



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

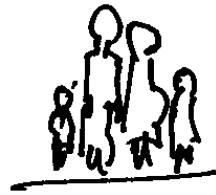
**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO
EM ADULTOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Tiago Neuenfeld Munhoz

Orientadora: Alicia Matijasevich

Coorientadora: Iná S. Santos

Pelotas, 2012.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO
EM ADULTOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Epidemiologia.

Orientadora: Alicia Matijasevich

Coorientadora: Iná S. Santos

Pelotas, 2012.

Banca examinadora

Alicia Matijasevich

Universidade Federal de Pelotas

Beatriz Franck Tavares

Universidade Federal de Pelotas

Andréa Homsi Dâmaso

Universidade Federal de Pelotas

As 3.670 pessoas que participaram do consórcio de pesquisa 2012.

AGRADECIMENTOS

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) desta Universidade, por todos os conhecimentos ensinados.

À orientadora desse trabalho, Alicia Matijasevich, e a coorientadora, Iná S. Santos, pela valiosa contribuição para minha formação profissional, pelas minuciosas correções, orientações e por toda dedicação a este projeto. Meus sinceros e profundos agradecimentos.

Aos meus colegas do mestrado, pelo empenho nas atividades de execução do trabalho de campo e nas demais atividades acadêmicas. Especialmente aos colegas Bruno Nunes, Grégore Mielke e Paula Duarte, pelo incansável trabalho, pelos estudos e as boas risadas.

A todos os funcionários do PPGE.

Aos meus pais, por todo carinho, compreensão, dedicação e amor que sempre tiveram comigo. A minha irmã e a todos os meus familiares.

À Juliane, entre tantas qualidades, pelo otimismo e pelo exemplo. Por todo envolvimento, também, com este projeto.

Ao Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX-CNPq) e ao Centro de Pesquisas Epidemiológicas pelo financiamento do consórcio de pesquisa.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos concedida, de fundamental importância para o estímulo à Pós-Graduação no país.

RESUMO

MUNHOZ, Tiago Neuenfeld. **Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional.** 2012. 136f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Com o objetivo de estudar a prevalência e fatores associados à depressão em adultos, conduziu-se um estudo transversal de base populacional em Pelotas, RS, no ano de 2012. O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. Todos os adultos com 20 anos ou mais, residentes nos domicílios sorteados, foram convidados a participar do estudo. O instrumento utilizado para avaliar a depressão foi o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), utilizando o ponto de corte ≥ 9 . Foram avaliados 2.925 indivíduos e a prevalência de depressão foi de 20,4% (IC95% 18,9-21,8). Após ajuste para fatores de confusão de acordo com um modelo conceitual de análise, as mulheres, os indivíduos mais jovens, com a cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, com menor escolaridade, aqueles solteiros ou separados, os tabagistas, os que não estavam trabalhando e aqueles com doença cardíaca apresentaram as maiores prevalências de depressão. As variáveis sobre uso de álcool, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus não apresentaram associação com depressão. Nossos resultados indicam a relevância da depressão como doença frequente na população adulta e fornecem evidências sobre fatores associados, alguns potencialmente modificáveis, o que poderá auxiliar no planejamento de políticas e serviços de saúde.

Palavras-chave: Depressão, Adultos, Saúde Mental, Epidemiologia, Transtorno Depressivo

ABSTRACT

MUNHOZ, Tiago Neuenfeld. **Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional.** 2012. 136f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A cross-sectional population-based study was carried out to study the prevalence and factors associated to depression in adults in Pelotas, RS, in 2012. The sampling process was selected by clusters. All adults aging 20 years or more, living in the selected dwellings, were invited to participate in the study. The instrument used to evaluate the depression was the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), using a cutoff ≥ 9 . 2.925 individuals were evaluated and the prevalence of depression was of 20,4% (IC95% 18,9-21,8). After adjustment for potential confounder variables, women, younger people, individuals with white skin color, those with lower socioeconomic position and less educated, people without partner, smokers, those that were not employed at the time of the interview and those suffering from heart disease showed the highest prevalence of depression. Variables regarding consume of alcohol and diseases such as arterial hypertension and diabetes mellitus were not associated with depression. Our results indicate the relevance of the depression as a frequent disease in the adult population and provide evidence concerning factors associated with this disease, some potentially modifiable, which may be helpful in the planning of health services.

Keywords: Depression, Adults, Mental Health, Epidemiology, Depressive Disorder

LISTA DE FIGURAS

Projeto de pesquisa

Figura 1	Principais formas de definição do desfecho em estudos sobre depressão	23
Quadro 1	Estratégias de busca bibliográfica na Pubmed	25
Quadro 2	Descrição das variáveis independentes	44
Quadro 3	Tamanho da amostra necessária para estudo de prevalência	46
Quadro 4	Cálculo do tamanho de amostra para estudo de associação, segundo as principais variáveis independentes, considerando a prevalência do desfecho de 7,5%	47
Quadro 5	Cálculo do tamanho de amostra para estudo de associação, segundo as principais variáveis independentes, considerando a prevalência do desfecho de 4,5%	48
Figura 2	Modelo conceitual de análise	52
Quadro 6	Orçamento estimado para o consórcio	56

Relatório do trabalho de campo

Quadro 1	Distribuição dos indivíduos elegíveis e perdas e recusas, por sexo e faixa etária, do Consórcio de Pesquisa 2011/2012. Pelotas, 2012	83
----------	--	----

Artigo

Figura 1	Modelo conceitual de análise	109
----------	------------------------------	-----

LISTA DE TABELAS

Projeto de pesquisa

Tabela 1	Prevalência do episódio depressivo maior (EDM) em dez países (2003)	28
Tabela 2	Prevalência do episódio depressivo maior (EDM) em dezoito países (2011)	29

Relatório do trabalho de campo

Tabela 1	Descrição dos alunos, áreas de graduação, população estudada e temas no Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2011/2012	68
Tabela 2	Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2011/2012	86
Tabela 3	Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelos mestrando do programa para a realização do consórcio de mestrado 2011/2012	86

Artigo

Tabela 1	Descrição da amostra, análise bruta e ajustada para depressão segundo características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de doenças crônicas na população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012 (n=2.925)	110
----------	--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BDI – Beck Depression Inventory
- CGD – Carga Global de Doenças
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CIDI - Composite International Diagnostic Interview
- DECS - Descritores em Ciências da Saúde
- DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- EDM – Episódio Depressivo Maior
- EUA – Estados Unidos da América
- GDS – Geriatric Depression Scale
- ICPE - International Consortium of Psychiatric Epidemiology
- LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MESH - Medical Subject Heading
- MINI - Mini-International Neuropsychiatric Interview
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PHQ – Patient Health Questionnaire
- PPGE – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
- PRIME-MD - Primary Care Evaluation of Mental Disorders
- PROESF – Programa de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família
- RS – Rio Grande do Sul
- SRQ – Self-Report Questionnaire
- TDM – Transtorno Depressivo Maior
- TM – Transtorno (s) Mental(is)
- UFPEL – Universidade Federal de Pelotas
- WMH – World Mental Health Surveys

LISTA DE DEFINIÇÃO DE TERMOS

Anedonia: É a perda da capacidade de sentir prazer, próprio dos estados depressivos.

Depressão: Geralmente é uma abreviação para o Transtorno Depressivo Maior ou Episódio Depressivo Maior. Pode significar uma definição operacional de um desfecho a ser estudado, utilizando como referência um instrumento de pesquisa ou ainda uma classificação internacional. Pode significar um transtorno mental, caracterizado por alterações do humor do indivíduo.

Distimia (Transtorno Distímico): É um dos transtornos do humor, caracterizado pela presença do humor deprimido que ocorre na maioria dos dias, na maior parte do dia, com duração de, no mínimo, 2 anos. O diagnóstico diferencial entre Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Maior torna-se particularmente difícil pelo fato de que os dois transtornos compartilham sintomas semelhantes e que as diferenças entre eles referente ao início dos sintomas, tempo de duração, persistência e gravidade não são fáceis de avaliar retrospectivamente.

Episódio Depressivo Maior: É um episódio de alterações do humor, caracterizado pela presença de cinco ou mais sintomas específicos (entre eles deve estar o humor deprimido ou anedonia) presentes, ao menos, nas últimas duas semanas anteriores ao momento da entrevista. Resumidamente, os sintomas específicos para o EDM, segundo o DSM-IV-TR, são: (1) humor deprimido, (2) anedonia, (3) problemas com o sono, (4) cansaço ou falta de energia, (5) mudança no apetite ou peso, (6) sentimento de culpa ou inutilidade, (7) problemas de concentração, (8) sentir-se lento ou inquieto, (9) pensamentos suicidas.

Perturbação do humor: É a definição utilizada pelo DSM-IV ao fazer referência aos sintomas específicos dos transtornos do humor.

Sintomas depressivos: São sintomas definidos com características específicas a cada instrumento de pesquisa, portanto, variam a sua quantidade e a definição de cada sintoma. De maneira geral, não utilizam os critérios diagnósticos do DSM-IV ou da CID-10.

Transtorno Depressivo Maior: É um dos transtornos do humor, caracterizados pela presença de cinco ou mais sintomas específicos (mesmo sintomas do Episódio Depressivo Maior) presentes, ao menos, nas últimas duas semanas anteriores ao momento da entrevista. Deve-se realizar o diagnóstico diferencial para a existência

de outros transtornos mentais, condições médicas gerais, uso de substâncias, entre outras, que podem levar ao surgimento dos sintomas específicos.

Transtornos Depressivos: são classificados de várias maneiras por diversos autores e por diversas classificações internacionais. Segundo o DSM-IV, são todos os transtornos do humor que tem como característica predominante o humor depressivo.

Transtornos do Humor: É um grupo de transtornos mentais que inclui aqueles transtornos que têm como característica predominante uma perturbação do humor. O conjunto de critérios para a maior parte dos transtornos do humor exige a presença ou a ausência dos episódios de humor.

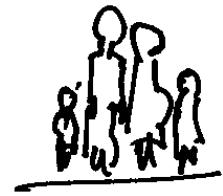
SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	16
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 DEFINIÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA DEPRESSÃO	20
1.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
1.2.1 PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NO MUNDO	26
1.2.2 FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS	30
1.2.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA MAIS UTILIZADOS NO BRASIL	34
1.2.3.1 QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE – 9 (PHQ-9)	36
1.3 JUSTIFICATIVA	38
2 OBJETIVOS	40
2.1 OBJETIVO GERAL	40
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
3 HIPÓTESES	41
4 METODOLOGIA	42
4.1 DELINEAMENTO	42
4.2 JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA DO DELINEAMENTO	42
4.3 POPULAÇÃO ALVO	43
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	43
4.5 DEFINIÇÃO DO DESFECHO	43
4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	44
4.7 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA	46
4.8 AMOSTRAGEM	48
4.9 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	49
4.10 SELEÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL	49
4.11 ESTUDO PILOTO	50
4.12 LOGÍSTICA	50
4.13 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	51
4.14 CONTROLE DE QUALIDADE	52
5 ASPECTOS ÉTICOS	54
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	55
7 ORÇAMENTO E JUSTIFICATIVA	56
8. CRONOGRAMA	57
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	65
1 INTRODUÇÃO	67
2 COMISSÕES	69
3 QUESTIONÁRIOS	72
Questionário geral	72
Questionário confidencial	73
4 MANUAL DE INSTRUÇÕES	73
5 AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM	74
6 SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS	77
7 ESTUDO PILOTO	79
8 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO	79
9 CONTROLE DE QUALIDADE	83
10 CRONOGRAMA	84
10 ORÇAMENTO	85
11 REFERÊNCIAS	87
ARTIGO	88
INTRODUÇÃO	92
METODOLOGIA	93
RESULTADOS	97
DISCUSSÃO	98
CONCLUSÕES	104
FONTES DE FINANCIAMENTO	104
CONFLITO DE INTERESSES	105
COLABORADORES	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
NOTA À IMPRENSA	114
APÊNDICES	122
APÊNDICE 1 - Estudos de base populacional sobre depressão no Brasil	122

APÊNDICE 2 - Estudos que utilizaram o questionário PHQ-9 no Brasil	127
APÊNDICE 3 – Estudos elegíveis para a revisão bibliográfica	129
ANEXOS	133
ANEXO 1 - Instrumento de pesquisa	133
ANEXO 2 - Instrumento para avaliação do risco de suicídio	135
ANEXO 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido	136

PROJETO DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

Projeto de Pesquisa

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO
EM ADULTOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Tiago Neuenfeld Munhoz

Orientadora: Alicia Matijasevich

Coorientadora: Iná S. Santos

Pelotas, 13 de setembro de 2011.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são responsáveis por aproximadamente 13% da carga global de doenças (CGD) em todo o mundo. Nos países de baixa e média renda, os transtornos mentais correspondem a mais de 80% da CGD¹. Projeta-se que até o ano de 2020 a depressão seja responsável por aproximadamente 30% da CGD e que seja a segunda maior contribuinte para os anos vividos com incapacidade no mundo¹⁻⁴. Atualmente, a depressão ocupa o primeiro lugar entre todas as causas que levam às incapacidades funcionais e sociais nos países de renda média e alta². A depressão é uma das três principais causas da CGD nas regiões das Américas, Europa e no Pacífico Ocidental e a principal causa da CGD para as mulheres com idade entre 15-44 anos nos países de baixa, média e alta renda². A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 151 milhões de pessoas tenham comprometimento em suas atividades diárias e na sua saúde geral em consequência da depressão¹.

A depressão tem um período prodrômico que pode incluir sintomas ansiosos e depressivos, com duração que pode variar entre semanas ou meses e o desenvolvimento da depressão é diferente para cada indivíduo. Em alguns, a depressão acontece de forma isolada (episódios depressivos separados por vários anos). Em outros, a depressão acontece de maneira consecutiva em determinado período da vida, ou ainda, aumenta a recorrência com o passar da idade⁵. Evidências sugerem que os indivíduos com uma série de episódios depressivos desenvolvem uma pior condição de recuperação, requerendo tratamento adicional na fase aguda desta doença e um período maior de tratamento contínuo⁶. Além disso, apenas uma pequena proporção dos indivíduos com depressão tendem a atingir a remissão completa dos sintomas⁷.

Alguns casos de depressão são reações a situações de sofrimento (como o luto) e resolvem-se espontaneamente. Embora boa parte das pessoas com transtornos mentais (TM) busque auxílio na Atenção Básica à saúde^{8,9}, apenas uma pequena proporção dos casos tem acesso ao tratamento com psicofármaco ou são encaminhados para os serviços específicos de saúde mental^{6, 10}. Em parte, isso poderia refletir uma baixa taxa de detecção dos TM por profissionais da saúde⁹. A falha em detectar pacientes com níveis leves ou moderados favorece o agravamento

da depressão, com efeitos importantes sobre a capacidade para estudar, trabalhar e ter uma boa qualidade de vida. A detecção dos casos de depressão tem sido eficaz para reduzir o número de consultas subsequentes, para encurtar a duração do episódio depressivo e atenuar os efeitos da depressão a longo prazo. Os países de baixa e média renda detêm cerca de 80% da população mundial, mas dispõem menos de 20% da parcela mundial de recursos para a saúde mental¹¹.

Em diversos países do mundo, incluindo o Brasil, a depressão é um dos transtornos mentais que mais afetam a saúde mental dos indivíduos¹². No Brasil, na cidade de São Paulo, a prevalência do episódio depressivo maior (EDM) em algum momento da vida foi de 16,8% (IC95% 14,6-19,0), e a prevalência de qualquer transtorno do humor em algum momento da vida foi de 18,4% (IC95% 16,0-20,8)¹³.

Uma iniciativa transnacional que incluiu dez estudos de base populacional identificou que a prevalência do EDM em algum momento da vida, variou entre 3,0% (IC95% 2,1-3,9) no Japão a 16,9% (IC95% 16,8-17,0) nos Estados Unidos (EUA). Considerando a prevalência no último mês, as maiores taxas foram encontradas nos EUA (4,6%; IC95% 3,8-5,4), Brasil (3,9%; IC95% 2,7-5,1) e Chile (3,3%; IC95% 2,5-4,1)¹⁴.

Outro estudo transnacional observou que, nos países de alta renda, a prevalência do EDM em algum momento da vida foi de 14,6% (IC95% 14,2-15,0) e a prevalência do EDM no último ano foi de 5,5% (IC95% 5,3-5,7). Nos países de baixa e média renda, a prevalência do EDM em algum momento da vida foi de 11,1% (IC95% 10,7-11,5) e a prevalência do EDM no último ano foi de 5,9% (IC95% 5,5-6,3)¹⁵. Considerando todos os dezoito países envolvidos no estudo, a prevalência do EDM no último ano variou entre 2,2% (IC95% 1,4-3,0) no Japão a 10,4% (IC95% 9,2-11,6) no Brasil¹⁶.

Diversos estudos conduzidos mundialmente observam que o gênero, a idade e o estado civil estão associados com a depressão¹⁵. Em média, em países de alta renda, as mulheres têm um risco duas vezes maior para depressão quando comparadas aos homens¹⁷. Em geral, a chance de ter depressão diminui com o aumento da idade nos países de alta renda. Já nos países de baixa e média renda, a prevalência de depressão tende a ser maior à medida que aumenta a idade^{16, 18}. No Brasil, os dados disponíveis em estudos de base populacional, não apresentam similaridade nos resultados em relação à associação da depressão com a idade, variando de acordo com o instrumento e o processo de amostragem utilizado.

Contudo, a maior parte dos estudos apresentam maior taxa de depressão à medida que ocorre um aumento na idade do indivíduo¹⁶. As pessoas divorciadas, separadas ou viúvas apresentam maior risco para depressão quando comparadas com aquelas pessoas casadas ou que vivem com companheiro¹⁴.

Nos últimos anos, entre todos os transtornos mentais, a depressão é considerada a principal responsável por incapacidades funcionais dos indivíduos e conduz a piores condições de saúde geral entre a população de diferentes países no mundo^{19, 20}.

Dessa forma, o presente estudo pretende investigar a prevalência e fatores associados à depressão, entre indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, residentes na zona urbana do município de Pelotas, Rio Grande do Sul (RS).

1.1 DEFINIÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA DEPRESSÃO

A 4^a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)⁵ é a referência em diagnósticos, utilizada mundialmente por profissionais da área de saúde mental. Este manual apresenta diferentes categorias de transtornos mentais e os critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*). O DSM-IV-TR organiza os critérios diagnósticos de maneira multiaxial, em cinco níveis ou eixos:

Eixo I: transtornos clínicos propriamente ditos

Eixo II: transtornos da personalidade e retardo mental

Eixo III: condições médicas gerais

Eixo IV: problemas psicossociais e ambientais

Eixo V: avaliação global do funcionamento

Os diagnósticos relacionados ao eixo I são divididos em: a) transtornos cognitivos; b) transtornos mentais causados por uma condição médica geral; c) transtornos relacionados a substâncias; d) esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; e) transtornos do humor; f) transtornos de ansiedade; g) transtornos somatoformes; h) transtornos factícios, i) transtornos dissociativos; j) transtornos

sexuais e da identidade de gênero; k) transtornos da alimentação, l) transtornos do sono; m) transtornos de controle dos impulsos; n) transtorno da adaptação.

A seção dos transtornos do humor inclui aqueles transtornos que têm como característica predominante uma perturbação do humor, sendo dividida em três partes⁵:

1. Episódios do humor (episódio depressivo maior, episódio maníaco, episódio misto e episódio hipomaníaco).
2. Transtornos do humor (transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtorno do humor devido a uma condição médica geral e transtorno do humor induzido por substância). O conjunto de critérios para a maior parte dos transtornos do humor exige a presença ou a ausência dos episódios de humor descritos acima.
3. Compreende os especificadores que descrevem o episódio de humor mais recente ou o curso de episódios recorrentes.

Entre os transtornos depressivos, encontram-se o transtorno depressivo maior, transtorno distímico e o transtorno depressivo sem outra especificação. Os transtornos depressivos são diferenciados dos transtornos bipolares pelo fato de haver um histórico de jamais ter tido um episódio maníaco, misto ou hipomaníaco⁵. Os transtornos bipolares (transtorno bipolar I, transtorno bipolar II, transtorno ciclotímico e transtorno bipolar sem outra especificação) envolvem a presença (ou histórico) de episódios maníacos, episódios mistos ou episódio hipomaníacos, geralmente acompanhados pela presença (ou histórico) de episódios depressivos maiores⁵.

Entre os profissionais da saúde mental, o diagnóstico clínico do transtorno depressivo maior (TDM), pode ser denominado também como, simplesmente, depressão. O uso corrente do termo entre o público leigo, porém, entende como depressão quaisquer sintomas depressivos, independentemente do diagnóstico clínico. Apesar disso, a classificação como TDM exige a realização do diagnóstico diferencial para o *transtorno bipolar I* (presença de um episódio depressivo maior com histórico de episódio maníaco, misto ou hipomaníaco), *transtorno distímico* (TDM com duração superior a dois anos), além da avaliação diagnóstica multiaxial supracitada.

São considerados como sintomas depressivos uma variedade de sintomas relacionados com o humor deprimido, contudo, esta sintomatologia não segue as classificações diagnósticas internacionais para EDM ou TDM.

É considerado como perturbações do humor, o episódio depressivo maior (EDM), de acordo com classificações diagnósticas internacionais. O EDM, quando presente exclusivamente (sem histórico de episódio maníaco, misto ou hipomaníaco ou condições clínicas gerais), é classificado como TDM, já que este último é caracterizado pela presença dos mesmos sintomas do EDM.

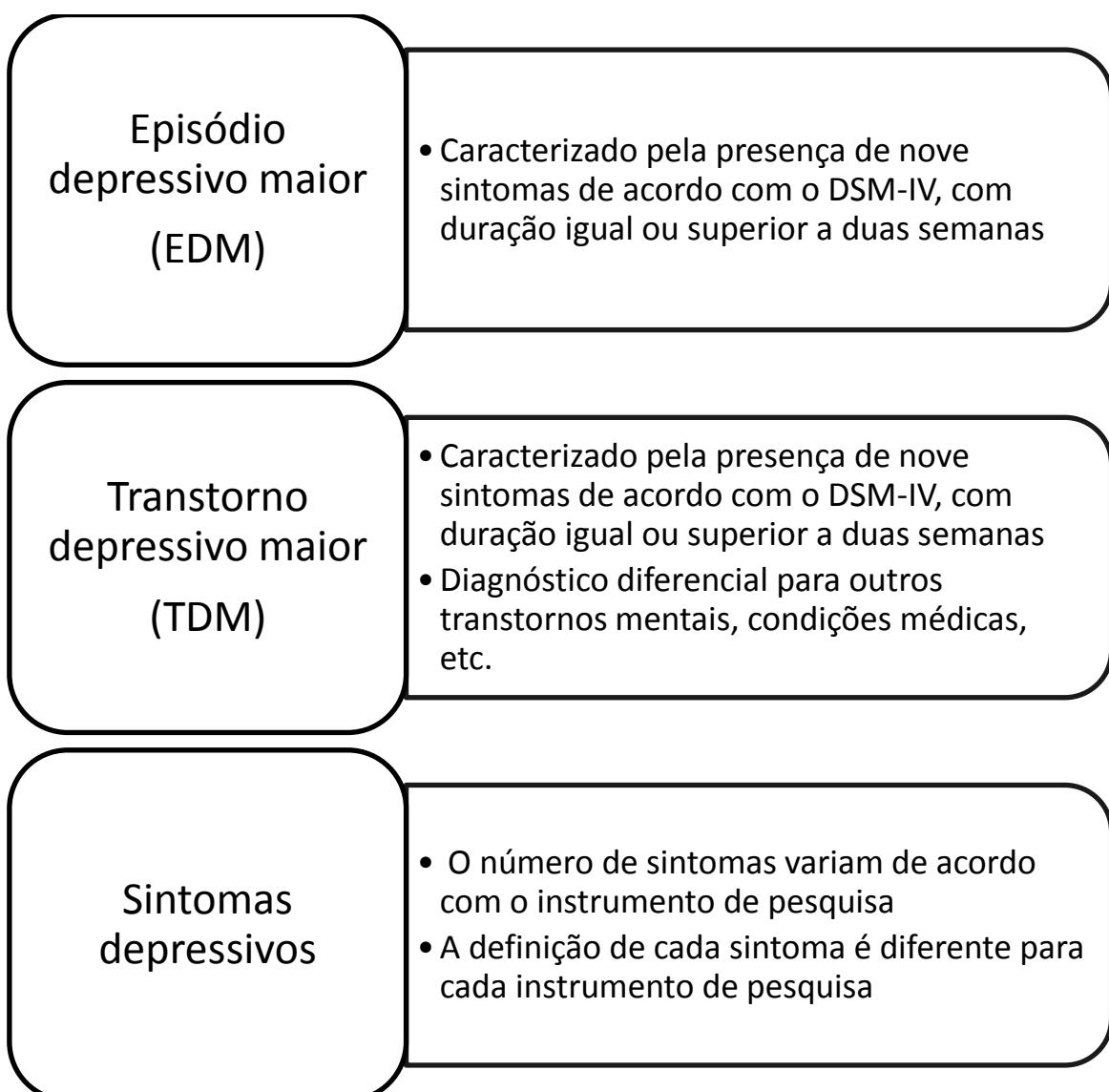
De maneira geral, o EDM e TDM são caracterizados pela presença de cinco ou mais sintomas específicos (entre eles deve estar humor deprimido ou anedonia) presentes, ao menos, nas últimas duas semanas anteriores ao momento do diagnóstico. Resumidamente, a lista de sintomas específicos para EDM e TDM, segundo o DSM-IV-TR, são: (1) humor deprimido, (2) anedonia, (3) problemas com o sono, (4) cansaço ou falta de energia, (5) mudança no apetite ou peso, (6) sentimento de culpa ou inutilidade, (7) problemas de concentração, (8) sentir-se lento ou inquieto, (9) pensamentos suicidas.

