier CG et al., 2007; Matias AG et al., 2016). Todos esses instrumentos constituem entrevistas com questões fechadas, relacionados aos sintomas de depressão, sua frequência e presença. O preenchimento das escalas gera um escore numérico que é interpretado de acordo com pontos de cortes sugeridos pelos estudos de validação de cada escala.

O PHQ-9, que será utilizado no presente estudo, avalia a presença de sintomas depressivos nas últimas duas semanas, com base nos critérios diagnósticos do DSM-V, através de uma escala do tipo Likert. Caracteriza-se como um instrumento de rastreamento de sintomas depressivos, podendo ser utilizado em adultos e idosos, sendo composto por nove perguntas com quatro opções de respostas (Santos IS et al., 2013; Matias AG et al., 2016). No Brasil, o PHQ-9 já foi aplicado em zonas urbanas de diversos municípios, mas não foram encontradas publicações a respeito de sua aplicação em zonas rurais brasileiras (Santos IS et al., 2013; Munhoz TN et al., 2015).

Ele apresenta uma grande vantagem: por possuir um menor número de itens, sua aplicação é rápida, de modo que ele é muito aceito por conta de sua praticidade. As propriedades diagnósticas do PHQ-9 permitem que ele seja utilizado em estudos populacionais para rastreio de depressão. Porém, é importante ressaltar que o PHQ-9 aponta os indivíduos que estão em maior risco para episódio depressivo maior, de

modo que o diagnóstico definitivo só poderá ser confirmado através da realização de um atendimento com um profissional da saúde mental (Santos IS et al., 2013).

2 Justificativa

Face à transição demográfica, a população mundial está envelhecendo, de modo que novas demandas em saúde estão emergindo (Duarte EC e Barreto SM, 2012). Nesse contexto, o interesse em estudar a saúde mental do idoso vem crescendo tanto para ampliar a compreensão do processo saúde doença nessa fase do desenvolvimento quanto para colaborar com políticas públicas para essa população.

A depressão, por sua vez, é uma das principais causas de incapacidades em nível mundial, contribuindo, também, para a carga global de doenças (WHO, 2016). Além disso, a população mundial está envelhecendo rapidamente, de modo que a ocorrência da depressão em idades mais avançadas é crescente. Por isso, estudos epidemiológicos a respeito do tema podem proporcionar uma compreensão mais ampla da prevalência do transtorno, além de avaliar como ela afeta o indivíduo e os prejuízos que pode trazer no funcionamento individual, familiar e social (Lima MS, 1999).

A busca sistematizada realizada identificou poucos estudos epidemiológicos brasileiros, de base populacional, que abordassem a temática da depressão em idosos residentes da zona rural. Além disso, nenhum estudo realizado na região Sul do Brasil a respeito de depressão em idosos residentes da zona rural foi encontrado. A busca sistematizada evidenciou alguns estudos realizados no Rio Grande do Sul, mas desenvolvido em Pelotas com população idosa residente da urbana do município (Gazalle FK et al., 2004). O estudo dos fatores associados à depressão nesse grupo populacional permite uma avaliação das consequências da doença, além de servir de base para futuros planejamentos de intervenções e avaliações de estratégias já existentes. Além disso, Silva et al. (2014) apontam para a necessidade de desenvolver pesquisas brasileiras sobre a prevalência e fatores associados à depressão em áreas com menos densidade populacional, como as áreas rurais.

A saúde mental é tão importante na velhice como em qualquer outra fase da vida, de modo que a formulação de novas políticas depende de informações atuais a respeito da frequência e distribuição dos transtornos depressivos. Por isso, a

investigação das condições de saúde que cercam a terceira idade, bem como as variações que essa fase da vida comporta, reveste-se de grande importância científica e social, uma vez que pode contribuir para a compreensão do envelhecimento e a criação de alternativas de intervenção visando ao bem-estar de pessoas idosas (Fleck MP et al., 2003).Ademais, a realização de um estudo de base populacional, no município de Rio Grande/RS, com a população idosa residente da zona rural do município apresenta grande relevância e originalidade, tendo em vista que o mesmo nunca foi realizado.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência de depressão e seus fatores associados em idosos residentes da zona rural de Rio Grande/RS.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar a prevalência de depressão;
- Avaliar a associação da depressão com as seguintes variáveis:

Demográficas: sexo e idade

Sócio econômicas: estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação e com quem o sujeito reside;

Comportamentais: uso de álcool e/ou tabaco, hábito sedentário e atividade física no lazer.

4 Hipóteses

- Prevalência de depressão nos idosos entre 10% e 15%;
- A ocorrência de depressão tende a ser maior em indivíduos do sexo feminino, de baixa renda, solteiros/viúvos/separados, com baixa escolaridade, que não possuem ocupação/aposentados, que fazem uso de tabaco e/ou álcool, inativos fisicamente, sedentários.

5 Metodologia

5.1 Local

O presente estudo será desenvolvido na zona rural do município de Rio Grande, localizada na Metade Sul do estado do Rio Grande do Sul, a 320 km de Porto Alegre. Atualmente, a população estimada para Rio Grande é de 210.000 habitantes, e cerca de 4% desse total - aproximadamente 8.500 pessoas - residem em área rural. Além disso, pouco mais de 5% (5,4%) têm menos de cinco anos de idade, 22,1% são mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e 13,1% têm 60 anos ou mais de idade.

5.2 População alvo, critérios de inclusão e exclusão

A população alvo será composta por idosos, com 60 anos ou mais, residentes da zona rural de Rio Grande, RS, o que corresponde a 1080 indivíduos, aproximadamente. Para participar do estudo, os indivíduos deverão morar na zona rural do município de Rio Grande e ter 60 anos ou mais. Serão excluídos do estudo todos os indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais e/ou presídios, bem como aqueles com incapacidade física e/ou mental para responder à entrevista.

5.3 Delineamento

O delineamento utilizado será do tipo transversal. Estudos transversais são amplamente utilizados, apropriados para estudar diversas exposições e desfechos de forma simultânea, rápidos de realizar, baratos, bons para descrever características populacionais e para avaliar a prevalência de uma doença e seus fatores associados em uma determinada população (Gordis L, 2009; Meneghel SM 2015). É o tipo de delineamento mais adequado em inquéritos populacionais, pois permite uma coleta de dados em um curto período de tempo e com menor demanda de recursos. Porém, por conta das limitações para estabelecer as relações temporais entre exposição e desfecho, tendo em vista que os estudos transversais realizam um “recorte” da situação de saúde em um grupo populacional, esse tipo de delineamento é suscetível à causalidade reversa, onde não se sabe se as causas aconteceram antes ou depois do desfecho (Meneghel SM, 2015).

Esse estudo compreenderá um recorte de um estudo transversal de base populacional conduzido por alunos e professores da Universidade Federal do Rio

Grande (FURG), tratando-se de um consórcio de pesquisa, que contará com diversos objetivos. A principal finalidade desse consórcio é estudar as condições de saúde e os fatores associados em crianças menores de cinco anos, mulheres em idade fértil e idosos residentes da zona rural de Rio Grande/RS. Através de um estudo mais amplo, pretende-se obter informações sobre características sócio demográficas, morbidades, uso de álcool, estado nutricional, doenças crônicas, acesso e utilização de serviços de saúde, consumo de alimentos, insegurança alimentar, comportamento sedentário, saúde bucal, transtornos mentais comuns, depressão e violência doméstica.

5.4 Cálculo de tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho da amostra necessária para estimar a prevalência de depressão, foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 5%; poder de 80%; margem de erro de 2 e considerando o efeito de delineamento de 1,5. Obteve-se o número 721, que com o acréscimo de 10% para perdas e recusas, resultou na amostra final de 793 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. Os detalhes sobre o cálculo para cada variável são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2- Cálculo de tamanho de amostra para associações (IC95%; poder de 80%; testes bicaudais).

Exposição	Razão não exposto/ Exposto	PDNE	RP			N (subtotal)	N (total)**
			1,5	1,7	2,0		
Sexo*	1,23	8,85	1.655	932	501	501	626,1
Idade*	1,39	12,9	1.099	600	327	600	750
Estado Civil#	2,45	15,9	985	541	289	541	676,25
Renda#	0,96	12,5	1.109	619	338	619	773,75
Escolaridade#	1,52	12,8	1.121	623	335	623	778,75
Ocupação#	0,73	12,45	1.180	642	351	642	802,5

Com quem reside@	5,63	11,06	2.396	1.311	700	700	875
Uso de álcool#	1,35	12,97	1.090	596	324	596	745
Uso de tabaco#	2,85	17,8	924	503	267	503	628,75
AFL%	0,26	10,75	2.086	1.166	646	646	807,5
CS&	2,88	21,6	720	387	205	387	483,75

Fonte: elaborado pela autora no site Open Epi.

*Parâmetros retirados do Censo Demográfico do IBGE (2011), da zona rural de Rio Grande/RS. #Parâmetros retirados de um estudo de base populacional de Pelotas/RS (Munhoz TN, 2012). @Parâmetro retirado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2015). %Parâmetro retirado da Pesquisa Nacional de Saúde (2013). &Parâmetro retirado de uma dissertação de mestrado (Santos DA, 2013). **Com acréscimo de 10% para perdas/recusas e 15% para fatores de confusão, considerando o efeito de delineamento de 1,5.

5.5 Processo de amostragem

A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8.500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2.700 domicílios permanentemente habitados.

Para a seleção dos participantes, será utilizado um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Este processo será realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado corresponderá ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não será amostrado, ou seja, será pulado. Este procedimento garantirá que sejam amostrados quatro em cada cinco domicílios.

5.6 Variáveis

5.6.1 Variável dependente

A variável dependente será Episódio Depressivo Maior, identificada didaticamente no presente estudo por "Depressão", coletada pelo instrumento PHQ-9, sendo utilizada a forma algorítmica sugerida no estudo de Munhoz TN et al. (2015). O algoritmo do instrumento identifica os indivíduos que apresentam maior risco para

EDM, uma vez que o ponto de corte ≥ 9 pontos, sugerido no estudo de validação da versão brasileira do instrumento (Santos IS et al., 2013), é muito sensível e influenciável por aspectos socioculturais; além disso, esse ponto de corte foi validado apenas para a população adulta. Assim, o uso na forma algorítmica aumenta a comparabilidade e identifica os sujeitos com EDM exatamente de acordo com os critérios do DSM-V. A sintomatologia depressiva será coletada de forma numérica e depois categorizada em presença e ausência de EDM.

5.6.2 Variáveis independentes

Segue, abaixo, um quadro com as variáveis independentes que serão trabalhadas e a forma como serão coletadas.

Variável	Forma de coleta	Operacionalização	Tipo de variável
Sexo	Observada pela entrevistadora	Masculino e Feminino	Dicotômica
Idade	Referida	Em anos completos	Numérica discreta
Escolaridade	Referida	Grau de instrução	Catagórica ordinal
Renda	Referida	Índice de bens	Catagórica ordinal
Estado civil	Referido	Solteiro/Viúvo/Separado/Vive com companheiro (a)	Catagórica nominal
Ocupação	Referida	Está trabalhando/Não está trabalhando/Nunca trabalhou	Catagórica nominal
Com quem vive	Referida	Sozinho/Com companheiro (a)/Com os filhos/Com cônjuge	Catagórica nominal
Uso de álcool	Referido	Sim/Não	Catagórica dicotômica

Uso de tabaco	Referido (fuma atualmente, há quanto tempo, quantos cigarros por dia e se nunca fumou)	Fumante, ex-fumante não fumante	Categórica nominal
Atividade física no lazer	Referida	Sim e não	Categórica dicotômica
Comportamento sedentário	Measure of Older Adults Sedentary Time (MOST)	Horas/minutos por semana	Numérica contínua

5.7 Instrumentos

Todos os instrumentos serão aplicados por entrevistadores previamente treinados. Tendo em vista que a realização do presente estudo é vinculada ao desenvolvimento de um estudo maior, a coleta de dados ocorrerá através de um questionário amplo, que contém diversas questões.

5.7.1 Questões gerais e comportamentais

As variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, cor da pele, renda familiar, estado civil, escolaridade e com quem o sujeito reside), comportamentais (uso de tabaco e uso de álcool) e de saúde (doenças crônicas não transmissíveis) serão coletadas através de um questionário padronizado desenvolvido para o projeto de pesquisa maior, que será previamente testado, como supracitado. No Apêndice 2 são apresentadas as questões que estão inseridas no questionário e que serão utilizadas para a coleta das variáveis citadas.

5.7.2 Uso de álcool no último ano

A coleta de dados relacionados ao uso de álcool no último ano será realizada através do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

(AUDIT) (ANEXO 1). O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para rastrear o uso problemático de álcool (Moretti-Pires RO et al., 2011). É um instrumento composto por 10 itens, cada um com margem de 0 a 4 pontos, possibilitando uma pontuação de 0 a 40; a partir da pontuação, é feita a classificação do uso da substância da seguinte forma: Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos (PIRES e WEBSTER, 2011).

O ponto de corte comumente adotado é 8, que permite uma boa sensibilidade e especificidade para a detecção dos diferentes padrões de uso problemático de álcool (sensibilidade = 0,90, especificidade = 0,80) (Babor TF et al., 2003). No Brasil, o AUDIT teve duas iniciativas de validação, uma na Bahia por Lima CT et al. (2005) e outra no Rio Grande do Sul, por Mendez (1999).

5.7.3 Comportamento sedentário

Para avaliar comportamento sedentário, será utilizado o instrumento Measure of Older Adults Sedentary Time (MOST) adaptado. O questionário original foi desenvolvido para população idosa, apresenta boa repetibilidade e modesta validade, e é composto por sete questões sobre o comportamento sedentário (sentado ou deitado) na última semana: assistir televisão/vídeos/DVD, usar computador/internet/celular, ler, socializar com amigos e/ou família, dirigir ou andar de carro/moto/transporte público, praticar algum hobby e outras atividades (Gardiner PA, 2011). Além disso, foram acrescentadas mais duas questões (trabalhar e estudar), com o intuito de abranger mais aspectos relacionados ao desfecho. O questionário está destacado no ANEXO 2.

5.7.4 Depressão

Para a coleta de dados relacionados à depressão, será utilizado o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (ANEXO 3). Esse instrumento é derivado do PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), que foi originalmente desenvolvido para identificar depressão, ansiedade, abuso de álcool, transtornos somatoformes e transtornos da alimentação (Santos IS et al., 2013). O PHQ-9 avalia a presença de sintomas depressivos nas últimas duas semanas, com base nos critérios diagnósticos

do DSM-V, através de uma escala do tipo Likert, e é composto por nove perguntas com quatro opções de respostas que vão de “não, nenhum dia” (zero pontos) a “quase todos os dias” (3 pontos); o questionário também possui uma décima pergunta, referente à interferência dos sintomas na vida diária e, no total, é possível ter uma pontuação de 0 a 27. O ponto de corte recomendado é ≥ 9 , e sua aplicação pode ser realizada em adultos e idosos (Santos IS et al., 2013; Matias AG et al., 2016). Os sintomas avaliados pela escala são: humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudanças no apetite, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas (Santos IS et al., 2013).

A tradução do PHQ-9 para o português foi realizada por psiquiatras brasileiros e a *back translation* por um dos autores do instrumento original, enquanto que sua validação para o Brasil foi realizada no ano de 2013 (Santos IS et al., 2013). A correção utilizando o ponto de corte (≥ 9) demonstrou boas características psicométricas e operacionais, com sensibilidade entre 77 e 98%, especificidade de 75 a 80%, e valores preditivo positivo e preditivo negativo de 57,8% e 94,3%, 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%; além disso, o PHQ-9 foi validado para a população de adultos e idosos (Santos IS et al., 2013; Matias AG et al., 2016).

Na realização do presente estudo, optou-se pela utilização da forma algorítmica do instrumento, utilizada para identificar os indivíduos que apresentam maior risco de EDM. O ponto de corte sugerido no estudo de validação (Santos IS et al., 2013) é suscetível a influências culturais, demográficas e sociais, fazendo com que o instrumento atue de maneira diferente dependendo contexto em que é aplicado (Munhoz TN et al., 2015). O algoritmo define o teste como positivo na presença de cinco ou mais sintomas, onde pelo menos um deles é humor deprimido ou anedonia, com duração de pelo menos uma semana ou mais, ou presença dos mesmos quase todos os dias (Munhoz TN et al., 2015). O algoritmo do teste possui sensibilidade de 42,5% e especificidade de 95,3%, valores preditivos positivo e negativo de, respectivamente, 47,2% e 94,4%, correspondendo aproximadamente ao ponto de corte ≥ 13 , que privilegia a especificidade do teste (Santos IS et al., 2013).

Não foram encontrados estudos utilizando o PHQ-9 em populações rurais brasileiras. Porém, foi utilizado em zonas rurais de outros países, como China e Estados Unidos (Liu Z et al., 2016; Bergus GR et al., 2005), onde ambos os estudos verificaram que o PHQ-9 é um instrumento válido para o rastreamento de sintomas depressivos em populações rurais.

Optou-se pelo uso do PHQ-9 no presente estudo por ser uma escala curta, de aplicação relativamente rápida, o que é considerado uma vantagem em estudos epidemiológicos (Santos IS et al., 2013); ainda, por ser considerado um instrumento de boa propriedade psicométrica e validado para o Brasil, acredita-se que é adequado tanto pela sua precisão psicométrica quanto por aspectos logísticos favoráveis, uma vez que há uma limitação no número de questões para cada pesquisador.

5.8 Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo piloto

Para a seleção dos entrevistadores, serão recrutados 10 candidatos, com pelo menos o ensino médio completo. Após a seleção inicial, será realizado treinamento durante 40 horas em cinco dias consecutivos, para que todos os indivíduos sejam familiarizados com o manual e com o questionário que deverá ser aplicado. Uma prova será aplicada e aqueles que obtiverem melhores resultados serão contratados, de modo que o número final será de oito entrevistadores - os demais permanecerão como suplentes para a eventualidade de alguma substituição.

Uma vez que os entrevistadores sejam contratados, será realizado treinamento para que todos tenham conhecimento do questionário e do manual de instruções e manejo do tablet. Essa etapa deverá incluir o manejo das duas versões do questionário: papel e eletrônica.

Será realizado um estudo-piloto com a finalidade de testar os instrumentos, avaliar o manual de instruções, organizar o trabalho de campo, familiarizar os entrevistadores com o uso dos tablets e avaliar o desempenho dos entrevistadores e avaliadores diante de situações reais de entrevista, a fim de melhor definir sua logística.

Os mestrandos que não irão participar do consórcio também irão participar do treinamento e da coleta de dados, a fim de adquirirem experiência no processo de trabalho de campo.

5.9 Logística

Este estudo será coordenado por professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande – FURG e será supervisionado por 15 alunos do mestrado em Saúde Pública da turma 2016-2017 e por dois doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - FURG. A coleta de dados será em regime de consórcio, no qual cada um dos mestrandos e doutorandos terá seu desfecho de interesse coletado de acordo com os objetivos gerais propostos neste projeto.

Os domicílios selecionados para o estudo serão visitados por equipes formadas por dois entrevistadores, um supervisor (mestrando, doutorando ou um dos coordenadores do estudo) e um motorista. O trabalho será realizado por localidade, onde cada equipe passará o dia no local coletando os dados.

Previamente à coleta de dados, será realizado um estudo piloto onde serão testados os instrumentos, o manual de instruções, a organização do trabalho de campo e o desempenho dos entrevistadores.

