



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia
Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública
Baseada em Evidências



PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO NA
POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA, SC.

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Inês Gullich

Orientador: Prof. Dr. Juraci A. Cesar

Co-orientadora: Profa. Dra. Suele M. Silva

PELOTAS, 2014

INÊS GULLICH

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO NA
POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA, SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Juraci A. Cesar

Co-orientadora: Profa. Dra. Suelle M. Silva

PELOTAS, 2014

G973p Gullich, Inês

Prevalência e fatores associados à ocorrência de depressão na população idosa do município de Arroio Trinta, SC. / Inês Gullich; orientador Juraci Almeida Cesar. – Pelotas : UFPel, 2014.

104 f. : il.

Dissertação – Universidade Federal de Pelotas ; Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências, 2014.

1. Epidemiologia. I. Cesar, Juraci Almeida. II. Título.

CDD 614.4

INÊS GULLICH

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO NA
POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA, SC**

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública Baseada em Evidências, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal de Pelotas.

Data de defesa: 18/06/2014

Banca Examinadora

Prof. Dr. **Juraci A. Cesar** (Orientador)

Presidente da banca – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. **Juvenal Soares Dias da Costa**

Membro da banca - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof. Dr. **Raúl Andrés Mendoza Sassi**

Membro da banca - Universidade Federal do Rio Grande

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é
assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.”
(Guimarães Rosa)

AGRADECIMENTOS

Conceber e produzir uma dissertação de mestrado exige bastante curiosidade, dedicação, disciplina, concentração, sacrifícios e não raros momentos de isolamento (social). Contudo, embora o processo de escrita de uma dissertação de mestrado tenha “um quê” de individualismo, ele está longe de ser solitário. Quem caminha pelas trilhas de um mestrado sabe que do princípio ao fim dessa jornada precisará do apoio e da compreensão de muitas pessoas. E são a elas que, neste momento, dedico algumas palavras de carinho e de agradecimento.

Sou uma pessoa bastante espiritualizada. Acredito na existência de uma força superior que nos auxilia e nos brinda com o dom da vida, ainda que, muitas vezes, eu não consiga compreendê-la. Contudo, tenho muitos motivos para acreditar na sua existência e na sua ação fortalecedora, pelo menos sobre mim. A esta fonte de energia e de luz, a que muitos chamam de Deus, eu elevo o pensamento neste momento e agradeço pela sua manifestação em todos os momentos da minha vida.

Primeiramente quero deixar minha gratidão àqueles que autorizaram a minha participação e que proporcionaram a minha continuidade nesse mestrado, apesar do município contar apenas com 02 médicos e sabendo que um deles (eu!) ficaria ausente do município durante 07 dias por mês, além de toda a demanda de tempo e dedicação que seriam necessários, mesmo nessas condições me liberaram do serviço para realizar esse sonho. Agradeço ao Cláudio Sprícigo (ex-prefeito), à Glotilde Casaletti Sartori (ex-secretária de saúde), ao Alcedir Felchilcher (atual prefeito) e ao Tarcísio Lidani (atual secretário de saúde). Sem a compreensão de vocês esse sonho seria somente um sonho e nada mais! Obrigada!

Agradeço aos meus pais, Oswaldo (em memória) e Nilza, quero agradecer de forma muito especial pela excelente educação que recebi e pelos bons exemplos que se tornaram a minha referência de caráter e moldaram a construção da minha personalidade. A doçura, o carinho e o respeito com que sempre me trataram, até mesmo nos momentos em que foram duros comigo, tenho certeza, contribuíram de forma definitiva para que eu trilhasse essa trajetória de sucesso. Como amor não se exprime por meio de palavras, quero apenas reafirmar aqui a grandeza do meu carinho e a infinitude da minha admiração por eles!

Aos meus colegas de mestrado, uma turma incrível, que apesar das diferenças na formação e idade, conseguiu tornar-se única e especial e deixará saudades. Aos funcionários e professores do centro de pesquisas da Ufpel pelo excelente trabalho realizado.

Agradecimento especial aos idosos de Arroio Trinta que aceitaram participar da pesquisa, bem como, aos entrevistadores e digitadores que fizeram um excelente trabalho de maneira voluntária. O agradecimento se estende aos meus colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde da Família Luiz Favarin de Arroio Trinta que muito me ajudaram, sendo em tarefas ou dando aquela “reduzida no número de consultas” quando eu precisava de tempo para entregar as tarefas (sempre na última hora, confesso!), ou com palavras de apoio e incentivo. Meu reconhecimento ao Dr. Hélio Renato Fogliatto, meu colega de profissão, que sempre me deu todo apoio, incentivo e muito me ensinou, em todos os sentidos, desde que cheguei a esse município. Nunca esquecerei esses gestos! Quero lembrar que todos vocês foram fundamentais para que esse projeto de pesquisa saísse do papel e virasse uma dissertação!

Agradecer ao meu namorado, Charles, pelos inúmeros momentos de apoio, por ter compreendido a minha ausência e a falta de tempo para dedicar a nós. Apesar dos momentos em que o cansaço e a pressão eram maiores que minha paciência, você permaneceu ao meu lado. Namorar uma mulher com carga horária semanal de 60 horas de trabalho, fazendo ao mesmo tempo a especialização e o mestrado, e apesar disso, dedicar carinho e amor... só pessoas especiais conseguem fazer isso! Você é muito especial e compreensivo! Obrigada por fazer parte do meu viver!

E claro que devo deixar um especial agradecimento ao meu orientador, Juraci A. Cesar, acredito não existir palavras nos idiomas conhecidos que consigam exprimir a minha gratidão e admiração por ele. Tive a oportunidade de ser sua aluna na graduação, onde atua como professor exemplar na disciplina de epidemiologia, e de conhecer o seu excelente trabalho como pesquisador. Alegria maior foi tê-lo na condição de meu orientador, função que exigiu dele muito jogo de cintura e paciência (confesso!). A você Juraci, todo o meu respeito, reconhecimento e gratidão! Agradeço também a minha co-orientadora Suele, pela compreensão e ajuda. Muito, muito obrigado!

A todos vocês oferto o meu mais sincero abraço e todo o meu respeito e carinho!

APRESENTAÇÃO

Esta Dissertação de Mestrado, conforme previsto no regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, é formada pelas seguintes seções:

I - Projeto de pesquisa: foi defendido no dia 19/04/2013 e contou com a revisão da Profa Dra. Suele M. Silva Duro e do Prof Dr. Juvenal Soares Dias da Costa. A versão apresentada neste volume já contém as modificações sugeridas pelos revisores do projeto. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa no dia 30/06/2013 (parecer: 320.865).

II - Relatório do trabalho de campo: documento contendo a descrição das atividades realizadas durante a execução do projeto.

III – Artigo final: intitulado “DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO SUL DO BRASIL”, o qual está formatado segundo as normas de publicação nos Cadernos de Saúde Pública, para a qual será enviado mediante aprovação da banca e incorporação das sugestões.

IV – Nota à imprensa: texto contendo os resultados principais do estudo a ser enviado para divulgação.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA, SC

Pesquisador: Inês Gullich

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 17656513.5.0000.5317

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 320.865

Data da Relatoria: 25/06/2013

Apresentação do Projeto: A população idosa no mundo tem mostrado crescente aumento. Esta mudança no perfil demográfico vem sendo acompanhada por mudança no padrão de ocorrência de doenças. Verifica-se importante redução na prevalência de doenças infectocontagiosas e acréscimo

expressivo na prevalência de doenças crônico-degenerativas. Dentre estas patologias, a doença depressiva tem merecido especial atenção. Esta é responsável por, aproximadamente, 850 mil óbitos a cada ano e constitui um dos problemas psiquiátricos mais comuns e importantes entre idosos.

Objetivo da Pesquisa: Medir a prevalência e identificar fatores associados à ocorrência de depressão entre pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes no município de Arroio Trinta, SC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O presente estudo implica em riscos mínimos para o idoso, os quais terão medidas de precaução e suporte, pois após a realização da entrevista deverá ser comunicado aos médicos da respectiva Unidade de Saúde o nome daqueles entrevistados com resultados positivos (para depressão, alcoolismo e dependência nicotínica), para que desta forma seja informado da condição de risco do paciente e o profissional avalie a possibilidade de instituir terapêutica adequada e/ou ajuda psicológica. O atendimento médico e o que dele decorrer serão



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



realizados pelo Sistema Único de Saúde, sem nenhum custo ao paciente. Benefícios: Determinar a proporção de idosos com depressão e identificar os fatores associados à sua ocorrência facilitará a realização de ações educativas e curativas, em nível individual e coletivo, pela equipe de Saúde da Família do município de Arroio Trinta. **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** O delineamento utilizado será do tipo transversal (seccional ou de prevalência). O estudo será realizado em Arroio Trinta, município com cerca de 3500 habitantes (dois terços da população residente em área urbana), localizado no meio oeste catarinense em uma área de 94 km². Informações coletadas: O instrumento utilizado será um questionário composto por questões demográficas, socioeconômicas, comportamentais, utilização de serviços de saúde e Escala de Depressão Geriátrica Reduzida. A variável dependente (desfecho) será constituída pela confirmação da presença de depressão por meio da Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15).

Logística: Inicialmente, o município será dividido em áreas e cada área em lotes menores. Na área urbana, a divisão se dará por quadras, enquanto na área rural, a divisão será feita a partir de estradas vicinais, rios e montanhas. Estas divisões serão numeradas sempre em sentido horário a fim de evitar possível perda de algum domicílio. Os 10 entrevistadores formarão cinco duplas com cada uma delas ficando responsável por visitar todos os domicílios daquela quadra ou área geográfica. O número de moradores será anotado na folha de conglomerado. Se existir algum idoso na residência e, caso aceite, o entrevistador, devidamente identificado com crachá, camiseta e com carta de apresentação, lerá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a esta(s) pessoa(s) com 60 anos ou mais de idade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: OK

Recomendações: OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: OK

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

PELOTAS, 30 de Junho de 2013

Assinado por:

Patricia Abrantes Duval

(Coordenador)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa do Estado de Santa Catarina, localização do Município de Arroio Trinta, SC	19
Figura 2: Medida do contorno	59
Figura 3: Leitura individual do manual e do questionário.....	67
Figura 4: Leitura do questionário em duplas.	67
Figura 5: Dramatização de entrevistas.....	68
Figura 6: Treinamento para realizar as medidas antropométricas	69
Figura 7: Estudo piloto realizado na cidade de Salto Veloso-SC no dia 30/08/2013.....	70
Figura 8: Entrevista realizada durante o estudo piloto	70
Figura 9: Entrega dos questionários na sede da pesquisa.....	72
Figura 10: Dupla digitação dos questionários.	73
Figura 11: Equipe de pesquisadores de campo.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quadro 1: Variáveis.....	21
Quadro 2: Escala de Depressão Geriátrica na versão curta (EDG-15).....	22
Quadro 3: Avaliação	22
Quadro 4: Modelo hierárquico de análise.....	25
Quadro 5: Material de consumo	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características Características dos idosos residentes no município de Arroio Trinta, SC, 2013	89
Tabela 2: Análises bruta e ajustada para fatores associados à ocorrência de depressão segundo Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15) entre idosos de Arroio Trinta, SC, 2013. (n= 544).	90

SUMÁRIO

SEÇÃO I: PROJETO DE PESQUISA	14
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Geral	17
3.2 Específicos.....	17
4 HIPÓTESES	18
5 METODOLOGIA.....	18
5.1 Local	18
5.2 População alvo.....	19
5.3 Delineamento.....	20
5.4 Tamanho da amostra.....	20
5.5 Informações coletadas	20
5.6 Escala de depressão geriátrica reduzida	22
5.7 Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo piloto	23
5.8 Logística	23
5.9 Processamento e análise de dados	24
5.10 Controle de qualidade.....	25
5.11 Aspectos éticos e confidencialidade das informações.....	26
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	26
7 ORÇAMENTO.....	27
8 CRONOGRAMA	28
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
APÊNDICE 01	32

APÊNDICE 02	39
APÊNDICE 03	61
APÊNDICE 04	62
ANEXO 01	63
SEÇÃO II: RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	65
1 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	65
2 TRABALHO DE CAMPO.....	71
3 DIFICULDADES	73
SEÇÃO III: ARTIGO FINAL	75
SEÇÃO IV: NOTA PARA IMPRENSA.....	92
INSTRUÇÕES AOS AUTORES CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.....	94



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS**



DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

**MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE
PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO NA
POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA, SC.**

PROJETO DE PESQUISA

MESTRANDA: INÊS GULLICH

ORIENTADOR: JURACI A. CESAR

CO-ORIENTADORA: SUELE M. SILVA DURO

PELOTAS, RS

2013

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento tem sido descrito como um processo ou conjunto de mudanças inerentes os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade do indivíduo¹.