No âmbito da pesquisa sobre saúde mental, em geral, são considerados com depressão aqueles indivíduos que apresentam sintomas depressivos. Cada instrumento de pesquisa tem a sua forma de avaliar os sintomas específicos da depressão (perturbação do humor) ou os sintomas depressivos. Muitos instrumentos utilizados para avaliar a depressão em pesquisas sobre saúde mental não fazem diagnóstico diferencial e também não utilizam os critérios diagnósticos segundo o DSM-IV ou CID-10. As entrevistas diagnósticas estruturadas são os procedimentos que incluem o diagnóstico diferencial, porém são de longa duração e com alto custo para operacionalização, o que inviabiliza, na maioria das vezes, este tipo de procedimento. Perturbação do humor é a denominação utilizada pelo DSM-IV para todos os sintomas classificados como Transtornos do Humor, ou seja, os sintomas específicos para cada transtorno do humor de acordo com os critérios do DSM-IV. Neste caso, perturbação do humor depressivo é a denominação para todos os sintomas específicos do Transtorno Depressivo Maior ou do Episódio Depressivo Maior. Os sintomas depressivos, de maneira geral, não utilizam os critérios diagnósticos do DSM-IV e são específicos a cada instrumento de pesquisa.

O DSM-IV e a CID-10 não utilizam critérios diagnósticos idênticos para definição dos sintomas dos transtornos mentais. No entanto, são citados neste trabalho porque são padrões diagnósticos internacionalmente aceitos e utilizados.

Nesta pesquisa, o objetivo é estimar a prevalência da perturbação do humor (sintomas de alterações do humor de acordo com o DSM-IV) e não dos sintomas depressivos (sintomas que variam de acordo com o instrumento de pesquisa). Dessa forma, será utilizado como instrumento para estimar a prevalência de depressão o “*Patient Health Questionnaire-9*” (PHQ-9) que foi desenvolvido de acordo com os critérios para EDM segundo o DSM-IV-TR²¹⁻²⁷, ver Fig. 1. Este instrumento permite identificar os indivíduos com o EDM. Assim, o termo depressão será utilizado como sinônimo para o EDM nesta pesquisa.

Figura 1 - Principais formas de definição do desfecho em estudos sobre depressão



1.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A busca foi realizada nos bancos de dados bibliográficos Pubmed, Lilacs e Web of Science. Utilizou-se também a opção "ver artigos relacionados" no PubMed e revisão das referências disponíveis nos artigos elegíveis. Como recurso adicional foi realizado a busca no Google Academic para localizar outras publicações (teses e dissertações) sobre o tema de pesquisa e sobre o instrumento utilizado.

A estratégia de busca para identificação de estudos sobre o tema desta pesquisa incluiu a utilização do "Medical Subject Heading" (MeSH) e dos "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS). Os descritores utilizados como MeSH e DeCS foram: mental disorders, mental health, diagnostic and statistical manual of mental disorders, depression, depressive disorder, cross-sectional studies, brazil. Também utilizou-se as seguintes palavras-chave: major depressive episode, epidemiologic catchment area study, world mental health, international consortium of psychiatric epidemiology, PHQ-9, patient health questionnaire, PRIME-MD, primary care study (Quadro 1).

Foram considerados elegíveis para a revisão bibliográfica os estudos transversais de base populacional, que incluíram indivíduos com idade igual ou maior á 18 anos e que utilizaram instrumentos de pesquisa baseados nos critérios do DSM-III ou DSM-IV.

No Brasil, os estudos de base populacional de acordo com os critérios elegíveis foram limitados. Dessa forma, optou-se em incluir todos os estudos de base populacional localizados, independentemente do instrumento de pesquisa utilizado. O Apêndice 1 apresenta o resultado da revisão de literatura com as pesquisas de base populacional no Brasil e o Apêndice 2 apresenta o resultado da revisão de literatura com as pesquisas que utilizaram o instrumento PHQ-9 no Brasil, independentemente do tipo de delineamento. O Apêndice 3 apresenta todos os estudos incluídos na revisão bibliográfica de acordo com os critérios elegíveis.

Quadro 1 - Estratégias de busca bibliográfica na Pubmed

DESCRITOR	N1*	N2*	N3*
"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"[Mesh] AND "Mental Health"[Mesh]	44	3	1
(("Cross-Sectional Studies"[Mesh]) AND "Depression"[Mesh]) AND "Brazil"[Mesh]	59	16	3
"Epidemiologic Catchment Area Study"	120	10	2
"World Mental Health"	246	14	3
("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh] OR "Depressive Disorder, Major"[Mesh]) AND "Brazil"[Mesh]	333	54	15
"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"[Mesh] AND "depression"[Mesh]	507	5	3
"Patient Health Questionnaire"	700	60	19
"Major Depressive Episode"	1.728	18	10
(("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "depressive disorder"[Mesh]	1.962	67	12

*N1= referências localizadas; N2= leitura dos resumos N3 = leitura dos artigos

1.2.1 PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NO MUNDO

Estudos epidemiológicos de base populacional sobre os transtornos depressivos foram conduzidos em diferentes países nas duas últimas décadas. A OMS vem liderando uma série de pesquisas sobre os transtornos mentais (TM) com o objetivo de estimar a prevalência e analisar os fatores associados. As primeiras pesquisas aconteceram no início da década de 1980²⁸, impulsionando a criação de uma entrevista diagnóstica estruturada de acordo com os critérios do DSM-III^{29, 30}. Este estudo incentivou pesquisas em diferentes países e o desenvolvimento da entrevista diagnóstica estruturada denominada “*Composite International Diagnostic Interview*” (CIDI)³¹, vindo a subsidiar as classificações diagnósticas do DSM-IV³².

Dessa forma, o “*International Consortium of Psychiatric Epidemiology*” (ICPE)^{18, 33}, foi uma iniciativa da OMS para realizar estudos comparativos entre nações sobre a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais, incluindo dez países: Brasil (N=1.464), Canadá (N=6.902), Chile (N=2.978), República Tcheca (N=1.534), Alemanha (N=3.021), Japão (N=1.029), México (N=1.734), Holanda (N=7.076), Turquia (N=6.095) e EUA (N=5.877)¹⁸. Nestes países, as maiores prevalências do episódio depressivo maior (EDM) em algum momento da vida foram observadas nos EUA (16,9%; IC95% 16,8-17,0), na Holanda (15,7%; IC95% 14,7-16,7) e no Brasil (12,6%; IC95% 10,9-14,4), de acordo com os critérios do DSM-III-R¹⁴.

Outra iniciativa da OMS foi o “*World Mental Health Surveys*” (WMH) que incluiu amostras de base populacional das seguintes regiões do mundo: África (Nigéria e África do Sul), Américas (Colômbia, México e EUA), Ásia (Japão, Pequim, Xangai), Oceania (Nova Zelândia), Europa (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Ucrânia) e Oriente Médio (Israel, Líbano) e amostras regionais de países como o Brasil (São Paulo), totalizando 28 países. A prevalência do EDM no último ano variou entre 2,2% (IC95% 1,4-3,0) no Japão a 10,4% (IC95% 9,2-11,6) no Brasil¹⁵. Dessa forma, o Brasil apresentou a maior prevalência para EDM no último ano, entre todos os países, superando a prevalência do EDM nos EUA que foi de 8,3% (IC95% 7,7-8,9)^{15, 16}. Em média, a prevalência do EDM no último ano foi de 5,5% (IC95% 5,3-5,7) nos países de alta renda e de 5,9% (IC95% 5,5-6,3) nos países de baixa e média renda^{15, 16}.

Na Espanha (N=5.969; ≥ 18 anos) a prevalência do EDM em algum momento da vida de 10,6% (IC95% 9,6-11,6), enquanto a prevalência nos último ano foi de 4,0% (IC95% 3,4-4,6), de acordo com o DSM-IV³⁴.

No Japão (N=1.664; ≥ 18 anos), a prevalência do TDM no último ano foi 2,9% (IC95% 2,1-3,7) e a prevalência de qualquer transtorno do humor foi de 3,1% (IC95% 2,1-4,1), de acordo com o DSM-IV³⁵.

Na China (N=3.884; ≥ 18 anos), a prevalência do TDM foi de 2,0% (IC95% 1,4-2,6) e a prevalência de qualquer transtorno do humor foi de 2,2% (IC95% 1,8-2,6), de acordo com o DSM-IV³⁶.

Na Coréia (N=5.007; ≥ 18 anos), a prevalência do TDM no último ano foi de 1,7% (IC95% 1,3-2,1) e a prevalência do TDM em algum momento da vida foi de 4,3% (IC95% 3,5-5,1). No mesmo país, a prevalência de qualquer transtorno do humor no último ano foi de 2,1% (IC95% 1,7-2,5) e a prevalência de qualquer transtorno do humor em algum momento da vida foi de 4,8% (IC95% 4,0-5,6), de acordo com o DSM-IV³⁷.

Na Austrália (N=8.300; ≥ 18 anos), a prevalência do TDM no último ano e no último mês foram de 6,3% (IC95% 5,7-6,9) e 3,2% (IC95% 2,8-3,6), respectivamente, de acordo com o DSM-IV³⁸.

Na Finlândia (N=5.993, ≥ 15 anos), a prevalência do EDM no último ano foi de 9,3% (IC95% 8,5-10,0), e a prevalência ajustada por idade para mulheres e homens foram de 10,9% (IC95% 9,7-12,0) e 7,2% (IC95% 6,2-8,2), respectivamente, de acordo com o DSM-III-R³⁹.

No Brasil, Andrade et al. (N=1.464; ≥ 18 anos) observaram a prevalência do TDM no último mês de 4,5% (IC95% 3,3-5,7). A prevalência do TDM em algum momento da vida foi de 16,8% (IC95% 14,6-18,9) e a prevalência do TDM no último ano foi de 7,1% (IC95% 5,5-8,7), de acordo com a CID-10. No último mês, a prevalência entre as mulheres foi 5,4% (IC95% 4,3-6,5) e entre os homens foi de 3,2% (IC95% 1,5-4,9)¹³.

Vorcaro et al., no Projeto Bambuí, (N=1.041; ≥ 18 anos) observaram a prevalência do TDM no último mês de 7,5% (IC95% 5,9-9,1). No último ano e em algum momento da vida, a prevalência do TDM foi de 9,1% (IC95% 7,4-10,9) e 12,8% (IC95% 10,7-14,8), respectivamente, de acordo o DSM-III-R⁴⁰.

Na amostra brasileira do ICPE (N=1.464; ≥ 18 anos), a prevalência do EDM no último mês foi de 3,9% (IC95% 2,7-5,1). A prevalência do EDM no último ano foi

de 5,8% (IC95% 4,6-7,0) e a prevalência do EDM em algum momento da vida foi 12,6% (IC95% 10,8-14,4), segundo o DSM-IV¹⁴. Na amostra brasileira do WMH (N=5.211; ≥ 18 anos), a prevalência do EDM no último ano foi de 10,4% (IC95% 9,2-11,6) e a prevalência do EDM em algum momento da vida foi de 18,4% (IC95% 16,8-20,0)¹⁵. Em Pelotas, (N=1.560; 18-24 anos), a prevalência do TDM segundo o instrumento “*Mini-International Neuropsychiatric Interview*” (MINI 5.0) foi de 12,6%⁴¹. Este estudo não informa o período recordatório utilizado.

Na Tabela 1 e na Tabela 2 são apresentadas as prevalências para o EDM publicadas em dois estudos transnacionais. Em média, os países com alta renda apresentam prevalências maiores para o EDM. Essas diferenças são influenciadas por diferenças nas populações estudadas, por critérios utilizados para gerar os diagnósticos, pelas taxas de não respondentes e por aspectos metodológicos das pesquisas¹⁴. Conforme citado anteriormente, o Brasil apresentou a maior prevalência do EDM no último ano entre todos os países participantes do WMH¹⁵.

Tabela 1 - Prevalência do episódio depressivo maior (EDM) em dez países (2003)

PAÍS	N	PERÍODO DE PREVALÊNCIA DO EDM					
		NA VIDA		NO ÚLTIMO ANO		NO MÊS	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Brasil	1.464	12,6	10,9-14,4	5,8	6,8-4,6	3,9	2,7-5,1
Canadá	6.902	8,3	7,1-9,5	4,3	3,5-5,1	1,9	1,3-2,5
Chile	2.978	9,0	7,8-10,2	5,6	4,4-6,8	3,3	2,5-4,1
República Tcheca	1534	7,8	6,0-9,6	2,0	1,2-2,8	1,0	0,4-1,6
Alemanha	3.021	11,5	10,1-12,9	5,2	4,2-6,2	1,3	0,9-1,7
Japão	1.029	3,0	2,0-4,0	1,2	0,4-2,0	0,9	0,5-1,3
México	1.734	8,1	5,7-10,4	4,5	2,9-6,1	2,2	1,0-3,4
Holanda	7.076	15,7	14,7-15,7	5,9	5,3-6,5	2,7	2,3-3,1
Turquia	6.095	6,3	5,3-7,3	3,5	2,7-4,3	3,1	2,3-3,9
EUA	5.877	16,9	16,8-17,0	10,0	8,8-11,2	4,6	3,8-5,4

Fonte: ANDRADE, 2003¹⁴

Tabela 2 - Prevalência do episódio depressivo maior (EDM) em dezoito países (2011)

	PAÍS	N	NA VIDA		NO ÚLTIMO ANO	
			%	IC95%	%	IC95%
PAISES DE ALTA RENDA						
DE ALTA RENDA	Bélgica	1.752	14,1	(12,0-16,1)	5,0	(4,0-6,0)
	França	1.987	21,0	(18,9-23,1)	5,9	(4,7-7,2)
	Alemanha	2.820	9,9	(8,7-11,1)	3,0	(2,4-3,6)
	Israel	7.055	10,2	(9,2-11,2)	6,1	(5,3-6,9)
	Itália	4.628	9,9	(8,9-10,9)	3,0	(2,6-3,4)
	Japão	2.795	6,6	(5,6-7,6)	2,2	(1,4-3,0)
	Holanda	1.955	17,9	(15,9-19,9)	4,9	(3,9-5,9)
	Nova Zelândia	14.735	17,8	(17,0-18,6)	6,6	(6,0-7,2)
	Espanha	5.969	10,6	(9,6-11,6)	4,0	(3,4-4,6)
	EUA	10.617	19,2	(18,2-20,2)	8,3	(7,7-8,9)
	TOTAL	54.313	14,6	(14,2-15,0)	5,5	(5,3-5,7)
PAISES DE BAIXA E MÉDIA RENDA						
DE BAIXA E MÉDIA RENDA	Brasil	6.228	18,4	(16,8-20,0)	10,4	(9,2-11,6)
	Colômbia	5.970	13,3	(12,1-14,5)	6,2	(5,4-7,0)
	Índia	4.304	9,0	(8,0-10,0)	4,5	(3,7-5,3)
	Líbano	2.722	10,9	(9,1-12,7)	5,5	(4,1-6,9)
	México	6.238	8,0	(7,0-9,0)	4,0	(3,4-4,6)
	China	7.517	6,5	(5,7-7,3)	3,8	(3,2-4,4)
	África do Sul	5.045	9,8	(8,4-11,2)	4,9	(4,1-5,7)
	Ucrânia	7.686	14,6	(13,2-16,0)	8,4	(7,2-9,6)
	TOTAL	45.710	11,1	(10,7-11,5)	5,9	(5,5-6,3)

Fonte: BROMET, 2011¹⁵

1.2.2 FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Nesta seção apresentar-se-á os fatores associados aos transtornos depressivos nas pesquisas citadas anteriormente, quando disponíveis.

No ICPE¹⁴, observou-se associações entre o sexo e o EDM em diversos países, com exceção da República Tcheca, Japão e México. No Brasil (OR=2,1; IC95% 1,2-3,7), no Canadá (OR=2,0; IC95% 1,5-2,7), no Chile (OR=2,1; IC95% 1,4-3,1), na Alemanha (OR=2,3; IC95% 1,5-3,4), na Holanda (OR=1,9; IC95% 1,4-2,4), na Turquia (OR=2,3; IC95% 1,6-3,3) e nos EUA (OR=2,0; IC95% 1,6-2,5), as mulheres apresentaram, aproximadamente, duas vezes mais chance de ter um EDM no último ano.

O menor nível educacional (0-11 anos), quando comparado com aqueles com maior nível de educação (16 anos ou mais) apresentou quase o dobro de chance de ter um EDM nos EUA (OR=1,8; IC95% 1,4-2,5). Na Holanda, entre os mesmos grupos, o risco foi de 30% a mais naqueles com menor escolaridade (OR=1,3; IC95% 0,9-1,8)¹⁴.

A renda familiar teve associação negativa com o EDM (quanto maior a renda familiar, menor a prevalência do EDM). Na Holanda (OR=2,1; IC95% 1,6-2,8) e nos EUA (OR=1,8; IC95% 1,3-2,5), o primeiro quartil de renda (mais pobres) apresentou magnitude de risco quase duas vezes maior que o quarto quartil (mais ricos)¹⁴.

Entre os indivíduos não casados, observou-se aproximadamente duas vezes maior chance de desenvolver um EDM na Holanda (OR=2,0; IC95% 1,6-2,3) quando comparados aos casados. No Canadá (OR=1,7; IC95% 1,3-2,1), no Chile (OR=1,7; IC95% 1,1-2,8) e nos EUA (OR=1,6; IC95% 1,3-2,1) o risco para EDM foi de aproximadamente 70% entre os indivíduos não casados no último ano, em comparação com os indivíduos casados¹⁴.

Em relação a idade, somente na Holanda houve associação entre idade e EDM. Os indivíduos com idade entre 35-44 anos tiveram 50% mais risco de ter um EDM quando comparados com aqueles indivíduos com 45 anos ou mais (OR=1,5; IC95% 1,2-2,0)¹⁴.

No WMH¹⁵, o sexo feminino apresentou associação com o EDM nos países de baixa e média renda. As mulheres apresentaram, aproximadamente, o dobro de chance para o EDM na Colômbia (OR=1,9; IC95% 1,4-2,7), na Índia (OR=1,9;

IC95% 1,3-2,7), no Líbano (OR=2,1; IC95% 1,3-3,4), no México (OR=2,1; IC95% 1,5-2,9) e na África do Sul (OR=2,2; IC95% 1,5-3,2). No Brasil e na Ucrânia a chance de apresentar um EDM foi quase três vezes maior entre as mulheres do que entre homens (OR=2,6; IC95% 1,9-3,5 e OR=2,5; IC95% 2,0-3,0, respectivamente).

Em relação ao estado civil, no Brasil, as pessoas divorciadas tiveram três vezes mais chance de ter um EDM (OR=3,0; IC95% 1,9-4,9) quando comparadas com aquelas casadas. Na Ucrânia, entre os mesmos grupos, o odds de EDM foi de 4,2 (IC95% 2,9-6,2)¹⁵.

Foram encontradas associações entre renda e EDM na Índia (OR=2,1; IC95% 1,2-3,8) e no Líbano (OR=2,1; IC95% 1,4-3,2). Os indivíduos com baixa renda, quando comparados com aqueles de alta renda, tiveram o dobro de chance de ter um EDM¹⁵.

Nos países de renda alta, foram encontradas associações entre o sexo feminino e o EDM, com exceção da Bélgica e da Alemanha. As mulheres tiveram aproximadamente o dobro de chance de ter um EDM no Japão (OR=2,3; IC95% 1,4-4,0), na Holanda (OR=2,3; IC95% 1,5-3,5) e nos EUA (OR=1,7; IC95% 1,4-2,1). As maiores magnitudes de risco entre o sexo feminino e EDM foram encontradas na Espanha (OR=2,7; IC95% 1,9-3,8) e na Itália (OR=2,5; IC95% 1,6-3,8). Enquanto as menores magnitudes de risco foram encontradas na França (OR=1,7; IC95% 1,2-2,5), em Israel (OR=1,6; IC95% 1,2-2,1) e na Nova Zelândia (OR=1,7; IC95% 1,4-2,1)¹⁵.

Em relação à idade, os indivíduos entre 18-34 anos, quando comparados com aqueles indivíduos de 65 anos ou mais, apresentaram magnitude de risco de 2,6 vezes na Holanda (IC95% 1,2-5,7), 3,5 vezes na França (IC95% 1,7-7,4) e de 4,3 vezes nos EUA (IC95% 3,1-6,0)¹⁵.

Na Espanha³⁴, as mulheres tiveram uma chance de ter um EDM, aproximadamente, três vezes maiores do que os homens (OR= 2,7; IC95% 1,9-3,8). Os indivíduos com idade entre 50 e 64 anos tiveram quase duas vezes mais chance de ter um EDM quando comparados com aqueles com idade igual ou superior a 65 anos (OR 1,6 (IC 95% 1,1-2,3). Entre os indivíduos com estado civil separado, divorciado ou viúvo, observou-se, aproximadamente, o dobro de chance de ter um EDM quando comparados com aqueles casados (OR= 1,8; IC95% 1,2-2,7). Em relação à situação de trabalho, os indivíduos que trabalhavam em casa ou que estavam desempregados tiveram maior chance de ter um EDM quando comparados

com aqueles que estavam empregados (OR= 1,6; IC95% 1,1-2,4 e OR= 2,9; IC95% 2,0-4,3, respectivamente).

Na Coréia³⁷, as mulheres tiveram aproximadamente o dobro de chance de ter um TDM do que os homens (OR= 2,2; IC95% 1,7-3,0). Os indivíduos viúvos tiveram, aproximadamente, uma chance três vezes maior de ter um TDM e os indivíduos separados ou divorciados tiveram uma chance, aproximadamente, duas vezes maior de ter um TDM quando comparados aos indivíduos casados (OR=2,8; IC95% 1,4-5,6 e OR= 1,9; IC95% 1,0-3,4, respectivamente). Os indivíduos com maior renda familiar mensal (\geq U\$ 30.000) tiveram mais chance de ter um TDM quando comparados com aqueles indivíduos com renda entre U\$500 e U\$1490 mensais (OR= 1,7; IC95% 1,1-2,7). Os indivíduos com idade entre 18 e 24 anos tiveram uma proteção para o TDM quando comparados com os indivíduos com idade entre 25 e 34 anos (OR= 0,5; IC95% 0,3-0,9). Os indivíduos com escolaridade igual ou superior a 16 anos tiveram uma proteção para o TDM quando comparados com aqueles com 12 anos de escolaridade (OR=0,6; IC95% 0,4-1,0).

Na Austrália³⁸, a depressão foi aproximadamente o dobro entre as mulheres (OR=1,7; IC95% 1,4-2,0). Indivíduos que nunca se casaram (OR=1,4; IC95% 1,1-1,9) e estavam separados ou viúvos (OR=2,0; IC95% 1,3-3,1) apresentaram maior chance para depressão quando comparados com aqueles indivíduos casados. Observou-se uma chance duas vezes de ter depressão em indivíduos desempregados quando comparados à aqueles empregados (OR=2,1; IC95% 1,1-3,8). Os indivíduos com 65 anos ou mais apresentaram uma chance menor ter depressão quando comparados com o grupo mais jovem (OR=0,2; IC95% 0,1-0,3).