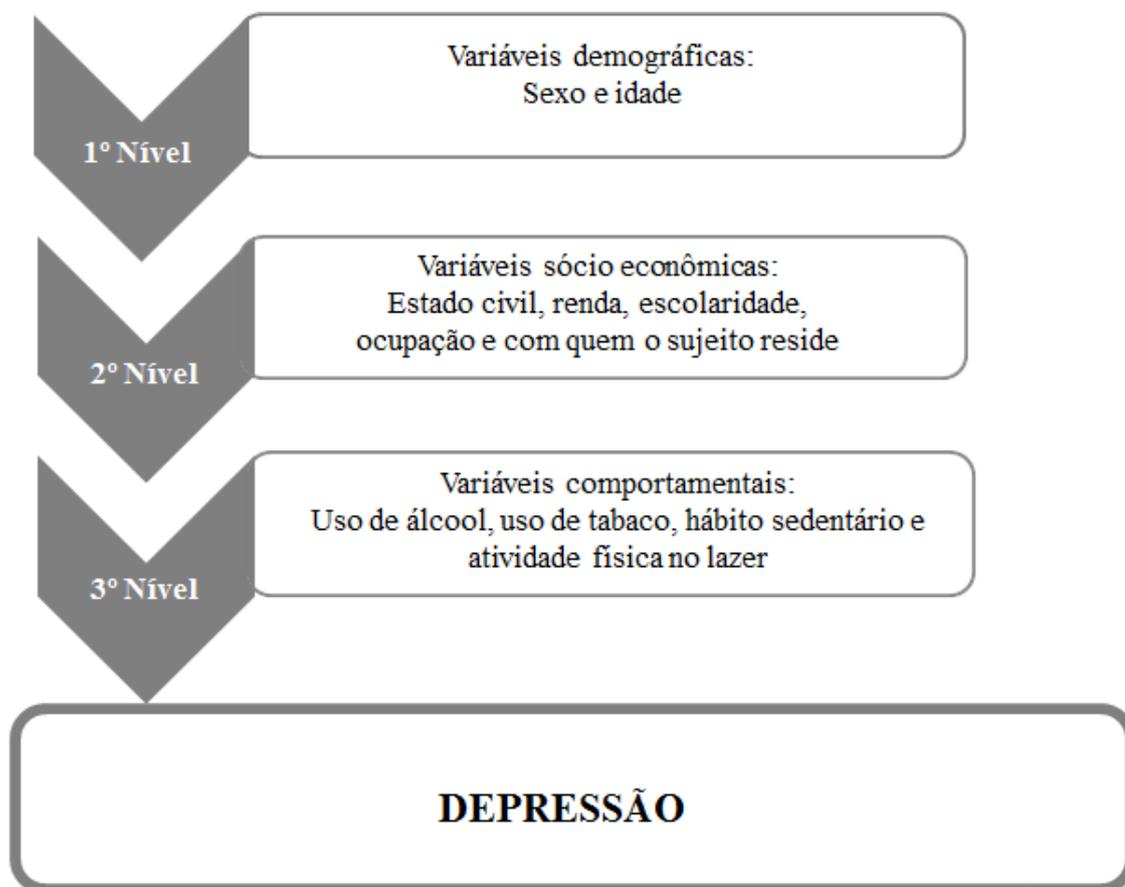
Para a aplicação dos questionários, serão utilizados tablets contendo questionários eletrônicos, que serão aplicados por meio do aplicativo RedCap®. Diariamente, ao final da coleta de dados, os supervisores serão encarregados de levar os tablets para a sala de trabalho do consórcio. Neste local, um dos mestrandos será responsável pelo envio dos dados através de conexão com internet, para o servidor disponível na página www.redcap.furg.br. Ao terminar o envio dos dados e, após conferência de que todos os questionários tenham sido corretamente enviados e armazenados no servidor, os questionários serão apagados dos tablets, que deverão ser desligados e terão suas baterias recarregadas para a coleta do dia seguinte.

Diariamente, serão feitas cópias de segurança do banco de dados em planilhas do software *Microsoft Excel*®. Além disso, os mestrandos responsáveis pelo banco de dados enviarão semanalmente um relatório com erros, inconsistências e variáveis não respondidas a todos os mestrandos. Cada mestrando será responsável por revisar e detectar problemas em suas variáveis, bem como solicitar correção dos dados inconsistentes/incorretos através de uma reentrevista.

5.10 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 dicotômico e variáveis contínuas será avaliada através do Teste *T* para amostras independentes. Para identificar as variáveis independentemente associadas ao desfecho, será realizada análise multivariada através da análise de regressão de Poisson ou análise de regressão logística binária, dependendo da prevalência encontrada para o desfecho. Esta última análise será realizada baseando-se no modelo conceitual hierarquizado por níveis (Figura 2) 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 13.0 e/ou SPSS 17 e será adotado o nível de significância de 5% (bicaudal).

Figura 2. Modelo Conceitual de Análise



5.11 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. O controle de qualidade será realizado por meio de repetição de 5% de parte das entrevistas pelos supervisores do estudo. Essas entrevistas serão escolhidas de forma aleatória e o grau de concordância entre a resposta obtida pelo entrevistador e pelos supervisores será avaliado utilizando-se do teste Kappa. 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.

5.12 Aspectos éticos

Este protocolo de pesquisa, considerado de risco mínimo, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande, conforme os preceitos da resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Além disso,

garantir-se-á a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Todos os participantes (ou seus responsáveis) assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de o questionário ser aplicado.

A partir dos resultados obtidos através da aplicação do PHQ-9, serão fornecidas as devidas orientações para os indivíduos que encontrarem-se sob risco de desenvolver depressão, como a busca pela unidade básica de saúde mais próxima e sugestões de locais para atendimento psicológico.

5.12.1 Análise crítica de riscos e benefícios

A pesquisa envolve entrevistas domiciliares por meio de questionários previamente testados e padronizados, de modo que não serão realizados exames invasivos aos participantes. Antes das entrevistas, os participantes serão informados sobre os procedimentos da pesquisa, tendo livre escolha para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma que a aplicação do questionário só será feita mediante a assinatura do termo de consentimento. Essa pesquisa poderá acarretar riscos mínimos para os participantes, como desconforto durante a entrevista. Uma vez que o desconforto for detectado, o procedimento será encerrado. O estudo não apresenta benefícios diretos para os participantes, mas seus resultados podem contribuir para melhorias referentes a futuras políticas de promoção de saúde.

Indivíduos que forem identificados em situações como depressão, insegurança alimentar, obesidade infantil, incontinência urinária, exposição à violência psicológica, etc., serão orientados e encaminhados aos serviços de saúde e/ou assistência social.

5.12.2 Explicação da responsabilidade do pesquisador e da instituição

Todos os envolvidos na pesquisa se responsabilizarão a cumprir as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostas na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, 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 serão utilizadas para atingir o objetivo previsto, respeitando a privacidade

e os direitos individuais dos participantes. Não serão divulgados dados de ordem pessoal, como nome, endereço e telefone dos participantes.

Tendo em vista que uma das questões do questionário de pesquisa (questão 9 do instrumento PHQ-9) avalia o risco de suicídio, torna-se necessário esclarecer que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar para atendimento gratuito junto às unidades de saúde mental do município de Rio Grande todos os indivíduos que pontuarem valores 1, 2 ou 3 nessa questão (ou seja, que apresentem risco de suicídio).

5.12.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa será encerrada caso não haja outros participantes selecionados além daqueles já entrevistados. Em caso de suspensão ou de encerramento, os pesquisadores são responsáveis por comunicar o CEPAS-FURG, apresentando as justificativas que levaram à suspensão e/ou encerramento das atividades.

5.12.4 Infraestrutura dos locais de pesquisa

A Universidade Federal do Rio Grande – FURG, instituição que realizará a pesquisa, dispõe da infraestrutura necessária para a realização dos procedimentos previstos, no que diz respeito à equipe técnica, laboratórios, salas de aula e demais equipamentos.

5.12.5 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 Divulgação ds resultados

Os resultados da pesquisa se tornarão públicos por meio de trabalhos apresentados em congressos e artigos publicados em periódicos científicos. Os resultados também serão apresentados para a imprensa local na forma de um artigo de jornal e para as coordenadorias afins da Prefeitura Municipal do Rio Grande.

7 Orçamento

A presente pesquisa orçada em R\$ 42.919,00 (quarenta e dois mil novecentos e dezenove reais). Os tablets serão utilizados para entrada imediata de dados provenientes da aplicação dos questionários. Esse equipamento permite a entrada imediata de dados e elimina a contratação de digitadores e a impressão de questionários. O restante será utilizado principalmente no pagamento de pessoal, aquisição de material de consumo e compra de combustível a ser utilizado em veículo cedido pela prefeitura municipal de Rio Grande para deslocamento até os domicílios da área rural.

Ainda, a pesquisa receberá financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por alunos dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde da FURG.

8 Cronograma

Período	2016										2017												
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Revisão de literatura				X	X																		
Construção do projeto						X	X	X	X														
Qualificação do projeto										X													
Envio ao Comitê de Ética											X												
Seleção e treinamento das entrevistadoras												X											
Estudo piloto												X											
Coleta de dados													X	X	X	X							
Controle de qualidade													X	X	X	X							
Digitação dos dados														X	X	X							
Verificação e limpeza do banco de dados														X	X	X	X						
Análise e interpretação dos dados																X	X	X	X	X			
Elaboração da dissertação																	X	X	X	X	X		
Finalização do artigo																				X	X	X	
Sustentação da dissertação																							X

9 Referências

Abe YK, Fujise N, Fukunaga R, Nakagawa Y, Ikeda M. Comparison of the prevalence of and risk factors for elderly depression between urban and rural populations in Japan. *International Psychogeriatrics*, 2012, 24:1235-1241.

Alencar NA, Aragão JC, Ferreira MA, Dantas EH. Avaliação da qualidade de vida em idosos residentes em ambientes urbano e rural. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 2010, 13: 103-109.

Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet*, 2005, 365: 1961-1970.

Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kiliç C, Offord D, Ustun TB, Wittchen HU. 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 Psychological Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association, Washington, 2013.

Babor TF. AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade; 2003.

Bandeira CB. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2008, 4: 189-204.

Becker AE e Kleinman A. Mental health and the global agenda. *The New England Journal of Medicine*, 2013, 369: 66-73.

Bergus GR, Hartz AJ, Noyes R, Ward MM, James PA, Vaughn T, Kelley PL, Sinift SD, Bentler S, Tilman E. The Limited Effect of Screening for Depressive Symptoms With the PHQ-9 in Rural Family Practices. *The Journal of Rural Health* 2005, 21: 303-309.

Blazer D, George LK, Landerman R, Pennybacker M, Melville ML, Woodbury M, Manton KG, Jordan K e Locke B. Psychiatric disorders: a rural/urban comparison. *Arch Gen Psychiatric*, 1985, 42: 651-656.

Brasil. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Secretaria Nacional De Promoção Defesa Dos Direitos Humanos, Brasília, DF, 2013.

Brasil. Resolução Nº 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2012.

Borges LJ, Benedetti TR, Xavier AJ, D'Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 2013, 47: 701-710.

Bós AM e Bós AJ. Fatores determinantes e consequências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2006, 2.

Cardona D, Segura A, Segura A, Gárzon MO. Efectos contextuales asociados a La variabilidad Del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. *Biomédica*, 2015, 35: 73-80.

Chapman DP e Perry GS. Depression as a major componente of public health for older adults. *Preventing chronic disease: public health research, practice and policy*, 2008, 5: 1-9.

Cheik NC, Reis IT, Heredia RA, Ventura ML, Antunes HK, Melo MT. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 2003, 11: 45-52.

Chong MY, Tsang HY, Chen CS, Tang TC, Chen CC, Yeh TL, Lee YH, Lo HY. Community study of depression in old age in Taiwan. *The British Journal of Psychiatry*, 2001, 178: 29-35.

Cole MG e Dendukuri, N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160: 1147-1156.

Coll C, Marchesi A, Palacios J. Desenvolvimento psicológico e educação. Porto Alegre: Artmed. 2004.

Cunha RV, Bastos GA, Duca GF. Prevalence of depression and associated factors in a low income community of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2012, 15:346-354.

Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, 113: 372-387.

Duarte EC e Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2012, 21: 529-532.

Falcão TJe Costa IC. O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. *J Bras Pneumol*, 2008, 34: 91-97.

Ferreira AB. *Dicionário Aurélio*. São Paulo: Positivo, 2008.

Ferreira PC e Tavares DM. Prevalência de fatores associados ao indicativo de depressão em idosos residentes na zona rural. *RevEscEnferm USP*, 2013, 47: 401-407.

FerreiraPC, Tavares DM, Martins NP, Rodrigues LR, Ferreira LA. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2013, 15: 197-204.

Fleck MP, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de saúde pública*. São Paulo. 2003, 37: 793-799.

Frighetto J. Saúde geral do idoso: condições de saúde à luz de um contexto rural.

Revista de Psicologia da IMED, 2015, 7: 52-60.

Fukunaga R, Abe Y, Nakagawa Y, Koyama A, Fujise N, Ikeda M. Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psycho geriatrics*, 2012, 12: 179-185.

Gao S, Jin Y, Unverzagt FW, Liang C, Hall KS, Ma F, Murrell JR, Cheng Y, Matesan J, Li P, Bian J, Hendrie HC. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. *International journal of geriatric psychiatry*, 2009, 24:1358-1366.

Gardiner PA, Clark BK, Healy GN, Eakin EG, Winkler EA, Owen N.. Measuring older adults sedentary time: reliability, validity, and responsiveness. *Med Sci Sports Exerc*, 2011, 43: 2127-33.

Gazalle FK, Lima MS, Tavares BK, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2004, 38:365-371.

Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016, 21: 3575-3584.

Hou F, Cerulli C, Wittink MN, Caine ED, Qiu P. Depression, social support and associated factors among women living in rural China: a cross-sectional study. *BMC women's health*, 2015, 15.

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

Leite VM, Carvalho EM, Barreto KM, Falcão IK. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. Rev. bras. saúde matern. infant, 2006, 6:31-38.

Gordis L. Epidemiologia. São Paulo: Revinter, 2010.

Kovess-Masféty V, Alonso J, Graaf R, Demyttenaere K. A European Approach to Rural-Urban Differences in Mental Health: The ESEMeD 2000 Comparative Study. Can J Psychiatry, 2005, 50: 926-937.

LimaCT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. Alcohol Alcohol 2005; 40:584-9.

Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Revista Brasileira de psiquiatria, 1999, 21:01-05.

Lima-Costa MF e Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cadernos de Saúde Pública, 2003, 19:700-701.

Liu Z, Yu Y, Hu M, Liu M, Zhou L, Shiao SY. PHQ-9 and PHQ-2 for screening depression in Chinese rural elderly. Plos One 2016, 1-10.

Ma X, Xiang YT, Cai ZJ, Li SR, Xiang YQ, Guo HL, Hou YZ, Li ZB, Li ZJ, Tao YF, Dang WM, Wu XM, Deng J, Wang CY, Lai KY, Ungvari GS. Prevalence and socio-demographic correlates of major depressive episode in rural and urban areas of Beijing, China. Journal of affective disorders, 2009, 115: 323-330.

Marques MM. O conceito de espaço rural em questão. Terra Livre, 2002, 19: 95-112.

Martins CR, Albuquerque FJ, Gouveia CN, Rodrigues CF, Neves MT. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. Estud. interdiscip. envelhec., 2007, 11: 135-154.

Matias AG, Fonsêca MA, Gomes ML, Matos MA. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. Einstein, 2016, 14.

Mendez BE. Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test [Tese de Doutorado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.

Meneghel SN. Epidemiologia: exercícios indisciplinados. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2015.

Morais EP, Rodrigues RA, Sousa VD.. Assessment of depressive symptoms and cognitive impairment in elders from rural areas of the Brazilian State of Rio Grande do Sul. *Public Health Nursing*, 2009, 26:249-258.

Moretti-Pires ROe Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2011, 27:497-509.

Munhoz TN. Prevalência e fatores associados à depressão em idosos: um estudo de base populacional. Universidade Federal de Pelotas: Pelotas, 2012.

Munhoz TN, Nunes BP, Whermeister FC, Santos IS, Matijasevich, A. A nationwide population-based study of depression in Brazil. *Journal of affective disorders*, v. 192, p. 226-233, 2016.

Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, Macera CA, Castaneda-Sceppa C; American College of Sports Medicine; American Heart Association. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 2007, 116:1094.

O'Hara MW, Kohout, FJ, Wallace RB. Depression among the Rural Elderly A Study of Prevalence and Correlates. *The Journal of nervous and mental disease*, 1985, 173:582-589.

Okwumabua JO et al. Characteristics of depressive symptoms in elderly urban and rural African Americans. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 1997, 52:241-246.

Papadopoulos FC, Baker FM, Wong SP, Pilgram BO.. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2005, 20: 350-357.

Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, Ng F, Henry MJ, Nicholson GC, Kotowicz MA, Berk M.. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 2008, 193:322-326.

Pegorari MS, Dias FA, Santos NM, Tavares DM. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. *Journal of Physical Education*, 2015, 26:233-241.

Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2009, 12: 123-40.

Rajkumar AP et al. Nature, prevalence and factors associated with depression among the elderly in a rural South Indian community. *Internationalpsychogeriatrics*, 2009, 21: 372-378.

Ramos GC, Thangadurai P, Senthilkumar P, Gayathri K, Prince M, Jacob KS.. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J. bras. psiquiatr*, 2015, 64:122-131.

Rodrigues LR, Silva AT, Dias FA, Ferreira PC, Silva LM, Viana DA, Tavares DM. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. *Rev eletr enf.[Internet]*, 2014, 16:278-85.

Rodrigues LR, Tavares DM, Silveira FB, Dias FA, Martins NP. Qualidade de vida, indicativo de depressão e número de morbidades de idosos da zona rural. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 2016, 4.

Rosa PV. Estudo sobre fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda – RS. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

Rubio-Aranda E, Blasco-Montón G, Comín-Comín M, Martínez-Terrer T, Magallón-Botaya R, García-Campayo J.. Mental health and social relations in older rural population. *Actas espanolas de psiquiatria*, 2012, 40.

Santos DA. Atividade física, comportamento sedentário e a sintomatologia depressiva em idosos. Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Uberada, 2013.

Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, 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.

Saunders PA, Copeland JR, Dewey ME, Davidson IA, McWilliam C, Sharma V, Sullivan C.. Heavy drinking as a risk factor for depression and dementia in elderly men. *Findings*

from the Liverpool longitudinal community study. *The British Journal of Psychiatry*, 1991, 159:213-216.

Sengupta P e Benjamin AI. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian journal of public health*, 2015, 59: 3.

Silva EF, Paniz VM, Laste G e Torres IL. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, 18: 1029-1040.

Silva MT, Galvão TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2014, 36:262-270.

Sorokin P, Zimmerman C, Galpin C. Diferenças fundamentais entre o mundo rural e o urbano. In: MARTINS, J. S. (org.). *Introdução crítica à sociologia rural*. São Paulo: Hucitec, 1986.

St John PD, Blandford AA, Strain LA. Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. *International journal of geriatric psychiatry*, 2006, 21:1175-1180.

St John PD, Blandford AA, Strain LA. Does a rural residence predict the development of depressive symptoms in older adults? *Can J Rural Med*, 2009, 14:150-156.

Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JL. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 2002, 8: 91-98.

Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American journal of epidemiology*, 2002, 156:328-334.

Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of neural transmission*, 2009, 116: 777-784.

Stuart-Hamilton I. *A Psicologia do Envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Tier CG. Escalas de avaliação da depressão em idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2007, 21.

Vink D. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of affective disorders*, 2008, 106: 29-44.

Xavier FM, Ferraz MP, Bertollucci P, Poyares D, Moriguchi E. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001, 23:62-70.

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

World Health Organization. Depression Fact sheet nº 369, Geneva, 2015.

World Health Organization. Mental Health and Older Adults Fact Sheet nº 381. Geneva, 2016.

Zahidie A, Kazi A, Fatmi Z, Bhatti MT, Dureshahwar S. Social environment and depression among pregnant women in rural areas of Sind, Pakistan. *JPMA – Journal of the Pakistan Medical Association*, 2011, 61: 1183, 2011.

Relatório de campo

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO DO CONSÓRCIO 2016-2017 DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/FURG.

O curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) possui seu modelo de trabalho baseado no formato de um consórcio de pesquisa. Esse modelo de pesquisa propicia o trabalho conjunto de todos os mestrandos do programa, desde a elaboração dos instrumentos de pesquisa à coleta de dados.

O consórcio da turma de mestrandos 2016-2017 foi denominado “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Seu objetivo geral era conhecer indicadores básicos de saúde e o padrão de morbidade e de utilização e acesso a serviços de saúde em três grupos populacionais residentes nesta área: crianças menores de cinco anos e suas mães, mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e idosos (60 anos ou mais). Além deste objetivo geral, foram incorporados os objetivos específicos de cada pós-graduando(a), conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 2. Descrição dos alunos, graduação, população de estudo e tema de pesquisa do consórcio de 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

	Aluno(a)	Graduação	População	Tema de pesquisa
1	Adriana Camerini	Odontologia	Crianças	Saúde bucal
2	Aline Henriques Perceval	Fisioterapia	Idosos	Apneia do sono
3	Alessandra Coelho Dziekaniak	Medicina	Idosos	Incontinência urinária
4	Andrea Silveira Lourenço	Psicologia	Mulheres	Violência psicológica
5	Fabiana da Silva Fernandes	Enfermagem	Crianças	Sibilância recorrente
6	Fernanda de Castro Silveira	Nutrição	Mulheres	Consumo alimentar
7	Franciane M. Machado Schroeder	Odontologia	Idosos	Serviços odontológicos
8	Luiza Santos Ferreira	Psicologia	Idosos	Serviços de atenção primária
9	Mariana Lima Corrêa	Psicologia	Idosos	Depressão
10	Nathalia Matties Maas	Nutrição	Domicílios	Insegurança alimentar
11	Otávio Amaral de Andrade Leão	Educação Física	Idosos	Comportamento Sedentário
12	Pedro San Martin Soares	Psicologia	Mulheres	Transtornos mentais comuns
13	Sabrina Silveira Leite	Enfermagem	Crianças	Adequação do pré-natal
14	Stephanie Jesien	Fisioterapia	Idosos	Curandeiros e benzedeiros
15	Vitória dos Santos Alam	Nutrição	Idosos	Comportamento alimentar
16	Priscila Arruda da Silva	Enfermagem	-	-
17	Seiko Nomiyama	Enfermagem	-	-

1. Organização do consórcio

O "Estudo Saúde da população rural Rio-Grandina" foi coordenado pelos professores Rodrigo Dalke Meucci e Juraci Almeida Cesar. O trabalho de campo foi supervisionado por uma equipe de dezessete pós-graduandos, que incluiu, além dos 15 mestrandos e uma pós-doutoranda do PPGSP, uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FURG.