A população idosa no mundo tem mostrado crescente aumento. Estima-se, em nível mundial, que a proporção daqueles com 60 anos ou mais irá crescer 300% nos próximos 50 anos, passando dos pouco mais de 600 milhões, no ano 2000 para cerca de 2 bilhões em 2050².

Ao longo dos últimos 50 anos, a população brasileira quase triplicou: passou de 70 milhões, em 1960, para 190,7 milhões, em 2010. O crescimento do número de idosos, no entanto, foi ainda maior. Em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais de idade e representavam 4,7% da população; Em 2000 e 2010 somavam 14,5 milhões e 20,5 milhões, respectivamente, e correspondiam a 8,5% e 10,8% da população brasileira³.

A região sul desponta, juntamente com o sudeste, como a região mais envelhecida do país, pois registra 12% da sua população com idade acima de 60 anos. Ainda segundo o censo de 2010, no estado de Santa Catarina, existiam 226.480 idosos a mais em relação ao censo de 2000. Esse contingente representa hoje 10,5% do total da população catarinense³.

No município de Arroio Trinta, meio oeste de Santa Catarina, 16,5% da população tem 60 anos ou mais de idade. Estima-se que em 2025 aproximadamente um terço da população deste município seja constituída de idosos.

Esta mudança no perfil demográfico da população vem sendo acompanhada por mudança no padrão de ocorrência de doenças. Verifica-se importante redução na prevalência de doenças infectocontagiosas e acréscimo expressivo na prevalência de doenças crônico-degenerativas. Dentre estas patologias, a doença depressiva tem merecido especial atenção. As prevalências variam de 5% a 36% dependendo da escala utilizada, do local onde foi conduzido e da faixa etária incluída^{4,5,6,7,8}. Além destas diferenças, há também, em alguns destes estudos, problemas com o processo amostral, com a seleção dos participantes e com a taxa de respondentes.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na terceira idade incluem pertencer ao sexo feminino, viver sozinho, ter baixo nível socioeconômico, consumir bebida de álcool em excesso, possuir alguma doença física crônica e história pessoal ou familiar de

depressão⁹. Dentre os fatores de risco adicionais, particularmente importantes entre os idosos, estão o luto, o comprometimento cognitivo e a idade superior a 75 anos^{9,10}. Os fatores protetores incluem apoio social e atividades sociais, tais como o voluntariado, a atividade física e a participação em atividade religiosa^{11, 12}.

2 JUSTIFICATIVA

A depressão é responsável por, aproximadamente, 850 mil óbitos a cada ano¹³ e constitui um dos problemas psiquiátricos mais comuns e importantes entre idosos¹⁴. A depressão é considerada uma questão de saúde pública cuja incidência anual, nessa faixa etária, é de aproximadamente 12%^{15,16} e, segundo a OMS, até 2020, essa doença responderá por 6% da carga total de doenças, o que a levará a ocupar a segunda posição no ranking das principais causas de “anos de vida perdidos ajustados por incapacidade”, ficando atrás somente da doença isquêmica cardíaca.

A literatura sobre os custos econômicos da depressão aponta para a existência de três tipos de custos: diretos, indiretos e intangíveis. Sabe-se que os custos diretos (atendimento médico, farmacoterapia, psicoterapia, internações hospitalares) representam menos de 50% do ônus total do transtorno depressivo, ficando a maior parcela relacionada aos custos indiretos (impacto sobre a produtividade, dias de absenteísmo ao trabalho, tempo de lazer perdido e aumento da mortalidade)¹⁵. A magnitude da incapacitação devido ao quadro depressivo tende a ser maior do que aquela causada por outras doenças não transmissíveis crônicas, como diabetes, hipertensão arterial e problemas de coluna¹⁶.

O transtorno depressivo também tem um impacto substancial na qualidade de vida das pessoas por submetê-las à dor, angústia e sofrimento psíquico, mas também traz um ônus intangível ao expor a família, amigos, parceiros e cuidadores ao sofrimento e ao estresse¹⁶. Assim, os custos da depressão são mais ocultos e insidiosos do que aqueles comumente associados a outras condições crônicas¹⁶. Verifica-se também que o tratamento inadequado da depressão pode trazer mais problemas econômicos. Pacientes com episódios depressivos não tratados ou com tratamento sub-ótimo apresentam maior probabilidade de utilizar outros serviços de saúde, com consultas frequentes a médicos de cuidados primários e uso excessivo de testes de laboratório. Ademais, outros estudos evidenciaram queda nos gastos em saúde quando a depressão foi diagnosticada e tratada adequadamente¹⁷.

Nota-se, portanto, que a depressão é um transtorno que onera o indivíduo, sua família, seus amigos e o sistema de saúde. A oferta de serviços de saúde mental de qualidade, combinadas com ações educativas para se desmistificar as doenças mentais pode colaborar, decisivamente, para melhorar a qualidade de vida de todos que sofrem direta ou indiretamente, com os transtornos depressivos na terceira idade, e tornar mais eficiente os gastos do sistema de saúde.

Portanto, determinar a proporção de idosos com depressão e identificar os fatores associados à sua ocorrência facilitará a realização de ações educativas e curativas, em nível individual e coletivo pela equipe de Saúde da Família do município de Arroio Trinta.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Medir a prevalência e identificar fatores associados à ocorrência de depressão entre pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes no município de Arroio Trinta, SC.

3.2 Específicos

- Determinar a prevalência de depressão nesta população;
- Avaliar a ocorrência de depressão de acordo com características:
 - demográficas (sexo, idade, cor da pele e situação marital);
 - habitacionais (local de residência, aglomeração familiar);
 - socioeconômicas (renda familiar e escolaridade);
 - hábitos e costumes (tabagismo, alcoolismo, atividade física, religião);
 - utilização de serviço de saúde (internação hospitalar nos últimos 12 meses, realização de consultas nos últimos seis meses, local da última consulta médica);
 - tratamento atual para alguma outra doença.

4 HIPÓTESES

- Pelo menos um quarto da população idosa do município de Arroio Trinta, SC, apresenta depressão segundo o critério utilizado;
- A prevalência de depressão é maior entre os idosos do sexo feminino, de cor da pele parda ou preta, de maior idade, que vivem sozinhos, sem companhia/o, residentes na área rural, de pior nível socioeconômico, tabagistas, alcoolistas, sedentários, que não possuem religião, que foram hospitalizados no último ano, que realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos seis meses, que costumam consultar na Unidade Básica de Saúde, que possuem um médico de referência e que estão em tratamento para alguma outra doença crônica, particularmente as crônico-degenerativas.

5 METODOLOGIA

5.1 Local

O estudo será realizado em Arroio Trinta, município com cerca de 3500 habitantes (dois terços da população residente em área urbana), localizado no meio oeste catarinense em uma área de 94 km²¹⁸. O Índice de Desenvolvimento Humano alcançado na sua última avaliação, no ano 2000, foi de 0,798¹⁹. Aproximadamente 95% da sua população é formada por descendentes de italianos. Arroio Trinta foi a primeira localidade fora da Itália a incluir no currículo escolar a língua italiana como disciplina obrigatória desde o ensino fundamental até o ensino médio. Pela preservação da cultura italiana, Arroio Trinta é reconhecido como a "Capital Catarinense da Cultura Italiana"¹⁸.

A economia do município baseia-se principalmente no agronegócio, com destaque para suinocultura, fruticultura e a produção de milho. Na área urbana, destacam-se as indústrias de móveis, estofados, confecções, artesanato em vime¹⁸. A renda per capita mensal em Arroio Trinta em 1991 foi de R\$ 161,93, passando a R\$ 245,08 em 2000¹⁹.

O município possui uma Unidade Básica de Saúde onde atuam dois médicos, duas enfermeiras, três odontólogos, quatro técnicos de enfermagem e oito agentes comunitários de

saúde. A maioria desses profissionais atua na Estratégia de Saúde da Família, que cobre 100% da população. Há ainda um hospital filantrópico/privado de baixa complexidade e pequeno porte (18 leitos). Entre 1995 e 2010 houve 12 óbitos entre menores de um ano no município. De 2011 até o presente momento não se teve notícia de ocorrência de óbito nesta faixa etária.

Em relação à rede educacional, o município conta com duas escolas, sendo uma estadual e outra municipal, além do Centro Municipal de Educação Infantil. No IDEB, índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, Arroio Trinta ocupa a 167^a e a 130^a posição entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados alunos da 4^a e da 8^a série, respectivamente²⁰.

Figura 1: Mapa do Estado de Santa Catarina, localização do Município de Arroio Trinta, SC



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

Situado no meio oeste catarinense, o município de Arroio Trinta pertence à região da Bacia do Rio do Peixe.

5.2 População alvo

A população alvo deste estudo será constituída por todos aqueles com 60 anos ou mais de idade residentes no município de Arroio Trinta por ocasião da coleta de dados que deverá ocorrer nos meses de junho, julho e agosto de 2013. Serão excluídos do estudo somente aqueles idosos que, mesmo com a ajuda do seu cuidador e/ou familiar, não se mostrem capazes de responder o questionário do estudo.

5.3 Delineamento

O delineamento utilizado será do tipo transversal (seccional ou de prevalência). Este tipo de delineamento é o mais apropriado para estudar diversas exposições e desfechos de forma simultânea a partir de abordagem única ao indivíduo. Além disso, é rápido, de baixo custo e fácil de analisar. A principal desvantagem está relacionada à possibilidade de ocorrência de viés de causalidade reversa em virtude de exposição e desfecho serem coletados em um mesmo momento²¹. Visando reduzir este tipo de limitação, tentar-se-á definir a idade de início das exposições e, posteriormente, a ocorrência do desfecho.

5.4 Tamanho da amostra

Para uma prevalência estimada de 33% e uma margem de erro de 4,0 pontos percentuais, o presente estudo deveria incluir pelo menos 507 idosos. Este valor já se encontra acrescido de 10% para ocorrência de eventuais perdas.

No que se refere ao estudo das associações, o maior tamanho amostral necessário para se trabalhar com erro alfa de 0,05, erro beta de 0,20, razão expostos/não-expostos de 25/75, prevalência de doença nos não-expostos de 20% e razão de riscos de 1,7, o presente estudo deveria incluir pelo menos 577 idosos. Este valor já se encontra acrescido de 15% para controle de potenciais fatores de confusão e de 5% para perdas²². Considerando que há no município aproximadamente 600 idosos, este total será suficiente para satisfazer todos estes parâmetros amostrais desejados.

5.5 Informações coletadas

O instrumento utilizado será um questionário (Apêndice 01) composto por questões demográficas, socioeconômicas, comportamentais, utilização de serviços de saúde e Escala de Depressão Geriátrica Reduzida. A variável dependente (desfecho) será constituída pela confirmação da presença de depressão por meio da Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15) descrita mais adiante. A seguir são apresentadas as principais variáveis a serem investigadas neste estudo.