Na Finlândia⁴², a chance de ter um EDM foi aproximadamente duas vezes maior entre os indivíduos separados quando comparados com aqueles indivíduos casados (OR=2,00; IC95% 1,42-2,80), entre os indivíduos aposentados quando comparados com aqueles indivíduos empregados (OR= 2,08; IC95% 1,63-2,65), entre os indivíduos fumantes quando comparados com aqueles indivíduos nunca fumantes (OR=2,19; IC95% 1,79-2,68) e entre os indivíduos que não praticavam exercícios físicos diariamente, quando comparados com aqueles indivíduos que praticam exercícios físicos diariamente (OR= 2,10; IC95% 1,48-2,97). Entre os indivíduos com pior condição de saúde geral (mais do que duas doenças crônicas) a chance de ter um EDM foi, aproximadamente, três vezes maior do que entre aqueles indivíduos com uma melhor condição de saúde geral (sem nenhuma doença crônica,

OR= 2,69; IC95% 2,03-3,57). Entre os indivíduos alcoolistas, observou-se uma chance cinco vezes maior de ter um EDM quando comparados com os indivíduos não alcoolistas (OR= 4,73; IC95% 2,92-7,67). Os indivíduos com índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 apresentaram uma chance maior de ter um EDM quando comparados com aqueles indivíduos com IMC < 25 (OR= 1,49; IC95% 1,13-1,96). Entre as mulheres com IMC ≥ 30 , a chance de ter um EDM foi superior a dos homens (OR= 10,05; IC95% 4,02-25,15 e OR= 3,88; IC95% 2,08-7,24, respectivamente).

No Brasil¹³, as mulheres apresentaram maior chance de ter depressão (OR=1,6; IC95% 1,2-2,1) do que os homens. Os indivíduos desempregados tiveram três vezes mais chance de ter depressão do que os indivíduos empregados (OR=3,1 IC95% 1,2-7,8). Os indivíduos divorciados, separados ou viúvos apresentaram um odds de depressão de 1,5 (IC95% 0,9-2,3) em comparação aos casados.

Vorcaro et al., no Projeto Bambuí⁴⁰, observaram que a depressão foi maior entre as mulheres do que entre os homens (OR=3,1; IC95% 1,8-5,3). Os idosos apresentaram quase seis vezes mais chance de ter depressão quando comparados com os indivíduos entre 18 e 29 anos (OR=5,6 IC95% 2,7-11,5). Indivíduos analfabetos (OR=3,9; IC95% 1,8-8,2) e com escolaridade entre 1-4 anos (OR=1,9; IC95% 1,0-3,6) apresentaram maior chance de ter depressão quando comparados com aqueles com escolaridade maior ou igual a 9 anos. Entre os viúvos, a chance de depressão foi quase três vezes maior quando comparados com os indivíduos casados (OR=2,9; IC95% 1,4-5,9). Os indivíduos que não estavam trabalhando ou que estavam desempregados a mais de um ano apresentaram aproximadamente quatro vezes mais chance de ter depressão quando comparados com aqueles indivíduos que estavam trabalhando (OR=3,6; IC95% 2,2-5,9 e OR=4,2; IC95% 2,5-6,9, respectivamente).

Em Pelotas⁴¹, em um estudo restrito às pessoas com idade entre 18 e 24 anos, as mulheres e os indivíduos com baixo nível socioeconômico apresentaram, aproximadamente, duas vezes mais risco para depressão do que os homens e do que aqueles com alto nível socioeconômico (RP=2,14; IC95% 1,58-2,89 e RP=2,05; IC95% 1,42-2,97, respectivamente). Ser fumante (RP=2,17; IC95% 1,67-2,81) e alcoolista (RP=1,58; IC95% 1,21-2,07) aumentaram o risco para depressão.

Resumindo, as mulheres apresentaram, aproximadamente, duas vezes mais chance de ter um EDM no Brasil (OR=2,1; IC95% 1,2-3,7), EUA (OR=2,0; IC95% 1,6-2,5), Holanda (OR=1,9; IC95% 1,4-2,4) e no Chile (OR=2,1; IC95% 1,4-3,1)¹⁴.

A prevalência de depressão geralmente diminui com o aumento da idade nos países de alta renda. Nos EUA os jovens (idade entre 18 e 34 anos) têm maior chance de ter um EDM (OR=4,3; IC95% 3,1-6,0) quando comparados aos indivíduos idosos (65 anos ou mais)¹⁵. Nos países de baixa e média renda, a relação entre a depressão e a idade é inversa, com a depressão aumentando à medida que aumenta a idade. Em Minas Gerais, no Brasil, os idosos (60 anos ou mais) têm maior chance de ter depressão (OR=5,6; IC95% 2,7-11,5) quando comparados aos jovens (idade entre 18 e 24 anos)⁴⁰.

Em relação ao estado civil, em Minas Gerais, a depressão foi maior nos indivíduos viúvos (OR=2,9; IC95% 1,4-5,9) e separados (OR=2,2; IC95% 0,9-5,5) quando comparados com os solteiros⁴⁰. Em São Paulo a depressão foi maior nos indivíduos separados (OR=3,0; IC95% 1,9-4,9) quando comparados com os casados¹⁵.

Os indivíduos desempregados tiveram maior chance de ter algum transtorno depressivo do que aqueles que estão trabalhando atualmente. Esta associação foi observada na Austrália (OR=2,1; IC95% 1,1-3,8)³⁸, Espanha (OR=2,9; IC95% 2,0-4,3)³⁴, São Paulo (OR=3,1 IC95% 1,2-7,8)¹⁴ e em Minas Gerais (OR=4,2; IC95% 2,5-6,9)⁴⁰.

Em relação aos determinantes comportamentais, os tabagistas tiveram maior chance de ter um EDM quando comparados com os não tabagistas na Finlândia (OR=2,19; IC95% 1,79-2,68)⁴² e maior risco de ter depressão em Pelotas (RP=2,17; IC95% 1,67-2,81)⁴¹. Os alcoolistas comparados com os não alcoolistas tiveram maior chance de ter um EDM na Finlândia (OR=4,73; IC95% 2,92-7,67)⁴² e maior risco de ter depressão em Pelotas (RP=1,58; IC95% 1,21-2,07)⁴¹.

1.2.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA MAIS UTILIZADOS NO BRASIL

Atualmente muitos instrumentos são utilizados com diferentes finalidades, como por exemplo, para diagnóstico, rastreamento, avaliação e intensidade ou evolução dos sintomas. Em geral, muitos instrumentos não utilizam a definição

operacional do desfecho baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV ou da CID-10. Resultando assim, em estimativas pouco precisas sobre a prevalência da variável dependente. Estes critérios amplos podem gerar prevalências de depressão elevadas em estudos de base populacional no Brasil.

Dependendo do instrumento e da faixa etária em estudo, as medidas de ocorrência podem ter ampla variação. A maior prevalência encontrada na revisão de literatura que incluíram os estudos transversais de base populacional no Brasil foi de 38,5%⁴³. Esta prevalência foi detectada através do instrumento de pesquisa "General Health Questionnaire" (GHQ-12) que utiliza um período recordatório das últimas semanas (não sendo especificado no instrumento a quantas semanas ele se refere). Alguns estudos que avaliam os sintomas depressivos, apresentam proporções para cada sintoma estudado e portanto não fornecem estimativas sobre a prevalência de depressão no país⁴³⁻⁴⁷.

O processo de amostragem e a população alvo do estudo também estão diretamente relacionados com as medidas de ocorrência observadas. Por exemplo, as pesquisas em ambientes hospitalares tendem a apresentar prevalência de depressão mais elevada, porque a presença de humor deprimido ou sintomas depressivos são mais frequentes nestes ambientes, devido a uma série de fatores.

No Brasil, um dos instrumentos mais utilizados em estudos transversais sobre saúde mental é o "Self-Report Questionnaire" (SRQ). Este questionário é validado para o rastreamento de transtornos psíquico-emocionais na atenção primária no Brasil, composto de vinte itens, com alternativas de resposta dicotômica (sim ou não)^{48, 49}. Apesar de não ser um instrumento específico para depressão é amplamente usado para medir a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) na população. O SRQ-20 foi utilizado em diferentes estudos para identificação de TMC na cidade de Pelotas⁵⁰⁻⁵³.

O "Beck Depression Inventory" (BDI) é amplamente utilizado em pesquisas clínicas destinadas a avaliar os sintomas depressivos, sendo composto por vinte e um itens⁵⁴. Não foram localizadas pesquisas de base populacional que utilizaram este instrumento.

Entre os idosos, a "Geriatric Depression Scale" (GDS-15) é o instrumento mais utilizado no Brasil, incluindo estudos de base populacional^{46, 47}. Estudos que avaliaram o "Programa de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da

Família" (PROESF) utilizaram esta escala para estimar a prevalência dos sintomas depressivos em municípios do sul e norte do país.

Na cidade de Pelotas, o estudo de Gazzale et al.⁴⁵ utilizou um questionário com oito perguntas para avaliar a prevalência de sintomas depressivos. Este questionário foi desenvolvido e utilizado pelo autor do estudo e mede a prevalência de cada um dos oito sintomas⁴⁵. O mesmo instrumento foi utilizado por Rombaldi et al. que fez adaptações deste instrumento⁴⁴. Este instrumento não é baseado em critérios diagnósticos do DSM-IV ou CID-10.

A "Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo" (EPDS) foi recentemente validada em mulheres no período pós-parto⁵⁵. Esta escala contém dez perguntas que avaliam os sintomas depressivos mais comuns no período pós-parto⁵⁵.

O "Mini-International Neuropsychiatric Interview" (MINI), é uma entrevista diagnóstica padronizada, de longa duração (aproximadamente 30 minutos), destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa, que visa à classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios da CID-10, do DSM-III-R e do DSM-IV⁵⁶. Lopez et al. utilizaram este instrumento em pesquisa com jovens entre 18 e 24 anos na cidade de Pelotas⁴¹. A versão utilizada foi a MINI 5.0 em português, desenvolvida para utilização em cuidados primários e ensaios clínicos⁴¹. Esta versão não foi validada na população brasileira.

Com exceção do EPDS e do BDI, os outros instrumentos foram utilizados em estudos de base populacional realizados no Brasil e com exceção do MINI, nenhum destes instrumentos se propõe a medir o EDM ou o TDM baseado nos critérios do DSM-IV ou da CID-10.

1.2.3.1 QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE – 9 (PHQ-9)

O PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) é um instrumento de nove itens, com quatro alternativas de resposta, que avalia o episódio depressivo maior de acordo com os nove critérios do DSM-IV. Este instrumento é resultado do estudo PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), conduzido nos EUA na década de 1990, que desenvolveu um instrumento homônimo para avaliação de cinco grupos de transtornos mentais (ansiedade, humor, somatoformes, uso de álcool e alimentares)²⁶. Devido ao longo tempo necessário para aplicação do

PRIME-MD, os pesquisadores optaram em dividi-lo em instrumentos específicos para cada transtorno, resultando em diferentes PHQ²⁷. O PHQ-9 é o instrumento utilizado para avaliação da depressão. Nesta adaptação, o instrumento adquiriu a opção de resposta na forma de uma variável categórica ordinal que avalia a presença do humor deprimido nas últimas duas semanas, com quatro opções de resposta: 0 (nenhum dia), 1 (vários dias), 2 (mais da metade dos dias) e 3 (quase todos os dias).

O PHQ-9 pode ser interpretado de três formas: 1) na forma de algoritmo, identificando os indivíduos com um episódio depressivo maior (EDM) e rastreando prováveis casos do transtorno depressivo maior (TDM); 2) como uma medida contínua, com escores entre 0 e 27 pontos, onde pode-se avaliar os níveis de sintomas da depressão através dos pontos de corte, como por exemplo, igual ou maior que 5, 10, 15 e 20 pontos, representando a depressão leve, moderada, severa e grave, respectivamente; 3) como uma medida contínua com escores entre 0 e 27 pontos, classificando os indivíduos de maneira dicotômica através da utilização de um único ponto de corte (geralmente ≥ 10).

No Brasil, este instrumento foi utilizado em diferentes estudos. Fraguas et al.⁵⁷ realizaram a tradução da seção que avalia a depressão no PRIME-MD para o português e aplicaram o instrumento em 270 pacientes ambulatoriais de ambos os sexos, comparando com uma entrevista psiquiátrica estruturada “*Structured Clinical Interview for DSM disorders – Axis I / Patient Edition*” (SCID-I/P). Os mesmos pesquisadores publicaram outro estudo sobre a identificação da depressão por médicos generalistas⁵⁸.

Perez et al. utilizaram o PHQ-9 através da aplicação do PRIME-MD em pacientes com síndromes isquêmicas miocárdicas, utilizando a versão traduzida para o português^{57, 59}. Santana et al. utilizaram PHQ-9 em amostra de 973 indivíduos, com idade entre 10 e 21 anos e observaram prevalência de depressão em 10,4% da amostra^{27, 60}. Zinn-Souza et al. utilizaram a versão do PHQ-9 traduzida por Santana et al. em amostra de indivíduos com idade entre 14 e 18 anos (N=724), observando prevalência de depressão em 7,5% da amostra^{60, 61}.

De Lima Osório et al. avaliou a capacidade discriminativa da versão brasileira do PHQ-9 e de sua versão reduzida, o PHQ-2²³. Utilizou a versão traduzida para o português (Copyright© 2005 Pfizer Inc., New York, NY) em amostra ambulatorial de 177 mulheres, utilizando a entrevista psiquiátrica estruturada (SCID-

IV—*Clinical Version*) como padrão ouro. O ponto de corte ≥ 10 foi o mais adequado para rastreamento do EDM nessa população. Assim, para o ponto de corte de ≥ 10 , o PHQ-9 apresentou sensibilidade de 100% e especificidade 98%, com valor preditivo positivo de 97% e um valor preditivo negativo de 100%.

Outros autores utilizaram a versão validada do PHQ-9 entre mulheres grávidas atendidas em 18 unidades básicas de saúde no estado do Rio Grande do Sul⁶²⁻⁶⁴.

O PHQ-9 foi o instrumento escolhido para avaliar a depressão em nosso estudo porque é um instrumento que utiliza os nove critérios diagnósticos para o episódio depressivo maior segundo o DSM-IV. Dessa forma, fornece uma estimativa precisa da prevalência do EDM na população e de prováveis casos do transtorno depressivo maior (TDM). É um instrumento de livre acesso, de rápida aplicação e que pode ser facilmente utilizado no contexto da pesquisa epidemiológica e nos serviços de saúde. Entre os instrumentos utilizados para avaliar a depressão, o PHQ-9 é o instrumento operacionalmente mais viável para estimar a prevalência do episódio depressivo maior (depressão) na população, através da modalidade do consórcio de pesquisa dos mestrandos em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

1.3 JUSTIFICATIVA

A depressão é um dos transtornos mentais com maior prevalência em diferentes países^{3, 65}, sendo responsável por considerável quantia dos gastos com saúde, por prejuízos aos relacionamentos interpessoais e ao desempenho de atividades cotidianas, como estudar e trabalhar⁶⁶. A Organização Mundial da Saúde (OMS) atribui que a depressão é responsável por aproximadamente 12% do total de anos vividos com incapacidade em todo o mundo^{9, 51, 67, 68}. Sem tratamento a depressão tende a assumir um estado crônico (recorrente). Entre os indivíduos sem tratamento, a depressão tende a associar-se com maior nível de incapacidade para a execução de atividades cotidianas, quando comparado com indivíduos que recebem tratamento especializado⁶⁹. Soma-se a isso o fato de que um nível insatisfatório de identificação dos casos de depressão tem como consequência uma ação limitada por parte dos serviços de saúde^{70, 71}.

Estima-se que de um milhão de suicídios que ocorrem anualmente no mundo, 90% destes sejam associados com os transtornos mentais e que, provavelmente, este número seja ainda maior devido ao sub-registro das causas de óbitos^{72, 73}. Um estudo de meta-análise relatou que entre as pessoas que estavam deprimidas, existia um risco maior de morte (RR= 1,81; IC95% 1,58-2,07) em comparação com pessoas que não apresentavam depressão^{67, 74}.

A condição de saúde mental da população é considerada um componente importante e essencial na saúde pública^{19, 75}. Contudo, o projeto Atlas da OMS observa uma negligência sistemática e de longo prazo quanto aos recursos destinados para as pesquisas, políticas e serviços de saúde mental, principalmente em países de baixa e média renda^{12, 41}. Os custos econômicos e sociais dos transtornos mentais também são substanciais. Nos Estados Unidos, os custos diretos do tratamento dos transtornos mentais foram estimados em cerca de 2,5% do produto interno bruto. Considerando os custos do tratamento indireto, esta proporção pode chegar a um número seis vezes maior⁷⁶. Nos países em desenvolvimento, as famílias suportam uma proporção significativa do ônus econômico e social, devido à ausência ou ineficácia dos serviços de saúde mental. Além disso, as famílias também são afetadas pelo preconceito e estigmatização⁷⁷⁻⁷⁹.

Segundo o inquérito sobre saúde no mundo (WHS) da OMS, no Brasil (N=5.000), 19,2% (IC95% 17,7-20,7) da população relataram ter recebido um diagnóstico de depressão no último ano^{80, 81}.

Em Pelotas não foi localizado nenhum estudo de base populacional sobre a depressão entre os indivíduos adultos, de acordo com os critérios do DSM-IV. Assim, este projeto de pesquisa se fundamenta na importância de conhecer as características da depressão nesta população. Estimar a prevalência e analisar os fatores associados à depressão subsidia a condução de políticas públicas e planejamento de ações em saúde mental. Esta pesquisa pretende contribuir para a compreensão da relação entre a depressão e os determinantes socioeconômicos, demográficos e comportamentais.

Além disso, o instrumento que se propõe a utilizar nesta pesquisa é de livre acesso e pode ser utilizado na atenção primária à saúde por qualquer profissional, auxiliando no rastreamento dos casos de depressão.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a prevalência e fatores associados à depressão em adultos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar a prevalência da depressão entre os indivíduos com 20 anos ou mais, nas duas semanas anteriores a coleta de dados;
2. Descrever a distribuição da depressão de acordo com as variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal), socioeconômicas (renda, escolaridade, nível econômico e situação de trabalho), comportamentais (tabagismo e alcoolismo).

3 HIPÓTESES

Considera-se que a prevalência da depressão será em torno de 7,5%. A depressão será maior nos indivíduos do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos, com cor da pele não branca e entre aqueles indivíduos divorciados, separados ou viúvos. Considera-se que a prevalência de depressão será maior nos indivíduos de nível econômico baixo, entre aqueles que não trabalham, entre os tabagistas e alcoolistas.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

Estudo observacional, do tipo transversal de base populacional.

4.2 JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA DO DELINEAMENTO

Estudos transversais fornecem informações sobre prevalência da doença e de fatores associados, sendo úteis para o planejamento em saúde. Permitem examinar a relação entre exposição e doença numa determinada população, em um determinado momento (verificação simultânea da exposição e da doença). No entanto, a interpretação da relação causal entre os eventos é sua principal limitação devido à possibilidade de causalidade reversa.

Doenças de baixa prevalência (que exigem amostras de grande tamanho) ou doenças de curta duração (onde poucas pessoas teriam a doença no momento da realização do estudo), geralmente não são investigadas através de estudos transversais. A vantagem do estudo transversal em relação a muitos estudos de caso-controle, por exemplo, é que a amostra (quando representativa de uma população) é constituída por indivíduos de toda população – não exclusivamente de pessoas que estão doentes. Geralmente, quando comparados aos estudos de coorte, este delineamento é realizado em menor tempo e possibilita uma redução significativa nos custos de execução da pesquisa.

Como o objetivo principal deste estudo é estimar a prevalência e fatores associados à depressão, o delineamento transversal é o mais indicado para este objetivo. Além disso, este estudo é parte do consórcio de pesquisa, de mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), que visa avaliar as condições de vida e saúde dos indivíduos da zona urbana do município de Pelotas.

4.3 POPULAÇÃO ALVO

Indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, de ambos os sexos, residentes na cidade de Pelotas, RS.

Serão excluídos indivíduos com incapacidade de comunicação verbal, incapacidade cognitiva ou mental observada pela entrevistadora. Também serão excluídos Indivíduos institucionalizados (hospitais, casas geriátricas, entre outros).

4.5 DEFINIÇÃO DO DESFECHO

O desfecho a ser estudado é a depressão (Episódio Depressivo Maior). Para estimar a prevalência do desfecho será utilizado o “*Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*” (Questionário sobre a saúde do paciente - 9) que avalia os sintomas de depressão nas últimas duas semanas. É um questionário composto de nove itens/perguntas que avaliam cada um dos sintomas específicos descritos nos critérios diagnósticos do Episódio Depressivo Maior, segundo o DSM-IV³². Resumidamente, os nove sintomas supracitados são humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto, pensamentos suicidas. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia as implicações desses sintomas no desempenho de atividades diárias (como trabalhar e estudar).

Cada pergunta tem quatro categorias de resposta: 0 (nenhuma vez), 1 (vários dias), 2 (mais da metade dos dias), 3 (quase todos os dias). O questionário será aplicado verbalmente pela entrevistadora em um único bloco, seguindo a ordem das perguntas no instrumento.

A depressão será avaliada através de uma variável categórica binária, utilizando um algoritmo determinado pelos nove sintomas do questionário^{27, 82}. Este

algoritmo define como caso de depressão todos os indivíduos que pontuarem no questionário as alternativas de resposta “mais da metade dos dias” ou “quase todos os dias” em cinco ou mais sintomas de depressão (onde um destes sintomas deve ser obrigatoriamente, humor deprimido ou anedonia). Na utilização do algoritmo, o item 9, sobre pensamentos suicidas, é considerado como um sintoma de depressão para todos os indivíduos que pontuarem no questionário as alternativas de resposta “vários dias”, “mais da metade dos dias” ou “quase todos os dias”. Este algoritmo é indicado pelos pesquisadores que desenvolveram o questionário²⁷.

4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO

A seguir, é apresentado o Quadro 2, com a descrição das variáveis independentes, sua definição e forma de coleta de acordo com os determinantes em saúde.

Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes

	VARIÁVEIS	FORMA DE COLETA (DEFINIÇÃO)	TIPO DA VARIÁVEL
DEMOGRÁFICAS	Sexo	Observada pelo entrevistador · (masculino e feminino)	Categórica binária
	Idade	Referida · (anos completos)	Numérica discreta e posteriormente será categorizada
	Cor da pele (IBGE ¹)	Referida (Branca, Preta, Amarela Indígena, Parda)	Categórica nominal
	Situação conjugal	Referida · (casado/companheiro) · (solteiro/sem companheiro) · (separado) · (viúvo)	Categórica nominal

¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SOCIOECONOMICAS	Escolaridade	Referida · (anos completos de estudo)	Numérica discreta e posteriormente será categorizada
	Nível econômico	Classificação da ABEP ² · (A, B, C, D, E)	Categórica ordinal
	Renda familiar	Referida · (total da renda familiar em reais, R\$, no mês anterior a entrevista)	Numérica continua e posteriormente será categorizada
	Trabalho	Referida · (trabalhando atualmente, não trabalhando)	Categórica binária
COMPORTAMENTAIS	Tabagismo	Referida · Não tabagista · Ex-tabagista (indivíduo que não é classificado como tabagista atual, mas já foi tabagista no passado) · Tabagista atual (indivíduo que fumou, pelo menos, um cigarro nos 30 dias anteriores a entrevista)	Categórica ordinal
	Álcool	Referida · Uso de alguma bebida alcoólica nos 30 dias anteriores a entrevista	Categórica binária
	Medicação	Referida (fazer uso todos os dias ou quase todos os dias de algum psicofármaco antidepressivo nos últimos 30 dias anteriores a entrevista)	Categórica binária
	Utilização dos serviços de saúde	Referida (consulta com Psicólogo ou Psiquiatra nos três meses anteriores a entrevista)	Categórica binária

² Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

As variáveis sobre o uso de medicação e consulta com Psicólogo ou Psiquiatra serão utilizadas para uma melhor definição do desfecho, considerando que os indivíduos que estão em tratamento psicofarmacológico ou psicoterapêutico tendem a apresentar uma redução dos sintomas da depressão.