Para otimização dos trabalhos, os pós-graduandos foram alocados nas seguintes comissões:

- a) **Elaboração dos questionários:** responsável pela estruturação dos questionários na versão em papel;
- b) **Elaboração do manual de instruções:** responsável pela elaboração dos manuais de instruções, contendo informações acerca de todas as perguntas e alternativas presentes nos questionários;
- c) **Banco de dados e questionário eletrônico:** responsável por programar o questionário eletrônico no programa *RedCap*[®] a partir do questionário da versão em papel. Além disso, no decorrer da coleta de dados, esta comissão foi responsável pelo envio dos dados dos tablets para o servidor <http://redcap.furg.br/>, bem como pela limpeza do banco de dados e verificação/correção de inconsistências;
- d) **Controle de qualidade:** responsável pela elaboração e aplicação de uma versão reduzida dos questionários para verificação da consistência das respostas através da reentrevista de 10% dos indivíduos de cada uma das populações;
- e) **Mapeamento dos setores e registro de campo:** responsável por mapear os setores censitários da área rural e planejar trajetos, além de monitorar os números de domicílios, indivíduos, pendências, perdas e recusas;
- f) **Organização financeira:** responsável pela gestão das finanças do consórcio, incluindo compra de materiais, aluguel de veículos, pagamento de pessoal e prestação de contas;
- g) **Folder:** responsável pela elaboração e diagramação do folder de divulgação do estudo, o qual foi distribuído em todos os domicílios visitados pela equipe deste consórcio.

2. Instrumentos e manuais de instruções

Foram elaborados quatro questionários, sendo um bloco domiciliar, bloco do idoso, bloco para mulheres de 15-49 e bloco para crianças menores de 5 anos.

O questionário do Bloco domiciliar era respondido pelo chefe do domicílio, preferencialmente alguém com 18 anos ou mais. Este questionário avaliou aspectos socioeconômicos e demográficos da família, participação em programas de transferência de renda (Bolsa Família), criação de animais, cultivo de alimentos, doenças genéticas na família, planos de saúde e uma escala reduzida da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

O questionário para idosos foi aplicado em indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Foram investigados aspectos relacionados à saúde física e mental, acesso a serviços de saúde, utilização de serviços de benzedadeiras, aspectos comportamentais (consumo de álcool, tabagismo, atividade física), comportamento sedentário, comportamento alimentar e utilização de serviços odontológicos.

O questionário das mulheres foi aplicado a mulheres de 15 a 49 anos e/ou mães de crianças com menos de cinco anos. Foram avaliados aspectos relacionados à saúde reprodutiva, transtornos mentais comuns, consumo alimentar, violência psicológica e comportamento (consumo de álcool, tabagismo, atividade física)

O questionário das crianças foi aplicado às mães de menores de cinco anos de idade. Foram avaliados aspectos relacionados à adequação da assistência ao pré-natal, sibilância recorrente, saúde bucal, vacinação e alimentação. Peso e altura/comprimento da criança foram aferidos ao final das entrevistas.

3. Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel

O treinamento das entrevistadoras com o questionário na versão em papel foi realizado entre os dias 10 e 13 de abril de 2017, totalizando uma carga horária de 32 horas (quadro 2). Ao final das apresentações de cada um dos blocos de questionários (domiciliar, mulher em idade fértil, criança e idoso), as candidatas simularam a aplicação dos instrumentos com os pós-graduandos. No último dia de treinamento foi realizado o estudo piloto num setor censitário da área rural de Rio Grande. Os

domicílios abordados no estudo piloto foram excluídos do processo de amostragem realizado durante a coleta de dados.

Ao final do treinamento, foram selecionadas seis candidatas, ficando uma como suplente.

Quadro 3. Cronograma do treinamento das entrevistadoras realizado no ano de 2017. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

Programação	10/abril	11/abril	12/abril	13/04
Apresentação geral do consórcio.				
Apresentação do bloco domiciliar.				
Simulação do bloco domiciliar.				
Apresentação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Simulação do bloco para mulheres em idade fértil.				
Apresentação do bloco para crianças.				
Simulação do bloco para crianças.				
Treinamento de medidas antropométricas: peso e altura/comprimento de crianças.				
Apresentação do bloco para idosos.				
Simulação do bloco para idosos.				
Estudo piloto				

3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos

Após três semanas de coleta de dados com os questionários em papel, foi realizado um novo treinamento, dessa vez utilizando os questionários eletrônicos em tablets, através do aplicativo móvel *RedCap*[®]. Esse treinamento foi realizado em duas tardes, totalizando uma carga horária de oito horas.

4. Amostragem

A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2700 domicílios permanentemente habitados.

Para a seleção de idosos e mulheres de 15-49 anos, utilizou-se um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso

do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

Para a seleção das crianças menores de 5 anos, foi realizado um censo dos domicílios da zona rural. Deste modo, mesmo os domicílios pulados no processo de amostragem para idosos e mulheres entre 15-49 anos foram abordados para verificar se haviam moradores menores de 5 anos de idade. Em caso afirmativo, a mãe era entrevistada através aplicação dos questionários da criança e domiciliar, além de realizadas as medidas antropométricas da criança.

5. Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo iniciou no dia 17 de abril de 2017 e encerrou em 29 de outubro do mesmo ano. Inicialmente, a coleta de dados era realizada de segunda à sexta-feira, das 12:00 às 19:00 horas. Posteriormente, passou a ser feita também nos finais de semana.

Para organização da coleta de dados, os pós-graduandos foram alocados em três escalas semanais de trabalho. A primeira, realizada no turno da manhã, era destinada à organização da sala do consórcio, denominada de Quartel General (QG). O supervisor escalado tinha a responsabilidade de providenciar os materiais necessários à coleta de dados que seria realizada no turno da tarde. Todo material devia ser organizado em seis pastas individuais para cada entrevistadora (caneta, lápis, borracha, questionários em papel, *tablets*, termos de consentimento, folders). Além disso, eram organizadas caixas com balanças, estadiômetros e bolsas de pesagem de crianças.

A segunda escala, também matutina, era referente à comissão do questionário eletrônico, composta por dois membros que se revezavam diariamente para envio de dados e revisão/correção de inconsistências.

A terceira escala organizou os pós-graduandos para a supervisão da coleta de dados. Foi elaborada de modo a garantir a presença de pelo menos dois supervisores em campo junto às entrevistadoras. Nessa escala, um supervisor trabalhava a semana inteira enquanto os outros se alternavam durante os dias de semana.

O deslocamento diário das equipes foi realizado predominantemente por viaturas oficiais conduzidas por motoristas da FURG. Adicionalmente, para agilizar a coleta de dados, foi utilizada uma viatura com motorista da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, a qual foi cedida por cerca de 40 dias úteis. Também foram utilizados veículos alugados custeados pelo próprio consórcio, além de carros particulares de alguns mestrandos e do coordenador.

5.1 Abordagem de domicílios

Sempre que chegava em um domicílio elegível amostrado, ou não amostrado com morador menor de 5 anos de idade, o supervisor lhe atribuía um número na planilha de domicílios. Em seguida, abordava os moradores, explicando o estudo, entregando o folder de divulgação e convidando os participantes elegíveis a participar. Mediante aceite, o supervisor apresentava a entrevistadora que, após leitura e assinatura do termo de consentimento, aplicava o questionário correspondente à faixa etária do(s) entrevistado(s), mais o bloco domiciliar ao chefe do domicílio.

5.2 Organização de trajetos e domicílios

A equipe responsável pelos trajetos e planilhas de domicílios organizou os mapas e trajetos de modo que os supervisores soubessem para quais localidades deveriam se deslocar. Isso foi feito de modo a permitir a identificação de domicílios pendentes e/ou finalizados. Do mesmo modo, era feita a descrição dos locais onde a coleta de dados havia parado, viabilizando a continuidade do trajeto no dia seguinte.

As planilhas de controle de trabalho de campo foram elaboradas para que os supervisores anotassem os registros dos domicílios e trajetos percorridos. Primeiramente, o supervisor deveria preencher a planilha com informações do domicílio (número de identificação e endereço), as populações identificadas (crianças menores de 5 anos, mulheres de 15-49 anos e idosos) e a situação do domicílio (pulo, vazio ou inelegível). Ao final da planilha, eram anotados os domicílios com alguma pendência e que, portanto, deveriam ser revisitados. No decorrer do trabalho de campo foi adicionada a coluna "status do domicílio" na qual foi convencionada a seguinte simbologia: "OK" se o domicílio estava completo com todos os questionários

realizados; “P” para pendente; “V” para vazio; “INE” inelegível; “?” se a população não tinha sido identificada por porteira fechada ou falta de acesso ao domicílio; “RE” recusa; e “X” para os domicílios que eram pulo.

Também foram adicionadas colunas para registrar os nomes dos indivíduos elegíveis e telefone para contato. Os endereços deveriam ser anotados com o máximo possível de informações de pontos de referência e aspectos da moradia (cor, tipo de construção, etc.) para facilitar o retorno quando necessário.

No início da coleta de dados os trajetos eram feitos de acordo com as delimitações dos setores censitários a partir dos mapas fornecidos pelo IBGE. Entretanto, para otimizar as saídas de campo e aumentar o número de entrevistas realizadas por dia, foram planejados trajetos que incluíam mais setores. Por exemplo, a BR 471 (estrada Rio Grande-Chuí) passa por 7 setores censitários, assim, o supervisor levava todas as planilhas dos setores incluídos na BR 471 e arredores.

Adicionalmente, alguns trajetos tiveram que ser reorganizados em decorrência da dificuldade de acesso. Assim, foram designadas equipes de supervisores e entrevistadoras para viabilizar a identificação de domicílios e realização das entrevistas nas localidades remotas ou de difícil acesso. Conforme este planejamento em dias específicos, a coordenação do estudo solicitou a saída a campo com caminhonetes com tração nas quatro rodas, de acordo com a disponibilidade do setor de viaturas da FURG e/ou da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

5.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel

Durante as três primeiras semanas do trabalho de campo, as entrevistas foram realizadas em questionários de papel sendo estes, posteriormente, revisados, codificados e digitados no programa *RedCap*®.

5.4 Banco de dados e questionário eletrônico

Após a elaboração e preparo do questionário eletrônico, a partir da quarta semana de trabalho de campo, os dados passaram a ser coletados através de *tablets* utilizando o programa *RedCap*®. Os dados armazenados nos *tablets* eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão

com a *internet*. Semanalmente, no próprio servidor, era realizado um controle de qualidade dos dados (*ferramenta "data quality"*) para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Nestes casos, os questionários retornavam às entrevistadoras para correção das informações. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*[®] para garantir que não houvesse perda de informações.

Ao final do trabalho de campo, foram feitas correções adicionais nos bancos de dados e todas as informações que permitiam a identificação dos indivíduos foram excluídas dos bancos enviados aos pós-graduandos para fins de análise no programa estatístico *Stata14*[®].

5.5 Controle de qualidade

Foi aplicada uma versão reduzida de cada instrumento (domiciliar, idosos, crianças até 5 anos e mulheres 15-49 anos) em 10% dos indivíduos entrevistados. Os indivíduos reentrevistados foram sorteados a partir de uma listagem semanal das entrevistas realizadas. As reentrevistas foram realizadas pelos mestrandos por meio de ligações telefônicas iniciadas em 15 de maio de 2017.

Ao final do controle de qualidade, foram aplicados 226 questionários domiciliares (13,8%), 38 questionários de crianças (10,2%), 113 questionários de mulheres em idade fértil (10,5%) e 105 questionários de idosos (10,2%).

Em seguida, foi calculada a estatística Kappa que variou do seguinte modo entre as variáveis analisadas, conforme o instrumento:

- bloco domiciliar: 0,52 a 0,94;
- bloco idosos: 0,50 a 0,88;
- bloco para mulheres de 15-49 anos: 0,51 a 0,97;
- bloco para crianças: 0,68 a 0,84.

Deste modo, a concordância das questões utilizadas nos quatro instrumentos utilizados variou entre boa a excelente.

6. Números gerais da pesquisa

Ao final do trabalho de campo, foram identificados 4.189 domicílios na área rural do município de Rio Grande, sendo 2.669 domicílios permanentes e 1.419 desocupados ou com moradores temporários (somente finais de semana/temporada). Não foi possível obter informações de moradores ou vizinhos de 110 domicílios mesmo após três ou mais tentativas.

Dos 2.669 domicílios que apresentavam moradores permanentes, foram amostrados 2218, o que corresponde a uma amostragem de 83,1% dos domicílios da área rural de Rio Grande. Deste total de domicílios amostrados, 1785 eram elegíveis, ou seja, tinham moradores de ao menos uma das três populações de interesse (crianças menores de cinco anos, mulheres entre 15 e 49 anos ou idosos) (Quadro 3). Do total de domicílios elegíveis amostrados, o percentual de perdas e recusas foi de 8,4%.

Quadro 4. Descrição do processo de identificação e amostragem de domicílios da zona rural de Rio Grande, RS. Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

Total de domicílios encontrados	Total de domicílios com moradores permanentes	Total de domicílios amostrados	Total de domicílios amostrados com população elegível
4189	2669	2218	1785

Os dados referentes a cada população específica do estudo, incluindo perdas e recusas estão descritos no quadro 4.

Quadro 5. Totais das populações estudadas no Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

População	Identificados	Amostrados	Perdas	Recusas	% Total de Perdas e Recusas
Crianças	360	360 (100%)	14 (3,9%)	3 (0,8%)	4,7%
Mulheres em idade fértil	1.391	1.199 (86,2%)	103 (8,6%)	17 (1,4%)	10,0%
Idosos	1.351	1.131 (83,7%)	78 (7,0%)	22 (1,9%)	8,9%

7. Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer Nº 51/2017, processo 23116.009484/2016-26. Idosos e mulheres com idade entre 18-49 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As adolescentes de 15-17 anos assinaram o termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

7.1 Encaminhamentos de saúde mental

O questionário dos idosos incluiu o *Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)*, o qual é um instrumento utilizado para rastreamento de sintomas depressivos que possui uma questão específica referente à ideação suicida. Todos os idosos que responderam afirmativamente para esta pergunta foram contatados para oferta de encaminhamento às Unidades Básicas de Saúde da área rural de Rio Grande, conforme acordado com a Secretaria Municipal de Saúde.

8. Orçamento

A pesquisa recebeu financiamento da Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dos próprios pós-graduandos. O custo total deste consórcio de pesquisa foi de R\$ 48.995,00 (quarenta e oito mil novecentos e noventa e cinco reais). A maior parte deste montante foi utilizada para pagamento de entrevistadoras, aluguel de carro, custeio de combustível, confecção de camisetas e compra de materiais de escritório.

9. Apoio

A execução deste consórcio de pesquisa teve apoio logístico e organizacional da Faculdade de Medicina da FURG, coordenação do PPGSP, Pró-Reitoria de Infra-Estrutura/Divisão de Transportes/FURG e Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Estratégia em Saúde da Família/Setor de Viaturas/ Prefeitura Municipal de Rio Grande.

Alterações no projeto de pesquisa

1. Variáveis independentes

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

- Idade: 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos ou mais;
- Escolaridade: numérica contínua;
- Classe econômica (ABEP): A/B; C; D/E;
- Consumo de álcool nos últimos 30 dias: sim; não
- Situação conjugal: com companheiro(a); sem companheiro(a)
- Uso de tabaco: fuma; ex-fumante; não fuma;
- Comportamento sedentário: numérica contínua;

A variável referente ao consumo de álcool seria coletada, inicialmente, através do instrumento AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool; porém, as informações foram obtidas no questionário final de forma referida.

Novas variáveis foram acrescentadas às análises, após inclusão das mesmas na coleta de dados: percepção de saúde (muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim); uso de medicamento contínuo (sim; não); doenças crônicas (0; 1; 2 ou mais) e índice de massa corporal (numérica contínua). Além disso, as variáveis ocupação, com quem vive e atividade física no lazer foram excluídas do modelo final de análise.

Quadro 6. Listagem de variáveis independentes, definição operacional e tipo.

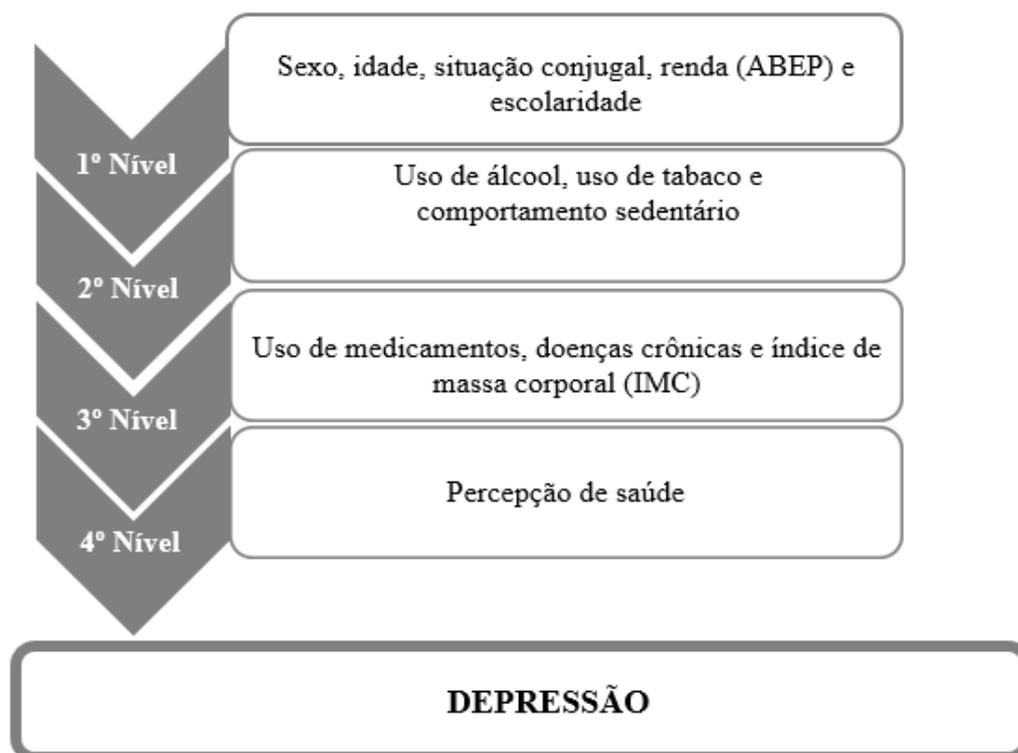
Variável	Operacionalização	Tipo de variável
Sexo	Masculino e Feminino	Dicotômica
Idade	60-69 anos, 70-79 anos, 80 anos ou mais	Categórica ordinal
Escolaridade	Anos completos	Numérica discreta
Classe econômica (ABEP)	A/B, C, D/E	Categórica ordinal
Situação conjugal	Com companheiro(a) e sem companheiro(a)	Categórica dicotômica
Percepção de saúde	Muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim	Categórica nominal

Uso de medicamento	Sim e não	Categórica dicotômica
Doenças crônicas	0; 1; 2 ou mais	Categórica ordinal
Uso de álcool	Sim/Não	Categórica dicotômica
Uso de tabaco	Fumante, ex-fumante não fumante	Categórica nominal
Índice de massa corporal	Quilogramas/metros ²	Numérica contínua
Comportamento sedentário	Minutos/dia	Numérica contínua

2. Modelo de análise

Houve modificação no modelo de análise original para melhorar adequação das novas variáveis incluídas na análise.

Figura 3. Modelo conceitual de análise



3.Análise dos dados

A partir da prevalência encontrada para o desfecho (7,4%), optou-se pela utilização de regressão logística na análise multivariada, como previsto anteriormente no projeto.

Normas para submissão do artigo

Journal of Affective Disorders

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

Manuscript Submission

The *Journal of Affective Disorders* now proceeds totally online via an electronic submission system. Mail submissions will no longer be accepted. By accessing the online submission system, <https://www.evise.com/profile/api/navigate/JAD>, you will be guided stepwise through the creation and uploading of the various files. When submitting a manuscript online, authors need to provide an electronic version of their manuscript and any accompanying figures and tables.

The author should select from a list of scientific classifications, which will be used to help the editors select reviewers with appropriate expertise, and an article type for their manuscript. Once the uploading is done, the system automatically generates an electronic (PDF) proof, which is then used for reviewing. All correspondence, including the Editor's decision and request for revisions, will be processed through the system and will reach the corresponding author by e-mail. Once a manuscript has successfully been submitted via the online submission system authors may track the status of their manuscript using the online submission system (details will be provided by e-mail). If your manuscript is accepted by the journal, subsequent tracking facilities are available on Elsevier's Author Gateway, using the unique reference number provided by Elsevier and corresponding author name (details will be provided by e-mail). Authors may send queries concerning the submission process or journal procedures to our Editors-in-Chief **Paolo Brambilla: paolo.brambilla1@unimi.it or Jair Soares: Jair.C.Souares@uth.tmc.edu.**

Please submit your article via <https://www.evise.com/profile/api/navigate/JAD>.