Quadro 1: Variáveis

Variável	Definição	Tipo de variável
- Escolaridade	- Anos completos de escolaridade com aprovação.	- Discreta, com categorização posterior.
- Renda familiar	- Valor recebido por todos os moradores do domicílio no mês anterior a entrevista.	- Contínua, com possibilidade de categorização em salários mínimos mensais ou tercís.
- Idade	- Anos completos no dia da entrevista.	- Discreta, com categorização posterior.
- Cor da pele	- Autodeclarada pelo entrevistado.	- Nominal: branca, parda, preta.
- Sexo	- Características físicas.	- Dicotômica: Masculino x feminino.
- Estado Civil	- Situação conjugal.	- Solteiro, casado, separado, divorciado ou viúvo.
- Saneamento	- se o domicílio onde reside é abastecido por água encanada;	- Dicotômica: sim ou não;
- Local de moradia	- Área de residência.	- Dicotômica: rural ou urbana.
- Aglomeração familiar	- Número de pessoas que residem no domicílio.	Discreta, com categorização posterior.
- dependência alcoólica	- Mensurada através do questionário AUDIT.	- Discreta com categorização posterior em: baixo risco: 0 a 7 pontos; uso de risco: 8 a 15 pontos; uso nocivo: 16 a 19 pontos; provável dependência: 20 a 40 pontos.
- Tabagismo	- se o entrevistado fumou, no último mês, pelo menos um cigarro por dia.	- Dicotômica: sim ou não.
- Dependência Nicotínica	- Mensurada através do questionário de Fagerstrom.	- discreta/ Dependência muito baixa: 0 a 2 pontos, dependência baixa: 3 a 4 pontos, dependência média: 5 pontos, dependência alta: 6 a 7, dependência muito alta: 8 a 10 pontos.
- Tratamento para alguma doença	- Se atualmente faz tratamento para alguma doença.	- nominal; com categorização posterior.
- Atividade física	- Avaliar se o entrevistado pratica, pelo menos, 150 minutos de atividade física por semana.	- contínua, com categorização posterior.
- Religião	- A religião que diz pertencer.	- Categórica: católica, evangélica, espírita, outras.
- Internação hospitalar	- Se permaneceu, por pelo menos 24 horas, em ambiente hospitalar nos últimos 12 meses.	- dicotômica: sim x não.
- Médico de referência	- Se o entrevistado tem algum médico com o qual costuma consultar na maioria das vezes.	- dicotômica: sim x não.
- Local consulta médica	- Local da última consulta com médico.	- categórica: Unidade básica de saúde, ambulatório, consultório particular ou convênio.
- Depressão	- Avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15).	- discreta / ≤ 05 pontos: não caso (não deprimido), ≥ 06 pontos: caso (deprimido).

Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

Para avaliar o consumo/dependência de bebida alcoólica será utilizado o questionário AUDIT que é composto por 10 questões. Com base no número de respostas positivas este questionário permite classificar o entrevistado nas seguintes categorias: Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos²³.

Para avaliar a prevalência de tabagismo será utilizada a seguinte pergunta: “*No último mês o Sr./Sra. fumou pelo menos um cigarro por dia?*”. A dependência nicotínica será avaliada a partir do teste de Fagerström. Este teste é amplamente utilizado e consiste da aplicação de seis perguntas, onde o respondente pode alcançar no máximo 10 pontos. Uma pontuação total de seis ou mais nesta escala indica que o sujeito é muito adicto à nicotina²⁴.

5.6 Escala de depressão geriátrica reduzida

A escala de Depressão Geriátrica é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de sintomas depressivos entre idosos²⁵. Para avaliar a presença de depressão será utilizada a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (EDG-15). Esta escala apresenta pontuação que varia de 0 a 15. O ponto de corte 5/6 (não caso/caso) para a GDS 15 produziu índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com o CID-10²⁶.

Quadro 2: Escala de Depressão Geriátrica na versão curta (EDG-15)

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria das pessoas? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio (a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

Quadro 3: Avaliação

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.
1 = Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.
Total ≥ 6 pontos = depressão

Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

5.7 Seleção, treinamento de entrevistadores e estudo piloto

Serão recrutados para realizar treinamento 15 alunos do terceiro ano do ensino médio do período noturno da Escola Estadual de Educação Básica Governador Bornhausen de Arroio Trinta. Todos estes alunos serão treinados durante oito horas por dia, durante cinco dias consecutivos, totalizando 40 horas. Este treinamento constará de leitura do questionário e do manual de instruções (Apêndice 02), simulações de entrevistas entre eles e aplicação em duplas perante o grupo todo. Em seguida será realizado estudo piloto em Salto Veloso (cidade vizinha). Cada um dos entrevistadores aplicará pelo menos um questionário completo. Ao final desta etapa será realizada reunião visando esclarecer possíveis dúvidas e fazer os últimos ajustes no questionário antes da impressão definitiva. Dentre os 15 treinados, 10 deles serão selecionados para atuarem como entrevistadores. Os demais permanecerão como suplentes para a eventualidade de alguma substituição. Esta escolha será definida com base no desempenho durante a fase de treinamento e no interesse do aluno em participar do projeto.

5.8 Logística

Inicialmente, o município será dividido em áreas e cada área em lotes menores. Na área urbana, a divisão se dará por quadras, enquanto na área rural, a divisão será feita a partir de estradas vicinais, rios e montanhas. Estas divisões serão numeradas sempre em sentido horário a fim de evitar possível perda de algum domicílio. Os 10 entrevistadores formarão cinco duplas com cada uma delas ficando responsável por visitar todos os domicílios daquela quadra ou área geográfica. Ao chegar ao domicílio, o entrevistador perguntará quantas pessoas residem naquele domicílio e qual a idade das pessoas ali residentes. Caso alguma delas possua 60 anos ou mais de idade, o entrevistador explicará os objetivos do estudo e o convidará para dele participar. O número de moradores será anotado na folha de conglomerado (Anexo 01)²⁷. Caso aceite, o entrevistador, devidamente identificado com crachá, camiseta e com carta de apresentação, lerá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 03) a esta(s) pessoa(s) com 60 anos ou mais de idade. Este termo deverá ser assinado por estas pessoas em duas vias, ficando uma delas de posse do entrevistado e a outra será anexada ao questionário aplicado para posterior entrega na sede do projeto.

Vale destacar que a dupla de entrevistadores, embora fique responsável por cobrir uma determinada área geográfica, sua atuação será independente, ou seja, cada entrevistador aplicará o questionário em um domicílio. A ideia da divisão por duplas é para facilitar o transporte de material e da necessidade de eventual auxílio por ocasião da entrevista, já que nem sempre o supervisor conseguirá estar presente²⁷. Este questionário respondido será codificado ao final de cada dia de trabalho e, no dia seguinte, entregue a sede do projeto onde terão as questões abertas codificadas, serão revisados e duplamente digitados utilizando-se do software livre Epidata 3.0²⁸. Esta digitação será feita por digitadores independentes e na ordem inversa. A cada bloco de 100 questionários, estas digitações serão comparadas e corrigidas. Ao final de toda a digitação e comparação, estes dados serão transportados para o pacote estatístico STATA 12.0 para posterior análise²⁹.

Na área urbana, o deslocamento será feito a pé em virtude de as distâncias serem pequenas, enquanto na área rural será feito por transporte cedido pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

Será priorizada a realização de entrevistas na área rural quer seja pela maior dificuldade de acesso, quer seja pela disponibilidade de meio de transporte.

5.9 Processamento e análise de dados

Os dados transportados do Epidata serão inicialmente rotulados e verificados quando a presença de *outliers* (valores extremos). Cada uma destas inconsistências serão cheçadas e corrigidas em presença do questionário físico. Em seguida estas variáveis serão categorizadas e, para aqueles contínuas ou discretas, serão obtidas as medidas de tendência central e de dispersão quando necessárias. Em seguida dar-se-á a análise bivariada, que consiste na testagem da associação por meio do teste qui-quadrado de Pearson para proporções (ou exato de Fisher) e o teste t de *Student* entre as variáveis independentes e o desfecho (depressão). As variáveis que mostrarem p-valor de até 0,20 nesta associação serão levadas para análise conforme modelo hierárquico previamente estabelecido (Ver quadro mais adiante).

Os resultados serão expressos em termos de razão de prevalências (RP), intervalo de confiança de 95% (IC95%) e valor p do teste de Wald para heterogeneidade³⁰. A análise ajustada será realizada com base em modelo hierárquico a fim de determinar a ordem de entrada das variáveis no modelo³¹. O modelo proposto apresenta três níveis hierárquicos. No

primeiro deles estarão colocadas as variáveis demográficas dos idosos e socioeconômicas da família; no segundo as variáveis relativas às condições de habitação e saneamento e no terceiro e último nível as variáveis comportamentais, de utilização de serviços de saúde e padrão de morbidade. O desfecho será constituído pela identificação de depressão a partir da Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15) para seis ou mais respostas positivas.

Quadro 4: Modelo hierárquico de análise

Nível	Variáveis		
I	<u>Demográficas</u> (idade, sexo e estado civil).		<u>Nível socioeconômico</u> (Renda familiar, escolaridade).
II	<u>Condições de moradia</u> (saneamento, local de moradia e aglomeração domiciliar).		
III	<u>Comportamentais</u> (atividade física, dependência nicotínica, dependência alcoólica, religião).	<u>Utilização de serviços de saúde</u> (internação hospitalar nos últimos 12 meses, local de consulta médica, consultas médicas nos últimos 06 meses, médico de referência).	<u>Morbidade</u> (patologias crônicas)
Desfecho	Identificação de depressão a partir da Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15).		

Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

Todas as variáveis com p-valor de até 0,20 na análise bruta serão mantidas no modelo e ajustadas para todas aquelas do mesmo nível e de níveis anteriores. Estas análises serão realizadas utilizando-se do programa Stata 11.2^{29,32}.

5.10 Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado a partir repetição parcial de 10% das entrevistas a partir de questionário padrão resumido. O objetivo principal dessa atividade será confirmar a realização da entrevista e comparar as respostas obtidas nos diferentes questionários. Esta comparação será feita a partir do índice Kappa, que se espera alcançar índice de pelo menos 0,70.

5.11 Aspectos éticos e confidencialidade das informações

O projeto será submetido à apreciação pelo Comitê de Ética e só será iniciado após a sua aprovação. A entrevista será realizada na residência do idoso. Inicialmente este será convidado a participar da pesquisa. Neste momento o entrevistador explicará ao idoso os objetivos desta pesquisa. Além disso, lerá em voz alta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso aceite participar, o idoso deverá assinar o termo em duas vias, sendo que uma delas ficará em seu poder.

Será assegurada ao idoso total confidencialidade quanto às informações coletadas, e que estarão a sua disposição se assim desejar.

O presente estudo implica riscos mínimos para o idoso, os quais terão medidas de precaução e suporte, pois após a realização da entrevista deverá ser comunicado aos médicos da respectiva Unidade de Saúde o nome daqueles entrevistados com resultados positivos (para depressão, alcoolismo e dependência nicotínica), para que desta forma seja informado da condição de risco do paciente e o profissional avalie a possibilidade de instituir terapêutica adequada e/ou ajuda psicológica. O atendimento médico e o que dele decorrer serão realizados pelo Sistema Único de Saúde, sem nenhum custo ao paciente.

Os questionários ficarão de posse do entrevistador na UBSF pelo menos cinco anos após a realização da entrevista. Depois deste prazo serão incinerados. Reitero que nenhuma outra pessoa que não esteja diretamente com este projeto terá acesso a estes dados.

6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados será feita no meio acadêmico através da disponibilização de dissertação de mestrado no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas em meio impresso e virtual, participação em congressos, seminários e jornadas, e da publicação de artigo científico em revista indexada de circulação nacional.

Além destas formas serão ainda publicadas matérias em jornais de circulação local, concedidas entrevistas às rádios comunitárias, realizadas apresentações em associação de bairros e às autoridades e equipes de saúde do município de Arroio Trinta, bem como, ao Conselho Municipal de Saúde.