4.7 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

O Quadro 3 apresenta as estimativas do tamanho da amostra necessária para o estudo de prevalência, com as respectivas margens de erro. Considerando um nível de significância de 5%, uma margem de erro de 2 pontos percentuais e a prevalência de 7,5% na população⁴⁰, seria necessário estudar uma amostra de 665 adultos. Adicionando-se 10% para perdas e considerando efeito do delineamento (DEFF) de 2,0 seriam necessários 1.464 indivíduos adultos de ambos os sexos para estudar a prevalência de depressão.

Quadro 3 - Tamanho da amostra necessária para estudo de prevalência

Erro aceitável*	PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO (%)						
	4	5	6	7	8	9	10
1	1.475	1.814	2.151	2.481	2.801	3.114	3.419
2	369	455	541	624	705	785	862
3	164	203	241	278	314	349	384

*pontos percentuais

Para o estudo de associação, calculou-se a prevalência do desfecho nos não expostos segundo as principais variáveis independentes, considerando a prevalência do desfecho de 7,5%, nível de significância de 5% e poder estatístico de 80%. Os parâmetros utilizados para o cálculo de tamanho de amostra para estudo da associação das principais variáveis independentes e o desfecho em estudo encontram-se no Quadro 4, assim como o maior tamanho de amostra necessário, considerando-se efeito de delineamento (DEFF) de 2,0, mais acréscimo de 10% e 20% para perdas e controle para fator de confusão, respectivamente.

Dessa forma, para o estudo de associação das principais variáveis independentes (sexo, idade e nível econômico e escolaridade), a maior amostra necessária seria de 3.498 indivíduos.

Quadro 4 - Cálculo do tamanho de amostra para estudo de associação, segundo as principais variáveis independentes, considerando a prevalência do desfecho de 7,5%

Exposição	Razão Não Exposto : Exposto	Prevalência em não expostos	RR	Subtotal	N total*
Nível econômico (classe C,D,E)	30:70	4,4	2,0	1.344	3.498
Idade (≥60)	85:15	6,5	2,0	1.267	3.296
Escolaridade (0 – 8)	40:60	4,7	2,0	1.077	2.802
Sexo (feminino)	46:54	4,9	2,0	983	2.554

*acrescido de 10% para recusas, 20% para controlar fator de confusão e DEFF de 2,0

Outro cálculo para o estudo de associação foi realizado. Calculou-se a prevalência do desfecho nos não expostos segundo as principais variáveis independentes considerando a prevalência de 3,9%¹⁴, nível de significância de 5% e poder estatístico de 80%. Os parâmetros utilizados para o cálculo de tamanho de amostra para estudo da associação das principais variáveis independentes e o desfecho em estudo encontram-se no Quadro 5, assim como o maior tamanho de amostra necessário, considerando-se efeito de delineamento (DEFF) de 2,0, mais acréscimo de 10% e 20% para perdas e controle para fator de confusão, respectivamente.

Dessa forma, para o estudo de associação das principais variáveis independentes (sexo, idade e nível econômico e escolaridade), a maior amostra necessária seria de 6.930 indivíduos.

As estimativas de frequências das exposições foram encontradas na literatura, conforme apresentado abaixo:

- Nível socioeconômico - avaliado a partir da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), (consórcio de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – PPGE – 2008-2010);
- Idade - dados do censo 2010, IBGE;
- Sexo – dados do censo 2010, IBGE;
- Grau de escolaridade - (consórcio de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – PPGE – 2008-2010);
-

Quadro 5 - Cálculo do tamanho de amostra para estudo de associação, segundo as principais variáveis independentes, considerando a prevalência do desfecho de 4,5%

Exposição	Razão Não Exposto : Exposto	Prevalência em não expostos	RR	Subtotal	N total*
Nível econômico (classe C,D,E)	30:70	2,3	2,0	2.664	6.930
Idade (≥ 60)	85:15	3,4	2,0	2.540	6.604
Escolaridade (0 – 8)	40:60	2,4	2,0	1.998	5.196
Sexo (feminino)	46:54	2,5	2,0	2.187	5.688

*acrescido de 10% para recusas, 20% para controlar fator de confusão e DEFF de 2,0

4.8 AMOSTRAGEM

O processo de amostragem será realizado em múltiplos estágios, provavelmente, de acordo com os seguintes procedimentos:

- Listagem de todos os setores censitários urbanos da cidade de Pelotas, RS;

- Estratificação destes setores de acordo com a renda média do chefe da família;
- Sorteio sistemático de setores censitários em cada estrato, proporcional ao seu tamanho;
- Listagem de todos os domicílios nos setores sorteados;
- Sorteio sistemático de domicílios nos setores sorteados;
- Inclusão na amostra de todos os indivíduos com 20 anos ou mais residentes nos domicílios sorteados.

4.9 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

As informações serão coletadas com a utilização do “*Personal digital assistant*” (PDA), por meio de um questionário, que será composto por um bloco de perguntas gerais, contendo variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais, além de questões específicas aos projetos de mestrado do PPGE.

O instrumento específico deste projeto de pesquisa (ver Anexo 1) é composto por nove questões que avaliam a depressão, uma questão que avalia as implicações desses sintomas no desempenho de atividades diárias (como trabalhar e estudar), uma questão relacionada ao uso de antidepressivos nos 30 dias anteriores a coleta dos dados e uma questão relacionada à consulta com Psicólogo ou Psiquiatra nos três meses anteriores a coleta dos dados. Todas as questões incluídas no questionário serão detalhadamente explicadas através de manuais para as entrevistadoras. O questionário PHQ-9 será aplicado verbalmente pela entrevistadora em um único bloco, seguindo a ordem das perguntas no instrumento.

4.10 SELEÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL

A seleção das entrevistadoras será baseada nos seguintes critérios:

- Sexo feminino;
- Nível educacional mínimo: ensino médio completo;
- Disponibilidade de tempo integral;
- Preferencialmente com experiência prévia em pesquisa;

Após a seleção, será realizado o treinamento das entrevistadoras, que será composto pelas seguintes etapas:

- Breve apresentação do projeto de pesquisa;
- Ensino de técnicas de abordagem domiciliar e de entrevista individual;
- Explicação do manual de instruções do instrumento;
- Aplicação do instrumento entre os entrevistadores;
- Realização de piloto;

4.11 ESTUDO PILOTO

Ao final do treinamento das entrevistadoras, será realizado um estudo piloto em um dos setores censitários da cidade que não foi selecionado para a amostra. Por meio desse estudo, serão testados o questionário, o manual e a organização do trabalho, além do treinamento para as entrevistadoras.

4.12 LOGÍSTICA

O trabalho de campo é composto por projetos do consórcio de pesquisa dos mestrandos do PPGE/UFPEL. Os mestrandos serão responsáveis pela supervisão do trabalho de campo e das entrevistadoras. O trabalho de campo se constituirá na coleta de dados por entrevistadoras, através do PDA, na população alvo do estudo e nos domicílios selecionados conforme o processo de amostragem descrito anteriormente. As entrevistas serão realizadas diariamente nos turnos da manhã e da tarde.

O Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) da UFPEL servirá como núcleo do trabalho de campo. Nesse local, haverá um determinado número de supervisores diariamente, com exceção dos finais de semana e feriados, com as responsabilidades referentes a esta etapa de coleta de dados e que serão definidas posteriormente.

Em relação a coleta de dados, a utilização do PDA possibilitará a entrada das informações de modo direto no banco de dados, com codificação automática das respostas pelo software com a facilidade de limitar a necessidade do processo de dupla digitação.

Provavelmente, o programa *Pendragon Forms Manager* 2002 será a plataforma utilizada para descarregar as informações para um computador, via Bluetooth (ao menos duas vezes por semana, na forma de arquivo compatível com o programa Excel), disponibilizado a todos os mestrandos para posterior verificação das informações disponíveis.

Todos os mestrandos receberão treinamento para uso do PDA antes das entrevistadoras e da coleta dos dados. Cada entrevistadora usará o seu PDA, disponibilizados pelo PPGE.

As entrevistas se darão nos domicílios dos indivíduos que compõem a amostra e cada entrevistadora visitará, em média, três residências por dia. Após as entrevistas, as entrevistadoras revisarão e codificarão apenas as perguntas em aberto (caso necessário), com o auxílio de seu supervisor de campo, já que os demais dados serão diretamente inseridos pelo PDA.

Serão consideradas perdas às entrevistas que não puderem ser realizadas após, no mínimo, três tentativas em dias e horários diferentes. No mínimo uma das tentativas será realizada pelo supervisor do trabalho de campo.

4.13 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, será realizado um estudo descritivo das principais características da amostra. A descrição de variáveis numéricas envolverá o cálculo de médias, medianas e desvios-padrão. A descrição das variáveis categóricas envolverá a descrição das proporções entre as categorias. Essa etapa envolverá a descrição de frequências para as variáveis através de tabelas e gráficos.

Será calculada a prevalência de depressão, gerando-se uma variável categórica binária. Será calculado intervalo de confiança de 95% para esta prevalência.

Posteriormente serão realizadas análises bivariadas para estudar a associação entre o desfecho (dicotômico) e as variáveis de exposição (numéricas ou categóricas). A associação entre o desfecho e as variáveis de exposição categóricas será analisada usando tabelas de contingência, estimando-se as razões de prevalência com respectivos intervalos de confiança. Os testes estatísticos serão

baseados no teste de qui-quadrado. Quando possível serão calculados testes de tendência linear. Para todos os testes será adotado um nível de significância de 5%.

Na análise multivariável será usada a regressão de Poisson de forma a possibilitar a estimativa direta de razões de prevalências, ao invés das razões de odds⁸³. Será utilizado um modelo conceitual de análise para o estudo dos determinantes da depressão na amostra, conforme a Figura 2, de forma a avaliar adequadamente seus determinantes⁸⁴. Pelo fato do processo de amostragem ser realizado por conglomerados, as análises serão realizadas levando-se em consideração o efeito de delineamento amostral. As análises serão realizadas com o software Stata, versão 12 (*Data Analysis and Statistical Software*).

Figura 2 - Modelo conceitual de análise



4.14 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade será realizado pelos mestrandos, a partir de uma revisita em 10% dos domicílios, sorteados aleatoriamente, com aplicação de um questionário reduzido para a verificação de possíveis erros ou respostas falsas. A

concordância entre as informações coletadas no estudo e no controle de qualidade será avaliada através do índice Kappa. Os questionários serão revisados pelos mestrandos para o controle de possíveis erros no preenchimento ou detecção de respostas incoerentes.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa será submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e somente após sua liberação será iniciado o processo de coleta de dados.

Será solicitado consentimento por escrito para participar no estudo de todos os indivíduos elegíveis. Será assegurado o direito de não resposta de parte ou da totalidade do questionário. Uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido ficará em poder do entrevistado (Anexo 3). Não serão realizados procedimentos invasivos, que acrescentem risco a saúde individual. O investigador garantirá sigilo dos dados coletados.

Como uma das questões (questão 9 do PHQ-9) do instrumento avalia o risco de suicídio, para todos os indivíduos que pontuarem valores 1, 2 ou 3 nesta questão, será realizada uma visita à sua residência, com o objetivo de avaliar o risco de suicídio desta pessoa por profissional da saúde mental. Para isso, será utilizado um instrumento específico (ver Anexo 2) que avalia se a pessoa tem um plano de como acabar com a sua vida, se ela tem os meios para tal finalidade (como por exemplo, medicação, armas de fogo, produtos químicos) e se já definiu quando planeja acabar com a sua vida. Assim, o risco de suicídio é classificado como baixo, médio ou alto. Será considerado baixo risco para suicídio o indivíduo que possuir pensamentos suicidas, mas não possuir um plano de suicídio. Será considerado médio risco para suicídio o indivíduo que apresentar pensamentos suicidas e um plano de suicídio. Será considerado de alto risco para suicídio o indivíduo que apresentar pensamentos suicidas, planos definidos e os meios para fazê-lo. Para o indivíduo com baixo risco de suicídio será oferecido, pelo menos, um atendimento em sua residência (por psicólogo ou psiquiatra) e encaminhamento para os serviços de saúde mental. Para os indivíduos com risco médio de suicídio será oferecido, pelo menos, um atendimento em sua residência por psiquiatra, com eventual administração de psicofármacos e orientações a sua família sobre o monitoramento deste indivíduo. Dependendo da avaliação dos profissionais da saúde mental, o indivíduo poderá ser internado em hospital geral ou psiquiátrico para monitoração do seu estado mental. Para os indivíduos com risco grave de suicídio será realizada a avaliação psiquiátrica no domicílio, que decidirá sobre a administração de psicofármacos e internação em hospital geral ou psiquiátrico.

6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação, necessária à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia. Também será realizada a publicação total ou parcial dos resultados em periódicos científicos. Será elaborado um texto, em linguagem acessível, com os principais resultados do estudo destinado à imprensa local e a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas.

7 ORÇAMENTO E JUSTIFICATIVA

O orçamento abaixo é baseado nos gastos gerados pelo consórcio de mestrando PPGE/UFPEL, 2008-2010.

Quadro 6 - Orçamento estimado para o consórcio

ITEM	VALOR (R\$)
Camisetas/serigrafia	680,00
Cartões telefônicos	900,00
Processo de treinamento das entrevistadoras	300,00
Impressões e cópias	3.800,00
Material de escritório	250,00
Pagamento da secretária	6.000,00
Pagamento das batedoras	5.300,00
Pagamento de entrevistadoras	39.000,00
Seguro entrevistadoras	980,00
Vale-transporte	21.100,00
TOTAL	78.310,00

8. CRONOGRAMA

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Funk M, World Health Organization. Mental health and development : targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
2. World Health Organization W, Mathers C, Fat DM, Boerma JT. The global burden of disease : 2004 update. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006 Nov;3(11):e442.
4. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science.* 1996 Nov 1;274(5288):740-3.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
6. Brundtland GH. Mental Health: New Understanding, New Hope. *JAMA:* The Journal of the American Medical Association. 2001 November 21, 2001;286(19):2391.
7. De Almeida Fleck MP, Simon G, Herrman H, Bushnell D, Martin M, Patrick D. Major depression and its correlates in primary care settings in six countries. 9-month follow-up study. *Br J Psychiatry.* 2005 Jan;186:41-7.
8. Tanaka OY, Lauridsen-Ribeiro E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública.* 2006;22:1845-53.
9. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009 Aug 22;374(9690):609-19.
10. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2008;24:267-80.
11. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet.* 2007 Sep 8;370(9590):878-89.
12. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011 Jun 4;377(9781):1949-61.
13. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002 Jul;37(7):316-25.
14. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):3-21.

15. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson N, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011;9(1):90.
16. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety*. 2010 Apr;27(4):351-64.
17. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med*. 2010 Jul;71(2):305-13.
18. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):413-26.
19. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *The Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
20. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):851-8.
21. Reynolds WM. The PHQ-9 works well as a screening but not diagnostic instrument for depressive disorder. *Evid Based Ment Health*. 2010 Aug;13(3):96.
22. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med*. 2010 Jul-Aug;8(4):348-53.
23. de Lima Osorio F, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 2009 Jul;45(3):216-27.
24. Patten SB, Schopflocher D. Longitudinal epidemiology of major depression as assessed by the Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Compr Psychiatry*. 2009 Jan-Feb;50(1):26-33.
25. Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006 Jan-Feb;28(1):71-7.
26. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, 3rd, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994 Dec 14;272(22):1749-56.
27. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*. 1999 Nov 10;282(18):1737-44.
28. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1981 Apr;38(4):381-9.

29. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*. 1984 Oct;41(10):934-41.
30. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. Work Group to Revise DSM-III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III-R. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
31. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI) : core version 1.1). Core 1.1. ed. Geneva?: World Health Organization; 1993.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV. Washington, D.C.: The Association; 1994.
33. Kessler RC. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions -- the NAPE Lecture 1998. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. *Acta Psychiatr Scand*. 1999 Jan;99(1):2-9.
34. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernandez A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*. 2010 Jan;120(1-3):76-85.
35. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Aug;59(4):441-52.
36. Shen YC, Zhang MY, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Cheng H, et al. Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychol Med*. 2006 Feb;36(2):257-67.
37. Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Mar;195(3):203-10.
38. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*. 2001 Feb;178:145-53.
39. Lindeman S, Hamalainen J, Isometsa E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, et al. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2000 Sep;102(3):178-84.
40. Vorcaro CM, Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 Oct;104(4):257-63.
41. Lopez MRA, Ribeiro JP, Ores LdC, Jansen K, Souza LDdM, Pinheiro RT, et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2011:0-.

42. Lindeman S, Hamalainen J, Isometsa E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, et al. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatr Scand.* 2000 Sep;102(3):178-84.
43. Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firma JO, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in community-dwelling older adults (The Bambui Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr.* 2008 Jun;30(2):104-9.
44. Rombaldi AJ, Silva MCd, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2010;13:620-9.
45. Gazalle FK, Lima MSd, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública.* 2004;38:365-71.
46. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2010;59:190-7.
47. Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011 Mar 18.
48. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *The British Journal of Psychiatry.* 1986 January 1, 1986;148(1):23-6.
49. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública.* 2008;24:380-90.
50. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública.* 2008;42:26-33.
51. Coelho FMdC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVdS, Garcias CMM, Silva CVd. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cadernos de Saúde Pública.* 2009;25:59-67.
52. Costa JSDd, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAPd, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2002;5:164-73.
53. Jansen K, Mondin TC, Ores LdC, Souza LDdM, Konradt CE, Pinheiro RT, et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2011;27:440-8.

54. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português Revista de Psiquiatria Clínica. 1998;5(25):5.
55. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23:2577-88.
56. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2000;22:106-15.
57. Fraguas R, Jr., Henriques SG, Jr., De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. J Affect Disord. 2006 Mar;91(1):11-7.
58. Henriques SG, Fraguas R, Iosifescu DV, Menezes PR, Lucia MC, Gattaz WF, et al. Recognition of depressive symptoms by physicians. Clinics (Sao Paulo). 2009;64(7):629-35.
59. Perez GH, Nicolau JC, Romano BW, Laranjeira R. [Depression and Acute Coronary Syndromes: gender-related differences]. Arq Bras Cardiol. 2005 Nov;85(5):319-26.
60. Santana V, Almeida-Filho N, Roberts R, Cooper SP. Skin Colour, Perception of Racism and Depression among Adolescents in Urban Brazil. Child and Adolescent Mental Health. 2007;12(3):125-31.
61. Zinn-Souza L, Nagai R, Teixeira L, Latorre M, Roberts R, Cooper S, et al. Factors associated with depression symptoms in high school students in São Paulo, Brazil. Revista de Saúde Pública. 2008;42:34-40.
62. Benute GR, Nomura RM, Reis JS, Fraguas Junior R, Lucia MC, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. Clinics (Sao Paulo). 2010;65(11):1127-31.
63. Nunes MA, Ferri CP, Manzolli P, Soares RM, Drehmer M, Buss C, et al. Nutrition, mental health and violence: from pregnancy to postpartum Cohort of women attending primary care units in Southern Brazil--ECCAGE study. BMC Psychiatry. 2010;10:66.
64. Manzolli P, Nunes MA, Schmidt MI, Pinheiro AP, Soares RM, Giacomello A, et al. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010 Oct;45(10):983-8.
65. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry. 2004 May;184:386-92.
66. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psychiatr Soc. 2009 Jan-Mar;18(1):23-33.
67. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. Lancet. 2006 Jan 14;367(9505):153-67.

68. Rice DP, Kelman S, Miller LS. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Rep.* 1991 May-Jun;106(3):280-92.
69. Saxena S, Sharan P, Garrido M, Saraceno B. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005:implications for policy development. *World Psychiatry.* 2006 Oct;5(3):179-84.
70. World Health Organization W. Suicide Prevention (SUPRE). 2007; Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
71. Meyer C. Depressive disorders were the fourth leading cause of global disease burden in the year 2000. *Evid Based Ment Health.* 2004 Nov;7(4):123.
72. World Health Organization., Funk M, Saraceno B, Minoletti A. Mental health policy, plans and programmes. Geneva: World Health Organization; 2003.
73. World Health Organization. Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
74. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders.* 2002;72(3):227-36.
75. World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Abuse. Mental health atlas 2005. Rev ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
76. World Health Organization W. World report on disability. 2011 [cited 2011 july 24]; Available from: http://www.who.int/entity/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
77. Alonso J, Buron A, Bruffaerts R, He Y, Posada-Villa J, Lepine JP, et al. Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Oct;118(4):305-14.
78. Schulze B. Mental-health stigma: expanding the focus, joining forces. *Lancet.* 2009 Jan 31;373(9661):362-3.
79. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet.* 2007 Sep 8;370(9590):810-1.
80. World Health Organization W. World Health Surveys Result: Report of Brazil. 2003 [cited 2011 july 24]; 84]. Available from: <http://www.who.int/entity/healthinfo/survey/whsbra-brazil.pdf>.
81. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Junior PR. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica.* 2005;21 Suppl:43-53.
82. Wittkampf K, van Ravesteijn H, Baas K, van de Hoogen H, Schene A, Bindels P, et al. The accuracy of Patient Health Questionnaire-9 in detecting depression and measuring depression severity in high-risk groups in primary care. *General hospital psychiatry.* [Research Support, Non-U.S. Gov't

- Validation Studies]. 2009 Sep-Oct;31(5):451-9.
83. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003;3(1):21.
84. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997 Feb;26(1):224-7.
85. Ramos M, Wilmoth J. Social Relationships and Depressive Symptoms Among Older Adults in Southern Brazil. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2003 July 1, 2003;58(4):S253-S61.
86. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, James SA, et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med*. 2004 Oct;59(7):1339-53.
87. Wiehe M, Fuchs SC, Moreira LB, Moraes RS, Pereira GM, Gus M, et al. Absence of association between depression and hypertension: results of a prospectively designed population-based study. *J Hum Hypertens*. 2006;20(6):434-9.
88. Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal FL. Depression Morbidity in Later Life: Prevalence and Correlates in a Developing Country. *American Journal of Geriatric Psych*. 2007;15(9):790-9 10.1097/JGP.0b013e3180654179.
89. Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2011;0-.
90. Carvalhais SM, Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO, Castro-Costa E, Uchoa E. The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: the Bambui Health and Aging Study (BHAS). *Int J Soc Psychiatry*. 2008 Sep;54(5):447-56.
91. Alexandrino-Silva C, Alves TF, Tófoli LF, Wang Y-P, Andrade LH. Psychiatry: life events and social support in late life depression. *Clinics*. 2011;66:233-8.
92. Nicolosi GT, Falcao DV, Batistoni SS, Lopes A, Cachioni M, Neri AL, et al. Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables. *Int Psychogeriatr*. 2011 Apr 13:1-9.
93. Perez GH, Nicolau JC, Romano BW, Laranjeira R. Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2005;85:319-26.
94. Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MR, Roberts R, Cooper SP, et al. Factors associated with depression symptoms in high school students in Sao Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2008 Feb;42(1):34-40.
95. Guimarães JMN, de Souza Lopes C, Baima J, Sichieri R. Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women. *Journal of Affective Disorders*. 2009;117(1-2):120-3.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO
CONSÓRCIO DE PESQUISA 2011/2012**

Pelotas - RS
2012

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas foi criado em 1991 e foi o primeiro da área de Saúde Coletiva a receber nota “7”, conceito máximo da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo considerado de excelência no padrão internacional. Desde 1999 o PPGE realiza, bianualmente, uma estratégia pioneira denominada “Consórcio de Pesquisa”, no qual um estudo transversal, de base populacional é realizado na zona urbana da cidade de Pelotas, no sul do Rio Grande do Sul⁸⁵. Além de reduzir o tempo do trabalho de campo e otimizar os recursos financeiros e humanos, esta pesquisa proporciona uma experiência compartilhada entre os alunos em todas as etapas de um estudo epidemiológico. Seu resultado contempla as dissertações dos mestrandos e fornece um importante retrato da saúde da população da cidade.

O planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até a planificação e execução do trabalho de campo, é conduzido através das disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ofertadas ao longo de quatro bimestres.