Types of Papers

The Journal primarily publishes:

Full-Length Research Papers (up to 5000 words, excluding references and up to 6 tables/figures)

Review Articles and Meta-analyses (up to 8000 words, excluding references and up to 10 tables/figures)

Short Communications (up to 2000 words, 20 references, 2 tables/figures)

Correspondence (up to 1000 words, 10 references, 1 table/figure).

At the discretion of the accepting Editor-in-Chief, and/or based on reviewer feedback, authors may be allowed fewer or more than these guidelines.

Retraction Policy

It is a general principle of scholarly communication that the editor of a learned journal is solely and independently responsible for deciding which articles submitted to the journal shall be published. In making this decision the editor is guided by policies of the journal's editorial board and constrained by such legal requirements in force regarding libel, copyright infringement and plagiarism. Although electronic methods are available to detect plagiarism and duplicate publications, editors nonetheless

AUTHOR INFORMATION PACK 13 Jan 2018 www.elsevier.com/locate/jad 8

rely in large part on the integrity of authors rely in large part on the integrity of authors to fulfil their responsibilities within the requirements of publication ethics and only submit work to which they can rightfully claim authorship and which has not previously been published.

An outcome of this principle is the importance of the scholarly archive as a permanent, historic record of the transactions of scholarship. Articles that have been published shall remain extant, exact and unaltered as far as is possible. However, very occasionally circumstances may arise where an article is published that must later be retracted or even removed. Such actions must not be undertaken lightly and can only occur under exceptional circumstances, such as:

- Article Withdrawal: Only used for Articles in Press which represent early versions of articles and sometimes contain errors, or may have been accidentally submitted twice. Occasionally, but less frequently, the articles may represent infringements of professional ethical codes, such as multiple submission, bogus claims of authorship, plagiarism, fraudulent use of data or the like.

- Article Retraction: Infringements of professional ethical codes, such as multiple submission, bogus claims of authorship, plagiarism, fraudulent use of data or the like. Occasionally a retraction will be used to correct errors in submission or publication.
- Article Removal: Legal limitations upon the publisher, copyright holder or author(s).
- Article Replacement: Identification of false or inaccurate data that, if acted upon, would pose a serious health risk. For the full policy and further details, please refer <http://www.elsevier.com/about/publishing-guidelines/policies/article-withdrawal>

Referees

Please submit the names and institutional e-mail addresses of several potential referees. For more details, visit our Support site. Note that the editor retains the sole right to decide whether or not the suggested reviewers are used.

Preparation of Manuscripts

Articles should be in English. The title page should appear as a separate sheet bearing title (without article type), author names and affiliations, and a footnote with the corresponding author's full contact information, including address, telephone and fax numbers, and e-mail address (failure to include an e-mail address can delay processing of the manuscript).

Papers should be divided into sections headed by a caption (e.g., Introduction, Methods, Results, Discussion). A structured abstract of no more than 250 words should appear on a separate page with the following headings and order: Background, Methods, Results, Limitations, Conclusions (which should contain a statement about the clinical relevance of the research). A list of three to six key words should appear under the abstract. **Authors should note that the 'limitations' section both in the discussion of the paper AND IN A STRUCTURED ABSTRACT are essential. Failure to include it may delay in processing the paper, decision making and final publication.**

Figures and Photographs

Figures and Photographs of good quality should be submitted online as a separate file. Please use a lettering that remains clearly readable even after reduction to about 66%. For every figure or photograph, a legend should be provided. All authors wishing to use

illustrations already published must first obtain the permission of the author and publisher and/or copyright holders and give precise reference to the original work. This permission must include the right to publish in electronic media.

Tables

Tables should be numbered consecutively with Arabic numerals and must be cited in the text in sequence. Each table, with an appropriate brief legend, comprehensible without reference to the text, should be typed on a separate page and uploaded online. Tables should be kept as simple as possible and wherever possible a graphical representation used instead. Table titles should be complete but brief. Information other than that defining the data should be presented as footnotes. Please refer to the generic Elsevier artwork instructions: <http://authors.elsevier.com/artwork/jad>.

Preparation of supplementary data

Elsevier accepts electronic supplementary material to support and enhance your scientific research.

Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, movies, animation sequences, high-resolution images, background datasets, sound clips and more.

Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please ensure that data is provided in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our Author Gateway at: <http://www.elsevier.com/authors>

AudioSlides

The journal encourages authors to create an AudioSlides presentation with their published article. AudioSlides are brief, webinar-style presentations that are shown next to the online article on ScienceDirect. This gives authors the opportunity to

summarize their research in their own words and to help readers understand what the paper is about. More information and examples are available at <http://www.elsevier.com/audioslides>. Authors of this journal will automatically receive an invitation e-mail to create an AudioSlides presentation after acceptance of their paper.

Colour reproduction

The Journal of Affective Disorders is now also included in a new initiative from Elsevier: 'Colourful e-Products'. Through this initiative, figures that appear in black & white in print can appear in colour, online, in ScienceDirect at <http://www.sciencedirect.com>.

There is no extra charge for authors who participate. For colour reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article. Please indicate your preference for colour in print or on the Web only. Because of technical complications which can arise by converting colour figures to "grey scale" (for the printed version should you not opt for colour in print) please submit in addition usable black and white versions of all the colour illustrations. For further information on the preparation of electronic artwork, please see <http://authors.elsevier.com/artwork/jad>.

Peer review

This journal operates a single blind review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. More information on types of peer review.

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts,

superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns.

The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the Guide to Publishing with Elsevier). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Abstract

A concise and factual abstract is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view Example Graphical Abstracts on our information site. Authors can make use of Elsevier's Illustration Services to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements.

Highlights

Highlights are mandatory for this journal. They consist of a short collection of bullet points that convey the core findings of the article and should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file

name and include 3 to 5 bullet points(maximum 85 characters, including spaces, per bullet point). You can view example Highlights on our information site.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, please include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Nomenclature and units

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI).

If other quantities are mentioned, give their equivalent in SI. You are urged to consult IUPAC: Nomenclature of Organic Chemistry for further information.

Math formulae

Please submit math equations as editable text and not as images. Present simple formulae inline with normal text where possible and use the solidus (/) instead of a horizontal line for small fractional terms, e.g., X/Y. In principle, variables are to be presented in italics. Powers of e are often more conveniently denoted by exp. Number consecutively any equations that have to be displayed separately from the text (if referred to explicitly in the text).

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many wordprocessors can build footnotes into the text, and this feature may be used. Otherwise, please indicate the position of footnotes in the text and list the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.

- Submit each illustration as a separate file.

A detailed guide on electronic artwork is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted**

article. Please indicate your preference for color: in print or online only. Further information on the preparation of electronic artwork.

Illustration services

Elsevier's WebShop offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice-versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data

repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular referencemanagement software products. These include all products that support Citation Style Language styles, such as Mendeley and Zotero, as well as EndNote. Using the word processor plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style.

If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following

Link: <http://open.mendeley.com/use-citation-style/journal-of-affective-disorders>

When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plug-ins for Microsoft Word or LibreOffice.

Reference style

Text: All citations in the text should refer to:

1. *Single author:* the author's name (without initials, unless there is ambiguity) and the year of publication;
2. *Two authors:* both authors' names and the year of publication;
3. *Three or more authors:* first author's name followed by 'et al.' and the year of publication.

Citations may be made directly (or parenthetically). Groups of references should be listed first alphabetically, then chronologically.

Examples: 'as demonstrated (Allan, 2000a, 2000b, 1999; Allan and Jones, 1999). Kramer et al.(2010) have recently shown'

List: References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters 'a', 'b', 'c', etc., placed after the year of publication.

Examples:

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J.A.J., Lupton, R.A., 2010. The art of writing a scientific article. *J. Sci.Comm.* 163, 51–59.

Reference to a book:

Strunk Jr., W., White, E.B., 2000. *The Elements of Style*, fourth ed. Longman, New York.

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G.R., Adams, L.B., 2009. How to prepare an electronic version of your article, in: Jones, B.S., Smith, R.Z. (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*. E-Publishing Inc., New York, pp. 281–304.

Reference to a website:

Cancer Research UK, 1975. Cancer statistics reports for the UK. <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/> (accessed 13 March 2003).

Reference to a dataset:

[dataset] Oguro, M., Imahiro, S., Saito, S., Nakashizuka, T., 2015. Mortality data for Japanese oakwilt disease and surrounding forest compositions. *Mendeley Data*, v1. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Video

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the file in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB per file, 1 GB in total. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect. Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image.

These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our video instruction pages. Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file.

Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

RESEARCH DATA

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the research data page.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding

of the research described. There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the database linking page. For supported data repositories a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Mendeley Data

This journal supports Mendeley Data, enabling you to deposit any research data (including raw and processed data, video, code, software, algorithms, protocols, and methods) associated with your manuscript in a free-to-use, open access repository. During the submission process, after uploading your manuscript, you will have the opportunity to upload your relevant datasets directly to *Mendeley Data*. The datasets will be listed and directly accessible to readers next to your published article online.

For more information, visit the Mendeley Data for journals page.

Data statement

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the Data Statement page.

AudioSlides

The journal encourages authors to create an AudioSlides presentation with their published article. AudioSlides are brief, webinar-style presentations that are shown

next to the online article on ScienceDirect. This gives authors the opportunity to summarize their research in their own words and to help readers understand what the paper is about. More information and examples are available. Authors of this journal will automatically receive an invitation e-mail to create an AudioSlides presentation after acceptance of their paper.

3D neuroimaging

You can enrich your online articles by providing 3D neuroimaging data in NIfTI format. This will be visualized for readers using the interactive viewer embedded within your article, and will enable them to: browse through available neuroimaging datasets; zoom, rotate and pan the 3D brain reconstruction; cut through the volume; change opacity and color mapping; switch between 3D and 2D projected views; and download the data. The viewer supports both single (.nii) and dual (.hdr and .img) NIfTI file formats. Recommended size of a single uncompressed dataset is maximum 150MB. Multiple datasets can be submitted. Each dataset will have to be zipped and uploaded to the online submission system via the '3D neuroimaging data' submission category. Please provide a short informative description for each dataset by filling in the 'Description' field when uploading a dataset. Note: all datasets will be available for downloading from the online article on ScienceDirect. If you have concerns about your data being downloadable, please provide a video instead.

AFTER ACCEPTANCE

Author disclosure

Funding body agreements and policies Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier, to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>

The second aspect of the Journal's new policy concerns the Conflict of Interest. ALL authors are requested to disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within

three (3) years of beginning the work submitted that could inappropriately influence, or be perceived to influence, their work.

Examples of potential conflicts of interest which should be disclosed include employment, consultancies, stock ownership (except for personal investment purposes equal to the lesser of one percent (1%) or USD 5000), honoraria, paid expert testimony, patent applications, registrations, and grants. If there are no conflicts of interest, authors should state that there are none. Author Y owns shares in pharma company A. Author X and Z have consulted for pharma company

B. All other authors declare that they have no conflicts of interest.

Finally, before the references, the Journal will publish Acknowledgements, in a separate section, and not as a footnote on the title page. We thank Mr A, who kindly provided the data necessary for our analysis, and Miss B, who assisted with the preparation and proof-reading of the manuscript.

The submitting author is also required to make a brief statement concerning each named author's contributions to the paper under the heading Contributors. This statement is for editorial purposes only and will not be published with the article.

Author X designed the study and wrote the protocol. Author Y managed the literature searches and analyses. Authors X and Z undertook the statistical analysis, and author W wrote the first draft of the manuscript. All authors contributed to and have approved the final manuscript. During the online submission process the author will be prompted to upload these four mandatory author disclosures as separate items. They will be automatically incorporated in the PDF builder of the online submission system. Please do not include in the main manuscripts.

Copyright Transfer

Upon acceptance of an article, you will be asked to transfer copyright (for more information on copyright see <http://www.elsevier.com/copyright>). This transfer will ensure the widest possible dissemination of information. If excerpts from other copyrighted works are included in the submission, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: contact Elsevier's

Rights Department, Philadelphia, PA, USA: phone (+1) 215 238 7869, fax (+1) 215 238 2239, email:

healthpermissions@elsevier.com.

Requests for materials from other Elsevier publications may also be completed on-line via the Elsevier homepage <http://www.elsevier.com/permissions>

Online proof correction

Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors. If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

Reprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail. The PDF file is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use. There are no page charges. Author enquiries: For enquiries relating to the submission of articles please visit Elsevier's Author

Gateway at <http://authors.elsevier.com/journal/jad>. The Author Gateway also provides the facility to track accepted articles and set up e-mail alerts to inform you of

when an article's status has changed, as well as detailed artwork guidelines, copyright information, frequently asked questions and more.

Contact details for questions arising after acceptance of an article, especially those relating to proofs, are provided after registration of an article for publication.

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive a customized Share Link providing 50 days free access to the final published version of the article on ScienceDirect. The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For no extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at anytime via Elsevier's Webshop. Corresponding authors who have published their article open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

AUTHOR INQUIRIES

Visit the Elsevier Support Center to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch.

Artigo

Depressão em idosos de uma região rural do sul do Brasil

Mariana Lima Corrêa¹

Marina Xavier Carpena²

Lucas Neiva-Silva¹

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

² Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de Pelotas

Correspondência:

Mariana Lima Corrêa – mari_lima_correa@hotmail.com

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

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

Resumo

Introdução: A depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes ao redor do mundo, afetando de 5% a 10% da população adulta. A ocorrência da depressão em idades mais avançadas é crescente, sendo necessário conhecer a distribuição e os fatores associados em regiões com menor densidade populacional, como áreas rurais. Em idosos, o uso de medicamentos e o aparecimento de diversas doenças podem aumentar a suscetibilidade à depressão. Assim, o objetivo desse estudo é estimar a prevalência de depressão e seus fatores associados em idosos residentes da zona rural de Rio Grande/RS.

Método: Estudo transversal de base populacional realizado com 998 idosos (≥ 60 anos) residentes da área rural de Rio Grande/RS. Utilizou-se o *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9) para o rastreio de Episódio Depressivo Maior (EDM). Para avaliar a associação entre o desfecho e as variáveis independentes estudadas foi utilizada regressão logística.

Resultados: A prevalência geral para o rastreio de Episódio Depressivo Maior foi de 7,4%. As variáveis independentemente associadas com depressão foram: uso atual de tabaco, uso contínuo de medicamentos, pior percepção de saúde e menos tempo de estudo.

Limitações: Possível subestimação da prevalência de depressão, por conta de indivíduos que não responderam ao PHQ-9 de forma completa.

Conclusões: A criação de programas de atendimento direcionados aos idosos da área rural, visando rastreamento, diagnóstico precoce de depressão e manutenção do tratamento, englobando diversos fatores relacionados à saúde, são ações importantes que devem ser fomentadas pelo próprio sistema de saúde.

Palavras-chave: Depressão; Idosos; Rural

1.Introdução

A depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes ao redor do mundo, acometendo cerca de 350 milhões de pessoas (WHO, 2016). No ano de 2013, foi a segunda maior causa de Anos Vividos com Incapacidades (YLDs), afetando de 5% a 10% da população adulta em nível global (Becker e Kleinman, 2013). Durante o processo de envelhecimento, mudanças como a perda de entes queridos (Ramos et al., 2015), uso de medicamentos (Mohan, 2017) e o aparecimento de diversas doenças (Ferreira et al., 2013) podem repercutir na saúde mental do idoso, inclusive aumentando a suscetibilidade à depressão (Ramos et al, 2015).

A prevalência de depressão nos idosos varia entre regiões geográficas, bem como entre centros urbanos e rurais. Estudos de base populacional, conduzidos em áreas urbanas de diferentes países, verificaram prevalências de sintomas depressivos que variaram entre 8% a 14% (Ferrari et al., 2013), enquanto que estudos realizados em áreas rurais encontraram prevalências entre 7,8% (Sengupta et al., 2016) e 29,5% (Cardona et al., 2015). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2013), que avaliou populações residentes de áreas urbanas e rurais no Brasil, verificou que 7,6% dos indivíduos maiores de 18 anos receberam diagnóstico de depressão, com maior proporção na faixa etária de 60 a 64 anos (11,1%) e prevalência de 5,6% na área rural. Além disso, o estudo de Munhoz e colaboradores (2016) encontrou uma prevalência de 4,1% entre adultos brasileiros.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2016), a depressão resulta de uma complexa interação entre fatores sociais, psicológicos e biológicos. Diversos são os fatores associados à depressão em idosos. Pesquisas apontam que indivíduos do sexo feminino (Ferreira et al., 2013; Munhoz et al., 2016), com idade avançada (Ferreira et al., 2013; Zhou et al., 2014) e baixa escolaridade (Gao et al., 2009; Park et al., 2012) apresentaram maior probabilidade para o desenvolvimento de depressão. Dentre fatores comportamentais, os mais associados ao transtorno são tabagismo (Munhoz et al., 2013; An e Xiang, 2015; Gullich et al., 2016) e comportamento sedentário (Santos, 2013; Pegorari et al., 2015); por fim, dentre características relacionadas à saúde, as mais recorrentes são presença de outras doenças crônicas (Abe et al., 2012; Behera et al., 2016), uso de medicamentos (Dutta e Prashad, 2015; Wauters, 2016) e má percepção de saúde (St. John et al., 2009; Ramos et al., 2015).

A população mundial está envelhecendo rapidamente, de modo que a ocorrência da depressão em idades mais avançadas é crescente e novas demandas em saúde estão emergindo (Duarte e Barreto, 2012). O estudo da saúde mental do idoso é importante para ampliar a compreensão do processo saúde doença nessa fase do desenvolvimento e para colaborar com políticas públicas para essa população (Fleck et al., 2003). Os estudos brasileiros que abordam a temática da depressão em idosos residentes de áreas rurais são escassos, uma vez que a grande maioria é referente às áreas urbanas (Ferrari et al., 2013). Além disso, os estudos de áreas rurais em municípios do interior são ainda mais escassos, apontando para necessidade de desenvolver pesquisas brasileiras sobre o tema em áreas com menor densidade populacional (Silva et al., 2014). Desta forma, o presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência de depressão e seus fatores associados em idosos residentes da zona rural de Rio Grande/RS.

2. Materiais e métodos

2.1 Participantes e processo amostral

Estudo transversal conduzido com idosos residentes da zona rural de Rio Grande, no estado do Rio Grande do Sul. Estima-se que Rio Grande possua 210.000 habitantes, sendo cerca de 4% residentes da zona rural e aproximadamente 13,1% destes residentes idosos - cerca de 1.080 pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2011).

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: morar na zona rural do município de Rio Grande e ter 60 anos ou mais. Foram excluídos todos os indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais e/ou presídios, bem como aqueles com incapacidade física e/ou mental para responder à entrevista.

Foram realizados dois cálculos de tamanho amostral, um descritivo e outro para fatores associados. Os parâmetros para o cálculo da análise descritiva foram: prevalência de 10%, margem de erro de 2p.p., nível de significância de 5% e efeito de delineamento de 1,5, resultando em 721 indivíduos. No cálculo de fatores associados, os parâmetros utilizados foram razões de prevalência de 1,5 a 2,0, poder de 80%, nível de significância de 5%, prevalência em não expostos de pelo menos 11%, razão de não expostos para expostos de 5:1, efeito de delineamento de 1,5, resultando em 700 indivíduos. Em cima do maior número amostral encontrado, decorrente do cálculo

descritivo (721), foi acrescentado 10% para lidar com perdas e recusas e 15% para lidar com fatores de confusão, obtendo um N de 901.

A amostragem foi baseada no Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011). Os 24 setores censitários da zona rural de Rio Grande fizeram parte do estudo, onde foram visitados 80% dos domicílios elegíveis em cada setor, pulando um a cada cinco domicílios. Para determinação dos domicílios a serem pulados, foi realizado um sorteio em cada setor para definição do pulo sistemático. Dessa forma, se o número “1” fosse sorteado, os moradores da primeira casa (a cada 5 casas) não eram abordados. Com este processo, foram amostrados 1.130 idosos.

2.2 Coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário que contemplou questões sobre características demográficas, socioeconômicas, ocupacionais, comportamentais e de saúde. A presença de depressão foi identificada por meio do rastreamento de Episódio Depressivo Maior (EDM) através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), que avalia a presença de sintomas depressivos nas últimas duas semanas. Optou-se por realizar a correção do instrumento através da forma algorítmica, a qual define o teste como positivo na presença de cinco ou mais sintomas, em que pelo menos um deles é humor deprimido ou anedonia, com duração de pelo menos uma semana ou mais, ou presença dos mesmos quase todos os dias (Santos et al., 2013; Munhoz et al., 2016), equivalendo ao critério do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)(APA, 2013).