7 ORÇAMENTO

O material permanente necessário para efeitos da pesquisa inclui: um microcomputador com Epidata, uma impressora, um arquivo de metal, grampeador. O material permanente encontra-se na Unidade Básica de Saúde e, portanto, não necessita ser adquirido.

O material de consumo inclui: folhas tamanho A4, pranchetas, lápis, borrachas, canetas esferográficas, pastas, caixas-arquivos de papelão, grampeador, pen drive, grampos, cartuchos de tinta, barras de cereal, água, camisetas, protetor solar, certificados, gasolina.

Quadro 5: Material de consumo

Quantidade	Descrição de material	Custo (R\$)	
		Unitário	Total
06	Pacotes folhas A4	11,50	69,00
10	Unidades Pranchetas	8,70	87,00
20	Lápis	0,40	8,00
20	Borrachas	1,20	24,00
20	Canetas	1,00	20,00
10	Apontadores	1,40	14,00
10	Pastas plásticas c/elástico	2,00	20,00
01	Grampos (caixa com 500 unidades)	2,00	2,00
20	Caixas de arquivos de papelão	4,50	90,00
01	Pen drive	15,00	15,00
05	Cartucho de tinta (Epson)	25,00	125,00
10	Camisetas	30,00	300,00
10	Protetor solar fator 30	15,00	150,00
200	Barra cereal	1,00	200,00
25	Água mineral	1,00	25,00
60	Gasolina (litros)	2,89	174,00
	Total material consumo		1.323,00

Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

Os custos deste estudo serão cobertos a partir de recursos oriundos da Secretaria Municipal de Saúde de Arroio Trinta e da mestranda. Os entrevistadores trabalharão de forma voluntária recebendo, para tanto, certificado de participação de acordo com a função desempenhada.

8 CRONOGRAMA

O presente estudo está previsto para ser realizado em 24 meses, que compreende desde a revisão bibliográfica até apresentação e defesa da dissertação. Por esta razão, diversas atividades serão realizadas de forma simultânea, enquanto que a de maior duração será a revisão bibliográfica.

Atividade	Mês de 2012						Mês de 2013					
	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J
Revisão Bibliográfica												
Redação do Projeto												
Apreciação do Comitê de Ética												
Treinamento entrevistadores												
Estudo piloto												
Trabalho de Campo												
Processamento de Dados												
Revisão Bibliográfica												
Trabalho de Campo												
Processamento de Dados												
Análise de dados												
Redação de artigo e/ou relatório												
Apresentação e defesa												

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guimaraes JMN, Caldas CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9:481-92.

2. World Populations Prospects. The 2010 Revision. Available from:
<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> . Acesso em: 06 jan 13.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística-IBGE. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em: 03 mar. 2013.13.
4. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric Disorders in Older Primary Care Patients. *Journal off General Internal Medicine*. 1999; 14(4): 249–254.
5. Veras RP, Coutinho E. Prevalência da síndrome cerebral orgânica em população de idosos de área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 1994;28:26-37.
6. Silberman C, Souza C, Wilhems F, Kipper L, Wu V, Diogo C, et al. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Revista de Saúde Pública*. 1995;29:444-50.
7. Blay SL, Bickel H, Cooper B. Mental illness in a cross-national perspective. Results from a Brazilian and a German community survey among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1991;26(6):245-51.
8. Borges DT, Dalmolin BM. Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2012;7(23). Disponível em: <http://www.rbmfmc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/381>. Acesso em: 01 mar. 2013.
9. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 106(1-2):29–44.
10. Bruce ML. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*. 2002; 52(3):175–184.
11. Hong S-I, Hasche L, Bowland S. Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. *The Gerontologist*. 2009 49(1):1–11.
12. Koenig HG. Religion and Depression in Older Medical Inpatients. *American Journal off Geriatric Psych*. 2007; 15(4):282–291.
13. Giavoni A, Melo GFd, Parente I, Dantas G. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:975-82.14.
14. Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosos participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007; 29(1): 19-27.

15. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009; 12(1): 123-40.
16. Rosenbaum JF, Hylan TR. O custo dos transtornos depressivos: uma revisão. In: Maj M, Sartorius N. *Transtornos depressivos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 6, p. 322-360.
17. O'neil DM, Bertollo DN. Work and earnings losses due to mental illness: perspectives from three national surveys. *Administration and Policy in Mental Health*. 1998; 25(5): 505-523.
18. <http://www.arroioetrinta.sc.gov.br/home/index.php>.
19. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – BRASIL. Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas200. Acesso em: 14 fev. 2013.
20. BRASIL. Ministério da Educação. Índice de desenvolvimento da educação básica- IDEB. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=286. Acesso em: 14 fev. 2013.
21. Silva IS. *Cancer epidemiology: principles and methods*. Lyon: World Health Organization & International Agency for Research on Cancer; 1999.
22. Dean JA, Coulombier D, Grendel KA, Arner TG & Dean AG. 1994. Epi-info, Version 6.0. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention.
23. Babor TE, Higgs-Biddle JS, Monteiro MG. AUDIT : teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool - roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003.
24. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação do português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med*. 2002; 59:73-80.
25. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57:421-6.
26. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(10):858-65.
27. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários* São Paulo: Unicef/Hucitec; 1991.

28. Lauritsen JM. (Ed.) EpiData Data Entry, Data Management and basic Statistical Analysis System. Odense Denmark, EpiData Association, 2000-2008. <http://www.epidata.dk>.
29. StataCorp. Stata statistical software: release 12.0. College Station: Stata Corporation; 2012.
30. Kirkwood BR & Sterne JAC. Essential Medical Statistics. Oxford: Blackwell, 2003.
31. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26:224-7.
32. Stata Corp. Stata statistical software: release 11.2. College Station: Stata Corporation; 2011.

APÊNDICE 01

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS (UFPEL), RS PREFEITURA MUNICIPAL DE ARROIO TRINTA, SC SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
QUESTIONÁRIO SOBRE PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS DE IDADE		
Vamos começar falando um pouco sobre o sr./sra...		
NOME DO ENTREVISTADOR: _____ DATA: __/__/__ NUMERO DO QST: _____ NUMERO DO IDOSO NO DOMICILIO: _____ MICRO ÁREA: _____ NÚMERO DA CASA NO MAPA: _____	Data _____ Qst _____ Num _____ Micro _____ Numca _____	
ÁREA DE RESIDÊNCIA: (1) Urbana (2) Rural	Res _____	
1. Qual o nome completo do Sr./Sra. ? _____ 2. Quantos anos o (a) senhor (a) tem? _____ anos. 3. COR DA PELE: (1) Branca (2) Parda/Morena (3) Preta 4. SEXO: (1) Masculino (2) feminino 5. O (A) senhor (a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (2) Só assinar 6. Até que série a senhor (a) estudou na escola? _____ Série do _____ Grau (00=sem escolaridade/nunca foi para a escola) 7. Qual é o estado civil do Sr(a)? (1) solteiro (a) (2) casado (a)/vive junto (3) viúvo(a) (4) separado(a)/divorciado(a) 8. SE VIÚVO (A): Há quanto tempo é viúvo? _____ meses. 9. O Sr./Sra. tem quantos filhos? _____ Se 0 → 14. 10. E netos, quantos o Sr. Sra. Tem? _____ Se 0 → 12. 11. E bisnetos, quantos o Sr. Sra. tem? _____ 12. SE TEM FILHOS/ NETOS/BISNETOS: O Sr./ Sra. já teve algum filho, neto ou bisneto que faleceu? (1) sim (0) não 13. SE SIM: Há quanto tempo faleceu o último? _____ meses. 14. O senhor (a) é aposentado/pensionista? (0) Não (1) Sim 15. O senhor(a) ainda trabalha? (0) Não (1) Sim 16. SE TRABALHA: no que o senhor trabalha? _____	Anos _____ Pele _____ Sexo _____ Ler _____ Série _____ Grau _____ Estci _____ Temvi _____ Fil _____ Net _____ Bisn _____ Falec _____ Falm _____ Após _____ Trab _____ Trabq _____	
Vamos conversar um pouco sobre a moradia do Sr./Sra.e as pessoas que moram aqui...		
17. A casa do Sr./Sra. tem água encanada? (1) sim, é da CASAN (2) sim, mas é de poço (3) Não 18. Com quem o senhor (a) mora? (1) Mora sozinho (2) Mora somente com a esposa(o) (3) Mora com outro familiar (4) mora com alguém não familiar (5) Mora com esposo(a) e outro familiar 19. Quantas pessoas moram nessa casa? _____ (incluir entrevistado) 20. A sua casa é própria, alugada ou emprestada? (1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (não paga aluguel)	Água _____ Mora _____ Pesmor _____ Casa _____	
Agora eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre empregados, banheiros e eletrodomésticos que vocês têm em casa.		
Por favor, me diga se tem e a quantidade do que eu vou falar		
21. Você tem em casa? Televisor em cores? (0) (1) (2) (3) (4) ou mais	TV _____	

Rádios?	(0) (1) (2) (3) (4) ou mais	Rad_____
Banheiros?	(0) (1) (2) (3) (4) ou mais	Banh_____
Automóveis?	(0) (1) (2) (3) (4) ou mais	Auto_____
Videocassete/DVD	(0) (1) ou mais	DVD_____
Empregado Mensalista?	(0) (1) ou mais	Empre_____
Geladeira?	(0) (1) ou mais	Gela_____
Maquina de Lavar?	(0) (1) ou mais	Lavar_____
Freezer*?	(0) (1) ou mais	Freez_____
(* aparelho independente ou parte da geladeira duplex)		
22. No mês passado quanto ganharam as pessoas desta casa que trabalharam e/ou receberam aposentadoria? (<i>iniciar pela pessoa de maior renda</i>)		
Renda da pessoa 1: R\$ _____ por mês		Ren1_____
Renda da pessoa 2: R\$ _____ por mês		Ren2_____
Renda da pessoa 3: R\$ _____ por mês		Ren3_____
Renda da pessoa 4: R\$ _____ por mês		Rem4_____
Renda da pessoa 5: R\$ _____ por mês		Ren5_____
(se houver mais de 5 pessoas no domicílio, somar à renda da pessoa 5)		
23. Até que série <PESSOA DE MAIOR RENDA> estudou? __ série __ grau.		Serch__Grach__
24. A família tem outra fonte de renda como, por exemplo, aluguel ou pensão, ou seguro desemprego? (0) Não (1) Sim (9) IGN		Fonre_____
25. SE SIM: Quanto recebeu no mês passado? R\$ _____		Valre_____
<i>Eu queria agora conversar um pouquinho sobre alguns hábitos e costumes do Sr./Sra.... Vamos iniciar falando sobre cigarro</i>		
26. No último mês, o senhor(a) fumou pelo menos um cigarro por dia? Não → pule 34 (1) Sim (9) IGN		Fuma_____
27. O Sr(a) fuma: (8) NSA (9) IGN (1) Cigarro industrializado (0) Não (1) Sim (2) Cigarro artesanal/enroladinho (0) Não (1) Sim		Cigin_____ Cigen_____
28. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? (3) Dentro de 5 minutos (2) Entre 6-30 minutos (1) Entre 31-60 minutos (0) Após 60 minutos (4) Não fuma (8) NSA (9) IGN		Tecig_____
29. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN		Fupro_____
30. Qual cigarro do dia traz mais satisfação? (1) O primeiro da manhã (0) Outros (8) NSA (9) IGN		Cigsa_____
31. Quantos cigarros você fuma por dia? (0) Menos de 10 (1) De 11 a 20 (2) De 21 a 30 (3) Mais de 31 (8) NSA (9) IGN		Cidia_____
32. Você fuma mais frequentemente pela manhã? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN		Fuman_____
33. Você fuma mesmo doente? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN		Fumdo_____
<i>Vamos falar sobre bebidas de álcool</i>		
34. Com que frequência o Sr(a) toma bebidas de álcool? (0) Nunca → pule 49 (1) Uma vez por mês ou menos (2) Duas a quatro vezes por mês (3) Duas a três vezes por semana (4) Quatro ou mais vezes por semana (5) Já bebeu mas não bebe mais há mais de 6 meses → pule 49		Bebal_____
Para conversão das doses, utilizar: CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata - 1 "DOSE" ou 1 garrafa - 2 "DOSES" VINHO: 1 copo comum grande (250ml) - 2 "DOSES" ou 1 garrafa - 8 "DOSES" CACHAÇA, VODCA, UÍSQE ou CONHAQUE: 1 "martelinho" (60ml) - 2 "DOSES" 1 "martelo" (100ml) - 3 "DOSES" ou 1 garrafa - mais de 20 "DOSES" UÍSQE, RUM, LICOR, etc. : 1 "dose de dosador" (45-50ml) - 1 "DOSE"		Dose_____
35. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o Sr.(a) costuma tomar? (0) 1 ou 2 doses (1) 3 ou 4 doses (2) 5 ou 6 doses (3) 7 a 9 doses (4) 10 ou mais doses (8) NS (9) IGN		Freq 6_____