Em 2011-12, a pesquisa contou com a supervisão de 14 mestrandos e uma doutoranda do PPGE, sob a coordenação de três docentes do Programa: Dra. Maria Cecília Assunção, Dra. Helen Gonçalves e Dra. Elaine Tomasi. No estudo, que foi realizado com adolescentes, adultos e idosos, foram investigadas informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais, juntamente com temas específicos de cada aluno. A Tabela 1 apresenta os temas de dissertação (e uma tese) abordados no inquérito populacional.

Tabela 1. Descrição dos alunos, áreas de graduação, população estudada e temas no Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2011/2012.

Aluno	Graduação	População estudada	Tema de pesquisa
Ana Carolina Cirino	Nutrição	Adultos	Consumo de alimentos com fortificação voluntária de vitaminas e minerais
Ana Luiza Soares	Nutrição	Domicílios	Disponibilidade domiciliar de alimentos
Bruno Nunes	Enfermagem	Adolescentes e adultos	Acesso aos serviços de saúde
Carolina Coll	Ed. Física	Adolescentes	Inatividade física em adolescentes
Grégore Mielke	Ed. Física	Adultos	Comportamento sedentário
Juliana Carús	Nutrição	Adolescentes e adultos	Caracterização de refeições realizadas em casa e fora de casa
Lenise Seerig	Odontologia	Adolescentes e adultos	Perfil dos usuários de motocicletas, prevalência e acidentes relacionados
Lídice Domingues	Veterinária	Domicílios	Posse responsável de animais de estimação
Márcio Mendes	Ed. Física	Adultos	Atividade física e percepção de segurança
Márcio Peixoto	Ed. Física	Adolescentes	Prática de atividade física e suporte social

Marília Guttier	Farmácia	Adultos	Uso de medicamentos genéricos
Marília Mesenburg	Biologia	Mulheres 15 a 65 anos	Comportamentos de risco e percepção de vulnerabilidade para DST/AIDS
Paula Oliveira	Fisioterapia	Adolescentes e adultos	Doenças respiratórias e uso de inaladores
Raquel Barcelos	Biologia	Mulheres 15 a 54 anos	Prevalência de distúrbios menstruais
Tiago Munhoz	Psicologia	Adolescentes e adultos	Prevalência e fatores associados à depressão

Reunindo os projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Diagnóstico de saúde em adolescentes, adultos e idosos na cidade de Pelotas, RS, 2012”. Este “projetão” contemplou o delineamento do estudo, objetivos e justificativas de todos os temas de pesquisa, metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas em 1 de dezembro de 2011, sob o número 77/11.

2 COMISSÕES

Para melhor organizar o andamento da pesquisa, os mestrandos se dividiram em comissões:

- Comissão de elaboração do Questionário: composta por Carolina Coll e Márcio Mendes. Responsável pela elaboração do instrumento de pesquisa

comum a todos os mestrandos e do questionário de controle de qualidade das entrevistas.

- Comissão de elaboração do Manual de Instruções: composta por Ana Luiza Soares e Lenise Seerig. Responsável por agrupar as orientações dos mestrandos e doutoranda para cada uma de suas perguntas do questionário e elaborar o manual de instruções do instrumento de coleta de dados.
- Comissão de Logística e de Trabalho de Campo: Composta por Marília Mesenburg e Raquel Barcelos. Foi responsável pela contratação de um secretário, pela verificação e aquisição do material necessário para o trabalho de campo. Além disso, esta comissão coordenou todo o processo de seleção das candidatas para executarem a contagem dos domicílios (“bateção”) e para a função de entrevistadoras.
- Comissão de Amostragem e de Banco de Dados: composta por Bruno Nunes, Grégore Mielke, Paula Oliveira e Tiago Munhoz. Responsável organizar os dados necessários para realização do processo de amostragem da pesquisa, como relação de setores censitários e mapas. Esta comissão foi responsável pela programação da versão digital do questionário no *software Pendragon Forms VI* e sua inserção em todos os *netbooks* utilizados na coleta de dados. Após o início do trabalho de campo, semanalmente, era responsável pela transferência dos dados obtidos nas entrevistas para o servidor e gerenciamento do banco de dados, executando todas as alterações necessárias e verificando inconsistência entre os números de identificação dos

indivíduos pertencentes à amostra. Foi a comissão responsável pela padronização da versão final do banco de dados, utilizada por todos os mestrandos em suas análises.

- Comissão de Divulgação: composta por Juliana Carus e Paula Oliveira. Responsável pela divulgação da pesquisa para a população através dos diversos meios de comunicação, em consonância com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE).
- Comissão de elaboração do “Projetão”: composta por Ana Carolina Cirino e Grégore Mielke. Responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base nos projetos individuais de cada mestrando.
- Comissão de Finanças: composta por Lídice Domingues, Juliana Carus e Márcio Peixoto. Responsável pelo orçamento e controle financeiro da pesquisa.
- Comissão do Relatório do Trabalho de Campo: composta por Ana Luiza Soares e Lenise Seerig. Responsável pelo registro de todas as decisões e informações relevantes das reuniões e pela elaboração do relatório do trabalho de campo do Consórcio de Pesquisa.

3 QUESTIONÁRIOS

Questionário geral

As questões socioeconômicas, demográficas, comportamentais e aquelas específicas dos 14 mestrandos e uma doutoranda do programa foram incluídas no questionário geral. Este foi dividido em quatro blocos:

Bloco A (Bloco Individual) – foi aplicado a todos com 20 anos ou mais. O bloco continha 195 perguntas, incluindo aspectos socioeconômicos, demográficos e de estilo de vida. Além destas, contemplou questões específicas do trabalho de alguns alunos, como: atividade física, alimentação, medicação, presença de doenças, acesso a serviços de saúde e uso de motocicleta.

Bloco B (Bloco Domiciliar) – era respondido por apenas um adulto do domicílio, preferencialmente o(a) dono(a) da casa. Continha 79 perguntas, incluindo aspectos socioeconômicos da família, posse de animais e disponibilidade de alimentos.

Bloco C (Bloco Adolescentes) – foi aplicado aos adolescentes (10 a 19 anos). Continha 102 perguntas relacionadas a(ao): prática de atividade física, alimentação, uso de motocicleta, acesso a serviços de saúde e presença de doenças.

Bloco D (Bloco Saúde das Mulheres) – era aplicado a mulheres de 15 a 65 anos. Continha 13 questões sobre saúde da mulher.

Questionário confidencial

Algumas questões de foro íntimo foram abordadas em um questionário confidencial (auto aplicado). Este instrumento era entregue somente às mulheres entre 15 a 65 anos que já haviam iniciado sua vida sexual. O instrumento continha oito perguntas sobre risco de contrair DST/AIDS. Após finalizado, o questionário era colocado em um envelope, fechado com fita adesiva e depositado em uma urna lacrada.

Todos os blocos do questionário, exceto o confidencial, foram programados na plataforma eletrônica - software Pendragon 6.1 (*Pendragon® Software Corporation*). A aplicação dos questionários foi realizada com a utilização de 30 *netbooks*, que possibilitavam que a entrevista ocorresse com maior rapidez no domicílio.

Quando da impossibilidade de utilização do *netbook*, especialmente em locais da cidade com segurança reduzida (área com alta frequência de assaltos ou pontos de venda de drogas), o questionário era aplicado em papel e, após, duplamente digitado no programa EpiData 3.1 para entrada no banco de dados.

O questionário confidencial era aberto apenas pelo mestrando responsável pelo mesmo ou pelo secretário e, após, era duplamente digitado no programa EpiData 3.1 para ser transferido para o Stata 12.1.

4 MANUAL DE INSTRUÇÕES

Foi elaborado um manual de instruções com a intenção de auxiliar no treinamento das entrevistadoras e servir como material de consulta para

dúvidas durante o trabalho de campo. Cada entrevistadora possuía uma versão impressa do manual e, para facilitar e agilizar a consulta no momento da entrevista, se houvesse necessidade, estava disponível na área de trabalho do *netbook* uma versão digital do documento.

O manual continha orientações para cada pergunta do questionário, incluindo informação sobre o que se pretendia coletar com a questão, as opções de resposta e se estas deveriam ser lidas ou não. Também estavam contempladas as definições de termos utilizados nos questionários, a escala de plantão e telefone de todos os supervisores, orientações quanto às reuniões semanais e cuidados com a manipulação do *netbook*.

5 AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Em seus projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para seu tema de interesse, seja para estimar prevalências ou avaliar possíveis associações. Em todos os cálculos foi considerado acréscimo de 10% para perdas e recusas, 15% para controle de fatores de confusão (quando associações seriam avaliadas) e possível efeito do delineamento. Durante a oficina de amostragem, realizada em novembro de 2011 e coordenada pelos professores Aluisio Barros e Bernardo Horta, foi definido o maior tamanho de amostra necessário para que todos os mestrando conseguissem desenvolver seus trabalhos, levando em consideração questões logísticas e financeiras.

A amostra mínima necessária era de 3.120 indivíduos adultos e 800 adolescentes. Com base em dados do Censo 2010, para encontrar esses

indivíduos seria necessário incluir 1.560 domicílios da cidade de Pelotas. Para compensar possíveis efeitos de delineamento esperados em cada tema em estudo, definiu-se que seriam sorteados 130 setores censitários e visitados cerca de 12 domicílios por setor.

O processo de amostragem foi feito em múltiplos estágios. Primeiramente, foram selecionados os conglomerados, utilizando dados do Censo de 2010⁸⁶. Em razão da não disponibilidade de informação de nível socioeconômico dos setores censitários pelo IBGE, como escolaridade e/ou renda *per capita*, até a data da oficina de amostragem, os 495 setores censitários da cidade foram ordenados pela sua numeração. Esta estratégia é baseada na localização geográfica dos setores, numerados em uma ordem em formato espiral, do centro para as periferias, em sentido horário. Isto garantiria a participação na amostra de diversos bairros da cidade e, assim, de diferentes situações socioeconômicas. Cada setor continha informação do número total de domicílios, organizadas através do número inicial e número final, totalizando 107.152 domicílios do município. Este número foi dividido pelo número definido de setores (130) para obter o “pulo” sistemático, sendo este de 824 domicílios. A partir de um número aleatório sorteado no programa Stata (634), foram selecionados, sistematicamente, os 130 setores, respeitando a probabilidade proporcional ao número de domicílios do setor.

A comissão de amostragem providenciou os mapas de todos os setores sorteados e estes foram divididos entre os mestrandos, ficando cada um responsável por, em média, nove setores censitários.

Para o reconhecimento dos setores e contagem dos domicílios, realizou-se uma seleção de pessoal para compor a equipe de trabalho. A divulgação foi

feita através da página da UFPel na internet e do jornal Diário Popular e inscreveram-se 60 candidatas. Os critérios eram: ser do sexo feminino, ter completado o ensino médio e ter disponibilidade de pelo menos um turno e finais de semana. Foi considerado também o trabalho como recenseadora do IBGE e experiência prévia em pesquisa. O treinamento foi realizado no mês de novembro e teve duração de quatro horas. Das 60 candidatas, 45 foram pré-selecionadas, 41 participaram do treinamento e 29 foram selecionadas, após prova teórica.

O reconhecimento dos setores, chamado “bateção”, foi realizado em dezembro de 2011, através da identificação de todos os domicílios. Além do endereço completo, era apontada na planilha de controle a situação dos prédios, ou seja, se residencial, comercial ou desocupado. Este procedimento foi feito pela equipe previamente treinada, supervisionadas pelos mestrandos do PPGE. Cada mestrando realizou o controle de qualidade nos setores sob sua responsabilidade tão logo o reconhecimento era feito. O controle consistia na recontagem dos domicílios e revisão aleatória de alguns. Quando insatisfatório, isto é, quando o número de domicílios anotados não conferia com o encontrado no setor, o trabalho era refeito pela equipe. Cada “batedora” recebeu R\$ 50,00 por setor adequadamente reconhecido, sendo o pagamento feito somente após o controle de qualidade.

Cada mestrando repassou para a comissão de amostragem o número de domicílios estimado pelo Censo do IBGE (2010) e o número identificado na “bateção”. O número de residências a serem selecionadas em cada setor foi proporcional ao seu crescimento, ou seja, conforme o aumento na ocupação desde a realização do Censo. A comissão de amostragem calculou o “pulo”

(intervalo) em cada setor e sorteou um número aleatório para o início da seleção sistemática. O número de domicílios a serem selecionados em cada setor variou de 11 a 36, totalizando 1.722 domicílios, ficando em média 13 domicílios por setor e aproximadamente 115 domicílios por mestrando.

Todos os domicílios selecionados para a amostra foram visitados pelo aluno responsável, que entregou uma carta de apresentação da pesquisa aos moradores, convidando-os para participar do estudo. Após a concordância, era registrado o nome e idade dos moradores da casa, telefones para contato e preferências de dia e horário para realização das entrevistas.

6 SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

A divulgação da seleção foi feita em diversos meios: *web site* da Universidade Federal de Pelotas e do CPE, jornal *Diário Popular* e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos do curso. De acordo com a logística do trabalho de campo, seria necessário treinar 40 pessoas para iniciar o trabalho com 30 entrevistadoras, permanecendo as demais como suplentes, desde que apresentassem bom desempenho na avaliação do treinamento.

Eram critérios de seleção para os candidatos: ser do sexo feminino, ter completado o ensino médio e ter disponibilidade de pelo menos um turno e finais de semana. Além disso, foram avaliadas: indicação de pesquisadores do Programa, experiência prévia em pesquisa, desempenho no trabalho no reconhecimento dos setores, aparência, carisma e relacionamento interpessoal. Preencheram a ficha de inscrição 60 candidatas, 40 foram pré-selecionadas e 30 permaneceram no treinamento. Em razão da baixa taxa de

permanência das entrevistadoras ao longo do trabalho de campo, houve novo chamado para seleção de entrevistadoras e foi realizado um segundo treinamento. Neste, das 140 candidatas inscritas, foram selecionadas 45 para serem treinadas.

O primeiro treinamento ocorreu de 25 a 30 de janeiro de 2012, no CPE. Foi realizado nos períodos da tarde e noite e teve duração de 40 horas. O segundo treinamento foi feito de 6 a 9 de março de 2012, sendo concentrado em 32 horas. Foram abordados aspectos gerais da pesquisa, como comportamento das entrevistadoras, rotina do trabalho de campo e orientações para o preenchimento dos questionários. Todas as questões foram lidas e explicadas conforme o manual de instruções do instrumento de coleta de dados, sendo sanadas eventuais dúvidas. Cada mestrando responsabilizou-se pela apresentação das suas questões e alguns expuseram também questões gerais, como as socioeconômicas e comportamentais. Após o término de cada bloco, eram simuladas situações e feita manipulação dos questionários nos *netbooks* pelas candidatas. No segundo treinamento, como alguns *netbooks* estavam em campo, a manipulação foi realizada em duplas.

A avaliação das candidatas foi realizada através de prova teórica, com 14 questões, sendo duas descriptivas e 12 de múltipla escolha. A média estabelecida para aprovação foi de 6,0. A avaliação prática consistiu de estudo piloto, onde cada candidata, acompanhada de um mestrando, aplicou um bloco do questionário em entrevista domiciliar. A avaliação final foi dada pela nota da prova teórica e pontuação da entrevista. Foram aprovadas 18 entrevistadoras no primeiro e 18 no segundo processo seletivo.

7 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado no último dia de cada treinamento e consistiu na parte prática da avaliação das entrevistadoras. O primeiro piloto, além de ser um item da avaliação, tinha como objetivo testar o entendimento das questões em um cenário semelhante ao que seria encontrado no trabalho de campo.

Para realização dos pilotos, foram selecionados, por conveniência, dois setores censitários não incluídos na amostra (Residencial Umuarama e Cohab Duque) e, então, escolhidos os domicílios. Cada entrevistadora, sob a supervisão de um mestrandos, aplicou um bloco do questionário (bloco A ou C) ao entrevistado. Durante a entrevista, o mestrandos preencheu uma ficha de avaliação da candidata, atribuindo uma pontuação ao seu desempenho, desde a apresentação no domicílio até a finalização do questionário.

Após o piloto, foi feita uma reunião com os mestrandos para discussão de situações encontradas no campo e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas antes do início do trabalho de campo. Foi discutido também sobre a performance das candidatas e questões que precisavam ser reforçadas antes de iniciarem o trabalho.

8 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi realizado sob a supervisão dos 14 mestrandos e de uma doutoranda, além de um secretário contratado especificamente para esta finalidade, com jornada de trabalho de oito horas diárias.

Os mestrandos trabalharam em regime de plantões presenciais durante a semana e plantão telefônico aos finais de semana. Nesses dias, foram responsáveis por repor os materiais às entrevistadoras, solucionar dúvidas e pendências e contatar com os colegas supervisores de cada entrevistadora, quando necessário. Houve também plantão exclusivo da comissão de banco de dados, que realizava o *download* dos dados das entrevistas e a manutenção dos *netbooks* utilizados.

O secretário tinha a responsabilidade de comunicar decisões da coordenação aos mestrandos e entrevistadoras, digitar questionários de papel utilizados, participar das reuniões semanais e apoiar nas demais tarefas solicitadas pelos plantonistas.

O trabalho de campo iniciou no dia 2 de fevereiro de 2012, sendo finalizado no dia 18 de junho do mesmo ano.

Tão logo teve início o trabalho de campo, foi realizada divulgação da pesquisa no jornal Diário Popular, que publicou reportagem no dia 19 de fevereiro, explicando sobre o estudo. O trabalho também foi divulgado na televisão, através do Jornal do Almoço, da RBS TV, em reportagem exibida no dia 15 de fevereiro e do programa Vida Saudável, da TV Cidade de Pelotas, exibido no dia 12 de março. Nos programas, foi enfatizada a importância da realização do estudo e, especialmente, da participação da comunidade. Ressaltou-se que as casas seriam inicialmente visitadas pelos mestrandos do PPGE, portando carta de apresentação do estudo, e que as entrevistadoras iriam posteriormente, devidamente identificadas e portando cópia da carta entregue.

As entrevistadoras iam a campo identificadas por camiseta com o logotipo do CPE e crachá. Levavam consigo todo o material necessário para a execução das entrevistas (*netbook*, questionários em papel e catálogos específicos de alguns temas estudados, como alimentos fortificados, genéricos e uso de inaladores), a folha de domicílios e os termos de consentimento apropriados a adultos e a adolescentes. Antes de iniciar a entrevista, era lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), ficando uma cópia arquivada no CPE e outra cópia com o entrevistado. O primeiro bloco aplicado era o individual, seguido do domiciliar e do bloco de saúde da mulher. Os adolescentes respondiam apenas o bloco C e, quando responsáveis pelo domicílio, era aplicado o bloco domiciliar na sequência.

Cada mestrando ficou inicialmente responsável por uma entrevistadora e as demais ficaram trabalhando como “relevos” (realizavam entrevistas de diversos mestrandos). Após o segundo treinamento, com o aumento da equipe de trabalho, cada aluno supervisionava pelo menos duas entrevistadoras. Semanalmente, elas participavam de reuniões com os supervisores para avaliar o andamento das entrevistas, receber nova planilha de pessoas elegíveis e material de trabalho e para descarregar as entrevistas no servidor, ou seja, repassar as entrevistas do *netbook* para um computador central. Este último trabalho era feito sempre por um membro da comissão do banco de dados.

Semanalmente, o banco de dados era enviado a todos os mestrandos para verificar possíveis inconsistências no preenchimento das questões e conferir se todos os blocos tinham sido aplicados corretamente. As inconsistências e blocos pendentes eram repassados para um mestrando

responsável pela reunião destas informações, organizando-as por entrevistadora. Os mestrandos recebiam as pendências das entrevistadoras sob sua responsabilidade, devendo enviar a resolução em no máximo quatro dias. Posteriormente, todos recebiam a planilha das resoluções e as alterações necessárias eram feitas no banco de dados pela comissão responsável.

O controle das entrevistas realizadas era feito uma vez por semana. Cada mestrando enviaava o número de entrevistas realizadas (com e sem inconsistências), o número de perdas e recusas e o total de pessoas elegíveis ainda não entrevistadas, separadamente para adultos e adolescentes. Estes números eram discutidos em reuniões semanais com as coordenadoras do Consórcio. As entrevistas eram pagas somente quando não apresentavam inconsistências. O valor inicialmente pago por entrevista completa foi de R\$ 10,00. Em abril, para estimular as entrevistadoras e aumentar a produtividade, aquelas que faziam acima de 15 entrevistas semanais, recebiam R\$ 15,00 a partir da 16^a entrevista. Na segunda quinzena de maio foi reajustado o valor; as que realizavam mais de 10 entrevistas semanais recebiam R\$ 15,00 por entrevista realizada.

Ao final do trabalho de campo, obteve-se informação de 1.555 dos 1.722 domicílios selecionados (9,7% perdas e recusas). Foram realizadas 3.671 entrevistas, obtendo-se um percentual de 12% de perdas e recusas, conforme observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos indivíduos elegíveis e perdas e recusas, por sexo e faixa etária, do Consórcio de Pesquisa 2011/2012. Pelotas, 2012.

Faixa etária	N elegível	♂	♀	Perdas e Recusas	♂	♀	% total
Adultos	3.379	1.457	1.922	452	256	196	13,4
		43,1%	56,9%		56,6%	43,4%	
Adolescentes	789	391	398	48	29	19	6,1
		49,6%	50,4%		60,4%	39,6%	
Total	4.168	1.848	2.320	500	285	215	12,1
		44,3%	55,7%		57,0%	43,0%	

Dos indivíduos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (59,2% entre os adultos e 51,5% entre os adolescentes). As perdas e recusas foram em maior proporção no sexo masculino, porém foram semelhantes à amostra em relação à média de idade.

Os adultos entrevistados tiveram média de idade de 45,7 anos (desvio padrão: 16,6), com amplitude de 20 a 95 anos. A média de idade das perdas e recusas foi de 45,8 anos (desvio padrão: 17,4), com amplitude de 20 a 88 anos.

A média de idade dos adolescentes entrevistados foi de 14,7 anos (desvio padrão: 2,9), com amplitude de 10 a 19 anos. As perdas e recusas de adolescentes tiveram média de idade de 15,2 anos (desvio padrão: 2,9), com amplitude de 10 a 19 anos.

9 CONTROLE DE QUALIDADE

Para assegurar a qualidade dos dados coletados, foram adotadas diversas estratégias, como: treinamento das entrevistadoras, elaboração de

manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, foi feito controle direto pelos mestrandos em diversas etapas da pesquisa.

Inicialmente, foi feito um controle de qualidade durante o reconhecimento dos setores, sendo revisado o número e a ordem dos domicílios anotados na planilha. Foram também selecionadas aleatoriamente algumas residências para checar a visita da entrevistadora.

Após a realização das entrevistas, 10% dos indivíduos eram sorteados para aplicação de um questionário reduzido, contendo uma pergunta do questionário de cada mestrandos. O questionário de adultos tinha 14 questões e o de adolescentes, duas. Este controle era feito pelo mestrandos em um período não superior a 15 dias após a realização da entrevista. As entrevistas eram realizadas no domicílio quando o entrevistado era adulto e por telefone, quando adolescente.

Através deste questionário foi possível calcular a concordância entre as respostas e identificar possíveis fraudes das entrevistadoras no preenchimento dos questionários.

10 CRONOGRAMA

O cronograma do Consócio teve início em novembro de 2011 e foi concluído sete meses após.

Atividade / períodos	2011				2012			
	N	D	J	F	M	A	M	J
Entrega do projeto ao Comitê de Etica em Pesquisa/FAMED/UFPel								
Oficina de amostragem								
Reconhecimento dos setores								
Elaboração dos questionários								
Elaboração manual de instruções								
Seleção da amostra								
Treinamento entrevistadoras								
Realização do trabalho de campo								

10 ORÇAMENTO

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por três diferentes fontes: recursos provenientes da CAPES, repassados pelo PPGE no valor de R\$ 70.000,00; recursos da orientadora da doutoranda participante do Consórcio, no valor de R\$ 5.000,00; e recursos dos mestrandos e doutoranda, no valor de R\$ 10.150,00. No total, foram disponibilizados R\$ 85.150,00 gastos conforme demonstrado nas tabelas abaixo.

Tabela 2. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2011/2012.