Questões sociais, econômicas, demográficas e comportamentais também foram coletadas através do autorrelato de: sexo; idade (60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos ou mais); classe econômica coletada conforme a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP, que estima o poder de compra das famílias brasileiras (ABEP, 2014); escolaridade (anos completos); situação conjugal (com companheiro e sem companheiro); uso de álcool na última semana; uso de tabaco; uso de medicamentos, número de doenças crônicas não transmissíveis, índice de massa corporal (IMC) e percepção de saúde (muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim). Questões referentes a comportamento sedentário foram coletadas através do instrumento Measure of Older Adults Sedentary Time (MOST) adaptado, que verifica o

tempo de comportamento sedentário do indivíduo na última semana através de nove situações diferentes, em horas ou minutos por dia (Gardiner et al., 2011).

2.3 Logística

Anterior à coleta de dados, foi conduzido um estudo piloto em um dos setores censitários próximos à cidade, para verificar e corrigir problemas na interpretação de perguntas e cronometrar o tempo de aplicação do questionário. Os dados foram coletados entre os meses de abril e outubro de 2017. A participação era voluntária e aos indivíduos que aceitassem participar foi solicitada a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. A aplicação do questionário foi realizada por entrevistadoras treinadas. O treinamento teve duração de 40 horas, tornando-as aptas na aplicação dos questionários eletrônicos. Os domicílios considerados elegíveis foram visitados no mínimo três vezes e foram consideradas perdidas os indivíduos que não foram encontrados nessas revisitas.

Os questionários eram aplicados através de *tablets*, utilizando o programa RedCap® (Harris et al., 2009). Os dados armazenados eram descarregados diariamente antes de retornarem para campo.

2.4 Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas no *software* Stata IC 13.1 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Foi conduzida análise univariada para descrever a amostra em termos de variáveis independentes e também para calcular a prevalência de depressão na população. Também se realizou análise bivariada, utilizando teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e teste *t*-Student ou de Wilcoxon Mann-Whitney para as numéricas (dependendo da distribuição dos dados). A análise ajustada foi realizada através de regressão logística, utilizando a presença ou ausência de Episódio Depressivo Maior como desfecho. A regressão logística foi conduzida considerando o modelo de análises hierárquico (Figura 1) (Victora et al., 1997) construído para o presente projeto, utilizando o método *backward* e considerado valor $p \leq 0,20$ para manter as variáveis no modelo. O nível de significância para todas as análises foi de 5%. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas na Área da Saúde (CEPAS) da FURG, sob o número 51/2017.

3. Resultados

O estudo contou com um total de 1.131 indivíduos elegíveis. Foram entrevistados 998 idosos da área rural de Rio Grande, resultando em 9,8% de perdas, 1,9% de recusas e taxa de resposta de 88,3%. A prevalência geral para o rastreamento de Episódio Depressivo Maior foi de 7,4%.

Na Tabela 1 é observado que a amostra foi constituída, em sua maioria, por indivíduos do sexo masculino (55,41%), com idade entre 60 e 69 anos (52,46%) e com companheiro(a) (63,23%). Metade dos indivíduos encontram-se na classe econômica C (51,67%), e a mediana da escolaridade foi de 3 anos (IIQ = 1 – 5). Aproximadamente quatro quintos da amostra relataram não ter feito uso de álcool na última semana (82,97%), enquanto que mais da metade declarou-se não fumante (52,66%) e com saúde percebida como muito boa ou boa (57,89%). 75,73% da amostra relatou fazer uso de medicamento contínuo e 39,13% afirmaram possuir mais de duas doenças crônicas. Além disso, a mediana do comportamento sedentário foi de 240 minutos/dia (IIQ = 169,28 – 360) e a média encontrada para o IMC foi 26,95kg/m² (DP = 4,68).

A partir da Tabela 1, é possível observar que a prevalência de depressão foi significativamente maior em idosos fumantes (16,54%) e em usuários de medicamentos contínuos (8,48%). A mediana da escolaridade entre os indivíduos deprimidos foi de 2 anos (IIQ = 1 – 4), e aqueles com percepção de saúde ruim ou muito ruim apresentaram uma prevalência de 27,78%, quase quatro vezes maior que a geral do transtorno (7,4%). Aqueles que possuíam duas doenças crônicas ou mais apresentaram uma prevalência de 9,3%, e a média do IMC dos indivíduos que possuem depressão foi de 25,73kg/m², enquanto que a média dos que não apresentam depressão foi de 27,05kg/m².

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise ajustada para depressão. A variável IMC perdeu associação após análise ajustada, de modo que as variáveis escolaridade, uso de tabaco, uso de medicamentos e percepção de saúde permaneceram associadas ao desfecho. Assim, a chance de desenvolver depressão foi maior em indivíduos fumantes (RO = 3,14; IC95% = 1,71 – 5,76) e usuários de medicamentos (RO = 2,65; IC95% = 1,20 – 5,83). Além disso, aqueles que percebem

sua saúde como ruim ou muito ruim apresentaram dez vezes mais chances para o transtorno quando comparados aos indivíduos que consideram a saúde muito boa/boa (RO = 10,7; IC95% = 4,75 – 24,11). Também foi observado que a chance de desenvolver depressão diminui em 9% a cada ano de estudo a mais na escolaridade ($p=0,028$).

4. Discussão

Este estudo identificou que 7,4% dos idosos da área rural de Rio Grande (RS) cumpriram os critérios para o rastreio de Episódio Depressivo Maior. As variáveis uso de tabaco, de medicamento contínuo e percepção de saúde mantiveram-se associadas após ajuste para possíveis confundidores. Além disso, verificou-se proteção para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva a cada aumento de um ano na escolaridade. Sexo, idade, situação conjugal, classe econômica, uso de álcool, comportamento sedentário, doenças crônicas e índice de massa corporal não apresentaram associação após ajuste.

A prevalência de depressão encontrada no presente estudo (7,4%) foi menor quando comparada a estudo desenvolvido com idosos de área rural no Brasil (Ferreira et al., 2013) e em outros países com idosos residentes da área rural (Fukunaga et al., 2012; Cardona et al., 2015). Um estudo realizado em Pelotas, com idosos residentes da zona urbana, também apresentou uma prevalência mais elevada (15,2%) (Hellwig et al., 2016). Porém, a prevalência encontrada no presente estudo foi maior que a encontrada pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013), que investigou adultos residentes de áreas rurais (5,6%). O resultado encontrado também foi maior quando comparado ao estudo de Munhoz e colaboradores (2016), que verificou uma prevalência de 4,1% entre os adultos residentes do Sul do Brasil; em idosos da mesma localidade, a prevalência variou entre 5,5% (60-69 anos) e 6% (80 anos ou mais). A PNS (2013) também encontrou o maior percentual de adultos diagnosticados com depressão na região Sul do Brasil (12,6%). Um dos fatores associados às diferenças encontradas nas prevalências pode ser o uso de diferentes as escalas para avaliar depressão. A correção algorítmica do PHQ-9 possui sensibilidade de 42,5% e especificidade de 95,3%, privilegiando a especificidade do teste (Santos et al., 2014), enquanto que a Escala Geriátrica de Depressão, utilizada na grande maioria de estudos com idosos, é aplicada utilizando um ponto de corte menor (≥ 6), sendo, portanto mais sensível (Fukunaga et

al., 2012; Ferreira et al., 2013; Cardona et al., 2015). O ponto de corte sugerido no estudo de validação (Santos et al., 2013) é suscetível a influências culturais, demográficas e sociais, fazendo com que o instrumento atue de maneira diferente dependendo do contexto em que é aplicado, de modo que a correção algorítmica diminui o número de falsos positivos (Munhoz et al., 2016).

O presente estudo encontrou associação entre escolaridade e depressão, na medida em que possuir mais anos de estudo configurou-se como fator protetivo para o desenvolvimento de depressão. Idosos com menos anos de estudo tendem a ignorar questões relacionadas à saúde e a apresentarem limitações na busca por tratamentos e serviços de saúde (Park et al., 2013). Tal achado é frequente entre populações residentes de áreas rurais (Gao et al., 2009; Sidlauskaite-Stripeikiene, 2010; Bromet et al., 2011). O estudo de Park e colaboradores (2012), realizado com idosos residentes da zona urbana da Coreia, também encontrou associação entre educação e depressão, enquanto que estudos realizados com populações rurais idosas no Brasil (Gulich et al., 2016) e na Espanha (Rúbio-Aranda et al., 2012) não encontraram significância estatística entre tais variáveis. Menores níveis de escolaridade podem dificultar o acesso a cuidados de saúde (Lorant et al., 2003), enquanto que um maior nível educacional fornece ao indivíduo maiores recursos para lidar com situações difíceis e estressantes ao longo da vida (Borges, 2013).

No que diz respeito ao uso de tabaco, foi encontrado maior risco de depressão entre os indivíduos fumantes, como visto em pesquisas conduzidas em outros países (Gao et al., 2009; Park et al., 2012; An e Xiang, 2015) e no Brasil (Munhoz et al., 2013; Gulich et al., 2016; Munhoz et al., 2016). A literatura demonstra que fumantes têm mais chances de desenvolver depressão, uma vez que a nicotina pode influenciar na sintomatologia depressiva (Vink et al., 2008; Ramos et al., 2015). Acredita-se que o uso da nicotina pode aumentar a vulnerabilidade à depressão influenciando os sistemas da acetilcolina e das catecolaminas, conhecidos por possuir um papel etiológico no desenvolvimento da depressão (Flensburg-Madsen et al., 2011). Tanto o tabagismo quanto a depressão são causados por fatores genéticos e ambientais subjacentes, de modo que variações no sistema dopaminérgico podem influenciar o uso de tabaco e a probabilidade para depressão (Boden et al., 2010). Tendo em vista que o tabaco leva a sensações de prazer, indivíduos com histórico de

depressão podem apresentar uma tendência para o uso de cigarros (Pasco et al., 2008), além de maior dificuldade em interromper o hábito de fumar por conta do alívio momentâneo dos sintomas (Flensburg-Madsen et al., 2011). Tal associação deve ser verificada com cautela em virtude do delineamento transversal e da possibilidade de causalidade reversa.

Os idosos que declararam fazer uso de medicamento contínuo apresentaram quase três vezes mais chances de desenvolver depressão. O maior consumo de medicamentos nessa fase da vida, muitas vezes decorrente da coexistência de diversas doenças, pode trazer efeitos colaterais e uma percepção negativa da saúde, além de declínio no metabolismo de substâncias farmacêuticas (Taylor, 2014). O uso de diversos medicamentos ao mesmo tempo, também conhecido como polifarmácia, é comum durante o envelhecimento e pode trazer consequências negativas devido a alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes à terceira idade (Secoli, 2010). Estudos longitudinais realizados na Bélgica (Wauters, 2016) e na Índia (Dutta e Prasad, 2015) com idosos residentes de áreas urbanas verificaram que o diagnóstico de depressão é associado de forma significativa com o uso de diversos medicamentos, contribuindo para a ocorrência de polifarmácia. Tal fenômeno também está associado a um aumento significativo nos gastos relativos à saúde, tanto para os pacientes como para o sistema de saúde (Maher, Hanlon e Hajjar, 2013)

Embora tenha se verificado uma associação significativa entre percepção de saúde e o desfecho, o presente estudo não encontrou associação entre doenças crônicas e depressão, diferente de outros estudos realizados com idosos de áreas rurais, que encontraram associação positiva entre a presença de morbidades e sintomatologia depressiva (Abe et al., 2012; Peltzer e Phaswana-Mafuya, 2013; Behera et al., 2016). Estudos realizados no Brasil com idosos residentes de áreas urbanas também não encontraram associação entre doenças crônicas e depressão, por conta da inclusão de incapacidades funcionais nas análises (Borges et al., 2013; Hellwig et al., 2016). No presente estudo, o tamanho da amostra (N=998) pode ter contribuído para tal achado, uma vez que estudos com amostras maiores tendem a obter estimativas de efeito mais precisas.

O índice de massa corporal perdeu associação com depressão após análise ajustada. O mesmo resultado foi encontrado em estudos realizados com populações

idosas em áreas urbanas no Brasil (Borges et al., 2013) e em áreas rurais no Japão (Gao et al., 2009). Porém, associação significativa entre IMC e depressão foi observada em estudos realizados com populações idosas do Japão, Colômbia e Estados Unidos (Yoshimura et al., 2013; Cardona et al., 2015; An e Xiang, 2015). Alterações no peso e no apetite são sintomas de depressão, de modo que tal associação deve ser verificada com cautela por conta de uma possível bidirecionalidade. Perda de peso e de apetite são aspectos recorrentes na velhice por conta de alterações biológicas decorrentes dessa fase da vida (Tamura et al., 2013) e, nesse sentido, a depressão pode ser uma das causas na alteração do IMC e, ao mesmo tempo, um fator associado consequente (Yoshimura et al., 2013).

Foi observada uma tendência inversa entre desenvolvimento de depressão e percepção de saúde entre os idosos entrevistados. Aqueles que consideraram sua saúde como ruim ou muito ruim apresentaram dez vezes mais chances de desenvolver depressão, quando comparados ao grupo de referência. Tal achado é consistente com o observado em estudos com populações idosas rurais, no mundo (Alpass e Neville, 2003; St. John et al., 2009) e no Brasil (Borges et al., 2013; Ramos et al., 2015; Hellwig et al., 2016). Nessa fase da vida, o aumento no consumo de medicamentos e doenças crônicas (Hellwig et al., 2016), juntamente com diminuição do trabalho, menor interação com outros indivíduos e sensação de invalidez influenciam em uma pior percepção de saúde e na ocorrência de sintomas depressivos (Castro-Costa et al., 2008), de modo que tal associação pode apresentar possível bidirecionalidade.

As associações encontradas no presente estudo e a falta de associação em determinadas variáveis podem ser explicadas, em parte, pelas diferenças existentes entre idosos que residem em zonas rurais e urbanas. Estudos que buscaram comparar a prevalência de depressão em áreas rurais e urbanas verificaram que residir em zona rural é considerado fator protetivo para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (St. John et al., 2009), pois idosos residentes de áreas urbanas estão expostos a fatores que podem contribuir com o desenvolvimento de problemas de saúde, como menos horas de sono e pior qualidade de vida (Sengupta et al., 2016); além disso, o ambiente natural, característico da área rural, é apontado como responsável por reduzir níveis de estresse (Helbich, 2018). Estudo realizado no Canadá (St. John et al., 2006), que buscou comparar a prevalência de depressão entre áreas

rural e urbana, verificou maior prevalência de depressão entre os idosos residentes de zonas urbanas, comparados aos que viviam em regiões predominantemente rurais (11,6% e 9%, respectivamente); além disso, estudo comparativo desenvolvido no Japão verificou que os fatores de risco para cada uma das populações diferem entre si, com menor ocorrência de depressão em áreas rurais (Abe et al., 2012). Fatores de risco comumente associados à depressão, como sexo, são observados com mais frequência em zonas urbanas (Silva et al., 2014; Hellwig et al., 2016), enquanto estudos realizados em áreas rurais não encontraram tal associação (Gao et al., 2009; Abe et al., 2012; Behera et al., 2016). Da mesma maneira, fatores comportamentais, como comportamento sedentário, costumam apresentar menores valores em populações rurais, indicando que o idoso que mora nesse contexto tende a ser mais ativo, tendo em vista que o ambiente pode promover maiores níveis de atividade (Harvey, Chastin e Skelton, 2015).

Um país pode apresentar diferenças regionais no que diz respeito à cultura, condições sociais e econômicas, que podem resultar em certas disparidades (Breslau et al., 2014). Residentes de áreas rurais podem apresentar maiores desafios no que diz respeito à saúde, tanto por dificuldades de acesso a determinados serviços, como por questões relacionadas à renda, de modo que os fatores associados à depressão, nesse contexto, apontam para características gerais de saúde (Probst et al., 2006). Questões ambientais e socioculturais também devem ser levadas em consideração, uma vez que as variações observadas podem ser decorrentes do local de moradia e do modo como cada população lida com situações de dificuldade (Romans, Cohen e Forte, 2010). A saúde mental do indivíduo é modelada pelo contexto socioambiental em que ele está inserido, de modo que o próprio ambiente pode aumentar o risco para o desenvolvimento de um transtorno mental (Helbich, 2018). Em se tratando de transtornos mentais, residentes de áreas rurais apresentam menor probabilidade de reportar a necessidade de tratamento, cuidado com o problema e a própria existência de problemas de saúde mental, quando comparados à residentes de áreas urbanas (Gamm, Stone e Pittman, 2010).

Entende-se que o delineamento transversal se mostrou adequado para responder aos objetivos desta pesquisa. Entretanto, a possível causalidade reversa entre algumas variáveis é uma das limitações deste trabalho. Além disso, é possível

que a prevalência de depressão esteja subestimada por conta dos indivíduos que não responderam ao PHQ-9 de forma completa e que foram excluídos da amostra, além da baixa sensibilidade do instrumento, característica da forma de correção algorítmica. É importante ressaltar que, embora o PHQ-9 seja útil para o rastreio da doença, ele não substitui o diagnóstico baseado em entrevista clínica realizada por psicólogos e psiquiatras. Dessa forma, independente da forma de utilização do instrumento, o resultado deve ser descrito como provável diagnóstico de EDM.

Os idosos com menores anos de estudo, fumantes, usuários de medicamentos contínuos e com pior percepção de saúde apresentaram maiores chances de desenvolver sintomatologia depressiva, de modo que estão mais sujeitos aos efeitos negativos da depressão. A investigação realizada no presente estudo é fundamental para compreender a peculiaridade do espaço rural, tendo em vista que há uma escassez de estudos sobre a temática da depressão em regiões rurais. Dessa forma, os achados do presente estudo evidenciam a necessidade de implementar políticas que considerem a saúde de forma ampla, uma vez que diversos aspectos podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. A criação de programas de atendimento direcionados aos idosos da área rural, visando rastreamento e diagnóstico precoce de depressão e manutenção do tratamento, englobando diversos fatores relacionados à saúde, são ações importantes que devem ser fomentadas pelo próprio sistema de saúde.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Reconhecimento: O Consórcio de Pesquisa dos mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande foi financiado pela Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES).

5. Referências

- Abe, Y., Fujise, N., Fukunaga, R., Nakagawa, Y., Ikeda, M., 2012. Comparisons of the prevalence of and risk factors for elderly depression between urban and rural populations in Japan. *International Psychogeriatrics* 24, 1235-1241.
- American Psychological Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association, Washington.
- An, R., Xiang, X., 2015. Smoking, heavy drinking, and depression among U.S. middle-aged and older adults. *Preventive Medicine* 81, 295-302.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - APEB, 2014. Critério de classificação econômica Brasil, Portal ABEP.
- Becker, A., Kleinman, A., 2013. Mental Health and the Global Agenda. *The New England Journal of Medicine* 369, 66-73.
- Behera, P., Sharan, P., Mishra, A.K., Nongkynrih, B., Kant, S., Gupta, S.K., 2016. Prevalence and determinants of depression among elderly persons in a rural community from northern India. *The National Medical Journal of India* 29, 129-134.
- Boden, J.M., Fergusson, D.M., Horwood, L.J., 2010. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *The British Journal of Psychiatry* 196, 440-446.
- Borges, L.J., Benedetti, T.R.B., Xavier, A.J., d'Orsil, E., 2013. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo Epi Floripa. *Revista de Saúde Pública* 47, 701-710.
- Breslau, J., Marshall, G., Pincus, H., Brown, R., 2014. Are mental disorders more common in urban than rural areas of the United States? *Journal of Psychiatric Research* 56, 50-55.
- Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., Girolamo, G.d., Graaf, R.d., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A.N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J.-P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M.E.M., Browne, M.O., Posada-Villa, J., Viana, M.C., Williams, D.R., Kessler, R.C., 2011. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 9, 1-16.

Cardona, D., Segura, A., Segura, Á., Garzón, M.O., 2015. Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. *Biomédica* 35, 73-80.

Castro-Costa, É., Lima-Costa, M.F., Carvalhais, S., Firmo, J.O.A., Uchoa, E., 2008. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 30, 104-109.

Duarte, E., Barreto, S., 2012. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* 21, 529-532.

Dutta, M., Prashad, L., 2015. Prevalence and risk factors of polypharmacy among elderly in India: Evidence from SAGE Data. *International Journal Of Public Mental Health And Neurosciences*.

Ferrari, A.J., Somerville, A.J., Baxter, A.J., Norman, R., Patten, S.B., Vos, T., Whiteford, H.A., 2013. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine* 43, 471-481.

Ferreira, P.C.d.S., Tavares, D.M.d.S., Martins, N.P.F., Rodrigues, L.R., Ferreira, L.A., 2013. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. *Rev. Eletr. Enf* 15, 197-204.

Fleck, M.P.A., Chachamovich, E., Trentini, C.M., 2003. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 37, 793-799.

Flensburg-Madsen, T., Scholten, M.B.v., Flachs, E.M., Mortensen, E.L., Prescott, E., Tolstrup, J.S., 2011. Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *Journal of Psychiatric Research* 45, 143-149.

Fukunaga, R., Abe, Y., Nakagawa, Y., Koyama, A., Fujise, N., Ikeda, M., 2012. Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics* 12, 179-185.

Gamm, L., Stone, S., Pittman., 2010. Mental health and mental disorders - a rural challenge: a literature review. *Rural Healthy People*, 97-114.