36. Com que frequência o Sr.(a) toma seis ou mais doses em uma mesma ocasião? (0) Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN	Frqin_____
37. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar? (0) Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN	Frq38_____
38. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida? (0)Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN	Frq39_____
39. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor? (0)Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN	Frqcu_____
40. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber? (0)Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN	FrqLe_____
41. Com que frequência, durante o último ano, o Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? (0)Nunca (1)Menos que uma vez ao mês (2)Uma vez ao mês (3)Uma vez por semana (4)Todos os dias ou quase todos (8)NSA (9)IGN	Mache_____
42. Alguma vez na vida o Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido? (0)Não (2)Sim, mas não no último ano (4)Sim, durante o último ano (8)NSA (9)IGN	Prebe_____
43. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber? (0)Não (2)Sim, mas não no último ano (4)Sim, durante o último ano (8)NSA (9)IGN	Larbe_____
44. O Sr.(a) já pensou em largar a bebida? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	Abobe_____
45. O Sr(a) ficou aborrecido(a) quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	Culbe_____
46. O Sr.(a) se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	Resbe_____
47. O Sr. (a) já bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	Tipbe_____
48. Qual o tipo de bebida de álcool que o Sr(a) mais usa? (1) Vinho industrializado (2) Vinho produzido pela família (3) Cerveja (4) Cachaça (5) Outras (8) NSA (9) IGN	Tipus_____
<i>Agora vamos conversar sobre atividade física...</i>	
49. Na última semana >DO DIA XXATÉ HOJE < o senhor(a) dedicou algum tempo para fazer exercício físico? (0)Não → pule 53 (1)Sim (8) NSA (9) IGN	Temex_____
50. Que tipo de atividade física o Sr(a) faz? (88)NSA (99)IGN	
Caminhada? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Cami_____
Corrida? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Corri_____
Caminhada e corrida? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Cacor_____
Musculação? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Musc_____
Bicicleta? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Bici_____
Desporto coletivo (futebol, vôlei, futsal...)	Colet_____

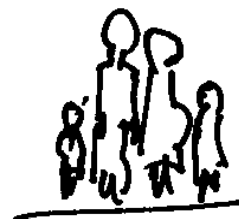
Dança? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Dança_____
Hidroginástica? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Hidro_____
Outro: Qual? _____	
51. Quantas vezes por semana o senhor(a) faz essa(as) atividade(s) física(s)?	Vezex_____
52. Quanto minutos o senhor(a) faz de atividade física cada vez? _____ minutos (8)NSA (9)IGN	Temex_____
Agora vamos conversar sobre religião...	
53. O Sr/Sra tem alguma religião? (0) Não → pule 57 (1) Sim (9) IGN	Relig_____
54. SE SIM: Qual? (1)Católica (2)Evangélica (3)Espiritismo (88) NSA (99) IGN Outra, Qual? _____.	Rel_____
55. O Sr/Sra participou de algum evento religioso (culto, missa, pregação...) no último mês > DO DIA XX ATÉ HOJE< ? (0) Não → pule 57 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	Evrel_____
56. SE SIM: Quantas vezes o Sr/Sra foi a evento religioso no último mês > DO DIA XX ATÉ HOJE<? ____ Vezes (8) NSA	Verel_____
Vamos falar sobre um pouco sobre animais de estimação...	
57. O Sr/Sra tem algum animal de estimação? (0) Não (1) Sim (9) IGN	Estim_____
58. SE SIM: qual(ais) animais de estimação o Sr./Sra tem?	
Cachorro? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Cach_____
Gato? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Gato_____
Pássaro? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Passa_____
Galinha/pato (0)Não (1) Sim (8)NSA	Galpa_____
Cvala/égua? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Caveg_____
Boi/vaca? (0)Não (1) Sim (8)NSA	Boiva_____
Outro: Qual? _____	
Agora vamos conversar sobre lazer...	
59. O que o Sr(a) faz para “distrair a cabeça”?	
Vai ao bar (0) Não (1) Sim	Bar_____
Joga carta/baralho/dominó/bocha (0) Não (1) Sim	Joga_____
Vai em bailes/matines/festas (0) Não (1) Sim	Baile_____
Faz trabalho voluntário (0) Não (1) Sim	Trabv_____
Vai viajar/passear (0) Não (1) Sim	Viaja_____
Outra? _____	
Eu quero agora conversar um pouquinho sobre a sua saúde do Sr./Sra...	
60. Alguma vez o MÉDICO (A) lhe disse que o senhor(a) tem?	
1.Açúcar no sangue alto (Diabetes Melittus) (0) não (1) Sim (9) IGN	Diab_____
SE SIM: toma remédio todos os dias pra este problema? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Redia_____
SE SIM: faz algum tipo de dieta para esse problema? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Didia_____
2. Pressão Alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) (0) Não (1) Sim (9) IGN	Has_____
SE SIM: toma remédio todos os dias pra este problema? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Dihas_____
SE SIM: faz algum tipo de dieta para esse problema? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Disl_____
3.Colesterol alto e/ou triglicerídeos altos/gordura no sangue? (0) Não (1) Sim (9) IGN	Redsil_____
SE SIM: toma remédio todos os dias pra este problema? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Didisl_____
SE SIM: faz algum tipo de dieta para esse problema? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Obeso_____
4. Obesidade/excesso de peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN	Reobe_____
SE SIM: toma remédio todos os dias pra este problema? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Diobe_____
SE SIM: faz algum tipo de dieta para esse problema? (0) Não (1) Sim (8) NSA	Depre_____

5. Depressão? (0) Não (1) Sim (9) IGN SE SIM: toma remédio todos os dias pra este problema? (0) Não (1) Sim (8) NSA SE SIM: faz algum tipo de atividade/dieta/exercício para este problema? Não (1) Sim (8) NSA	Redep_____ Doen_____ Remed_____ Corem_____
61. O MÉDICO lhe disse que o Sr (a) tem alguma outra doença? (0) Não (1) Sim (9) IGN SE SIM: Qual? _____	
62. O sr(a) toma remédio todos os dias? (0) Não → pule 65 (1) Sim (9) IGN	
63. SE TOMA REMÉDIO TODOS OS DIAS: Nas últimas 04 semanas > DO DIA xx ATÉ HOJE< o(a) senhor(a) teve de comprar esse(s) remédio(s)? Sim, comprei todos (2) Sim, comprei alguns (0) Não, ganhei todos do posto/farmácia → pule 65.	
64. SE TEVE DE COMPRAR: Quanto o Sr(a) gastou? R\$ _____ _____Reais	Gare_____
65. O(A) Sr(a). tem a urina solta? (1) Sim, o tempo todo (2) Sim, às vezes (0) Não, nunca → pule 67.	Urina_____
66. SE SIM: O(A) Sr(a) faz algum tipo de tratamento por este problema de urina solta? (0) Não (1) Sim, qual? _____.	Urtra_____
67 O(a) Sr(a) caiu alguma vez desde <MÊS> do ano passado até agora? (1) Sim (0) Não→ pule 72.	Queda_____
68. SE SIM: Quantas vezes o Sr(a) caiu desde <MÊS> do ano passado até agora? _____ vezes	Vezqd_____
69. Em que local aconteceu (ram) a (s) queda(s)? (1) Na minha casa (2) em outra casa (3) na rua (4) na casa e na rua	Qdlug_____
70. Em alguma destas quedas, o Sr(a) sofreu fratura/ quebrou algum osso? (1) Sim (0) Não (8) NSA (9)IGN	Fraqd_____
71. SE SIM: O Sr(a) precisou fazer cirurgia devido à esta(s) fratura(s)? (1) Sim (0) Não (8) NSA(9) IGN	Cirpd_____
72. O(a) Sr.(a) usa óculos ou lente de contato? (0) Não (1) Sim (9) IGN	Lente_____
Agora vamos falar sobre atendimento médico...	
73. Desde <TRÊS MESES ATRÁS>, o Sr(a) foi atendido por algum médico? (0) Não (1) Sim → Pule 78. (9) IGN	Med_____
74. SE NÃO: Apesar de não ter sido atendido por médico, o Sr(a) precisou deste atendimento desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (0) Não→ Pule 79 (1) Sim (9) IGN	Medpr_____
75. SE PRECISOU: O Sr(a) buscou atendimento médico desde <TRÊS MESES ATRÁS>? (0) Não → pule 79. (1) Sim (9) IGN	Medat_____
76. SE SIM: Onde buscou o atendimento médico? (8) NSA (9) IGN Posto de Saúde (0) Não (1) Sim Convênio ou Plano de Saúde (0) Não (1) Sim Consultório particular (0) Não (1) Sim Outro, qual: _____	Posto_____ Plano_____ Parti_____
77. SE BUSCOU ATENDIMENTO MÉDICO: Por qual motivo não foi atendido? (8)NSA (9)IGN Não tinha médico (0) Não (1) Sim Não tinha ficha (0) Não (1) Sim O posto estava fechado no momento que procurei (0) Não (1) Sim Não podia pagar (0) Não (1) Sim Outro, qual: _____	Maome_____ Naofi_____ Naoab_____ Naopa_____
78. SE FOI ATENDIDO: Quantas vezes o Sr(a) foi atendido por médico desde <TRÊS MESES ATRÁS> até agora? _____vezes (8) NSA (99) IGN	
Agora vamos falar da última vez que foi atendido por médico...	
79. Por qual motivo foi atendido por médico desta última vez? (8) NSA (9) IGN Achou que precisava pois se sentia doente (0) Não (1) Sim Revisar/acompanhar problema saúde (0) Não (1) Sim Fazer um check-up/pedir exames (0) Não (1) Sim Pedir receita /atestado (0) Não (1) Sim Levar resultado de exames (0) Não (1) Sim Outro, qual: _____	Doen_____ Revis_____ Check_____ Recei_____ Exam_____