Item	Custo total
Vale-transporte	R\$ 16.360,70
Material de escritório	R\$ 491,64
Pagamento do secretário	R\$ 6.000,00
Pagamento das entrevistas	R\$ 38.757,00
Pagamento da bateção	R\$ 6.150,00
Cópias: questionários/mapas/cartas/manuais	R\$ 5.164,40
Camisetas/serigrafia	R\$ 216,00
Impressão de resultados	R\$ 460,00
Total	R\$ 73.599,74

Tabela 3. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelos mestrando do programa para a realização do consórcio de mestrado 2011/2012.

ITENS	CUSTO TOTAL
Cartões telefônicos	R\$ 644,00
Coffe break	R\$ 112,03
Chave cofre	R\$ 7,00
Camisetas	R\$ 285,00
Seguro de vida entrevistadoras	R\$ 1.713,86
Material de escritório	R\$ 3,00
Entrevistas	R\$ 230,00
Total	R\$ 2.994,89

11 REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11:133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.

ARTIGO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ADULTOS:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

**PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED TO DEPRESSION IN
ADULTS: POPULATION-BASED STUDY**

**TÍTULO CORRIDO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À
DEPRESSÃO**

Tiago Neuenfeld Munhoz¹ (tyagomunhoz@hotmail.com)

Iná S. Santos¹ (inasantos@uol.com.br)

Alicia Matijasevich¹ (amatija@yahoo.com)

¹Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

Correspondência:

Tiago N Munhoz

Centro de Pesquisas Epidemiológicas

Universidade Federal de Pelotas

Rua Marechal Deodoro, 1160. Pelotas, RS

Cep: 96020-220 - Caixa Postal 464

RESUMO

Com o objetivo de estudar a prevalência e fatores associados à depressão em adultos, conduziu-se um estudo transversal de base populacional em Pelotas, RS, no ano de 2012. O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. Todos os adultos com 20 anos ou mais, residentes nos domicílios sorteados, foram convidados a participar do estudo. O instrumento utilizado para avaliar a depressão foi o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), utilizando o ponto de corte ≥ 9 . Foram avaliados 2.925 indivíduos e a prevalência de depressão foi de 20,4% (IC95% 18,9-21,8). Após ajuste para fatores de confusão de acordo com um modelo conceitual de análise, as mulheres, os indivíduos mais jovens, com a cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, com menor escolaridade, aqueles solteiros ou separados, os tabagistas, os que não estavam trabalhando e aqueles com doença cardíaca apresentaram as maiores prevalências de depressão. As variáveis sobre uso de álcool, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus não apresentaram associação com depressão. Nossos resultados indicam a relevância da depressão como doença frequente na população adulta e fornecem evidências sobre fatores associados, alguns potencialmente modificáveis, o que poderá auxiliar no planejamento de políticas e serviços de saúde.

Palavras-chave: Depressão, Adultos, Saúde Mental, Epidemiologia, Transtorno Depressivo.

ABSTRACT

A cross-sectional population-based study was carried out to study the prevalence and factors associated to depression in adults in Pelotas, RS, in 2012. The sampling process was selected by clusters. All adults aging 20 years or more, living in the selected dwellings, were invited to participate in the study. The instrument used to evaluate the depression was the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), using a cutoff ≥ 9 . 2.925 individuals were evaluated and the prevalence of depression was of 20,4% (IC95% 18,9-21,8). After adjustment for potential confounder variables, women, younger people, individuals with white skin color, those with lower socioeconomic position and less educated, people without partner, smokers, those that were not employed at the time of the interview and those suffering from heart disease showed the highest prevalence of depression. Variables regarding consume of alcohol and diseases such as arterial hypertension and diabetes mellitus were not associated with depression. Our results indicate the relevance of the depression as a frequent disease in the adult population and provide evidence concerning factors associated with this disease, some potentially modifiable, which may be helpful in the planning of health services.

Keywords: Depression, Adults, Mental Health, Epidemiology, Depressive Disorder

INTRODUÇÃO

A condição de saúde mental da população é considerada um componente importante e essencial na saúde pública¹, sendo responsável por incapacidades funcionais, diminuição na qualidade de vida, considerável quantia dos gastos com saúde, prejuízos aos relacionamentos interpessoais e ao desempenho de atividades cotidianas, como estudar e trabalhar². Indivíduos com depressão tendem a apresentar novos episódios depressivos ao longo da vida e comorbidade com ansiedade, fobia social e outras doenças crônicas³⁻⁵.

A depressão é um dos transtornos mentais que mais afetam a saúde mental dos indivíduos em diversos países⁶⁻⁸. Um estudo que incluiu dezoito países de renda baixa, média e alta verificou que a prevalência do Episódio Depressivo Maior (EDM), considerando um período recordatório de um ano, variou entre 2,2% (IC95% 1,4-3,0) no Japão a 10,4% (IC95% 9,2-11,6) no Brasil⁷. Estudos de base populacional no Brasil apontam que a prevalência de depressão em adultos pode variar de 7,5% (IC95% 5,9-9,1)⁹ a 16,2% (IC95% 14,3%-18,2%)⁴.

Existem evidências importantes do papel que os determinantes sociais exercem em relação à depressão, como a escolaridade e o nível socioeconômico¹⁰. Diversos estudos conduzidos mundialmente observaram que a idade e o estado civil estão associados com a depressão^{6,7}. Em geral, a chance de ter depressão diminui com o aumento da idade nos países de renda alta. Já nos países de renda baixa e média, a prevalência de depressão tende a ser maior com o aumento da idade^{6,7}. No Brasil, estudos observaram maiores prevalências de depressão à medida que ocorria um aumento na idade do indivíduo^{4, 9}. As pessoas separadas ou viúvas apresentam maior risco para depressão, quando comparadas às casadas ou que vivem com companheiro^{6,7}. Soma-se a isto o fato de que as mulheres possuem um risco duas vezes maior para o surgimento da depressão do que os homens⁸.

Sem tratamento, a depressão tende a assumir um estado crônico ou recorrente. Entre os indivíduos sem tratamento, a depressão tende a associar-se com maior nível de incapacidade para a execução de atividades cotidianas, quando comparado com indivíduos que recebem tratamento especializado¹¹.

Um nível insatisfatório na identificação dos casos de depressão tem como consequência uma ação limitada por parte dos serviços de saúde^{12, 13}. Nos países em desenvolvimento, as famílias suportam uma proporção significativa do ônus econômico e social, devido à ausência ou ineficácia dos serviços de saúde mental, uma vez que as famílias também são afetadas pelo preconceito e estigmatização¹⁴⁻¹⁶.

O projeto Atlas da OMS observa uma negligência sistemática e de longo prazo quanto aos recursos destinados para as pesquisas, políticas e serviços de saúde mental, principalmente em países de renda baixa e média¹⁷. No Brasil, apesar do aumento na oferta de serviços de saúde mental na última década, não há uma boa integração entre a atenção primária à saúde e os serviços especializados em saúde mental¹⁸.

Nosso estudo busca contribuir com o entendimento dos determinantes sociais da depressão, o que poderia fornecer evidências para execução de políticas públicas para a saúde mental em diferentes níveis de atenção à saúde. O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência e analisar os fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais associados à depressão na população adulta residente na cidade de Pelotas, RS.

METODOLOGIA

Este estudo é resultado do consórcio de pesquisa do mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas¹⁹, que incluiu os projetos de 15 alunos, avaliando diferentes desfechos relacionados à saúde. Constitui-se em um estudo transversal de base populacional na zona urbana do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, realizado entre os meses de fevereiro e junho do ano de 2012. A população residente na cidade é de aproximadamente 328.000 habitantes de acordo com o Censo Demográfico 2010, sendo predominantemente urbana (93,3%).

O cálculo do tamanho amostral para o estudo de prevalência e associação considerou um erro alfa de 5% e efeito de delineamento de 2. Considerando a prevalência de 7,5% na população⁹, uma margem de erro de 2

pontos percentuais e acréscimo de 10% para perdas, seriam necessários 1.464 indivíduos adultos para o estudo de prevalência. Para o estudo de associação, considerou-se um poder de 80%, um risco relativo maior ou igual a dois, a prevalência de 4,4% entre os não expostos (nível socioeconômico), razão de três não expostos para cada sete expostos, mais acréscimo de 10% para perdas e 20% para controle de fatores de confusão, a maior amostra necessária seria de 3.498 indivíduos.

A amostragem foi realizada em múltiplos estágios, utilizando como unidades amostrais primárias 130 setores censitários, de acordo com o Censo Demográfico 2010. As unidades amostrais secundárias foram os domicílios. Nos setores censitários selecionados, foi realizada uma listagem de todos os domicílios particulares permanentes ocupados no mês de dezembro de 2011. Após esta listagem, foram selecionados sistematicamente os domicílios pertencentes à amostra, considerando a probabilidade proporcional ao tamanho. Para fins desse estudo, todos os indivíduos com 20 anos ou mais de idade residentes nos domicílios sorteados foram convidados a participar, excluindo-se aqueles com incapacidade cognitiva ou mental observada pelo supervisor do trabalho de campo e também os institucionalizados (hospitais, casas geriátricas, entre outros).

As variáveis demográficas coletadas foram sexo (masculino e feminino), idade em anos completos (categorizada 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 ou mais), cor da pele autorreferida (categorizada em branca, preta e outra), situação conjugal (casado/ mora com companheiro, solteiro/sem companheiro, separado ou viúvo). As variáveis socioeconômicas incluíram escolaridade em anos completos de estudo (categorizada em 0-4, 5-8, 9-11, 12 ou mais), o Indicador Econômico Nacional (IEN) e a situação de trabalho. Este indicador foi desenvolvido através da análise de componentes principais, considerando a posse de bens (número de televisores, carros, rádios, geladeiras, freezers, videocassete, máquina de lavar roupas, micro-ondas, linha telefônica, microcomputadores e ar condicionados), características do domicílio (número de quartos e banheiros) e a escolaridade do chefe da família²⁰. Foi considerado que o indivíduo trabalhava (sim/não) quando o entrevistado era empregado, trabalhava por conta própria ou era empregador.

As variáveis comportamentais coletadas foram o tabagismo e uso de álcool autorreferido. Considerou-se tabagista o indivíduo que fumou, ao menos, um cigarro no último mês (variável categorizada em nunca fumou, ex-fumante e fuma atualmente). O uso de álcool (sim/não) foi definido como o consumo de qualquer bebida alcoólica no último mês. A saúde foi autoavaliada (excelente, muito boa, boa, regular ou ruim). Também foram incluídas variáveis que identificaram a presença de doenças crônicas referidas (sim/não).

Para avaliar a depressão foi utilizado o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)²¹. Este instrumento avalia o Episódio Depressivo Maior, caracterizado pela presença de nove sintomas, com duração igual ou superior a duas semanas, de acordo com o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais)²². Resumidamente, os nove sintomas são: humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia as implicações desses sintomas no desempenho de atividades diárias (como trabalhar e estudar), no entanto, esta variável não foi considerada ao avaliar a prevalência de depressão. O termo depressão será utilizado como sinônimo para EDM no presente artigo. A validade clínica e epidemiológica do questionário foi verificada através de estudos em diferentes países do mundo. O PHQ-9 foi validado na nossa população, identificando o ponto de corte ≥ 9 como de máxima sensibilidade (77,5%; IC95% 61,5-89,2) e especificidade (86,7%; IC95% 83,0-89,9) na identificação de indivíduos com o EDM^c. Além de estudar a prevalência bruta, ou seja, aquela originada de acordo com o ponto de corte do PHQ-9, corrigimos esta prevalência pela sensibilidade e especificidade do teste, de acordo com fórmula de Rogan e Gladen: $[Pc = (Po + E - 1) / (S + E - 1)]$, onde Pc = prevalência corrigida, Po = prevalência observada, E = especificidade do teste, S = sensibilidade do teste]²³.

^c Artigo submetido ao Cadernos de Saúde Pública, sob o título “Validação do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) entre adultos da população geral”.

A coleta de dados foi realizada no domicílio por entrevistadoras treinadas. O instrumento de pesquisa foi programado eletronicamente no software Pendragon 6.1 (*Pendragon® Software Corporation*). Utilizaram-se *netbooks* para a coleta dos dados, possibilitando a entrada das informações diretamente no servidor de dados e a realização de análises de inconsistências. Objetivando verificar a repetibilidade dos dados coletados, 10% das entrevistas de cada setor censitário, selecionadas por amostragem sistemática, foram refeitas pelo supervisor do trabalho de campo, utilizando um questionário resumido. Os valores dos coeficientes Kappa para a variável testada (consulta com psicólogo ou psiquiatra) foi de 0,75.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa Stata/IC® 12.1, sendo inicialmente realizadas análises descritivas das variáveis coletadas. Considerando o desenho amostral, foi utilizado o comando *svyset* com o objetivo de corrigir as estimativas da variabilidade para a correlação intra-conglomerado. Análises brutas e ajustadas foram realizadas por meio de regressão de Poisson usando o prefixo *svy*, com resultados expressos em razões de prevalências²⁴.

A análise ajustada utilizou um modelo conceitual previamente estabelecido²⁵ (Figura 1), sendo considerados três níveis hierarquizados de determinação da depressão. O primeiro nível foi constituído pelas variáveis demográficas e características socioeconômicas; o segundo, pelas variáveis comportamentais; e o terceiro, pela presença de doenças crônicas e autoavaliação da saúde. Essa análise considera o efeito de cada variável em relação ao desfecho, controlando confusão entre as variáveis do mesmo nível e níveis superiores. Foram mantidas na análise ajustada aquelas variáveis que apresentaram um nível de $p < 0,20$ em cada nível.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas de acordo com o protocolo 77/2011. O consentimento livre e esclarecido foi assinado antes da coleta das informações. Aqueles indivíduos com risco de suicídio ou com sintomatologia grave de depressão foram atendidos no domicílio por um profissional de saúde mental ou encaminhados para os serviços de saúde.

RESULTADOS

Entre os 3.379 indivíduos adultos elegíveis para a amostra, 2.925 foram entrevistados (13,4% de perdas e recusas). As perdas e recusas foram em maior proporção no sexo masculino ($p<0,001$), porém foram semelhantes à amostra em relação à idade [45,7 (DP=16,6) e 45,8 (DP=17,4) para a amostra e para as perdas e recusas, respectivamente ($p=0,095$)]. A prevalência usando o ponto de corte ≥ 9 do teste PHQ-9 foi de 20,4% (IC95% 18,9-21,8) e a prevalência corrigida pela sensibilidade e especificidade do teste foi de 11,0 (IC95% 9,9-12,2).

A Tabela 1 descreve as características da população estudada. Em relação às variáveis demográficas, 39,4% dos indivíduos tinham idade entre 20 e 39 anos, 58,9% eram do sexo feminino, 80,1% relataram cor da pele branca e 59,4% eram casados ou viviam com companheiro. Em relação às variáveis socioeconômicas, 45,9% da amostra tinham até oito anos de estudo e 57,9% estavam trabalhando. Em relação às variáveis comportamentais, 20,8% eram tabagistas e 42,2% consumiram alguma bebida de álcool no último mês. Com relação às doenças crônicas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a mais frequente (32,7%), seguida por doença cardíaca (11,5%) e diabetes mellitus (7,9%).

A Tabela 1 apresenta a análise bruta e ajustada. Inicialmente foram conduzidas análises brutas, estimando as razões de prevalência e intervalos de confiança da associação entre as variáveis de exposição e o desfecho. Nesta análise, somente a idade não esteve associada significativamente com depressão. Na análise ajustada de acordo com o modelo conceitual hierárquico, as variáveis que apresentaram associação com depressão foram sexo, idade, cor da pele, escolaridade, nível socioeconômico, situação conjugal, situação de trabalho, tabagismo, autoavaliação de saúde e doença cardíaca.

A prevalência de depressão foi duas vezes maior nas mulheres do que nos homens ($RP=2,26$; IC95% 1,87-2,73). Os indivíduos com menor escolaridade, menor nível socioeconômico, aqueles que não estavam trabalhando e os que eram fumantes tiveram as maiores prevalências de

depressão. Indivíduos com menor escolaridade (0 a 4 anos) tiveram uma frequência 125% maior de depressão quando comparados aos indivíduos com maior escolaridade (≥ 12 anos). Os indivíduos com maior nível socioeconômico (4º quartil) tiveram uma frequência 13% menor de depressão quando comparados aos indivíduos com menor nível socioeconômico (1º quartil). Na análise ajustada observou-se uma relação inversa entre idade e depressão: quanto maior a idade, menor a prevalência de depressão. Os indivíduos que eram solteiros ou sem companheiro (RP=1,20; IC95% 1,01-1,42) e os indivíduos que eram separados (RP=1,32; IC95% 1,04-1,67) apresentaram as maiores prevalências de depressão quando comparados a aqueles casados ou com companheiro. Os indivíduos com cor da pele preta apresentaram menor prevalência de depressão, quando comparados aos com cor da pele branca, após ajuste para múltiplos fatores de confusão (RP=0,72; IC95% 0,56-0,94). Os tabagistas e os que avaliaram a sua condição de saúde geral como regular ou ruim apresentaram as maiores prevalências de depressão, em comparação com os indivíduos que nunca fumaram ou que avaliaram a sua saúde como excelente. Aqueles que referiram ter doença cardíaca apresentaram maiores prevalências de depressão quando comparados aos que não referiram a presença desta doença (RP=1,25; IC95% 1,03-1,53). As variáveis sobre uso de álcool, HAS e diabetes autorreferida não apresentaram associação com depressão.

DISCUSSÃO

O presente estudo observou que a prevalência de depressão em adultos na cidade de Pelotas de acordo com o teste PHQ-9 usando o ponto de corte ≥ 9 foi de 20,4% (IC95% 18,9-21,8). As mulheres, os indivíduos mais jovens, com a cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, com menor escolaridade, aqueles solteiros ou separados, os tabagistas, os que não estavam trabalhando e aqueles com doença cardíaca apresentaram as maiores prevalências de depressão. As variáveis sobre uso de álcool, HAS e diabetes mellitus não apresentaram associação com depressão.

Considerando as vantagens do presente estudo, cabe destacar que foi uma pesquisa de base populacional, com entrevistas domiciliares. Apesar da ampla produção científica sobre a depressão no Brasil, foram localizados apenas quatro estudos de base populacional realizados em diferentes cidades do país^{4, 7, 9, 26}. Em relação ao instrumento de pesquisa utilizado para o rastreamento de depressão neste estudo, deve-se ressaltar que os nove sintomas investigados seguem os critérios internacionalmente aceitos (DSM-IV), além de ser um instrumento já utilizado em diferentes países^{27, 28} e validado na nossa população. Ressaltamos, também, a baixa proporção de não respondentes, considerando estudos de base populacional com entrevistas domiciliares (13,4%), e a reduzida ausência de informação para a maioria das variáveis utilizadas (<1%). Outra vantagem foi a realização da análise ajustada (multivariada), metodologia estatística não utilizada nos outros estudos de base populacional realizados no país, o que pode alterar a magnitude e/ou direção da medida de associação.

Entre as limitações do estudo, devemos considerar a diferença na proporção de indivíduos do sexo masculino entre as perdas e recusas, em comparação com a amostra em estudo (56,4% vs. 41,1%; $p<0,001$, respectivamente). Este fato poderia diminuir a prevalência de depressão na nossa amostra já que os homens apresentam menor prevalência de depressão do que as mulheres. Considerando o número de casos de depressão observados na amostra e aplicando esta frequência proporcionalmente para todos os indivíduos elegíveis (1.459 homens e 1.920 mulheres), a prevalência de depressão pelo PHQ-9 seria de 17,4% (IC95% 16,0-18,7) e a prevalência corrigida seria de 6,3% (IC95% 5,5-7,2). Outra limitação refere-se ao viés de causalidade reversa, inerente aos estudos transversais, onde não é possível estabelecer a relação de temporalidade entre algumas exposições e o desfecho, como por exemplo, nas associações das variáveis de tabagismo, trabalho e situação conjugal com a presença de depressão.

A prevalência encontrada no nosso estudo é maior do que aquelas encontradas em outros estudos realizados no país. Estudos conduzidos na cidade de São Paulo⁷ e na cidade de Bambuí (Minas Gerais)⁹, incluíram indivíduos com 18 anos ou mais e utilizaram o instrumento “Composite

International Diagnostic Interview" (CIDI). Considerando o período recordatório de um mês, verificaram a prevalência para o EDM de 4,7% (IC95% 4,0-5,4)⁷ e 7,5% (IC95% 7,4-10,8)⁹ em São Paulo e Bambuí, respectivamente. Outro estudo foi realizado na cidade de Florianópolis (Santa Catarina) com indivíduos de idade entre 20 e 59 anos. Neste estudo foi utilizada uma pergunta ("Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) senhor(a) tem depressão?") para identificar indivíduos que alguma vez na vida teriam recebido o diagnóstico de depressão, encontrando uma prevalência de 16,2% (IC95% 14,3%-18,2%)⁴. Finalmente, estudo conduzido na cidade de Pelotas avaliou a prevalência de depressão entre jovens de 18 a 24 anos, utilizando como instrumento o "*Mini-International Neuropsychiatric Interview*" (MINI). Os autores não especificaram o transtorno depressivo avaliado ou período recordatório utilizado e relataram uma prevalência de depressão de 12,6% (IC95% 11,0-14,2)²⁶. A diferença observada entre a prevalência de depressão em nosso estudo e a encontrada nos estudos brasileiros acima mencionados poderia ser explicada pela diferença entre os instrumentos utilizados.

O instrumento PHQ-9 já foi empregado em estudos de base populacional em outros países. Na Austrália²⁹, com uma amostra de 22.251 idosos com 60 anos ou mais, utilizando o ponto de corte ≥ 10 . Na Alemanha³⁰, com uma amostra de 2.066 indivíduos com faixa etária maior de 14 anos, utilizando o algoritmo do PHQ-9. Na China³¹, com uma amostra de 6.028 indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos, utilizando o ponto de corte ≥ 5 . Estes três estudos verificaram prevalências de 8,2%, 9,2% e 17,9%, respectivamente. No entanto, incluíram populações com faixas etárias, taxa de respondentes e classificação de depressão diferentes do presente estudo, o que, além das características socioculturais, justificariam as diferenças encontradas.

Os resultados do presente estudo apontam para uma maior prevalência de depressão entre as mulheres, similar a outros estudos realizados em diferentes países do mundo^{6, 7}. Uma revisão sistemática que reuniu 116 estudos de prevalência e 4 estudos de incidência evidencia a consistência dessa associação⁸, mas as explicações causais para sua ocorrência ainda são insuficientes. Piccinelli et al.³², em uma revisão crítica sobre a diferença na

prevalência de depressão entre os sexos, reúnem uma série de fatores explicativos, onde destacamos dois: a) o ambiente familiar e experiências na infância que poderiam determinar padrões de resposta psíquica a eventos estressores, aos quais o sexo feminino estaria mais vulnerável e b) as mulheres apresentariam maior risco para episódios depressivos em idades precoces, sendo este fato um preditor importante de futuros episódios depressivos.

Diversos estudos relataram uma associação inversa entre nível socioeconômico e depressão. No presente estudo identificou-se que os indivíduos com menor escolaridade e menor nível socioeconômico tiveram maior prevalência de depressão, quando comparados com os de maior escolaridade e maior nível socioeconômico, após ajuste para possíveis fatores de confusão. Pesquisas realizadas em vários países do mundo, como o “*World Mental Health Surveys*” (WMH)⁷, que incluiu amostras de base populacional na África, Américas, Ásia, Oceania, Europa e Oriente Médio, e o “*International Consortium of Psychiatric Epidemiology*” (ICPE)⁶, que incluiu amostras do Brasil, Canadá, Chile, República Tcheca, Alemanha, Japão, México, Holanda, Turquia e EUA, verificaram em diversos países a mesma associação entre nível socioeconômico e depressão encontrada no nosso estudo. Identificaram também que o início dos transtornos mentais, entre eles a depressão, foi mais precoce naqueles indivíduos com pior nível socioeconômico³³. Lorant et al.¹⁰ realizaram uma meta-análise incluindo 56 estudos com o objetivo de analisar a associação entre o nível socioeconômico e a depressão, identificando que os grupos populacionais com menor nível socioeconômico apresentaram maiores prevalências. Em estudo realizado na cidade de Pelotas com 4.297 indivíduos pertencentes à Coorte de Nascimentos de 1982³⁴, verificou-se maior prevalência de transtornos mentais comuns (SRQ-20) aos 23 anos entre aqueles com pior nível socioeconômico e menor escolaridade. Nos Estados Unidos, um estudo que avaliou a relação entre fatores socioeconômicos e a não aderência ao tratamento com antidepressivos, em 1.652 adultos com idade entre 18 e 64 anos, identificou que os indivíduos com pior nível socioeconômico e aqueles pertencentes a grupos minoritários apresentaram menor aderência ao tratamento da depressão com psicofármacos³⁵. Na cidade de Pelotas,

estudo sobre a utilização de medicamentos antidepressivos que incluiu 1.327 indivíduos adultos, com idade igual ou superior a 40 anos, verificou que a utilização destes medicamentos era menor entre aqueles com pior nível socioeconômico³⁶. De acordo com estas evidências, os indivíduos com piores níveis socioeconômico apresentaram maiores prevalências de depressão e menor utilização de psicofármacos, o que indicaria uma desvantagem no tratamento para estes grupos populacionais. Estes dois fatos, juntamente com a restrição no acesso aos serviços no sistema de saúde brasileiro³⁷, são uma explicação plausível para as maiores prevalências de depressão observadas entre os grupos populacionais socialmente vulneráveis.