Gao, S., Jin, Y., Unverzagt, F.W., Liang, C., Hall, K.S., Ma, F., Murrell, J.R., Cheng, Y., Matesan, J., Li, P., Bian, J., Hendrie, H.C., 2009. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24, 1358-1366.

Gardiner, Clark, Healy, Eakin, Winkler, Owen, 2011. Measuring older adults sedentary time: reliability, validity, and responsiveness. *Med Sci Sports Exerc* 43, 2127-2133.

Gulich, I., Durol, S.M.S., Cesar, J.A., 2016. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 19, 691-701.

Harris, P.A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., Conde, J.G., 2009. Research electronic data capture (REDCap) — A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics* 42, 377–381.

Harvey, J., Chastin, S., Skelton, D., 2015. How Sedentary are Older People? A Systematic Review of the Amount of Sedentary Behavior. *Journal of aging and physical activity* 23(3), 471-87.

Helbich, M., 2018. Toward dynamic urban environmental exposure assessments in mentalhealth research. *Environmental Research* 161, 129–135.

Hellwig, N., Munhoz, T.N., Tomasi, E., 2016. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 21, 3575-3584.

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

IBGE, 2013. Pesquisa Nacional de Saúde, in: Saúde, M.d. (Ed.). Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Rio de Janeiro.

John, P.D.S., Blandford, A.A., Strain, L.A., 2006. Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21, 1175-1180.

John, P.D.S., Blandford, A.A., Strain, L.A., 2009. Does a rural residence predict the development of depressive symptoms in older adults? *Can J Rural Med* 14, 150-156.

Lorant, Delière, Eaton, Robert, Philippot, Anseau, 2003. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 157, 98-112.

Maher, R., Hanlon, J., Hajjar, E., 2013. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion*.

Mohan, Y., Jain, T., Krishna, S., Rajkumar, A., Bonigi, S., 2017. Elderly depression: unnoticed public health problem in India- a study on prevalence of depression and its associated factors among people above 60 years in a semi urban area in Chennai. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 4, 3468-3472.

Munhoz, T.N., Santos, I.S., Matijasevich, A., 2013. Major depressive episode among Brazilian adults: A cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders* 150, 401-407.

Munhoz, T.N., Nunes, B.P., Wehrmeister, F.C., Santos, I.S., Matijasevich, A., 2016. A nationwide population-based study of depression in Brazil. *Journal of Affective Disorders* 192, 226-233.

Pasco, J.A., Williams, L.J., Jacka, F.N., Ng, F., Henry, M.J., Nicholson, G.C., Kotowicz, M.A., Berk, M., 2008. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *The British Journal of Psychiatry* 193, 322-326.

Peltzer, K., Phaswana-Mafuya, N., 2013. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Global Health Action* 6, 1-9.

Ramos, G.C.F., Carneiro, J.A., Barbosa, A.T.F., Mendonça, J.M.G., Caldeira, A.P., 2015. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 64, 122-131.

Rubio-Aranda, E., Blasco-Montón, G., Comín-Comín, M., Martínez-Terrer, T., Magallón-Botaya, R., García-Campayo, J., 2012. Mental health and social relations in older rural population. *Actas Esp Psiquiatr* 40, 239-247.

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

Pegorari, M.S., Dias, F.A., Santos, N.M., Tavares, D.M., 2015. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. *Journal of Physical Education* 26, 233-241.

Probst, J., Laditka, S., Moore, C., Harun, N., Powell, P., Baxley, E., 2006. Rural-Urban Differences in Depression Prevalence: Implications for Family Medicine. *Family Medicine* 38 (9), 653-660.

Romans, S., Cohen, M., Forte, T., 2011. Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46, 567-575.

Santos, D., 2013. Atividade física, comportamento sedentário e a sintomatologia depressiva em idosos. Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Uberada, 2013.

Secoli, S.R., 2010. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem* 63, 136-140.

Sengupta, P., Benjamin, A.I., 2016. Prevalence of Depression and Associated Risk Factors among the Elderly in Urban and Rural Field Practice Areas of a Tertiary Care Institution in Ludhiana. *Indian Journal of Public Health* 59, 3-8.

Šidlauskaitė-Stripeikienė, I., Žemaitienė, N., Klumbienė, J., 2010. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. *Medicina (Kaunas)* 46, 696-699.

Silva, M.T., Galvao, T.F., Martins, S.S., Pereira, M.G., 2014. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 36, 262-270.

Tamura, B.K., Bell, C.L., Masaki, K.H., Amella, E.J., 2013. Factors Associated With Weight Loss, Low BMI, and Malnutrition Among Nursing Home Patients: A Systematic Review of the Literature. *JAMDA* 14, 649-655.

Taylor, W.D., 2014. Depression in the Elderly. *The New England Journal of Medicine* 371, 1228-1236.

Victora, C.G., Huttly, S.R., Fuchs, S.C., Olinto, M.T.A., 1997. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology* 96, 224-227.

Vink, D., Aartsen, M.J., Schoevers, R.A., 2008. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders* 106, 29-44.

Wauters, M., Elseviers, M., Vaes, B., Degryse, J., Dalleur, O., Stichele, R.V., Bortel, L.V., Azermai, M., 2016. Polypharmacy in a Belgian cohort of community dwelling oldest old (80+). *International Journal of Clinical and Laboratory Medicine* 1-9.

WHO, 2016. Mental Health and Older Adults Fact Sheet nº 381, Geneva.

Yoshimura, K., Yamada, M., Kajiwara, Y., Nishiguchi, S., Aoyama, T., 2013. Relationship between depression and risk of malnutrition among community-dwelling young-old and old-old elderly people. *Aging & Mental Health* 17, 456-460.

Zhou, X., Bi, B., Zheng, L., Li, Z., Yang, H., Song, H., Sun, Y., 2014. The prevalence and risk factors for depression symptoms in a rural Chinese sample population. *PLoS One* 9, n. 6.

Tabela 1. Descrição da amostra de idosos residentes da área rural de Rio Grande com variáveis demográficas, sociais, econômicas e comportamentais e distribuição da prevalência de depressão (Episódio Depressivo Maior) entre as categorias. Rio Grande/RS. 2017 (N=998)

Variável	Depressão			p ^a
	N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	
	998 (100)	924 (92,6)	74 (7,4)	
Sexo				0,465
Feminino	445 (44,59)	409 (91,91)	36 (8,09)	
Masculino	553 (55,41)	515 (93,13)	38 (6,87)	
Idade				0,152
60-69 anos	523 (52,46)	478 (91,40)	45 (8,60)	
70-79 anos	316 (31,70)	300 (94,94)	16 (5,06)	
80 ou mais	158 (15,85)	145 (91,77)	13 (8,23)	
Situação conjugal				0,343
C/ companheiro(a)	631 (63,23)	588 (93,19)	43 (6,81)	
S/ companheiro(a)	367 (36,77)	336 (91,55)	31 (8,45)	
Escolaridade (em anos) - Mediana (IIQ**)				0,0369 ^b
	3 (1-5)	3 (1 -5)	2 (1 - 4)	
Classe econômica (ABEP)				0,113 ³
D-E	398 (40,32)	363 (91,21)	35 (8,79)	
C	510 (51,67)	474 (92,94)	36 (7,06)	
A-B	79 (8,00)	76 (96,20)	3 (3,80)	
Uso de álcool				0,247
Sim	170 (17,03)	161 (94,71)	9 (5,29)	
Não	828 (82,97)	763 (92,15)	65 (7,85)	
Uso de tabaco				< 0,01
Fumante	133 (13,34)	111 (83,46)	22 (16,54)	
Ex-fumante	339 (34,00)	317 (93,51)	22 (6,49)	
Não fuma	525 (52,66)	495 (94,29)	30 (5,71)	
Percepção de saúde				< 0,01 ³
Muito boa/boa	576 (57,89)	556 (96,53)	20 (3,47)	
Regular	347 (34,87)	313 (90,20)	34 (9,80)	
Ruim/Muito ruim	72 (7,24)	52 (72,22)	20 (27,78)	
Uso de medicamento contínuo				0,025
Sim	755 (75,73)	691 (91,52)	64 (8,48)	
Não	242 (24,27)	232 (95,87)	10 (4,13)	
Comportamento sedentário (min/dia) – Mediana (IIQ)				0,1261 ^b
	240 (169,28 – 360)	240 (171,42 – 360)	227.1429 (141,42 – 300)	
Doenças crônicas¹				0,075
0	273 (27,60)	253 (92,67)	20 (7,33)	
1	329 (33,27)	313 (95,14)	16 (4,86)	
2 ou mais	387 (39,13)	351 (90,70)	36 (9,30)	
Índice de massa corporal^c - Média (DP)				0,0242*
	26,95 (±4,68)	27,05 (± 4,66)	25,73 (± 4,78)	
Índice de massa corporal²				0,067

Hígidos	371 (37,70)	325 (90,78)	33 (9,22)
Excesso de peso	613 (62,30)	560 (93,96)	36 (6,04)

^a Teste qui quadrado

^b Testede Wilcoxon (Mann-Whitney)

^c Variável com maior número de *missing*, N= 954

¹ Hipertensão, diabetes, câncer, artrite/artrose, osteoporose, doença respiratória e doença renal

² Hígidos: IMC <25

Excesso de peso: indivíduos com sobrepeso e obesidade

³ Teste qui quadrado de tendência linear

* Teste T

** Intervalo Interquartilico

Tabela 2. Razão de *odds* ajustada para associações entre depressão e as variáveis independentes. Análise multivariável conduzida com quatro níveis hierárquicos, através da regressão logística. Amostra de idosos residentes da área rural. Rio Grande/RS. 2017 (N=998).

Variável	Análise ajustada ^{1 2}	
	RO (IC95%)	p
Sexo		0,578
Feminino	1,14 (0,71 – 1,85)	
Masculino	1	
Idade		0,0987
60 a 69 anos	1	
70 a 79 anos	0,52 (0,29 – 0,94)	
80 anos ou mais	0,83 (0,43 – 1,61)	
Situação conjugal		0,502
Com companheiro(a)	0,84 (0,51 – 1,39)	
Sem companheiro(a)	1	
ABEP		0,399*
D-E	1	
C	0,85 (0,51 – 1,42)	
A-B	0,60 (0,17 – 2,17)	
Escolaridade	0,91 (0,83 – 0,98)	0,028
Uso de tabaco		<0,01
Fumante	3,14 (1,71 – 5,76)	
Ex-fumante	1,18 (0,66 – 2,10)	
Não fuma	1	
Uso de álcool		0,206
Não	1	
Sim	0,62 (0,29 – 1,29)	
Comportamento sedentário (min/dia)	0,99 (0,99 – 1,00)	0,517
Uso de medicamentos		0,016
Não	1	
Sim	2,65 (1,20 – 5,83)	
Doenças crônicas		0,0693
0	1	
1	0,56 (0,27 – 1,19)	
2 ou mais	1,2 (0,60 – 2,38)	
Índice de massa corporal	0,95 (0,90 – 1,01)	0,162
Percepção de saúde		<0,01*
Muito boa/boa	1	
Regular	2,94 (1,54- 5,60)	
Ruim/Muito ruim	10,7 (4,75 – 24,11)	

RO = Razão de *odds*;

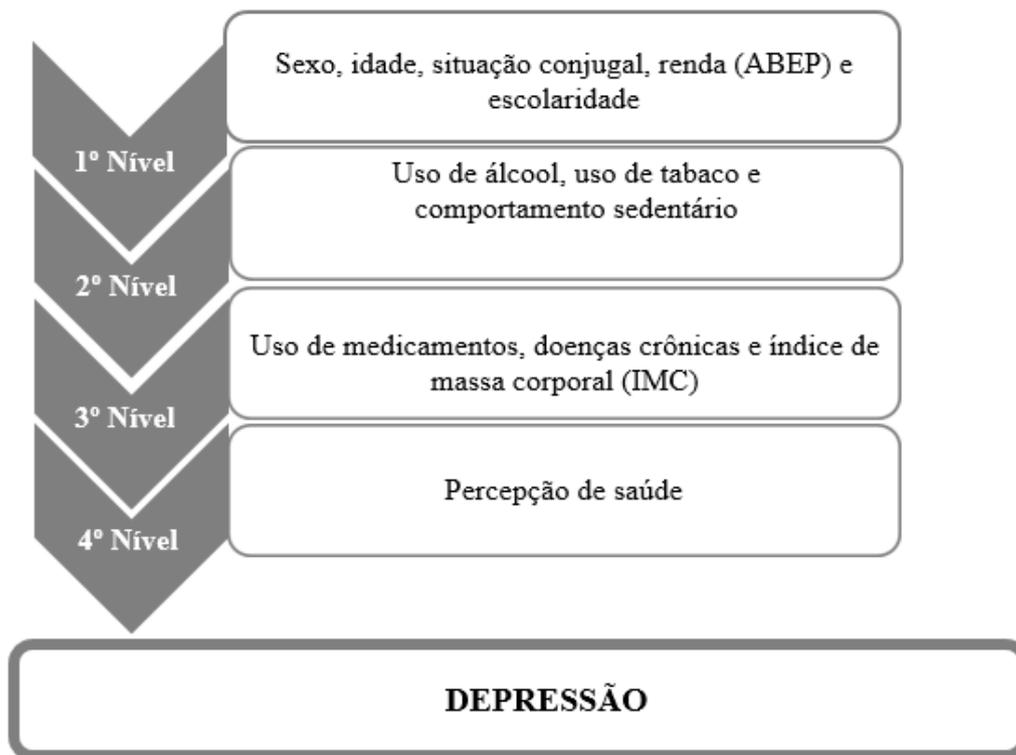
IC95% = Intervalo de confiança de 95%

¹ Teste de Hosmer-Lemeshow: p= 0,5462

² R² do modelo final de regressão logística = 14,3%.

* Valor p de tendência linear

Figura 1. Modelo conceitual de análise



Nota à imprensa

Depressão em idosos da área rural de Rio Grande

A depressão é um dos transtornos mentais mais comuns ao redor do mundo, acometendo cerca de 350 milhões de pessoas. Resultado de uma interação entre diversos fatores, a depressão leva o sujeito a vivenciar mais estresse e dificuldades em sua vida diária, podendo causar problemas nos âmbitos familiar, social e laboral.

Pesquisa realizada na área rural de Rio Grande, em 2017, investigou a ocorrência do transtorno em 998 idosos, e também outras doenças. Os resultados mostraram que 7,4% dos idosos apresentaram sintomas depressivos. Os principais fatores que podem contribuir para o aparecimento da depressão em idosos foram uso de tabaco, de medicamentos e pior percepção de saúde. Ainda, os idosos que possuíam maior escolaridade apresentaram menores chances de apresentar depressão. O estudo é resultado da dissertação de mestrado da aluna Mariana Lima Corrêa, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FURG, sob orientação do Prof. Dr. Lucas Neiva-Silva e coorientação da Mestre Marina Xavier Carpena.

De acordo com Mariana, “mesmo que a depressão seja um transtorno muito estudado ao redor do mundo, poucos estudos no Brasil buscaram analisar seus fatores associados em idosos residentes da área rural”.

Para a pesquisadora, o estudo demonstra que a depressão entre os idosos da área rural é um problema que merece maior atenção, principalmente no que diz respeito a aspectos relacionados à saúde dessa população. A criação de programas de atendimento direcionados aos idosos da área rural, visando a identificação de indivíduos com depressão, diagnóstico e manutenção do tratamento são ações importantes que devem ser fomentadas pelo próprio sistema de saúde.

Anexos

ANEXO 1 –VERSÃO VALIDADA PARA O BRASIL DO INSTRUMENTO *MEASURE OF OLDER ADULTS SEDENTARY TIME (MOST)*, PARA IDENTIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Agora vou perguntar sobre as atividades que você fez na última semana enquanto estava sentado ou deitado. Sem contar o tempo que você passou na cama. Hoje é <dia>, quero que você pense nessas atividades considerando a <dia> passada até ontem. Para cada uma das atividades, apenas considere aquelas que sejam as principais, ou seja, se você estava vendo televisão e comendo, considere apenas uma das duas.

Na última semana, quanto tempo você...

A) Assistiu televisão ou vídeos/DVDs?

_____ horas _____ minutos

B) Usou computador/internet/celular?

_____ horas _____ minutos

C) Leu?

_____ horas _____ minutos

D) Socializou com amigos ou família?

_____ horas _____ minutos

E) Dirigiu ou andou de carro/moto/transporte publicou/outro?

_____ horas _____ minutos

F) Praticou algum hobby? Ex: artesanato...

_____ horas _____ minutos

G) Trabalhou?

_____ horas _____ minutos

H) Estudou?

_____ horas _____ minutos

I) Fez outras atividades? Ex: alimentação...

_____ horas _____ minutos

ANEXO2 - 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

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

BLOCO A: DOMICÍLIO – DEVE SER RESPONDIDO PELO CHEFE DO DOMICÍLIO					
Número do setor: __ _			aset __ _		
Número do domicílio: _ _ _			anum _ _ _		
Número do questionário: _ _ _ _ _			anuq _ _ _ _ _		
Endereço (incluir ponto de referência): _____			aende _ _ _		
01) Data da entrevista: __/__/____			adat __/__/____		
02) Entrevistadora: _____			aent __ _		
03) Qual o seu nome? _____					
04) Quantos anos o(a) Senhor(a) tem? _ _ _ anos completos (999) IGN			aidade _ _ _		
05) SEXO	(1) MASCULINO	(2) FEMININO	asexo _		
06) Qual a cor da sua pele?					
(1) Branca	(2) Preta	(3) Parda	(4) Amarela	(5) Outra	acorpel _
07) Quantas pessoas moram nesta casa? Nº __ (99) IGN			amodo __ _		
08) Até que série/ano o(a) Sr. (a) completou na escola? _ série do _ grau (99) IGN			aserie_ agrau_		
09) O(a) Senhor(a) é:					
(1) Solteiro(a)	(2) Casado(a) ou com companheiro(a)	(3) Separado(a) ou divorciado(a)	asico_		
(4) Viúvo(a)	(9) IGN				
Agora vamos falar sobre as condições de moradia das pessoas que vivem nesta casa					
(OBSERVAR E SE NECESSÁRIO PERGUNTAR) 10) TIPO DE CONSTRUÇÃO:			acasa_		
(1) MADEIRA	(2) TAIPA	(3) TIJOLO/ALVENARIA	(4) PALHA		
(5) MISTA (TIJOLO E MADEIRA)	(6) PAPELÃO/LATA	(8) OUTRO	(9) IGN		
11) A sua casa é própria, alugada ou emprestada?			aprop_		
(1) Própria	(2) Alugada				
(3) Emprestada (não paga aluguel)	(9) IGN				
12) Quantos cômodos / peças tem esta casa? _ _ cômodos/peças			apeca_ _		
13) Quantos cômodos/peças usam para dormir? _ _ cômodos/peças			adorm_ _		
14) Tem água encanada?			aagua_		
(0) Não	(1) Sim, dentro de casa	(2) Sim, no terreno	(9) IGN		
15) De onde vem a água usada para beber?			afonte_		
(1) Rede Pública	(2) Chafariz	(3) Cisterna, poço	(4) Rio, lagoa, açude		
(5) Caminhão-pipa	(6) Outro	(9) IGN			
16) Como é a privada da casa?					
(1) Sanitário com descarga	(2) Sanitário sem descarga	(3) Casinha/fossa	apriva_		
(4) Não tem privada	(9) IGN				
17) Esta casa está ligada à rede de esgotos?			aesgo_		
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
Agora vamos conversar sobre tua casa					
Na sua casa tem...					
18) Carro de passeio?	(0) Não	() Sim, quantos? __	aauto_		
19) Moto?	(0) Não	() Sim, quantos? __	amoto_		
20) Empregado mensalista?	(0) Não	() Sim, quantos? __	aempr_		
21) Máquina de lavar roupa?(desconsiderar tanquinho)	(0) Não	() Sim, quantos? __	aroupa_		
22) Banheiro	(0) Não	() Sim, quantos? __	abanho_		
23) DVD?	(0) Não	() Sim, quantos? __	advd_		