80. O atendimento médico foi por algum convênio, particular ou SUS? (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (8) NSA (9) IGN 81. O médico que lhe atendeu nesta última consulta foi o mesmo que lhe atendeu anteriormente? (0) Não (1) Sim (9) IGN 82. Quantos dias demorou para conseguir o atendimento médico? (888) NSA (999) IGN ____ dias (000) Atendido no mesmo dia 83. Qual sua opinião sobre os dias de espera para ser atendido pelo médico? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (9) IGN 84. Qual sua opinião sobre o atendimento médico que recebeu? (1) Péssimo (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (9) IGN 85. O local onde foi atendido(a) pelo médico é aqui na cidade? (0) Não (1) Sim → pule 88 (9) IGN 86. SE NÃO: Qual o nome da cidade onde consultou? _____ (999) IGN 87. Por que teve que ir para outra cidade? (8) NSA (9) IGN Aqui não tem médico na especialidade que precisava (0) Não (1) Sim Aqui não atendem este tipo de problema (0) Não (1) Sim Aqui não tinha ficha (0) Não (1) Sim Aqui tem que pagar (0) Não (1) Sim Não gosto do atendimento daqui (0) Não (1) Sim Aqui eles não resolvem (0) Não (1) Sim Outro motivo, qual: _____ 88. Após este atendimento médico, o Sr(a) se tratou de alguma outra forma (como, por exemplo, tomando chás ou benzendo) além do que o médico lhe receitou nesta consulta? (0) Não → pule 90 (1) Sim (9) IGN 89. SE SIM: O que fez? (8) NSA (9) IGN Tomou algum chá (0) Não (1) Sim Mandou benzer (0) Não (1) Sim Buscou apoio na religião (0) Não (1) Sim Buscou pastoral da saúde (0) Não (1) Sim Reiki (0) Não (1) Sim Acupuntura (0) Não (1) Sim Massagem (0) Não (1) Sim Outro, qual: _____	Meco_____ Demor_____ Optem_____ Opate_____ Locon_____ Cidco_____ Falme_____ Falpr_____ Falfi_____ Pagar_____ Naogo_____ Naore_____ Cha_____ Benz_____ Reli_____ Past_____ Reik_____ Acupu_____ Masgm_____
Agora vamos falar sobre internação no hospital	
90. Desde <Mês> do ano passado até agora, esteve internado em algum hospital? (0) Não → pule 92 (1) Sim (9) IGN 91. SE INTERNOU: Quantas vezes o SR(a) foi internado em hospital desde <MÊS> do ano passado até agora? ____ vezes	Inter_____ Vzint
Agora vamos falar da última vez que o sr(a) internou no hospital...	
92. Da última vez que o Sr(a) internou em algum hospital, qual foi o motivo? _____ (88) NSA → pule 98. (99) IGN 93. Quantos dias o Sr(a) ficou internado? ____ dias (88) NSA (99) IGN 94. Em qual hospital o Sr/Sra ficou internado? (1) Hospital de Arroio Trinta (2) Hospital de Joaçaba (3) Hospital de Videira (4) hospital de Caçador (5) outro (8) NSA (9) IGN 95. O Sr(a) gastou algum dinheiro na última internação? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN 96. SE SIM: Quanto? R\$ _____ (88888) NSA (99999) IGN 97. A internação foi por algum convênio, particular ou SUS? (1) Por algum convênio (2) Particular (3) SUS (8) NSA (9) IGN	Motin_____ Temint_____ Hospit_____ Gaint_____ Pgint_____ Tpint_____
Vamos conversar sobre outros profissionais da saúde...	
98. Desde <MÊS> do ano passado até agora o senhor(a) consultou com dentista? (0) Não → pule 100 (1) Sim (9) IGN 99. SE SIM: qual foi o motivo da última consulta? _____ 100. O Sr(a) usa dentadura/prótese? (0) Não (1) Sim (9) IGN 101. O Sr(a) consultou com algum outro profissional da saúde desde <MÊS> do ano passado até agora? (0) Não → pule 103 (1) Sim, qual? _____ (9) IGN 102. SE SIM: qual foi o motivo da última consulta? _____	Dente_____ Moden_____ Dent_____ Profs_____ Mocon_____
Agora vou fazer algumas perguntas sobre como o SR.?Sra. está se sentindo...	

APÊNDICE 02

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS**



**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SOCIAL MESTRADO PROFISSIONAL
SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM
EVIDÊNCIAS**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO NA
POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA, SC.**

MANUAL DE INSTRUÇÕES

**MESTRANDA: INÊS GULLICH
ORIENTADOR: JURACI A. CESAR
CO-ORIENTADORA: SUELE M. SILVA DURO**

PELOTAS, RS

2013

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	41
2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	42
3 INSTRUÇÕES GERAIS	42
4 RECUSAS	44
5 PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO	45
6 CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	46
7 ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DOS MAPAS DAS MICRO ÁREAS E FOLHA DE CONGLOMERADO.....	47
8 INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS	48
9 SITUAÇÕES ESPECIAIS	60
10.CONTATOS COM SUPERVISOR	60

1 INTRODUÇÃO

A população idosa no mundo tem mostrado crescente aumento. Estima-se, em nível mundial, que a proporção daqueles com 60 anos ou mais irá crescer 300% nos próximos 50 anos, passando dos pouco mais de 600 milhões, no ano 2000 para cerca de 2 bilhões em 2050.

Ao longo dos últimos 50 anos, a população brasileira quase triplicou: passou de 70 milhões, em 1960, para 190,7 milhões, em 2010. O crescimento do número de idosos, no entanto, foi ainda maior. Em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais de idade e representavam 4,7% da população; Em 2000 e 2010 somavam 14,5 milhões e 20,5 milhões, respectivamente, e correspondiam a 8,5% e 10,8% da população brasileira.

A região sul desponta, juntamente com o sudeste, como a região mais envelhecida do país, pois registra 12% da sua população com idade acima de 60 anos. Ainda segundo o censo de 2010, no estado de Santa Catarina, existiam 226.480 idosos a mais em relação ao censo de 2000. Esse contingente representa hoje 10,5% do total da população catarinense.

No município de Arroio Trinta, meio oeste de Santa Catarina, 16,5% da população tem 60 anos ou mais de idade. Estima-se que em 2025 aproximadamente um terço da população deste município seja constituída de idosos.

Esta mudança no perfil demográfico da população vem sendo acompanhada por mudança no padrão de ocorrência de doenças. Verifica-se importante redução na prevalência de doenças infectocontagiosas e acréscimo expressivo na prevalência de doenças crônico-degenerativas. Dentre estas patologias, a doença depressiva tem merecido especial atenção.

Dessa forma, a mestranda Inês Gullich propõe a realização deste estudo para avaliar a prevalência de depressão e fatores associados na população idosa de Arroio Trinta. Trata-se de um estudo transversal, cuja amostra será constituída por aproximadamente 560 idosos moradores de Arroio Trinta.

Esta pesquisa conta com uma equipe de 18 pessoas que inclui entrevistadores, supervisores, motoristas, revisores, digitadores e coordenadores. Os coordenadores do estudo são Inês Gullich (Médica e mestranda da Universidade Federal de Pelotas), Juraci A. Cesar (Orientador e professor da Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel) e Suele Manjourany Silva Duro (Doutoranda da Ufpel e Co-orientadora).

Será aplicado um questionário aos idosos. Essas entrevistas serão realizadas no domicílio do idoso.

2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A população alvo deste estudo será constituída por todos aqueles com 60 anos ou mais de idade residentes no município de Arroio Trinta por ocasião da coleta de dados que deverá ocorrer nos meses de setembro, outubro e novembro de 2013. Serão excluídos do estudo somente aqueles idosos que, mesmo com a ajuda do seu cuidador e/ou familiar, não se mostrem capazes de responder o questionário do estudo.

3 INSTRUÇÕES GERAIS

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. Consulte-o sempre que isto ocorrer e releia-o periodicamente. Por esta razão, o manual deverá estar sempre na pasta do entrevistador. Alguns erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. E isto dará mais trabalho e poderá implicar perda desta entrevista porque não mais será possível retornar ao domicílio do idoso para retificar a resposta.

Durante o trabalho leve sempre contigo o seguinte material:

- a) Crachá de identificação;
- b) Consentimento informado para assinatura;
- c) Questionário;
- d) Lápis, apontador e borracha;
- e) Balança e fita métrica.

Para evitar qualquer problema durante a coleta de dados, siga as dicas abaixo:

- 1) Procure se apresentar de forma simples. Se estiver de óculos escuros, retire-os antes de entrar no domicílio. *Use sempre a camiseta da pesquisa.*
- 2) Não masque chicletes, não coma, beba ou fume durante a entrevista;
- 3) Use sempre seu crachá de identificação e camiseta de identificação do estudo;
- 4) Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas;
- 5) Não se esqueça de levar o material para o trabalho a ser realizado no dia. Tenha sempre um pouco a mais de material para prevenir possíveis eventos desfavoráveis;
- 6) Trate o idoso como “senhor” ou “senhora”.

7) Tenha em mão o manual de instruções e consulte-o sempre que necessário. Não deixe para consultá-lo depois da entrevista, pois você poderá comprometer a veracidade das informações ou terá que refazer a entrevista!

8) Se você chegar ao domicílio e não tiver ninguém em casa, pergunte para os vizinhos qual o melhor horário de encontrar os moradores. Deixe recado com o vizinho dizendo que você vai voltar e deixe o bilhete com data e hora do seu retorno. Quando encontrar o morador em casa, apresente-se e diga que você faz parte da pesquisa.

9) Chame o entrevistado sempre pelo nome, por exemplo: “Dona Mariana, vou lhe fazer algumas perguntas...”, “Seu Roberto, posso conversar sobre ...”.

10) Lembre-se que o objetivo desta pesquisa é obter informações. Você não pode transmitir ensinamentos para os participantes. Caso desejem saber para que serve a pesquisa, explique que essa pesquisa tem a finalidade de verificar a prevalência de depressão nos idosos e alguns fatores associados para posteriormente serem realizadas ações para a melhoria da situação dos idosos deprimidos do município.

LEMBRE-SE QUE A SUA POSTURA DIANTE DOS ENTREVISTADOS É FUNDAMENTAL PARA O SUCESSO DA PESQUISA!

Quando o entrevistador chegar no domicílio... O que fazer?

1) Quando chegar em frente à casa, deverá bater e aguardar até que alguém apareça para recebê-lo;

2) Se for preciso, pode bater palmas ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa;

3) Caso não tenha ninguém em casa, pergunte pelo menos a dois vizinhos, o telefone do morador e o melhor horário de encontrá-lo em casa. Deixe o bilhete com horário e dia do seu retorno e um telefone de contato.

4) Se não tiver nenhuma informação do morador, voltar em horário diferente da primeira visita;

5) Quando o morador do domicílio estiver em casa, apresente-se e diga ao participante que você faz parte de um projeto da Universidade Federal de Pelotas e que gostaria de apenas conversar. É importante que o participante saiba que você não quer vender nada;

6) Trate todos os participantes adultos por Senhor ou Senhora., sempre demonstrando respeito. Só mude este tratamento se a própria pessoa pedir para ser tratado de outra forma.

10) Sempre chame o entrevistado pelo nome. Por exemplo: “Dona Maria, vou fazer algumas perguntas para a senhora”. Nunca chame de tio, tia, vô ou vó, pois as pessoas interpretam como desinteresse de sua parte.

11) Em alguns momentos da entrevista, chame o entrevistado pelo nome. É uma forma de criar empatia, ganhar a atenção dele e demonstrar simpatia da sua parte.

12) Leia as perguntas para o entrevistado tal como está escrito. Se for preciso leia novamente a pergunta. Se ele ainda não entender, recorra à instrução específica da pergunta.

13) **IMPORTANTE:** não demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. O motivo desta entrevista é obter informações. Você não pode transmitir ensinamentos para as pessoas. A sua postura deverá ser sempre neutra!

4 RECUSAS

- Em caso de recusa, anotar na folha de domicílios. Porém, **NÃO** desistir antes de três tentativas em dias e horários diferentes, pois, a recusa será considerada uma perda.
- Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Seja sempre educado e não perca a paciência com o participante.
- **LEMBRE-SE:** Muitas recusas são temporárias, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o participante. Possivelmente, em um outro momento a pessoa poderá responder ao questionário.
- Na primeira recusa tente preencher, pelo menos, os dados de identificação (sexo, idade, escolaridade, etc.) com algum familiar.
- Em caso de recusa, anote na folha de domicílio e de conglomerado. Passe a informação para seu supervisor.

IMPORTANTE: Quando o entrevistado não responder um questionário por qualquer outro motivo que não seja recusa, este participante não será considerado perda. Por exemplo: pessoa impossibilitada de falar ou que esteja doente no momento da entrevista. Se isto acontecer, sempre anotar na planilha do domicílio o motivo. Fale com o seu supervisor. Lembrar que não haverá substituições!