Estudos que investigaram a associação entre cor da pele e depressão verificaram que os indivíduos com cor da pele preta apresentaram maior prevalência de depressão em comparação aos de cor da pele branca^{34, 38}. Em nosso estudo, os indivíduos com a cor da pele preta tiveram uma proteção de aproximadamente um terço para depressão quando comparados aos indivíduos com a cor da pele branca, mesmo após ajuste para sexo, escolaridade e nível socioeconômico. Resultados semelhantes foram encontrados em três estudos de base populacional que analisaram a associação entre cor da pele e depressão nos Estados Unidos: O “*Third National Health and Nutrition Examination Survey*” (NHANES III)³⁹, que incluiu 8.449 indivíduos com idade entre 17 e 40 anos e verificou uma redução de 49% na chance de ter o Transtorno Depressivo Maior (TDM) entre os indivíduos afro-americanos, após ajuste para sexo, renda, situação conjugal, escolaridade e idade. O “*National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Conditions*” (NESARC)⁴⁰, que incluiu 43.093 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, encontrou uma proteção de 52% para o TDM entre os indivíduos afro-americanos em comparação aos indivíduos com a cor da pele branca, após ajuste para sexo e idade. O “*National Survey of American Life*” (NSAL)⁴¹, que incluiu 6.082 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, constatou uma prevalência menor do TDM nos indivíduos afro-americanos, quando comparados aos indivíduos com a cor da pele branca (10,4% vs. 17,9%; p<0,001, respectivamente). Não foram encontradas explicações na

literatura para a menor prevalência de depressão nos indivíduos com a cor da pele preta, nem consistência destes achados em outros países.

No Brasil, os estudos de base populacional que estudaram a associação entre idade e depressão apresentaram resultados contraditórios. O estudo de Vorcaro et al.⁹ em Minas Gerais, identificou que o aumento na idade estava associado com um aumento na prevalência de depressão. No entanto, no estudo de Bromet et al.⁷ em São Paulo, observou-se que os indivíduos mais velhos apresentaram as menores prevalências. Nosso estudo encontrou maior prevalência de depressão entre os indivíduos mais jovens. Outros estudos encontraram associação entre o aumento da idade e a diminuição na prevalência de depressão. Por exemplo, os resultados do WMH e ICPE verificaram que nos países de renda alta a depressão é mais frequente entre os mais jovens, enquanto que nos países de renda baixa e média, a prevalência de depressão tende a ser maior entre os mais velhos^{6, 7}. As estimativas encontradas em nosso estudo refletem o padrão observado nos países de renda alta.

A associação entre tabagismo e depressão vem sendo investigada através de diferentes delineamentos. As melhores evidências desta associação resultam de estudos longitudinais, onde é possível avaliar a temporalidade. Contudo, as evidências de estudos longitudinais identificaram que tanto o tabagismo precede a depressão, como a depressão precede o tabagismo, isto é, que existe uma bidirecionalidade nesta associação⁴². Uma revisão sistemática conduzida por Chaiton et al.⁴³ incluiu estudos que realizaram análises longitudinais para testar a temporalidade da associação entre tabagismo e depressão em adolescentes de 13 a 19 anos, confirmando essa bidirecionalidade. A explicação para o tabagismo como preditor da depressão inclui as evidências de que o tabaco atuaria na desregulação no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e no aumento da ação do cortisol no cérebro⁴⁴. Estas alterações fisiopatológicas são consideradas característica da depressão⁴⁵, portanto, o tabagismo poderia gerar maior suscetibilidade para o desenvolvimento de transtornos depressivos. Por outro lado, a explicação para a depressão preceder o tabagismo inclui a hipótese de que o tabagismo funcionaria como uma “automedicação” para os sintomas do humor depressivo

e fadiga, presentes na depressão^{46, 47}. Outra explicação apresentada na literatura indica que a nicotina exerce propriedades antidepressivas, atuando de maneira similar aos antidepressivos nos neurotransmissores da serotonina^{47, 48}. No presente estudo foi verificado que os indivíduos tabagistas apresentaram maior prevalência de depressão, porém a direção da associação não pode ser confirmada.

CONCLUSÕES

O presente estudo verificou que, aproximadamente, um em cada cinco indivíduos adultos da cidade de Pelotas apresentou depressão. As mulheres, os indivíduos mais jovens, com a cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, com menor escolaridade, aqueles solteiros ou separados, os tabagistas, os que não estavam trabalhando e aqueles com doença cardíaca apresentaram as maiores prevalências de depressão. As variáveis sobre uso de álcool, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus não apresentaram associação com depressão. Nossos resultados indicam a relevância da depressão como doença frequente na população adulta e fornecem evidências sobre fatores associados, alguns potencialmente modificáveis, o que poderá auxiliar no planejamento de políticas e serviços de saúde. O provimento de educação formal por si só e a melhoria socioeconômica atrelada à maior escolaridade poderão reduzir a prevalência de depressão, considerada pela Organização Mundial da Saúde entre as doenças crônicas importantes na atualidade⁴⁹.

FONTES DE FINANCIAMENTO

O consórcio de pesquisa dos mestrandos do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas foi realizado com recursos provenientes do PRONEX-CNPq (Programa de Apoio a Núcleos de Excelência)

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

COLABORADORES

Todos os autores participaram da concepção, interpretação dos dados e redação do artigo. TNM realizou a análise dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *The Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
2. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009;18(1):23-33.
3. Gabilondo A, Vilagut G, Pinto-Meza A, Haro JM, Alonso J. Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. *General hospital psychiatry*. 2012.
4. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*. 2012;0-0.
5. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8.
6. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3-21.
7. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson N, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011;9(1):90.
8. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*. 2012;FirstView:1-11.
9. Vorcaro CM, Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(4):257-63.

10. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*. 2003;157(2):98-112.
11. Saxena S, Sharan P, Garrido M, Saraceno B. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry*. 2006;5(3):179-84.
12. World Health Organization W. Suicide Prevention (SUPRE) 2007. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
13. Meyer C. Depressive disorders were the fourth leading cause of global disease burden in the year 2000. *Evid Based Ment Health*. 2004;7(4):123.
14. Alonso J, Buron A, Bruffaerts R, He Y, Posada-Villa J, Lepine JP, et al. Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(4):305-14.
15. Schulze B. Mental-health stigma: expanding the focus, joining forces. *Lancet*. 2009;373(9661):362-3.
16. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):810-1.
17. World Health Organization. *Mental health atlas : 2011*. Geneva: World Health Organization; 2011. 81 p. p.
18. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst*. 2008;2(1):12.
19. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11:133-44.
20. Barros AJD, Victora CG. Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39:523-29.
21. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
22. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. xxxvii, 943 p. p.
23. Rogan WJ, Gladen B. Estimating prevalence from the results of a screening test. *American Journal of Epidemiology*. 1978;107(1):71-76.
24. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003;3(1):21.
25. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.

26. Lopez MRA, Ribeiro JP, Ores LdC, Jansen K, Souza LDdM, Pinheiro RT, et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2011;0-0.
27. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*. 2012;184(3):E191-6.
28. Wittkampf KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, van Weert HC. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *General hospital psychiatry*. 2007;29(5):388-95.
29. Pirkis J, Pfaff J, Williamson M, Tyson O, Stocks N, Goldney R, et al. The community prevalence of depression in older Australians. *Journal of affective disorders*. 2009;115(1-2):54-61.
30. Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(1):71-7.
31. Yu X, Tam WW, Wong PT, Lam TH, Stewart SM. The Patient Health Questionnaire-9 for measuring depressive symptoms among the general population in Hong Kong. *Comprehensive psychiatry*. 2012;53(1):95-102.
32. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2000;177:486-92.
33. Kawakami N, Abdulghani EA, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, et al. Early-life mental disorders and adult household income in the World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2012;72(3):228-37.
34. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42:26-33.
35. Jeon-Slaughter H. Economic factors in of patients' nonadherence to antidepressant treatment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012.
36. Garcias CMM, Pinheiro RT, Garcias GdL, Horta BL, Brum CB. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:1565-71.
37. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
38. Santana V, Almeida-Filho N, Roberts R, Cooper SP. Skin Colour, Perception of Racism and Depression among Adolescents in Urban Brazil. *Child and Adolescent Mental Health*. 2007;12(3):125-31.
39. Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Public Health*. 2005;95(6):998-1000.

40. Breslau J, Borges G, Hagar Y, Tancredi D, Gilman S. Immigration to the USA and risk for mood and anxiety disorders: variation by origin and age at immigration. *Psychological Medicine*. 2009;39(7):1117-27.
41. Williams DR, Gonzalez HM, Neighbors H, Nesse R, Abelson JM, Sweetman J, et al. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(3):305-15.
42. Munafo MR, Araya R. Cigarette smoking and depression: a question of causation. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2010;196(6):425-6.
43. Chatton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health*. 2009;9:356.
44. Koob GF, Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allosterism. *Neuropsychopharmacology*. 2001;24(2):97-129.
45. Juruena MF, Cleare AJ, Pariante CM. The hypothalamic pituitary adrenal axis, glucocorticoid receptor function and relevance to depression. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2004;26(3):189-201.
46. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression. A causal analysis. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(1):36-43.
47. Vazquez-Palacios G, Bonilla-Jaime H, Velazquez-Moctezuma J. Antidepressant effects of nicotine and fluoxetine in an animal model of depression induced by neonatal treatment with clomipramine. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(1):39-46.
48. Balfour DJ, Ridley DL. The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction? *Pharmacol Biochem Behav*. 2000;66(1):79-85.
49. World Health Organization. *Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. vi, 62 p. p.

Figura 1 - Modelo conceitual de análise

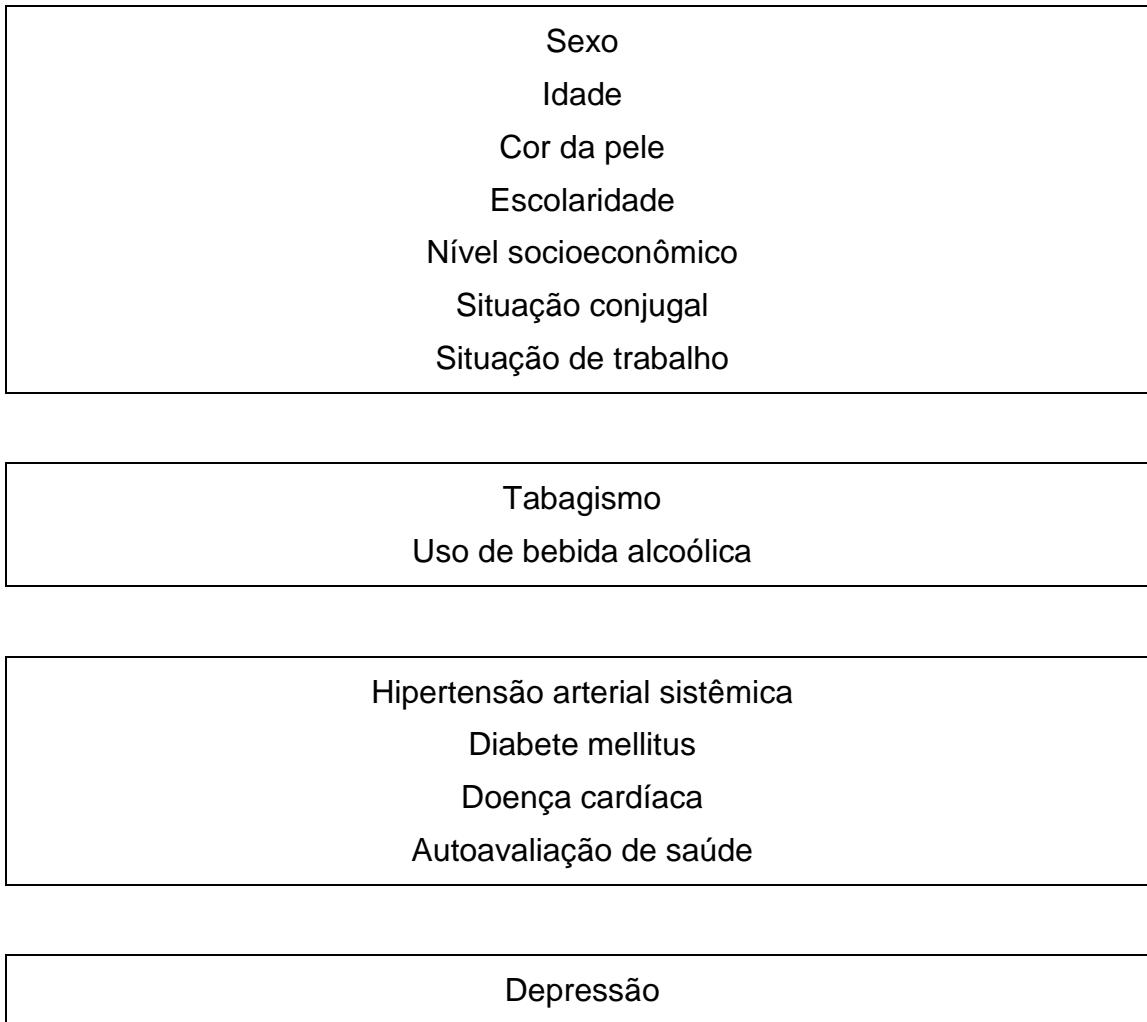


Tabela 1 - Descrição da amostra, análise bruta e ajustada para depressão segundo características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de doenças crônicas na população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012 (n=2.925).

Variáveis	Frequência	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	N (%)	RP (IC95%)	Valor P	RP (IC95%)	Valor P
Nível 1					
Sexo			p<0,001		p<0,001
Masculino	1.202 (41,1)	1		1	
Feminino	1.723 (58,9)	2,38 (1,99-2,85)		2,26 (1,87-2,73)	
Idade			p=0,422		p=0,004
20-29	612 (20,9)	1		1	
30-39	540 (18,5)	1,00 (0,81-1,23)		0,99 (0,81-1,22)	
40-49	594 (20,3)	0,86 (0,70-1,07)		0,78 (0,62-0,99)	
50-59	514 (17,6)	0,89 (0,71-1,11)		0,74 (0,58-0,94)	
60-69	385 (13,2)	1,01 (0,76-1,35)		0,69 (0,51-0,94)	
70 ou mais	280 (9,6)	1,13 (0,87-1,48)		0,62 (0,47-0,82)	
Cor da Pele			p=0,017		p=0,017
Branca	2,343 (80,1)	1		1	
Preta	354 (12,1)	0,85 (0,65-1,11)		0,72 (0,56-0,94)	
Outra	227 (7,8)	1,33 (1,05-1,69)		1,12 (0,89-1,41)	

Escolaridade			p<0,001	p<0,001
0-4	526 (18,0)	2,23 (1,80-2,77)		2,25 (1,66-3,06)
5-8	817 (27,9)	1,59 (1,29-1,95)		1,73 (1,33-2,25)
9-11	819 (28,0)	1,53 (1,24-1,89)		1,59 (1,26-2,01)
≥ 12	762 (26,1)	1		1
Nível socioeconômico (IEN)			p<0,001	p=0,029
1 (mais pobres)	727 (25,0)	1		1
2	728 (25,1)	0,76 (0,64-0,91)		0,86 (0,72-1,04)
3	727 (25,0)	0,57 (0,46-0,69)		0,73 (0,59-0,90)
4 (mais ricos)	723 (24,9)	0,55 (0,45-0,68)		0,87 (0,65-1,15)
Situação conjugal			p=0,001	p=0,042
Casado(a) ou mora com companheiro(a)	1.734 (59,4)	1		1
Solteiro(a) ou sem companheiro(a)	714 (24,4)	1,20 (1,02-1,42)		1,20 (1,01-1,42)
Separado(a)	232 (7,9)	1,46 (1,14-1,86)		1,32 (1,04-1,67)
Viúvo(a)	241 (8,3)	1,52 (1,18-1,95)		1,06 (0,81-1,39)
Trabalha atualmente			p<0,001	p<0,001
Não	1.692 (57,9)	1,65 (1,40-1,94)		1,36 (1,14-1,62)
Sim	1.233 (42,1)	1		1

Nível 2			
Tabagismo		p<0,001	p<0,001
Nunca fumou	1.695 (57,9)	1	1
Ex-fumante	623 (21,3)	1,08 (0,88-1,31)	1,17 (0,96-1,43)
Fuma atualmente	607 (20,8)	1,59 (1,36-1,86)	1,50 (1,28-1,75)
Uso de álcool		p=0,017	p=0,837
Não	1.690 (57,8)	1	1
Sim	1.235 (42,2)	0,82 (0,70-0,97)	1,02 (0,86-1,21)
Nível 3			
Auto avaliação de saúde		p<0,001	p<0,001
Excelente	388 (13,3)	1	1
Muito boa	515 (17,6)	1,29 (0,82-2,04)	1,30 (0,83-2,02)
Boa	1.229 (42,0)	2,15 (1,51-3,06)	2,12 (1,49-3,03)
Regular	658 (22,5)	4,97 (3,41-7,24)	4,75 (3,24-6,96)
Ruim	135 (4,6)	9,55 (6,57-13,88)	8,73 (5,86-13,02)
Hipertensão arterial		p<0,001	p=0,819
Não	1.967 (67,3)	1	1
Sim	957 (32,7)	1,41 (1,21-1,64)	1,02 (0,85-1,22)

Diabetes mellitus		p<0,001	p=0,124
Não	2.695 (92,1)	1	1
Sim	230 (7,9)	1,64 (1,32-2,02)	1,18 (0,96-1,46)
Doença cardíaca		p<0,001	p=0,038
Não	2.589 (88,5)	1	1
Sim	336 (11,5)	1,88 (1,54-2,30)	1,25 (1,03-1,53)

NOTA À IMPRENSA

Um em cada cinco indivíduos adultos da cidade de Pelotas é deprimido

A cada dois anos o mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas realiza uma pesquisa sobre a saúde da população residente na zona urbana do município. Neste ano um dos temas estudado foi à depressão. Este estudo foi realizado pelo mestrando Tiago Neuenfeld Munhoz, sob a orientação da professora Alicia Matijasevich e com coorientação da professora Iná S. Santos. O estudo incluiu informações de 2.925 adultos que responderam a um questionário no seu domicílio.

Os resultados observam que 20% dos adultos da cidade de Pelotas apresentaram depressão. As mulheres foram duas vezes mais acometidas pela doença, um resultado já observado em muitos países. Além disso, os indivíduos mais jovens, com a cor da pele branca, com menor nível socioeconômico, com menor escolaridade, aqueles solteiros ou separados, os fumantes, os que não estavam trabalhando e aqueles com doença cardíaca apresentaram as maiores frequências de depressão.

Os resultados deste estudo indicam a relevância da depressão como doença frequente na população adulta e fornecem evidências sobre fatores relacionados à depressão, alguns potencialmente modificáveis, o que poderá auxiliar no planejamento de políticas e serviços de saúde.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES – CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

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

submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

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

3. Publicação de ensaios clínicos

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

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

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

- a) Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- b) ClinicalTrials.gov
- c) International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- d) Nederlands Trial Register (NTR)
- e) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- f) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

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

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

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

5. Conflito de interesses

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

6. Colaboradores

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

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

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

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

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

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

9. Nomenclatura

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

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na

Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

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

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

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

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

11. Processo de submissão online

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

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

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

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

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

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

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

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

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

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

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

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

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

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

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante

o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

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

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

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

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

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

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

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

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

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

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

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

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

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

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

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

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

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

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

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

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ®. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Estudos de base populacional sobre depressão no Brasil

PRIMEIRO AUTOR	Delineamento	Resultados:
<i>Título</i>	<i>Tamanho da amostra (N)</i>	<i>Prevalência e fatores associados</i>
<i>Ano publicação / período do estudo</i>	<i>Idade da amostra</i>	
<i>Pais (Cidade ou Estado)</i>	<i>Instrumento</i>	
VORCARO, CMR ⁴⁰ <i>Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study</i> 2001 – 1996-7 Brasil (Minas Gerais)	Transversal (base populacional) N = 1.041 ≥ 18 CIDI	A prevalência de depressão no último mês foi de 7,5 (IC95% 5,9–9,1). A prevalência de depressão ao longo da vida foi de 12,8 (IC95% 10,7-14,8). Fatores associados: sexo feminino (OR = 2,4, IC95% 1,3-4,2), idade 45-59 anos (OR = 3,5; IC95% 1,7-7,2) e ≥ 60 anos (OR = 4,0; IC95% 1,9-8,5) e indivíduos desempregados (OR = 2,1; IC95% 1,2-3,6).
ANDRADE, L ¹³ <i>Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil</i> 2002 / 1994-5 São Paulo, SP	Transversal (base populacional) N = 1.464 ≥ 18 CIDI 1.1 (Composite International Diagnostic Interview)	Prevalência de depressão, no último mês 4,5% (IC95% 3,3-5,7), no último ano 7,1% (IC95% 5,5-8,7) e em algum momento da vida 16,8% (IC95% 14,6-18,9). Fatores associados: sexo feminino (OR=1,6; IC95% 1,2-2,1), estar desempregado (OR=3,1 IC95% 1,2-7,8) e indivíduos divorciados, separados ou viúvos (OR=1,5; IC95% 0,9-2,3).
ANDRADE, L ¹⁴ <i>The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys</i> 2003 / 1990-9 Transnacional	Transversal (base populacional) N _{total} = 37.710 ≥ 14 WHO-CIDI; UM-CIDI, M-CIDI	A prevalência EDM esteve entre 3% no Japão e 16,9% nos EUA. Este artigo incluiu dez países. Fatores associados: sexo feminino (associação em sete países), nível educacional (NE) mais baixo em comparação com os indivíduos com NE ≥ 16 anos de estudo (associação em dois países), aqueles com quartil de renda inferior (pobres) quando comparados com aqueles do quartil mais rico (associação em três países), idade (indivíduos mais jovens comparados com ≥ 45 anos, associação em um país) e estado civil não casado (associação em quatro países).

RAMOS, M ¹²⁴ <i>Social Relationships and Depressive Symptoms Among Older Adults in Southern Brazil</i> 2003 / 1995 ¹ e 1999 ² Estado do Rio Grande do Sul	Transversal (base populacional) N ¹ =871; N ² =551 <u>≥ 60</u> CES-D + EDA (Center for Epidemiological Studies Depression Scale)	Não apresenta prevalência ou fatores associados. Média dos 12 sintomas (escala desenvolvida pelos autores, EDA) em 1995 foi de 2,24 e em 1999 foi de 2,72.
GAZALLE, FK ⁴⁵ <i>Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil</i> 2004 / 2002 Pelotas, RS	Transversal (base populacional) N = 583 <u>≥ 60</u> Questionário idealizado pelos autores	A média dos sintomas depressivos por participante foi de 3,4 (DP=2,1). Fatores associados, após análise ajustada, que apresentaram médias estatisticamente maiores ($p<0,05$) de sintomas depressivos: mulheres, indivíduos mais velhos, com menor escolaridade, sem trabalho remunerado, tabagistas atuais e que tiveram morte de familiar ou pessoa importante no último ano.
ALMEIDA-FILHO, N ¹²⁵ <i>Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class</i> 2004 / não disponível Salvador, Bahia	Transversal (base populacional) N=2.302 <u>≥ 20</u> QMPA	A prevalência de sintomas depressivos foi de 12,2% (não apresenta IC95%). Fatores associados: idade (aqueles indivíduos entre 45-54 anos comparados com os indivíduos de idade <25 anos, OR= 2,43; 1,39-4,26, após ajuste para gênero e nível educacional), sexo feminino (OR 2,65; IC95% 1,99-3,56, após ajuste para idade e estado civil), nível educacional 0-4 anos (comparados com aqueles com nível ≥ 16 anos, OR= 2,87; IC95% 1,09-7,57) e estado civil divorciado ou viúvo quando comparados aos casados (OR= 1,69; 1,06-2,69, após ajuste para sexo e idade).
THEME-FILHA, MM ⁸¹ <i>Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003</i> 2005 / 2003 (WHS) Brasil	Transversal (base populacional) N=5.000 <u>≥ 18</u> Auto-referida	A prevalência de depressão auto-referida foi de 19,2% (IC95% 17,7-20,7). Não apresenta fatores associados.