24) Geladeira?	(0) Não	() Sim, quantos? __	agela _
25) Freezer ou geladeira duplex?	(0) Não	() Sim, quantos? __	afrez _
26) Computador?	(0) Não	() Sim, quantos? __	acomp _
27) Lavadora de louças?	(0) Não	() Sim, quantos? __	alava _
28) Forno micro-ondas?	(0) Não	() Sim, quantos? __	amicr _
29) Secadora de roupas?	(0) Não	() Sim, quantos? __	aseca _
30) Tem fogão à lenha?	(0) Não → 32	(1) Sim	(9) IGN
31) Esse fogão à lenha, vocês:			
(0) Nunca usam	(1) Usam às vezes	(2) Usam sempre	(8) NSA
			(9) IGN
Agora vou conversar com o(a) Sr(a) sobre trabalho			
32) O(A) Sr. (a) está trabalhando?			
(0) Não	(1) Sim → 34	(9) IGN	atrab _
33) SE NÃO: Por que não está trabalhando?			
(1) Desempregado	(2) Aposentado	(3) Encostado	antr _
(4) Pensionista	() Outro _____	(8) NSA	(9) IGN
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 33, PULE PARA A QUESTÃO 36			
34) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho o(a) Sr.(a) faz?(Anotar onde e o que faz): _____			
			aocup _____
35) SE ESTÁ TRABALHANDO: O Sr(a). trabalha com carteira assinada?			
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
36) A sua família planta ou cultiva algum alimento?			
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	acult _
37) A família tem criação de animais na propriedade?			
(0) Não	() Sim, qual (is)?	Gado/rês:	(0) Não
		Porco:	(1) Sim
		Peixe:	(9) IGN
		Galinha:	(0) Não
			(1) Sim
			(9) IGN
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 36 E 37 PULE PARA A QUESTÃO 41.			
38) O que vocês produzem é suficiente para o sustento da família na maior parte do ano?			
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
39) Daquilo que vocês produzem, sobra para vender na maior parte do ano?			
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
40) Em 2016, quanto vocês ganharam com a venda daquilo que produziram? R\$ _____			
			arep _____
41) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria?			
Pessoa 1: R\$ _____ por mês			arf1: _____
Pessoa 2: R\$ _____ por mês			arf2: _____
Pessoa 3: R\$ _____ por mês			arf3: _____
Pessoa 4: R\$ _____ por mês			arf4: _____
Pessoa 5: R\$ _____ por mês			arf5: _____
(00000) Não recebe renda			
(99999) IGN			
42) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, arrendamento de terra, pensão ou outra que não foi citada acima?			
(0) Não			arou _
(1) Sim → Quanto? R\$ _____ por mês			aqrou _____
(99999) IGN			
Agora vou ler para o(a) Sr(a) algumas perguntas sobre a sua alimentação em casa nos últimos três meses, ou seja, desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, para cá. As perguntas são parecidas umas com as outras, mas é importante que o(a) Sr(a) responda cada uma delas.			
43) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, em algum momento você chegou a pensar que a comida na sua			ia01 _

casa ia acabar antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?					
(0) Não	(1) Sim			(9) IGN	
44) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?					ia02_
(0) Não	(1) Sim			(9) IGN	
45) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para comprar a comida que sua família precisava?					ia03_
(0) Não	(1) Sim			(9) IGN	
46) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, alguém da sua casa teve que comer menos do que o habitual porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?					ia04_
(0) Não	(1) Sim			(9) IGN	
47) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?					ia05_
(0) Não	(1) Sim			(9) IGN	
Agora vou perguntar sobre algumas doenças de família					
Algum familiar seu tem:					
48) Retardo mental?		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askatraso_
49) Dificuldade para andar?		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askandar_
50) Surdez?		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askouvir_
51) Enxerga as coisas duplicadas?		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askenxer_
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 48, 49, 50 E 51 PULE PARA A QUESTÃO 53.					
52) SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 48 A 51: Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você?					
Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	apai_
Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	amae_
Avô/Avó	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aavo_
Tio (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	atio_
Primo (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aprimo_
Sobrinho (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	asobri_
Filho (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	afilho_
Outro (a): _____					aoufam_
Depois de adulto alguém da sua família que não era doente começou a:					
53) Ter problema para caminhar/desequilíbrios/tombos frequentes?		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askcaminha_
54) Ter problema/dificuldade para falar?		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askfala_
55) Parou de sentir os pés?		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askcalor_
56) Ter formigamento nas pernas ou pés?		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askformiga_
57) Doença dos pezinhos?		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askpezi_
58) Doença de Machado-José?		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	askjose_
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU “(0) NÃO” PARA AS PERGUNTAS 53, 54, 55, 56, 57 E 58 PULE PARA A QUESTÃO 60.					
59) SE SIM EM PELO MENOS UMA DAS PERGUNTAS 53 A 58: Qual o grau de parentesco dessa(s) pessoa(s) com você?					
Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aapai_
Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aamae_
Avô/Avó	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aaavo_
Tio(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aatio_
Primo(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aaprimo_
Sobrinho(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aasobri_
Filho(a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	aafilho_

Outro(a): _____					aaoufam _
60) Seus pais são parentes ou primos?					askpais _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
Agora vamos falar sobre plano de saúde					
61) Os moradores desta casa tem plano de saúde?					aplano _
(0) Não → 67	() Sim, qual ? _____			(9) IGN	
62) SE SIM: Qual o nome do plano? _____					
O que este plano de saúde cobre...					
63) Consultas médicas?	(0) Não	(1) Sim, com participação	(2) Sim, sem participação	(9) IGN	acomed _
64) Exames?	(0) Não	(1) Sim, com participação	(2) Sim, sem participação	(9) IGN	aexame _
65) Quantas pessoas fazem parte do plano de saúde? __ pessoas (99) IGN					apeplano __
66) Quanto custa este plano por mês? R\$ _____					acuspla _____
67) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato?					
(0) Não (1) Sim → qual? _____					fone _____
68) Existe algum outro telefone ou número de celular que podemos entrar em contato com o Sr.(a)?					
(0) Não (1) Sim → qual? _____					fon2 _____
SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU SIM PARA QUALQUER UMA DAS PERGUNTAS 48 A 58, O ORIENTE A QUE LIGAR PARA DRA. SIMONE KARAM (53) 98116-8128 PARA INVESTIGAÇÃO E ACONSELHAMENTO GENÉTICO.					
AGRADEÇA E ENCERRE ESTE BLOCO					

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DOS IDOSOS

BLOCO D: IDOSOS				
Número do setor: __				dset __
Número do domicílio: ___				dnum ___
Número do entrevistado: ___				dnume ___
Número do questionário: _____				dnuq _____
01) Data da entrevista: __/__/_____				ddat __/__/_____
02) Entrevistadora: _____				dent __
03) QUEM ESTÁ RESPONDENDO AO QUESTIONÁRIO?		(1) IDOSO(A) → 05	(2) CUIDADOR(A)	dques _
NOME DO CUIDADOR: _____				
04) SE CUIDADOR: Qual a sua relação com o(a) <IDOSO(A)>?				drela _
(1) Esposo(a) ou companheiro(a)	(2) Filho(a)	(3) Irmão(ã)	(4) Vizinho(a)	
(5) Pessoa contratada	(6) Outro _____	(8) NSA		
A PARTIR DA QUESTÃO 05, TODAS AS PERGUNTAS SE REFEREM AO IDOSO (NÃO SE REFEREM AO CUIDADOR)				
05) Qual o seu nome? (<i>Nome do idoso</i>) _____				dnome
06) Quantos anos o(a) Sr(a). tem? ___ Anos completos (999) IGN				didade ___
07) SEXO		(1) MASCULINO	(2) FEMININO	dsexo _
08) Qual a cor da sua pele?				dcorpel _
(1) Branca	(2) Preta	(3) Parda	(4) Amarela	(5) Outra
09) Até que série/ano o(a) Sr(a). completou na escola? __ série do __ grau			(99) IGN	desc __
10) O(a) Sr(a). é:				dsico _
(1) Solteiro(a)		(2) Casado(a) ou com companheiro(a)		
(3) Separado(a) ou divorciado(a)		(4) Viúvo(a)		
O(A) Sr(a). vive...				
11) Sozinho(a)?		(0) Não	(1) Sim	dviveso _
12) Com cônjuge ou com companheiro(a)?		(0) Não	(1) Sim	dviveco _
13) Com filho(s)?		(0) Não	(1) Sim	dvivefi _
14) Com pai e/ou mãe?		(0) Não	(1) Sim	dvivepai _
15) Com outra pessoa?		(0) Não	() Sim, quem? _____	dviveout _
16) O(a) Sr(a). tem alguma religião?		(0) Não → 18	(1) Sim	(9) IGN
17) SE SIM: Qual?		(01) Católica	(02) Evangélica	(03) Espírita
(04) Candomblé		(05) Umbanda	(06) Adventista	(07) Luterana
(08) Testemunha de Jeová		(09) Mórmon	(88) NSA	(99) IGN
INSTRUÇÃO 01: Agora vamos falar sobre trabalho				
18) O(A) Sr(a). está trabalhando?				dtrab _
(0) Não		(1) Sim → 20	(9) IGN	
19) SE NÃO: Por que não está trabalhando?				dtrabnao _
(1) Desempregado(a)		(2) Aposentado(a)		(3) Encostado(a)
(4) Pensionista		() Outro: _____	(8) NSA	(9) IGN
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 19, PULE PARA A INSTRUÇÃO 03.				
20) SE ESTÁ TRABALHANDO: Qual tipo de trabalho o(a) Sr(a). faz? (<i>Anotar onde e o que faz</i>):				docup _
21) SE ESTÁ TRABALHANDO: O(a) Sr(a). trabalha com carteira assinada?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
		(9) IGN		dcarteira _
INSTRUÇÃO 02: Agora vamos falar sobre atividades físicas apenas no seu trabalho				
No seu trabalho, desde <DIA> da semana passada para cá o(a) Sr(a)....				
22) Caminhou pelo menos meia hora por dia?				dtracam _

(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
23) Carregou pesos leves pelo menos meia hora por dia?				dtrapele _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
24) Carregou objetos pesados pelo menos meia hora por dia?				dtrapepe _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
25) Trabalhou com enxada e outras ferramentas nas lidas do campo pelo menos meia hora por dia?				dtraferr _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
INSTRUÇÃO 03: Agora vamos falar sobre atividades físicas para ir de um lugar a outro				
26) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). caminhou pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro?				dluca_m _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
27) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou de bicicleta pelo menos meia hora por dia para ir de um lugar para outro?				dlobici _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
INSTRUÇÃO 04: Agora vamos falar sobre atividades físicas no seu tempo livre				
28) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou pelo menos meia hora por dia no seu tempo livre?				ddivcam _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
29) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). andou de bicicleta, tomou banho de rio ou praticou esportes pelo menos meia hora por dia no seu tempo livre?				ddivbici _
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
INSTRUÇÃO 05: Agora vou perguntar sobre as atividades que o(a) Sr(a). fez na última semana enquanto estava sentado ou deitado, sem contar o tempo que passou na cama. Hoje é <DIA>, quero que o(a) Sr(a). pense nessas atividades considerando desde <DIA> da semana passada até ontem. Para cada uma das atividades, considere apenas aquelas que sejam as principais, ou seja, se o(a) Sr(a). estava vendo televisão e comendo, considere apenas uma das duas.				
30) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e assistiu televisão ou vídeos/DVDs? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				oltvh __ oltvm __
31) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e usou computador/internet? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				olpch __ olpcm __
32) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e leu? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				ollerh __ ollerm __
33) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e socializou com amigos ou família? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				olsoch __ olsocm __
34) Desde <DIA> da semana passada, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e dirigiu ou andou de carro/moto/transporte público ou outro? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				oldesh __ oldesm __
35) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e praticou algum hobby? Ex: palavras cruzadas... ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				olhobh __ olhobm __
36) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e trabalhou? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				oltrabh __ oltrabm __
37) Desde <DIA> da semana passada para cá, quanto tempo no total o(a) Sr(a). passou sentado(a) ou deitado(a) e fez outras atividades? ___ Hora(s) ___ Minuto(s) (99) IGN				oloutrosh __ oloutrosm __
INSTRUÇÃO 06: Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o hábito de fumar. Fumante é a pessoa que fuma um ou mais cigarros por dia há mais de 1 mês. Ex-fumante é a pessoa que parou de fumar há mais de 1 mês.				
38) O(a) Sr(a). fuma ou já fumou?				dfuma _
(0) Não, nunca fumou → 44	(1) Já fumou, mas parou	(2) Sim, fuma	(9) IGN	
39) No último mês o Sr(a). fumou pelo menos um cigarro por dia?				dfumames _
(0) Não → 42	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
40) SE FUMA: Há quanto tempo o(a) Sr(a). fuma? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN				dfumatea __ dfumatem __
41) SE FUMA: Quantos cigarros o(a) Sr(a). fuma por dia? ___ cigarros (888) NSA (999) IGN				dfumaqua ___
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 41, PULE PARA A INSTRUÇÃO 07.				
42) SE FUMOU: Por quanto tempo o(a) Sr(a). fumou? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN				dfumoutea __ dfumoutem __
43) Há quanto tempo parou de fumar? ___ Ano(s) ___ Mês(es) (88) NSA (99) IGN				dfumoupaa __ dfumoupam __

INSTRUÇÃO 07: Agora vamos conversar sobre bebidas alcoólicas.

44) Desde <DIA> da semana passada para cá, o(a) Sr(a). tomou cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida com álcool?	balco _
---	---------

(0) Não	→ INSTRUÇÃO 09	(1) Sim	(9) IGN
---------	----------------	---------	---------

45) Desde <DIA> da semana passada para cá, em quantos dias, aproximadamente, o(a) Sr(a). tomou bebidas alcoólicas?	balcdsem _
--	------------

_ Dias por semana	(8) NSA	(9) IGN
-------------------	---------	---------

INSTRUÇÃO 08: Considere uma dose conforme esta figura (MOSTRAR FIGURA)

46) Nos dias em que o(a) Sr(a). bebeu, quantas doses, em média, o(a) Sr(a). tomou?	balcqtyd _ _
--	--------------

_ _ Doses por semana	(88) NSA	(99) IGN
----------------------	----------	----------

INSTRUÇÃO 09: Agora vamos conversar um pouco sobre sua alimentação.

47) Quantas refeições o(a) Sr(a) faz por dia? ___ Refeições	(99) IGN	varefdia _ _
---	----------	--------------

48) O(A) Sr(a). consome leite, queijo, iogurte, bebida láctea ou leite fermentado pelo menos uma vez por dia?	vaconleite _
---	--------------

(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
---------	---------	---------

49) O(A) Sr(a). come ovos, feijão, lentilhas ou soja, pelo menos uma vez por semana?	vaconfe _
--	-----------

(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
---------	---------	---------

50) O(A) Sr(a). come carne, peixe, frango ou porco pelo menos três vezes por semana?	vaconcarne _
--	--------------

(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
---------	---------	---------

51) O(A) Sr(a). come frutas, verduras ou legumes pelo menos duas vezes por dia?	vaconfru _
---	------------

(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
---------	---------	---------

52) Quantos copos ou xícaras de líquidos o(a) Sr(a). consome diariamente? (incluindo água, café, chá, suco e chimarrão.) ___ Copos	(99) IGN	vaconagua _ _
--	----------	---------------

53) Sem contar na salada, o(a) Sr(a). costuma colocar sal na comida pronta no seu prato?	vaadsal _
--	-----------

(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
---------	---------	---------

54) O(A) Sr(a). costuma fazer as refeições assistindo televisão?	vareftv _
--	-----------

(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
---------	---------	---------

55) O(A) Sr(a). costuma tomar café da manhã, almoçar ou jantar com as pessoas que moram com você?	varefimo _
---	------------

(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
---------	---------	---------

56) Em qual local da casa o(a) Sr(a). geralmente realiza as suas refeições? (Marque apenas uma opção)	vareflo _
---	-----------

(1) Cozinha	(2) Varanda ou Sala de Jantar	(3) Sala
-------------	-------------------------------	----------

(4) Quarto	(5) Outros	(6) Não faço refeição em casa
------------	------------	-------------------------------

(9) IGN

INSTRUÇÃO 10: Agora falaremos sobre a sua saúde

57) Considerando outras pessoas com a mesma idade que o(a) Sr(a)., como considera sua saúde?	dsaude _
--	----------

(1) Muito boa	(2) Boa	(3) Regular	(4) Ruim	(5) Muito ruim	(9) IGN
---------------	---------	-------------	----------	----------------	---------

O(A) Sr(a). usa algum destes equipamentos ou acessórios no seu dia-a-dia?

58) Bengala	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dbengala _
-------------	---------	---------	---------	------------

59) Andador	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dandador _
-------------	---------	---------	---------	------------

60) Cadeira de rodas	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	drodas _
----------------------	---------	---------	---------	----------

61) Aparelho auditivo (no ouvido)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dauditivo _
-----------------------------------	---------	---------	---------	-------------

62) Dentadura em cima	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ddentsup _
-----------------------	---------	---------	---------	------------

63) Dentadura em baixo	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ddentinf _
------------------------	---------	---------	---------	------------

64) Prótese de quadril	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dfemur _
------------------------	---------	---------	---------	----------

65) Colchão de espuma com pontinhas (piramidal)	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcolchao _
---	---------	---------	---------	------------

66) Almofada de ar para cadeira ou cama	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dalmofa _
---	---------	---------	---------	-----------

67) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem pressão alta?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	aphas _
--	---------	---------	---------	---------

68) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem diabetes ou açúcar alto no sangue?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	ddiabe _
---	---------	---------	---------	----------

69) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem problema pulmonar (bronquite, enfisema, DPOC, asma)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dpulmao _
70) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem doença na coluna?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcoluna _
71) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem reumatismo, artrite ou artrose?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dartrose _
72) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem osteoporose (fraqueza nos ossos)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dosteopo _
73) Algum médico disse que o(a) Sr(a). tem problema nos rins?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	drins _
74) O(A) Sr(a). está fazendo hemodiálise?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dhemodi _
75) Alguma vez algum médico lhe disse que o(a) Sr(a). estava com câncer?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcancer _
76) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). teve que amputar alguma parte do seu corpo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	damputa _
77) Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr(a). tinha depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	mcdeprevida _
78) Desde <MÊS> do ano passado para cá, algum médico ou psicólogo disse que o(a) Sr(a). tem depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	mcdepreano _
79) O(A) Sr.(a) já tomou vacina contra a gripe?	(00) Não → 81	() Sim, quantas vezes? ____ ____ vezes	(99) IGN	dgripe _
80) SE SIM: O(A) Sr(a). tomou alguma dose desta vacina desde <MÊS> do ano passado pra cá?				dvacinames _
(0) Não, não tomou	(1) Sim, tomou	(8) NSA	(9) IGN	
81) SE NÃO: Por que não tomou?				dvacinanao _
(1) Não sabia que podia/precisava tomar	(2) Não tinha vacina/estava em falta			
(3) Ficou com medo de adoecer	(8) NSA	(9) IGN		
SE O IDOSO FOR DO SEXO MASCULINO, PULE PARA A INSTRUÇÃO 11.				
82) ATENÇÃO: SE MULHER: Quantos filhos a Sra. já teve? __ Filhos	(00) Nenhum → 84	(88) NSA	adfls _ _	
83) SE TEVE FILHO(S): Quantos filhos a Sra. teve de parto normal/vaginal? __ Filhos	(00) Nenhum	(88) NSA	(99) IGN	adflsv _ _
84) Algum médico disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	davc _
INSTRUÇÃO 11: Agora vamos conversar sobre seu hábito para urinar				
85) O(a) Sr(a). se urina sem querer?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adperde _
86) O(a) Sr(a). se urina sem querer quando tosse, ri, espirra ou faz algum esforço?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adesforc _
87) O(a) Sr(a). se urina sem querer por não conseguir chegar a tempo no banheiro?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	adurg _
SE A RESPOSTA ÀS TRÊS PERGUNTAS ANTERIORES (85, 86 e 87) FOR “NÃO”, PULE PARA A INSTRUÇÃO 12.				
88) Faz quanto tempo que o(a) Sr(a). se urina sem querer? __ Mês(es) __ Ano(s)	(88) NSA	(99) IGN	adpvezme _ _ adpvezan _ _	
89) O(a) Sr(a). acha que se urinar sem querer atrapalha a sua vida?				adatp _
(0) Não → 91	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
90) SE SIM: Em que isto atrapalha? Me conte isso. _____	(8) NSA (9) IGN			adatpc _
91) Alguma vez o(a) Sr(a). se consultou com médico para tratar deste problema de se urinar sem querer?				adcns _
(0) Não	(1) Sim → 93 ou 94	(8) NSA	(9) IGN	
92) SE NÃO: Por qual razão o(a) Sr(a). não foi se consultar com médico para tratar deste problema?	(8) NSA (9) IGN			adcnspq _
A PRÓXIMA PERGUNTA (93) SÓ DEVE SER FEITA A QUEM RESPONDEU SIM NA QUESTÃO DE NÚMERO 84, OU SEJA “TEVE DERRAME OU AVC”, USE O MESMO TERMO REFERIDO POR ELE(A) NA QUESTÃO.				
93) SE TEVE DERRAME: O(a) Sr(a). já se urinava sem querer antes de ter o derrame?				adavcq _
(1) Começou antes	(2) Começou depois	(8) NSA	(9) IGN	
94) O que o(a) Sr(a). faz para não molhar a roupa de urina? _____	(8) NSA (9) IGN			admour _
95) Por causa de se urinar sem querer, o(a) Sr(a). já deixou de ir a algum lugar? (festa, na igreja, visitar um				adcauri _

amigo)?					
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
96) O(a) Sr(a). acha que urinar sem querer é normal para o idoso?					adnouri _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
INSTRUÇÃO 12: Agora vamos conversar sobre seu sono					
97) O(a) Sr(a). ronca?		(0) Não → 101	(1) Sim	(9) IGN	apronca _
98) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). roncou? __ __ dia(s)					apfronco _
(88) NSA (99) IGN					
99) Seu ronco é...					aptronco _
(1) Um pouco mais alto que a sua respiração		(2) Tão alto quanto a fala		(3) Mais alto que a fala	
(4) Muito alto		(8) NSA		(9) IGN	
100) Seu ronco incomoda outras pessoas?					apincoronco _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
101) Alguém já notou que o(a) Sr(a). para de respirar durante o sono?					appararesp _
(0) Não → 103		(1) Sim		(9) IGN	
102) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). para de respirar durante o sono? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN					
103) O(a) Sr(a). acorda cansado(a)?					apacans _
(0) Não → 105		(1) Sim		(9) IGN	
104) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). acordou cansado? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN					
105) O(a) Sr(a). fica cansado(a) no seu tempo desperto(a)?					apdcans _
(0) Não → 107		(1) Sim		(9) IGN	
106) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência o(a) Sr(a). ficou cansado(a) no seu tempo desperto(a)? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN					
107) O(a) Sr(a). já cochilou ou dormiu enquanto dirigia?					apdirigir _
(0) Não → INSTRUÇÃO 13		(1) Sim	(8) Não dirige → INSTRUÇÃO 13		(9) IGN
108) SE SIM: Desde <DIA> da semana passada para cá, com que frequência isso aconteceu com o(a) Sr(a) ? __ __ dia(s) (88) NSA (99) IGN					apfqdirig _
INSTRUÇÃO 13: Agora vamos falar sobre quedas					
109) O(A) Sr(a). caiu alguma vez desde <MÊS> do ano passado para cá?					dcaiu __
(0) Não		() Sim, quantas vezes? __		(99) IGN	
110) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). quebrou ou fraturou algum osso?					dquebrou __
(0) Não → INSTRUÇÃO 14		() Sim, quantas vezes? __		(99) IGN	
111) O que o(a) Sr(a). quebrou? (<i>Não leia as alternativas</i>)					
Pé	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquepe _
Tornozelo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquetor _
Perna	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dqueper _
Joelho	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquejoe _
Fêmur ou quadril	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquefemu _
Dedos da mão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquededo _
Pulso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquepulso _
Antebraço	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dqueante _
Braço	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquebraco _
Clavícula	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecla _
Escápula	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquesca _
Cadeiras	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecade _
Costela	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecost _
Vértebra	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquevert _

Esta fratura ocorreu quando o(a) Sr(a). estava:					
112) Trabalhando?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquetrab _
113) No seu tempo livre fora de casa?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dqueliv _
114) Em casa?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquecasa _
115) No trânsito?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dquetran _
INSTRUÇÃO 14: Agora vamos conversar sobre a procura por benzedeira, benzedeiro, curandeiro ou rezadeira					
116) Aguma vez na vida o(a) Sr(a). procurou por benzedeira, benzedeiro curandeiro ou rezadeira para tratar de um problema de saúde?					sjbnzvda_
(0) Não → 125		(1) Sim	(9) IGN		
117) Quando foi a última vez que o (a) Sr(a). procurou por uma benzedeira/curandeiro?__ __ Mês(es) __ __ Ano(s) (88) NSA (99) IGN					sjbnzano_ _ sjbnzmes_ _
118) Nesta última vez que o(a) Sr(a). procurou uma benzedeira/curandeiro, quais eram os seus problemas de saúde? _____ (8) NSA (9) IGN					sjmot_
119) Por que o(a) Sr(a). procurou a benzedeira ou curandeiro para resolver esse problema de saúde? _____ (8) NSA (9) IGN					sjbnzpq_
120) A benzedeira ou curandeiro falou que o(a) Sr(a). precisava procurar um médico ou algum profissional da saúde para tratar desse(s) problema(s) de saúde?					sjbnzind _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
121) O(a) Sr(a). também procurou um profissional de saúde (médico, enfermeiro, dentista, outro profissional) para tratar este(s) problema(s) de saúde?					sjbnzmed _
(0) Não	(1) Sim → 123	(8) NSA	(9) IGN		
122) SE NÃO: Por que o(a) Sr(a). não procurou um profissional da saúde para resolver este(s) problema(s)? _____ (8) NSA (9) IGN					sjbnznao_
123) O(a) Sr(a). ficou satisfeito com o resultado do tratamento para <PROBLEMA(S) DE SAÚDE> feito pela benzedeira ou curandeiro?					sjbnzsati_
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
124) Nesta última vez, a benzedeira ou curandeiro cobrou algum valor em dinheiro pelo serviço?					sjbnzpag_
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		
125) O(a) Sr(a). já procurou a benzedeira ou curandeiro por outro motivo que não fosse problema de saúde?					sjbnzout_
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
126) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). procurou padre, pastor, cirurgiões espirituais, cultos de cura da igreja, centros de umbanda (bатуque) ou candomblé para tratar algum problema de saúde?					sjbnzfe_
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN			
INSTRUÇÃO 15: Agora vamos conversar sobre procurar atendimento de saúde					
127) Quando o(a) Sr(a). precisa de um atendimento de saúde, qual é o primeiro serviço em que o(a) Sr(a). vai? (Marque apenas uma opção)					lfserref _
(1) UBSF/ Posto de saúde de referência (mais próximo do domicílio)	(2) Outra UBS/UBSF/Posto de Saúde	(3) Consultório médico (particular)			
(4) Consultório médico (convênio/plano de saúde)	(5) Unidade de atendimento 24 horas na área rural	(6) Pronto Socorro (área urbana)			
(7) Hospital	() Outro _____	(9) IGN			
128) Por que o(a) Sr(a). escolheu esse serviço? (Marque mais de uma alternativa se necessário)					
É o serviço mais próximo da minha casa		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot1_
É o serviço/profissional de saúde que eu geralmente vou quando preciso		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot2_
É mais fácil de conseguir o atendimento		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot3_
Fica aberto no horário que posso ir		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot4_
Gosto do atendimento		(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	lfescmot5_
Outro motivo		(0) Não	() Sim, qual? _____	(9) IGN	lfescmoto_

129) Por quais motivos o (a) Sr. (a) já procurou o <NOME DO SERVIÇO>? _____ (9) IGN				lfrefmot _
130) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). esteve doente?				lfdoe12_
(0) Não	(1) Sim	(9) IGN		
131) Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). buscou atendimento no Posto de Saúde mais próximo à sua residência?				lfbusubs12 _
(0) Não → 139	(1) Sim	(9) IGN		
132) SE SIM: Quantas vezes? __ __ __ vezes (888) NSA (999) IGN				lfbusubs12qt _ _ _
133) Desde <DIA DE TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr(a). foi ao Posto de Saúde mais próximo à sua residência?				lfbusubs3_
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
134) Por quais motivos o(a) Sr(a). já procurou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência? _____ _____ (8) NSA (9) IGN				lfbusmot _
135) Como o(a) Sr(a). classifica o atendimento nesse Posto de Saúde?				lfbusssat _
(1) Muito ruim	(2) Ruim	(3) Regular		
(4) Bom	(5) Muito bom	(8) NSA	(9) IGN	
136) Da última vez que o(a) Sr(a). buscou o Posto de Saúde mais próximo à sua residência, o(a) Sr(a). conseguiu o atendimento que estava procurando?				lfbusaten _
(0) Não → 138	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
137) O(a) Sr(a). já encontrou alguma dificuldade para ir nesse serviço ou para conseguir o atendimento que procurava?				lfbusdif _
(0) Não → INSTRUÇÃO 16	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
138) Quais dificuldades o(a) Sr(a). encontrou para ir nesse serviço ou para conseguir o atendimento que procurava? _____ _____ (8) NSA (9) IGN				lfdifate _
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 138, PULE PARA A INSTRUÇÃO 16.				
139) Que motivos o(a) levaram a não buscar atendimento no Posto de saúde? _____ (8) NSA (9) IGN				lfmotate _
INSTRUÇÃO 16: Agora vamos conversar sobre seus dentes				
140) Alguma vez na vida o(a) Sr(a). consultou com dentista?				fsdente _
(0) Não → 147	(1) Sim	(9) IGN		
141) SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). consultou com dentista?				fsdentemes _ _
(00) Não	() Sim Quantas vezes? _ _	(77) Muitas vezes, não sabe quantas	(88) NSA	(99) Não sabe se consultou
142) SE SIM: Desde <DIA DE DOIS MESES ATRÁS> o(a) Sr(a). consultou com dentista?				fspop _ _
(00) Não	() Sim Quantas vezes? _ _	(77) Muitas vezes, não sabe quantas	(88) NSA	(99) Não sabe se consultou
143) Onde foi que o(a) Sr(a). consultou na última vez?				fstipse _
(1) Posto de saúde público		(2) Serviço Público, mas não do posto de saúde		
(3) Convênio		(4) Serviço Privado		
(8) NSA		(9) IGN		
144) O (a) Sr(a). tem algum tipo de plano de saúde que cubra consultas com um dentista?				fspladent _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
145) Qual foi a razão que levou o(a) Sr(a). a utilizar o dentista na última consulta?				fsrazao _
(1) Consulta de urgência		(2) Tratamento convencional		
(3) Revisão		(8) NSA	(9) IGN	
146) O(a) Sr(a). tem algum problema na boca que interfere com comer, dormir ou atividades sociais?				fsprob _
(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
147) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de cima da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. _____ dentes (99) IGN				fsdesu _ _

148) Quantos dentes naturais o(a) Sr(a). tem na parte de baixo da sua boca? Por favor, se necessário, conte com a sua língua ou dedo. Considere como dentes naturais também dentes que tenham raízes dentro do osso e que possuam pinos, obturações, coroas, “pivôs”, blocos de metal. _____ dentes (99) IGN					fsdein _ _	
149) O(a) Sr(a). usa algum tipo de prótese dentária? (“dentadura”, “ponte”, “pivô”, implante).					fsprot _	
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
150) O(a) Sr(a). acha que necessita usar algum tipo de prótese dentária?					fstipro _	
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
151) Como o(a) Sr(a). avalia a sua saúde bucal?					fssabu _	
(1) Muito ruim	(2) Ruim	(3) Regular	(4) Boa	(5) Muito boa	(9) IGN	
INSTRUÇÃO 17: Agora vamos falar sobre remédios						
152) O(a) Sr(a). precisa tomar algum remédio de uso contínuo? Considere remédio de uso contínuo aquele que o(a) Sr(a). usa regularmente sem data para parar.					dprecreme _	
(0) Não		(1) Sim		(9) IGN		
153) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS>o(a) Sr(a). usou algum remédio?					dremedio _	
(0) Não → INSTRUÇÃO 18		(1) Sim		(9) IGN		
154) O(A) Sr(a). poderia trazer as caixas ou receitas de todos os remédios que tomou nos últimos 14 dias, desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS>?						
Medicamento 1 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed1 _	
Medicamento 2 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed2 _	
Medicamento 3 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed3 _	
Medicamento 4 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed4 _	
Medicamento 5 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed5 _	
Medicamento 6 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed6 _	
Medicamento 7 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed7 _	
Medicamento 8 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed8 _	
Medicamento 9 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed9 _	
Medicamento 10 _____				(8) NSA (9) IGN	dmed10 _	
O(A) Sr(a). conseguiu estes remédios pelo(a)...						
155) Farmácia Popular?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dfarpop _
156) Posto de Saúde/Unidade de Saúde?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dpsubs _
157) Farmácia Municipal?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dfarmun _
158) Comprou?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	dcomprou _
159) Amostra grátis?		(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	damostra _
160) Outro		(0) Não	() Qual _____	(8) NSA	(9) IGN	doutrom _
161) SE COMPROU PELO MENOS UM REMÉDIO: Quanto o(a) Sr(a). gastou com medicação desde <DIA DO MÊS PASSADO>? R\$: _____, ____ (888888) NSA (999999) IGN					dgastomed _	
162) Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>,teve algum remédio que o(a) Sr(a). precisou tomar e não conseguiu?					dprecremed _	
(0) Não → INSTRUÇÃO 18		(1) Sim		(8) NSA	(9) IGN	
163) SE SIM: Por qual motivo? _____ IGN _____ (8) NSA (9)					dremedmot _	
INSTRUÇÃO 18: A seguir vou lhe fazer perguntas sobre seu dia a dia						
164) Quando o(a) Sr(a). vai tomar seu banho:					dtbanho _	
(0) Recebe ajuda no banho em mais de uma parte do corpo						
(1) Recebe ajuda no banho apenas para uma parte do corpo (costas ou pernas, por exemplo)						
(2) Não recebe ajuda (entra e sai do banheiro sozinho)						
165) Quando o(a) Sr(a). vai se vestir:					dveste _	

(0) Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se (ou permanece parcial ou totalmente despido)	
(1) Pega as roupas e se veste sem ajuda (exceto para amarrar os sapatos)	
(2) Não recebe ajuda	
166) Quando o(a) Sr(a), precisa usar o banheiro para suas necessidades:	dbanhei _
(0) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar	
(1) Recebe ajuda para ir ao banheiro	
(2) Não recebe ajuda	
167) Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr(a).:	dcadei _
(0) Não sai da cama	
(1) Recebe ajuda	
(2) Não recebe ajuda	dcurin _
168) O(a) Sr(a).:	
(0) Não consegue controlar o xixi ou cocô e usa fralda ou sonda	
(1) Tem ‘acidentes’ ocasionais	
(2) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	
169) Para se alimentar (para comer):	dccome _
(0) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado(a) por sonda	
(1) Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	
(2) Alimenta-se sem ajuda	
170) Para usar o telefone o(a) Sr(a).:	dtelefo _
(0) Não consegue usar sozinho(a)	
(1) Pode fazer com dificuldade	
(2) Não tem qualquer dificuldade	
171) Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Sr(a).:	dludist _
(0) Não consegue ir sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
172) Para fazer suas compras, o(a) Sr(a).:	dcompras _
(0) Não consegue fazer sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
173) Para preparar suas próprias refeições, o(a) Sr(a).:	dpreref _
(0) Não consegue preparar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
174) Para arrumar sua casa, o(a) Sr(a).:	darcasa _
(0) Não consegue arrumar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
175) Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Sr(a).:	dobpeq _
(0) Não consegue fazer sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	
176) Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Sr(a).:	dremeho _
(0) Não consegue tomar sozinho(a)	
(1) Recebe ajuda parcial	
(2) Não recebe ajuda	

177) Para cuidar do seu dinheiro o(a) Sr(a).:		dcuidin_
(0) Não consegue cuidar sozinho(a)		
(1) Recebe ajuda parcial		
(2) Não recebe ajuda		
178) Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr(a).:		dcamqua_
(0) Não consegue andar sozinho(a)		
(1) Recebe ajuda parcial		
(2) Não recebe ajuda		
179) Para subir um lance de escada o(a) Sr(a).:		dsublan_
(0) Não consegue subir sozinho(a)		
(1) Recebe ajuda parcial		
(2) Não recebe ajuda		
INSTRUÇÃO 19: Agora vamos falar sobre como o senhor (a) tem se sentido nos últimos 14 dias, desde < DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora		
180) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?		mcpint_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
181) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?		mcsdep_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
182) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?		mcpbsono_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
183) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?		mcs cansa_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
184) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve falta de apetite ou comeu demais?		mcpbapetit_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
185) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em 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)?		mcsfracas_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
186) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?		mcdfconc_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
187) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em 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?		mcpbmov_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	
188) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, em quantos dias o(a) Sr(a). pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?		mcpensuic_
(0) Nenhum dia	(1) Menos de uma semana	
(2) Uma semana ou mais	(3) Quase todos os dias	

189) Desde <DIA DE DUAS SEMANAS ATRÁS> até agora, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou se relacionar com as pessoas?				mcdfrotin_
(0) Nenhuma dificuldade		(1) Pouca dificuldade		
(2) Muita dificuldade		(3) Extrema dificuldade		
INSTRUÇÃO 20: Agora vamos falar sobre lazer				
Desde <DIA DO MÊS PASSADO PARA CÁ>, o(a) Sr(a). ...				
190) Foi a missa ou culto na igreja?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dcultomi _
191) Participou de festa na comunidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dfestacom _
192) Participou de festa da família?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dfestafam _
193) Participou de algum baile?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dbaile _
194) Viajou para outra cidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dviajou _
195) Viajou de excursão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	dexcursao _
INSTRUÇÃO 21: Agora quero saber seu peso e altura				
196) Qual o seu peso? _ _ _ , _ kg	(999) IGN			dpeso _ _ _ , _
197) Qual sua altura? _ _ _ , _ cm	(999) IGN			dalt _ _ _ , _
AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO				

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

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: MULHERES E IDOSOS

Faculdade de Medicina – FURG – PPGSP

Responsável: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci (Telefone 53 98133-6377)

O (a) Sr (a) está sendo convidado a participar do estudo "Saúde da população rural de Rio Grande, RS: um estudo sobre crianças e suas mães, mulheres em idade fértil e idosos". Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a saúde da população rural do município de Rio Grande. Sua participação neste estudo é voluntária. Você pode interrompê-la a qualquer momento sem que isto lhe cause nenhum prejuízo.

PROCEDIMENTOS: será realizada uma entrevista com perguntas simples e diretas sobre sua saúde.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: a realização de entrevistas oferece risco mínimo aos participantes do estudo. Será oferecido encaminhamento psicológico ao Ambulatório de Saúde Mental e/ou Centro de Atenção Psicossocial Conviver em caso de desconforto causado pela aplicação do questionário.

BENEFÍCIOS: os resultados do estudo poderão servir de base para melhoria da atenção à saúde da população rural de Rio Grande.

DESPESAS: o (a) Sr (a) não terá que pagar por nenhum dos procedimentos.

CONFIDENCIALIDADE: o pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo; sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam a todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em

participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. A pessoa que será entrevistada compreendeu minha explicação e aceitou assinar este consentimento.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Rio Grande, ____ de _____ de 2017

APÊNDICE 4 – LOGO DA PESQUISA



APÊNDICE 5 – FÔLDER DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS AD (ÁLCOOL E DROGAS)
RUA MARECHAL FLORIANO 493 – CENTRO/ (53) 3231-7375

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS CONVIVER RIO GRANDE
RUA PRESIDENTE VARGAS 688 – PARQUE/ (53) 9 8107-5867

CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DA FURG (CAPS)
(53) 3293-5234

CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)
(53) 3239-1529

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS):
RUA CORONEL SAMPAIO, nº 113 – CENTRO/ (53) 3231-1940

DELEGACIA ESPECIALIZADA NO ATENDIMENTO À MULHER (DEAM)
Endereço: Marechal Floriano, nº 42. - CENTRO/ (53) 3231-4107

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS AD (ÁLCOOL E DROGAS)
RUA MARECHAL FLORIANO 493 – CENTRO / (53) 32317375

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Faculdade de Medicina

Programa de Pós Graduação em Saúde Pública (PPGSP)

Rua: General Osório, S/N. Fone (53) 3237
-4638/ 3237-4641

Rio Grande do Sul/ RS



Sala do Programa de Pós-
Graduação de Saúde Pública:
(53) 3237-4641



@saudedapopulacaoriograndina



ppg.saudepublica@furg.br

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci

Estudo Sobre a Saúde da População Rural Rio-grandina

A Faculdade de Medicina da **FURG** está realizando um estudo para conhecer as condições de saúde das mulheres, crianças e idosos residentes na área rural do município de Rio Grande– RS.

Você e sua família estão convidados a participar da pesquisa, pois seu endereço foi selecionado. Um de nossos entrevistadores visitará sua casa e lhe fará algumas perguntas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para os serviços de saúde, também nos jornais, rádio e televisão locais, mas seu nome e outras informações pessoais serão mantidos em **SIGILO**.

Nosso objetivo é **conhecer** as necessidades em saúde para propor medidas que possam melhorar a saúde de crianças, mulheres e idosos na área rural em Rio Grande.

Desde já agradecemos sua participação!

Você sabe os endereços e telefones dos estabelecimentos de saúde e órgãos sociais da sua região?

Abaixo, segue uma lista de estabelecimentos públicos em Rio Grande/ RS:

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – TOROTAMA

RUA DA CORSAN 27- ILHA DA TOROTAMA/ (53) 3237-7029

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – QUINTINHA

RUA 1 ESQUINA AVENIDA A 08 – QUINTINHA/ (53) 3239-1298

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BÁSICA DA FAMÍLIA – DOMINGOS PETROLINE- RUA VALDEMAR C DE AGUIAR. 459 – DOMINGOS PETROLINE/ (53) 3802-1002

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ILHA DOS MARI-
NHEIROS—RUA FREDERICO DE ALBUQUERQUE 581/ (53) 3237-
8039

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – BOLAXA

RUA ANA PERNIGOTTI 320 – BOLAXA/(53) 3236-2506

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – TAIM

CAPILHA BR 471 S/N - TAIM/ (53) 9 99639683

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - POVO NOVO

PRAÇA CORONEL MARCELINO S/N – POVO NOVO/ (53) 3237-9157

POSTO DA QUINTA—RUA JOÃO MOREIRA 188 - QUINTA/ (53)
3239-1200