Mantenha, para seu controle, um "diário de trabalho de campo", anotando quais os (as) idosos que você visitou, se foram ou não realizadas as entrevistas. Caso não tenham sido, anote o motivo e seu plano para retornar. Não confie na memória. São muitas visitas e confusões só atrapalharão seu próprio trabalho.

5 PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

Os questionários deverão ser preenchidos a lápis. Tenha muita atenção. Nunca deixe nenhuma resposta em branco, a não ser aquelas referentes aos pulos que estão indicados no questionário.

Se acontecer de a pessoa entrevistada não entender a pergunta do questionário, repita uma segunda vez exatamente da forma como está escrita. Se mesmo assim a pessoa não entender, explique a pergunta conforme instrução específica obtida no manual de instruções. Tome cuidado para não induzir a resposta. Em último caso, enuncie todas as opções, mas não enfatize nenhuma delas, ou seja, não induza a pessoa a dar determinada resposta. Caso tenha dúvida em alguma resposta, repita a pergunta e se a resposta lhe parecer pouco confiável, anote-a e converse com seu supervisor. Se necessário, use o verso da página onde está a pergunta para fazer as anotações que julgar necessário, mas não se esqueça de indicar na pergunta que há informação adicional no verso daquela folha.

Escreva tudo o que você acha importante para, depois, discutir com seu supervisor. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher, pois você poderá esquecê-las. Lembre-se de, ao final de cada página do questionário, verificar se todas as perguntas foram respondidas.

Os questionários deverão ser preenchidos a lápis. Tenha muita atenção. Nunca deixe nenhuma resposta em branco, a não ser aquelas referentes aos pulos que estão indicados no questionário. Por exemplo:

90. Desde <MÊS> do ano passado até agora, esteve internado em algum hospital?

(0) Não → pule 98 (1) Sim (9) IGN

Se a resposta for (0), então você deverá pular para a questão 98. Para isso, faça um risco diagonal no bloco que está sendo pulado (neste caso, nas questões 91 a 97) e siga em frente.

Quando ocorrer este tipo de pergunta:

Desde <DIA DA SEMANA> da semana passada pra cá o Sr(a) fez exercício físico?
 ____ dias (0 = nenhum dia)

Se, por exemplo, for terça-feira o dia em que você está fazendo a entrevista, você deverá fazer a pergunta dessa maneira:

Desde terça-feira da semana passada pra cá o Sr(a) fez exercício físico? ____ dias (0 = nenhum dia)

Em algumas questões, a resposta poderá ser “outro” ou “outros”. Quando isso ocorrer, escreva o que foi respondido no espaço reservado ao lado, segundo as palavras do informante.

6 CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Os questionários são compostos por duas colunas, sendo uma a direita e outra a esquerda. As respostas das perguntas deverão ser anotadas sempre no corpo do questionário, ou seja, na coluna da esquerda. Ao final de cada dia de trabalho, o entrevistador deverá revisar cada questionário e codificá-lo, utilizando a coluna da direita. A codificação também deverá ser realizada a lápis. Veja o seguinte exemplo:

Quantos anos você tem? 80 anos completos _80_

Durante a entrevista você marcou 80 na coluna da esquerda e, durante a codificação a resposta será 80 na coluna da direita. Caso seja necessário fazer algum cálculo, não o faça durante a entrevista porque isso distrai a atenção e pode resultar em erro. Faça-o no momento da codificação.

LEMBRE-SE: Nunca deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais: NÃO SE APLICA (NSA) = 8, 88 ou 888. Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Não deixe questões puladas em branco durante a entrevista. Não esqueça de passar o traço em diagonal na coluna da esquerda; IGNORADO (IGN) = 9, 99 ou 999. Este código deverá ser utilizado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como “ignorado” deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta “ignorado” somente em último caso e se houver esta opção como resposta na pergunta.

IMPORTANTE: Não anote nada além dos códigos na coluna da direita. Reserve este espaço somente para a codificação. Use números LEGÍVEIS, bem desenhados. Devolva o questionário devidamente codificado nos dias marcados pela chefia da equipe.

7 ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DOS MAPAS DAS MICRO ÁREAS E FOLHA DE CONGLOMERADO

- Começar sempre numa esquina e terminar na mesma esquina.
- Marcar no mapa um “x” para o ponto de partida; para a trajetória realizada, utilizar setas (→).
- Assinalar no mapa as quadras concluídas, bem como, possíveis alterações que houve no mapa que vocês receberam.
- Por exemplo, se mudou o nome de alguma rua, você deverá mudar o nome dela no mapa, e escrever o nome atual na folha anotações.
- Se surgiram ruas novas, você pode desenhar isto no mapa.
- Além disso, quando existem praças, parques públicos, escolas, algum campo, ou outros estabelecimentos que sejam freqüentados pela comunidade daquele local, você também pode escrever isto no mapa.
- Se surgiu uma casa nova, você também deve desenhá-la no mapa.
- Registrar na folha de conglomerado todos os domicílios, incluindo os desabitados, desocupados e os comerciais.
- Legenda: R = residencial; C = comercial; D = desabitado.
- Quando não houver ninguém na casa, pedir informações para o vizinho mais próximo.

Nos locais com o mesmo endereço onde moram várias famílias, como proceder?

- Você deve considerar como um único domicílio se estas famílias fazem as refeições em conjunto, isto é, se elas comem juntas.
- Por exemplo, se tem uma família que mora nos fundos, mas faz as refeições na casa da frente, você deve considerar como se fosse um único domicílio.
- Se elas comem em local separado, diferenciar o endereço, na folha de conglomerado, usando letras. Por exemplo: casa 163 A; e casa 163 B.

- Sempre que houver mais de 1 domicílio com o mesmo número (como no caso acima), você deve seguir a mesma sequência de registro na folha de conglomerados. Ou seja, anotar primeiro a casa da frente e depois a casa dos fundos.

Os mapas recebidos deverão ser entregues, junto com as folhas de conglomerado devidamente preenchidas, após o término do trabalho.

Em caso de dúvida, entre em contato com o supervisor responsável.

Para cada microárea, será feita uma reentrevista pelo responsável da pesquisa de uma parte dos entrevistados, para verificar se a entrevista foi feita corretamente (chamamos isto de controle de qualidade).

Se após este controle de qualidade, for confirmado que o trabalho não foi feito de maneira adequada ou se ficou incompleto, esta pessoa será desligada da pesquisa e esse fato comprometerá todo o trabalho e empenho realizado pelos demais. ☹

8 INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

LEIA EM VOZ ALTA AS FRASES QUE ESTÃO EM NEGRITO DENTRO DOS RETÂNGULOS. ISSO PREPARA O ENTREVISTADO A CADA MUDANÇA DE ASSUNTO!!!

NOME DO ENTREVISTADOR: Anote por extenso e com letra legível o seu primeiro e último nome.

DATA: Anote a data da entrevista. Por exemplo, se for primeiro de agosto de 2013, você deverá anotar da seguinte maneira: 01/05/2013. Quando for codificar, deverá escrever: 01 05 13

NÚMERO DO IDOSO NO DOMICÍLIO: anote , dando um número para cada idoso daquele domicílio.

ÁREA DE RESIDÊNCIA: marque a área/zona onde se localiza a residência.

Pergunta 1: pergunte e anote por extenso, sem abreviações, o nome completo do (a) idoso.

Pergunta 2: Você deverá anotar os anos completos que o idoso tem no dia da entrevista. Se ele não souber, pergunte o dia, mês e ano em que ele nasceu. Anote e faça as contas somente quando for codificar o questionário. Caso o idoso diga que tem 62 anos e 3

meses, considere somente como 62 anos anotando “62”. Pergunte sempre se já completou a idade referida.

Pergunta 03: Pergunte e anote a cor da pele do (a) idoso.

Pergunta 04: Somente observe e anote o sexo do (a) idoso.

Pergunta 05: O idoso deverá saber ler e escrever. Se souber somente um ou outro, considere a resposta como NÃO.

Pergunta 06: Anotar a última série concluída com sucesso na escola. Se esta pessoa terminou a Universidade (terceiro grau), colocar quantos anos fez de universidade. Por exemplo: a pessoa se formou em Direito. Pergunte quantos anos de faculdade e ela vai responder 5. Então, você vai codificar da seguinte maneira: 5 série 3 grau. Se a pessoa cursou apenas dois anos de faculdade, então codifique como: 2 série 3 grau. Se a pessoa tiver pós-graduação ou especializações, considere os anos de estudo e quarto grau. Abaixo quadro com exemplo, para conversão de diferentes informações para escolaridade.

NÍVEIS DE INSTRUÇÃO	EQUIVALÊNCIAS	SÉRIE	GRAU
Ensino fundamental	Primário completo	4	1
	Ginásio completo, Primeiro grau completo	8	1
Ensino médio	Colegial completo, Científico, Normal, Clássico, Segundo grau completo	3	2
Faculdade	Superior completo	Anotar anos	3
Pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado)	Pós-graduação completa	Anotar anos	4
Sem escolaridade	Não alfabetizado ou nunca frequentou escola	0	0

Pergunta 07: Faça a pergunta e aguarde a resposta. Se o idoso responder que é “amasiado”/”amigado” marque como opção 2 (casado).

Pergunta 08: se o idoso responder em anos, anote e posteriormente durante a codificação transforme em meses.

Pergunta 09: se o idoso não tem filhos pule para questão 14. Se responder que tem filhos (mesmo sendo adotivos) faça a pergunta 10.

Pergunta 10: Leia a pergunta e aguarde a resposta. Se o idoso responder que não tem netos, pule para a questão 12.

Pergunta 11: leia a pergunta e aguarde a resposta.

Pergunta 12: Se o idoso tiver somente filho, faça a pergunta assim: O sr já teve algum filho que faleceu? Se a resposta for afirmativa, faça a pergunta 13.

Pergunta 13: se o idoso responder em anos, anote e posteriormente transforme em meses.

Pergunta 14: faça a pergunta e aguarde a resposta.

Pergunta 15: Nesta questão, não importa o tipo de trabalho. Se ele responder “SIM”, faça a pergunta seguinte.

Pergunta 16: Nesta questão, não importa o tipo de trabalho. Queremos saber se ele (a) está exercendo alguma atividade laboral. Anote a atividade por extenso conforme as palavras do entrevistado.

Pergunta 17: Se a família utiliza água encanada do vizinho, anotar “(0) não”. Se tiver água encanada tanto dentro de casa quanto no terreno, marcar a opção “(1) sim, dentro de casa”. Se a casa tem água encanada, mas se encontra do lado de fora da casa e dentro do terreno, responder com a opção “(2) sim, no quintal”. Se a resposta for apenas “SIM”, observar se é dentro ou fora de casa. Caso, mesmo observando, você não saiba, pergunte para o (a) responsável.

Pergunta 18: leia a pergunta e aguarde a resposta para marcar a alternativa.

Pergunta 19: Pergunte quantas são as pessoas que moram na casa. Considere como “casa” o local onde a família faz todas as refeições, dorme e convive. Nos casos em que há mais de uma casa no mesmo terreno ou pátio, considere como sendo uma única família, ou seja, incluindo todas as pessoas que moram nas duas casas, se todas estas pessoas fizerem as refeições juntas. Então, coloque os dados das pessoas que moram nas duas casas, inclusive a renda.

Considerar como “morador” aquela pessoa que reside habitualmente na casa e que está presente na data da entrevista ou está afastada da casa temporariamente, por um período inferior a 12 meses. Se alguma pessoa da casa tiver, também, outro domicílio ela só será considerada como “moradora da casa” se for este o domicílio que ela passa a maior parte o tempo e no qual reside há mais tempo. Empregada doméstica não deverá ser considerada como membro da família.

Pergunta 20: Queremos saber se ela (e) mora pagando aluguel, se é proprietária (o) ou mora de favor (casa emprestada, mas sem cobrar aluguel). Qualquer situação que não esteja contemplada nestas opções escreva em detalhes para que possamos codificar posteriormente. Considere o seguinte, quanto ao imóvel:

Próprio: é aquele que já está pago. Domicílio de propriedade, total ou parcial do morador e que estiver integralmente quitado, independentemente da condição de ocupação do terreno.