WIEHE, M ¹²⁶ <i>Absence of association between depression and hypertension: results of a prospectively designed population-based study</i> 2006 / 1996-8 Porto Alegre, RS	Transversal (base populacional) N=1.174 <u>≥ 18</u> Interview Guide for Evaluating DSM-IV	A prevalência de depressão em algum momento da vida foi de 12,4% (IC95% 10,5-14,3%). Não apresenta fatores associados.
BLAY, SL ¹²⁷ <i>Depression Morbidity in Later Life: Prevalence and Correlates in a Developing Country</i> 2007 / 1995 Estado do Rio Grande do Sul	Transversal (base-populacional) N = 7.040 <u>≥ 60</u> SHORT-SPES (Short Psychiatric Evaluation Schedule)	A prevalência de depressão foi 22,7% (não apresenta IC95%). Fatores associados não disponíveis em tabelas.
CASTRO-COSTA, E ⁴³ <i>Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study)</i> 2008 / não disponível	Transversal (base populacional) N=1.510 <u>≥ 60</u> GHQ-12 (≥ 5) (General Health Questionnaire)	A prevalência de depressão foi de 38,5% (não apresenta IC95%). Fatores associados: sexo feminino (RP= 1,15, IC95% 1,01-1,33), ≥ 80 (comparados com a categoria de 60-69 anos, RP= 1,22, IC95% 1,02-1,54), estado civil solteiro (RP= 1,25; IC95% 1,02-1,46), ou separado (RP = 1,30; IC95% 1,03-1,65), menos de 4 anos de escolaridade (comparados com aqueles de 8 anos ou mais de escolaridade, RP= 1,42, IC95% 1,04-2,00), autopercepção da saúde ruim (comparados com a categoria de autopercepção boa ou muito boa, RP= 2,44; IC95% 1,91-3,12), incapacidade funcional (RP= 1,39; IC95%; 1,22-1,57) e insônia (RP= 1,77; IC95% 1,22-1,99).
REICHERT, CL ¹²⁸ <i>Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil</i> 2010 / 2005 Novo Hamburgo, RS	Transversal (base populacional) N = 379 <u>≥ 60</u> GDS-15 (Escala de Depressão Geriátrica)	Prevalência de sintomas depressão de 30% (não apresenta IC95%). A atividade física mais intensa esteve relacionada com uma menor prevalência de sintomas depressivos em homens, mas não em mulheres (não apresenta medida de efeito, só valor P).

<p>CARVALHAIS, SMM¹²⁹ <i>The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: the bambuí health and aging study (bhas)</i> 2008 / não disponível</p>	<p>Transversal (base populacional) N=1.499 ≥ 60 GHQ-12 (≥ 5)</p>	<p>A prevalência de depressão foi de 38,5% (não apresenta IC95%). Fatores associados (FA): menor renda familiar. As demais análises dos FA foram conduzidas através de dois grupos de renda (baixa e alta). Entre os indivíduos de baixa renda: ter 3 ou mais doenças crônicas quando comparados com aqueles sem nenhuma doença crônica (OR= 1,83; IC95% 1,17–2,87), ter incapacidade funcional (IF) quando comparados com aqueles que não tinham IF (OR= 2,37; IC95% 1,36–4,15), ter insônia (OR= 2,97; IC95% 2,23–3,95). Entre os indivíduos de renda alta, ser do sexo feminino (OR= 2,03; 1,27–3,24) e ter idade entre 70 e 74 anos quando comparados com aqueles indivíduos com idade ≥ 60 anos (OR= 2,08; 1,17–3,72) e ter insônia (OR= 2,46; IC95% 1,56–3,89).</p>
<p>HOFFMANN, EJ⁴⁶ <i>Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil</i> 2010 / 2009 Montes Claros, MG</p>	<p>Transversal (base populacional) N = 258 ≥ 60 GDS-15</p>	<p>Prevalência de sintomas depressivos de 20,9% (não apresenta IC95%). Após ajuste (não apresenta para quais fatores foi ajustado) os fatores associados foram: dificuldade para dormir (RP = 2,04) e dependência para atividades instrumentais de vida diária (escala de Pfeffer) (RP = 3,22).</p>
<p>ROMBALDI, AJ⁴⁴ <i>Prevalência e fatores associados a sintomas instrumento em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional</i> 2010 / não disponível Pelotas, RS</p>	<p>Transversal (base-populacional) N = 972 ≥ 60 O instrumento foi adaptado do questionário de Gazalle et al.</p>	<p>A prevalência dos sintomas depressivos foram 29,4% (tristeza), 57,6% (ansiedade), 37,4% (falta de energia), 40,4% (falta de disposição), 33,8% (pensar no passado) e 54,3% (ficar em casa). Fatores associados: ser do sexo feminino, idade avançada, fumantes e obesos.</p>

ALEXANDRINO-SILVA, C ¹³⁰ <i>Psychiatry: life events and social support in late life depression</i> 2010 / 1994-5 São Paulo, SP (ECA)	Transversal (base-populacional) N = 367 <u>≥ 60</u> CIDI 1.1	Prevalência de depressão no grupo "late depression" foi 10,1% (IC95% 7,0-13,2). No grupo "late subthreshold depression" a prevalência foi 8,7% (IC95% 6,0-11,4). Não apresenta fatores associados.
NICOLOSI, GT ¹³¹ <i>Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables</i> 2011 / 2008-9 Distrito de Ermelino Matarazzo , São Paulo, SP	Transversal (base-populacional) N = 303 <u>≥ 65</u> GDS - 15	A prevalência de depressão foi 24,9% (não apresenta IC95%). Fatores associados: número de problemas de saúde, o estado de saúde percebido e nível de escolaridade (não apresenta medidas de efeito).
LOPEZ, MRA ⁴¹ <i>Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil</i> 2011 / não disponível Brasil (Pelotas)	Transversal (base populacional) N= 1.560 <u>18-24 anos</u> MINI 5.0	A prevalência de depressão (não especificado qual transtorno) foi de 12,6% (não apresenta IC95%). Fatores associados: sexo feminino (RP=2,14; IC95% 1,58-2,89), indivíduos com baixo nível socioeconômico (RP=2,05; IC95% 1,42-2,97). Ser fumante (RP=2,17; IC95% 1,67-2,81) e alcoolista (RP=1,58; IC95% 1,21-2,07) aumentaram o risco para depressão. As pessoas com depressão apresentaram seis vezes mais risco para suicídio (RP=6,18; IC95% 4,91-7,78) do que as pessoas não deprimidas.
BROMET, E ¹⁵ <i>Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode</i> 2011 / 2002-7 Transnacional	Transversal (base populacional) N _{total} = 89.037 <u>≥ 18</u> CIDI (versões diferentes para cada país)	No Brasil, a prevalência do EDM no último ano foi de 10,4% (IC95% 9,2-11,6) e a prevalência do EDM em algum momento da vida foi de 18,4% (IC95% 16,8-20,0).

APÊNDICE 2 - Estudos que utilizaram o questionário PHQ-9 no Brasil

PRIMEIRO AUTOR	Delineamento Tamanho da amostra (N)	Resultados: Prevalência e fatores associados
Título	Idade da amostra	
Ano publicação / período do estudo	Instrumento	
Cidade, Estado		
PEREZ, GLÓRIA ¹³² <i>Depressão e Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis: Diferenças entre Homens e Mulheres</i> 2005 / 2000-1 Não disponível, Brasil	Transversal (base hospitalar) N = 345 <u>Não disponível</u> PHQ-9 (PRIME-MD) e BDI	A frequência de depressão foi de 46,7%. Fatores associados: sexo feminino (OR=2,4, IC95% 1,44– 4,0) e idade inferior a 50 anos (OR=1,97, IC95% 1,10-3,51).
FRAGUAS, RENERIO ⁵⁷ <i>The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD</i> 2006 / não disponível São Paulo, SP	Transversal (base hospitalar) N = 240 <u>≥ 18</u> PHQ-9 (PRIME-MD)	Não apresenta prevalência ou fatores associados.
SANTANA, VILMA ⁶⁰ <i>Skin Colour, Perception of Racism and Depression among Adolescents in Urban Brazil</i> 2007 / 2000 Salvador, BA	Transversal aninhado à coorte N = 973 <u>10-21</u> PHQ-9	A prevalência de depressão foi de 10,4%. Fatores associados (após ajuste para sexo, idade, situação socioeconômica, cor da pele e auto-estima): discriminação racial relatada (17,5%) (RP=2,01; IC95% 1,37-2,96).
ZINN-SOUZA, LC ¹³³ <i>Factors associated with depression symptoms in high school students in São Paulo, Brazil</i> 2008 / 2001 São Paulo, SP	Transversal (base-escolar) N = 724 <u>14-18</u> PHQ-9	A prevalência de depressão foi de 7,5%. Os fatores associados: sexo feminino (OR=2,45, IC95% 1,30-4,62), consumo de álcool (OR= 2,35; IC95% 1,24-4,46), autopercepção de saúde ruim (OR= 5,78; IC95% 2,90-11,54).

HENRIQUES, SERGIO GONÇALVES ⁵⁸ <i>Recognition of depressive symptoms by physicians</i> 2009 / não disponível São Paulo, SP	Transversal (base hospitalar) N = 316 <u>≥ 18</u> PRIME-MD (DSM-III-R) SCID (DSM-IV)	Não apresenta prevalência ou fatores associados.
DE LIMA OSÓRIO, FLÁVIA ²³ <i>Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care</i> 2009 / não disponível Uberaba, MG	Transversal (Base hospitalar) N = 177 mulheres <u>Não disponível</u> PHQ-9 - PHQ-2 - SCID-IV	Não apresenta prevalência ou fatores associados. O ponto de corte \geq 10 foi o mais adequado para rastreamento de depressão.
GUIMARÃES, JMN ¹³⁴ <i>Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women</i> 2009 / não disponível Rio de Janeiro, RJ	Transversal N = 1.298 <u>35-91</u> PHQ-9 (PRIME-MD)	A prevalência de sintomas depressivos foi de 45,7%. Fatores associados (após ajuste para idade, raça, tabagismo e IMC): mulheres com TSH 10mU/l/ml (comparadas com aquelas com TSH <4U/l/ml, OR= 3,06; IC95% 1,21–7,79).
BENUTE, GLÁUCIA ROSANA GUERRA ⁶² <i>Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes</i> 2010 – 2005-6 São Paulo, SP	Transversal (base hospitalar) N = 326 <u>Não disponível</u> PHQ-9 (PRIME-MD)	A prevalência de depressão foi de 9%. Não apresenta fatores associados de interesse para o presente estudo.
MANZOLLI, PATRICIA ⁶⁴ <i>Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil</i> 2010 / 2006-7 Porto Alegre e Bento Gonçalves, RS	Transversal aninhado a coorte N = 627 <u>13-42</u> PHQ-9 (PRIME-MD)	A prevalência de depressão foi de 27,8%. Fatores associados após ajuste (não informa para quais variáveis foram ajustadas): menor escolaridade (RP= 1,50; IC95% 1,05-2,13), aglomeração domiciliar (RP=1,43; IC95% 1,03-1,98) e alto consumo de álcool (RP 1,61; IC95% 1,15-2,26).

APÊNDICE 3 – Estudos elegíveis para a revisão bibliográfica

PRIMEIRO AUTOR	Delineamento	Resultados: Prevalência e fatores associados
Título	Tamanho da amostra (N)	
Ano publicação / período do estudo	Idade da amostra	
País	Instrumento	
LINDEMAN, S ³⁹ <i>The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults</i> 2000 Finlândia*	Transversal (base populacional) N = 5.993 ≥ 15 UM-CIDI Short Form	A prevalência do episódio depressivo maior (EDM) no último ano foi de 9,3% (IC95% 8,5-10,0), e as prevalências ajustada por idade para mulheres e homens foram de 10,9% (IC95% 9,7-12,0) e 7,2% (IC95% 6,2-8,2), respectivamente. Fatores associados: tabagismo, alcoolismo e pior situação de saúde, estado civil viúvo e divorciado/separado, IMC ≥ 30 e não praticar atividades físicas diariamente.
Bulletin of the World Health Organization ¹⁸ <i>Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders</i> 2000 / 1990-9 Transnacional	Transversal (base populacional) N _{total} = 29.644 ≥ 18 CIDI (versões diferentes para cada país)	A prevalência de qualquer transtorno mental (TM) ao longo da vida variou entre 12% na Turquia a 40% na Holanda e nos EUA. Todos os TM em estudo foram associados com uma série de medidas, como menor renda, menor escolaridade, desemprego e estado civil solteiro. Apenas uma minoria dos casos prevalentes recebeu algum tipo de tratamento especializado.
VORCARO, CMR ⁴⁰ <i>Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study</i> 2001 – 1996-7 Brasil (Minas Gerais)	Transversal (base populacional) N = 1.041 ≥ 18 CIDI 1.1	A prevalência do TDM no último mês foi de 7,5% (IC95% 5,9-9,1). A prevalência de depressão ao longo da vida foi de 12,8% (IC95% 10,7-14,8). Fatores associados: sexo feminino (OR= 2,4, IC95% 1,3-4,2), idade 45-59 anos (OR= 3,5; IC95% 1,7-7,2) e ≥ 60 anos (OR = 4,0; IC95% 1,9-8,5) comparados com aqueles entre 18-29 anos e indivíduos desempregados (OR= 2,1; IC95% 1,2-3,6) comparados com os indivíduos empregados.
ANDREWS, G ³⁸ <i>Overview of the Australian National Mental Health Survey Prevalence, comorbidity, disability and service utilization</i> 2001 / não disponível Austrália*	Transversal (base populacional) N = 8.300 ≥ 18 CIDI 2.1	A prevalência de qualquer transtorno mental foi observada em 23% da amostra no último ano. Fatores associados ao TDM: sexo feminino (OR=1,7; IC95% 1,4-2,0). Indivíduos que nunca se casaram (OR=1,4; IC95% 1,1-1,9) e estavam separados ou viúvos (OR=2,0; IC95% 1,3-3,1) comparados com os indivíduos casados. Entre os indivíduos desempregados quando comparados a aqueles empregados (OR=2,1; IC95% 1,1-3,8). Os indivíduos com idade ≥ 65 quando comparados com o grupo mais jovem (OR=0,2; IC95% 0,1-0,3).

ANDRADE, L ¹³ <i>Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil</i> 2002 / 1994-5 Brasil (São Paulo)	Transversal (base populacional de uma área próxima a Universidade de São Paulo) N=1.464 <u>≥ 18 anos</u> CIDI 1.1	A prevalência de qualquer transtorno mental em algum momento da vida foi de 45,9%, no último ano foi de 26,8% e no último mês foi de 22,2%. Os distúrbios mais prevalentes (prevalência ao longo da vida, no último ano e no último mês, respectivamente) foram: a dependência à nicotina (25%, 11,4%, 9,3%), qualquer transtorno do humor (18,5%, 7,6%, 5%). A presença de diagnóstico psiquiátrico aumentou o uso de serviços, com uma baixa proporção de indivíduos que procuraram profissionais da saúde mental.
ANDRADE, L ¹⁴ <i>The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys</i> 2003 / 1990-9 Transnacional	Transversal (base populacional em alguns países) N _{total} = 37.710 <u>≥ 14</u> WHO-CIDI; UM-CIDI, M-CIDI	A prevalência EDM esteve entre 3% no Japão e 16,9% nos EUA. Este artigo incluiu dez países. Fatores associados: sexo feminino (associação em sete países), nível educacional (NE) mais baixo em comparação com os indivíduos com NE \geq 16 anos de estudo (associação em dois países), aqueles com quartil de renda inferior (pobres) quando comparados com aqueles do quartil mais rico (associação em três países), idade (indivíduos mais jovens comparados com \geq 45 anos, associação em um país) e estado civil não casado (associação em quatro países).
KAWAKAMI, N ³⁵ <i>Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003</i> 2005 / 2002-3 Japão (Okayama, Nagasaki, Kushikino, Fukiage)	Transversal (base populacional) N = 1.664 <u>≥ 20</u> WMH-CIDI	A prevalência de qualquer transtorno mental no último ano foi de 8,8%. Entre as doenças específicas, depressão maior (2,9%) foi a mais prevalente. Apenas 19% dos casos graves ou moderados receberam tratamento nos 12 meses anteriores à entrevista. Nenhuma variável independente foi associada significativamente ao desfecho.
CHO, MJ ³⁷ <i>Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-IV Psychiatric Disorders Among Korean Adults</i> 2007 / 2001 Coréia (Jung-gu, Incheon, Daegu, Ganghwa-gun, Cheongwongun, Naju e Wonju)	Transversal (base populacional) N = 5.007 <u>≥ 18</u> CIDI 2.1	A prevalência de qualquer transtorno mental ao longo da vida e no último ano foi de 33,5% e 20,6%, respectivamente. Fatores associados ao transtorno depressivo maior (após o controle para sexo, idade e educação): estado civil viúvo, maior renda e morar na zona rural.

GABILONDO, A ³⁴ <i>Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project</i> 2009 / 2001-2 Espanha*	Transversal (base populacional) N = 5.473 <u>≥ 18</u> CIDI 3.0	A prevalência do EDM ao longo da vida foi de 10,6% (IC95% 9,6-11,6), enquanto a prevalência no último ano foi de 4,0% (IC95% 3,4-4,6). Fatores associados a prevalência do EDM no último ano: idade 50-64 anos quando comparados com aqueles com idade ≥65 anos (OR= 1,6; IC95% 1,1-2,3), sexo feminino (OR= 2,7; IC95% 1,9-3,8), estado civil separado, divorciado ou viúvo quando comparados com aqueles casados (OR= 1,8; IC95% 1,2-2,7), trabalhar em casa (OR= 1,6; IC95% 1,1-2,4) ou estar desempregado (OR= 2,9; IC95% 2,0-4,3).
KESSLER, RC ¹⁶ <i>Age differences in the prevalence and co-morbidity of dsm-iv major depressive episodes: results from the who world mental health survey initiative</i> 2010 / 2001-7 Transnacional	Transversal (base populacional) N _{total} = 89.037 <u>≥ 18</u> CIDI (versões diferentes para cada país)	Nos países de alta renda, a prevalência do EDM foi associada com a idade (maior entre os indivíduos mais jovens quando comparados com aqueles com idade ≥ 65 anos). Entre os países com baixa ou média renda, esta mesma associação foi observada no Brasil, na Índia e na Ucrânia. Em todos os países, o tratamento da depressão foi menor entre os indivíduos com idade ≥ 60 anos.
SHEN, Y ³⁶ <i>Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China</i> 2010 / 2001-2 China (Xangai, Beijing)	Transversal (base populacional) N = 3.884 <u>18-70</u> CIDI 3.0	A prevalência de qualquer transtorno mental no último ano na região metropolitana de China foi de 7,0%. O transtorno depressivo maior (2,0%), fobia específica (1,9%) e transtorno explosivo intermitente (1,7%) foram os distúrbios mais comuns. Em relação a gravidade de qualquer transtorno, 13,9% são classificados como graves, 32,6% como moderados e 53,5% como leves. Apenas 3,4% dos entrevistados com qualquer transtorno procuraram tratamento nos últimos 12 meses.
BROMET, E ¹⁵ <i>Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode</i> 2011 / 2002-7 Transnacional	Transversal (base populacional) N _{total} = 89.037 <u>≥ 18</u> CIDI (versões diferentes para cada país)	A prevalência do EDM ao longo da vida e no último ano foi, respectivamente, de 14,6% e 5,5% nos dez países de alta renda e de 11,1% e 5,9% nos oito baixos para países de renda média. Fatores associados: em média, as mulheres tiveram duas vezes mais chance de ter um EDM. Nos países de alta renda, a idade mais jovem esteve associada com maior prevalência do EDM no último ano; por outro lado, em vários países de baixa e média renda, a idade avançada foi associada com maior probabilidade do EDM. Em todos os países, os indivíduos não casados ou em união estável apresentaram maiores taxas do EDM.

LOPEZ, MRA ⁴¹	Transversal (base populacional)	A prevalência de depressão maior foi de 12,6%. Fatores associados: sexo feminino (RP=2,14; IC95% 1,58-2,89), indivíduos com baixo nível socioeconômico (RP=2,05; IC95% 1,42-2,97). Ser fumante (RP=2,17; IC95% 1,67-2,81) e alcoolista (RP=1,58; IC95% 1,21-2,07) aumentaram o risco para depressão. As pessoas com depressão apresentaram seis vezes mais risco para suicídio (RP=6,18; IC95% 4,91-7,78) do que as pessoas não deprimidas.
<i>Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil</i>	N= 1.560	
2011 / não disponível	<u>18-24 anos</u>	
Brasil (Pelotas)	MINI 5.0	

ANEXOS

ANEXO 1 - Instrumento de pesquisa

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 DIFÍCULDADE 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 DIFÍCULDADE 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**

ANEXO 2 - Instrumento para avaliação do risco de suicídio**AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO**

Você fez algum plano para acabar com a sua vida ou você tem alguma ideia de como você vai fazer isso?

Você tem pílulas, uma arma, inseticida, ou outros meios para acabar com a sua vida?

Os meios são facilmente disponíveis para você?

Você decidiu quando planeja acabar com a sua vida?

Quando você está planejando fazer isso?

ANEXO 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido



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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, professores e mestrandos do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, gostaríamos de convidar o(a) Sr(a) para participar, como voluntário, desta pesquisa sobre as condições de saúde da população de Pelotas, respondendo perguntas sobre alguns temas, entre outros: hábitos alimentares, prática de atividades físicas, serviços de saúde, utilização de medicamentos genéricos e medicamentos para doenças respiratórias.

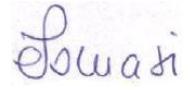
Todas as informações serão coletadas através de um questionário e de figuras, sem risco para a sua saúde e a saúde da sua comunidade. Suas respostas terão caráter sigiloso, identificadas por um número, guardadas com segurança e utilizadas exclusivamente para fins de análise científica. Somente terão acesso a elas os pesquisadores envolvidos neste estudo. Com a finalidade exclusiva de controle de qualidade, o(a) Sr(a) poderá receber um telefonema para responder novamente a poucas perguntas. Os resultados das análises realizadas neste estudo poderão ser acessados por meio de publicações científicas, nos jornais locais e no website oficial do Centro de Pesquisas Epidemiológicas: <http://www.epidemio-ufpel.org.br>.

Em alguns casos, como aqueles que utilizam motocicleta para deslocamento e os que utilizam bombinha ou outro tipo de inalador como medicamento respiratório, ocorrerá novo contato por telefone ou receberá uma segunda visita para responder questões adicionais. Em ambos os casos, as novas perguntas objetivam complementar as informações já coletadas.

Caso concorde em participar do estudo, solicitamos a gentileza de assinar o termo em duas vias: uma delas é sua e a outra ficará com os pesquisadores responsáveis. Em caso de recusa, o(a) Sr(a) não será penalizado(a) de forma alguma, podendo, inclusive, deixar de responder a qualquer pergunta durante a entrevista. Para outros esclarecimentos ou dúvidas, estaremos à sua disposição através do telefone 32841334, onde deverão ser contatados os mestrandos responsáveis e as coordenadoras abaixo. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas pode também ser contatado pelo telefone 32844900 ramal 312.


Profª. Helen Gonçalves


Profª. Maria Cecília Formoso Assunção


Profª. Elaine Tomasi

Eu, _____ fui esclarecido(a) sobre a pesquisa para avaliar as condições de saúde da população de adultos e idosos da cidade de Pelotas em 2012 e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma.

Pelotas, _____ de _____ de 2012.

Assinatura: _____.