Ainda pagando: domicílio de propriedade, total ou parcial do morador e que não estiver integralmente quitado, independentemente da condição de ocupação do terreno. Pessoas que foram integradas no PAR serão consideradas como proprietárias, mesmo que estejam pagando pelo imóvel.

Alugado: domicílio cujo aluguel fosse, totalmente ou parcialmente, pago por morador.

Emprestado: domicílio cedido gratuitamente por instituição ou pessoa não-moradora (parente ou não), ainda que mediante uma taxa de ocupação ou conservação.

Posseiro: invasão de terra, terreno ou casa para moradia que não seja próprio.

Pergunta 21: Perguntar cada item. Se a resposta for SIM, para rádio, TV, carro e banheiro perguntar quantos tem e, claro, se funciona. Obs1: Se o domicílio for pobre e você sentir que pode causar constrangimento, faça a pergunta e explique que você é obrigado a fazer todas as perguntas. Obs 2: Se há alguém pago para trabalhar na casa, pergunte se é mensalista (pelo menos 5 dias por semana, dormindo ou não no emprego) ou não. Não se esquecer de incluir babá, motorista, jardineiro, cozinheira, considerando sempre os mensalistas.

Pergunta 22: Anote sempre o valor em reais (R\$). Quando mencionarem 2 SM (salários mínimos) por exemplo, tente descobrir quanto isso significa em reais. Caso a pessoa responda em salários verifique a profissão e anote o valor olhando a tabela de SM regional.

Observe que além do número de dígitos, você só deve arredondar os centavos para mais (Para cima) se for maior ou igual a 0,50 centavos. Valores menores de 0,50 centavos devem ser desconsiderados (ver abaixo). Se alguém recusar dar a informação da renda não insista – siga seu trabalho. Investigue quantas pessoas na casa participam da renda familiar através de salário. Anotar então qual foi a renda de cada pessoa no mês passado. A renda pode ser anotada em reais.

Por exemplo:

Morador no domicílio	Valor em R\$ mencionado	Como deve ser codificado
Mãe	400,00	00400
Pai	1200,00	01200
Tio	45,60	00046
Tia	155,49	00155
Primo	256,50	00257

IMPORTANTE: Considere apenas a renda do mês anterior. Por exemplo, para entrevistas realizadas em 15 de agosto, considerar a renda do mês de julho. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. O mesmo se aplica para o caso inverso, isto é, se uma pessoa está atualmente desempregada, mas trabalhou no mês que passou e recebeu salário, incluí-lo no orçamento familiar. Se estiver desempregado há mais de um mês, considerar a renda do trabalho ou biscoite/bico atual. Quando a informante não souber informar a renda de outros membros da família, tentar aproximar ao máximo, aceitando a resposta “ignorado” somente em último caso. Quando isto ocorrer, anotar detalhadamente o tipo de ocupação desta pessoa de renda ignorada para que se possa tentar estimar seu salário posteriormente.

Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais, como por exemplo, o 13º salário ou o recebimento de indenização por demissão.

Para empregados, considerar a renda bruta sem excluir os descontos; se for proprietário de algum estabelecimento, considerar a renda líquida. Se a pessoa trabalhou no último mês como safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exercer cada trabalho. Se mais de cinco pessoas tiverem renda no último mês, anotar na margem do questionário e, por ocasião da codificação, somar a renda, por exemplo, da quarta e quinta pessoa e anotar na renda da quinta pessoa. Não faça cálculos durante a entrevista para transformar reais em salários mínimos. Isto será feito posteriormente durante a codificação.

Pergunta 23: Somente a pessoa de maior renda. Siga a instrução da pergunta 06.

Pergunta 24: leia pergunta e aguarde a resposta.

Pergunta 25: idem instrução de número 22.

Pergunta 26: Observe que se o idoso responder não, deverá pular para questão de número 34. Registrar conforme a resposta do(a) entrevistado(a). É considerada fumante a pessoa que, nos últimos 30 dias, fumou pelo menos um cigarro por dia. Em dúvida, considerar a opinião do(a) entrevistado(a).

Pergunta 27: se o entrevistado tiver dúvida explique que o cigarro industrializado é aquele que ele compra em “pacotes” e está pronto para ser usado.

Perguntas 28 a 33 (questionário Fagestron de dependência nicotínica): Leias as perguntas e aguarde a resposta. Se necessário, repita a leitura da pergunta.

Pergunta 34. Leia a pergunta e aguarde a resposta. Se o entrevistador não entender a palavra **frequência**, leia novamente a pergunta e leia também as respostas. Marque a resposta que o entrevistado responder. Se ele responder que nunca bebe pule para pergunta 49.

Pergunta 35 a 48 (questionário AUDIT de dependência alcoólica): Leia a pergunta de maneira pausada. Se o entrevistador tiver dificuldade em entender você pode ler as opções de respostas. Na questão 34 transforme, se necessário, a resposta em “doses” conforme tabela que se encontra no questionário. Na questão 48 se o entrevistado responder vinho, pergunte se é vinho feito em casa pela família ou se é comprado já pronto.

Pergunta 49: Leia e pergunte e aguarde a resposta. Se a resposta for negativa pule até a questão 53.

Questão 50: leia cada opção de atividade física e assinale se o entrevistado costuma praticá-la ou não.

Pergunta 51: leia e aguarde a resposta. Se sentir que o entrevistado esta com dificuldade em entender a pergunta releia. Você pode substituir a sentença “ atividades físicas” pelas atividade que na pergunta anterior ele afirmou que faz. Se o entrevistado fizer mais de uma atividade por semana, coloque aqui o número de vezes que ele faz unindo ambas atividades.

Pergunta 52: Leia a pergunta e aguarde a resposta.

Perguntas 53 a 56: essas perguntas versam sobre religião. Tenha um cuidado especial para não demonstrar aprovação e/ou desaprovação pelas respostas dadas. Na questão 53 se a resposta for negativa , pule para questão 57.

Pergunta 57: Leia a pergunta. Em caso de resposta negativa, pule para questão 59.

Pergunta 58: leia cada uma das opções e assinale se o entrevistado tem esse animal de estimação ou não.

Pergunta 59: leia cada uma das opções e assinale a resposta. Enfatize que o idoso deve responder sim ou não.

Pergunta 60: leia cada uma das opções e assinale a resposta. Enfatize que o idoso deve responder sim ou não. Se a resposta for afirmativa, continue nas perguntas do mesmo subitem, se for negativa, pule para o próximo item. OBS: ressalte que são doenças que o MÉDICO disse que o entrevistado tem. Se o entrevistado falar que “acha” que tem, pergunte: mas o médico já disse que o Sr(a) tem?

Pergunta 61: leia a pergunta e aguarde a resposta. Lembre-se que são doenças diferentes daquelas já perguntadas no item anterior.

Pergunta 62: Se o paciente já falou na questão 60 que toma remédios todos os dias, marque sim e faça a pergunta 62. Se a resposta for não, pule para questão 64.

Pergunta 63: Leia a pergunta e aguarde a resposta. Se o entrevistado responder sim ou não sempre pergunte: todos os remédios?

Pergunta 64: Anote sempre o valor em reais (R\$).

Pergunta 65: Faça a pergunta e aguarde a resposta. Se a resposta for não, pule até 67.

Pergunta 66: leia e aguarde a resposta.

Pergunta 67: leia e aguarde a resposta. Se a resposta for negativa pule até 72. A pergunta busca saber se o idoso(a) sofreu alguma queda durante o último ano, independente do local ou consequências desta queda.

Perguntas 68: Deve ser informada aqui toda e qualquer queda ao longo do último ano, independente das consequências da(s) queda(s). Caso o(a) idoso(a) tenha dificuldade em recordar, afirmando que “nem se lembra ao certo” por exemplo, solicite um número aproximado.

Pergunta 69: Leia todas as opções. Considere rua o ambiente de via pública e na opção “outro” registre os casos de queda em ônibus, metrô, loja, etc.

Pergunta 70: leia e aguarde a resposta. Apenas informar se houve fratura em alguma das quedas que sofreu no último ano.

Pergunta 71: Caso o idoso(a) tenha sofrido fratura por queda no último ano, informar se foi realizada cirurgia devido à mesma. Se o(a) idoso(a) estiver aguardando ainda para fazer cirurgia pela fratura, marcar a opção “sim”.

Pergunta 72: Se o idoso já estiver de óculos, marque sim e vá para questão seguinte.

Pergunta 73: Se a resposta for positiva, pule para questão 76. Se for negativa façam as questões seguintes. Lembre-se de substituir o TRES MESES ATRÁS: se você está na casa do idoso em setembro, pergunte: Desde junho até agora o Sr(a)...

Pergunta 74: Lembre-se de substituir o TRES MESES ATRÁS: se você está na casa do idoso em setembro, pergunte: Desde junho até agora o Sr(a)... se a resposta for negativa pule para questão 77.

Pergunta 75: Lembre-se de substituir o TRES MESES ATRÁS: se você está na casa do idoso em setembro, pergunte: Desde junho até agora o Sr(a)...

Pergunta 76: Leia todas as opções da pergunta e assinale sim ou não.

Pergunta 77: idem 76.

Pergunta 78: Aqui é importante saber o número de vezes que internou nos últimos 12 meses.

Pergunta 79: Leia as opções para o entrevistado e assinale sim ou não.

Pergunta 80: Lembrar que se o paciente responder unimed/ SC saúde/ Plano divino é considerado convênio.

Pergunta 81: Leia a pergunta e aguarde a resposta.

Pergunta 82: Aqui o tempo se refere aos dias que o paciente teve que esperar até ser atendido pelo médico, ou seja, quantos dias antes de consultar foi marcada essa consulta.

Pergunta 83: Leia a pergunta e, se necessário, leia as expressões. Enfatize que é sobre o tempo de espera para ser atendido pelo médico.

Pergunta 84: Leia a pergunta e, se necessário, leia as expressões. Enfatize que é a opinião sobre o atendimento médico que recebeu na última consulta.

Pergunta 85: Queremos saber se esta última consulta com médico foi em local localizado no mesmo município de residência do (a) entrevistado (a)

Pergunta 86: Anote o nome da cidade que o entrevistado consultou.

Pergunta 87: Leia cada item e assinale sim ou não.

Pergunta 88: Se o entrevistado ficar confuso, refaça a pergunta.

Pergunta 89: Leia cada item e assinale se sim ou não.

Pergunta 90: Considerar internação a ocupação de um leito hospitalar pela pessoa, com o fim de cirurgia, diagnóstico, tratamento ou outro tipo de atendimento médico, por no mínimo uma noite (pernoite) em estabelecimento que dispõe de condições para prestar atendimento de saúde em regime de internação, independente da sua designação (hospital, casa de saúde, sanatório, policlínica, unidade mista de saúde etc.). Se a resposta for não pule até 98.

Pergunta 91: Aqui é importante quantificar as vezes em que o (a) entrevistado (a) esteve hospitalizado

Pergunta 92: Registre da forma como o (a) entrevistado (a) responder. Se necessário, enfatize que é o motivo desta última vez que internou. Se hospitalizou por mais de um motivo, pergunte qual deles o (a) entrevistado (a) considera mais importante e registre-o em primeiro lugar. Não ceda à tentação de “traduzir” o motivo referido para uma linguagem que lhe pareça mais adequada. O máximo que você pode alterar é corrigir na escrita o que lhe soe equivocado na pronúncia. Por exemplo, “ursa no estômago” pode ser registrada como “úlcera no estômago”; “pedra nos rim” pode ser registrada como “pedra nos rins” e não “cálculo renal”, a não ser que a pessoa assim se expresse. Se você não entender, peça para repetir. Se continuar não entendendo, pergunte se este “motivo” tem outro nome. Permanecendo a dúvida, anote e informe seu supervisor.

Pergunta 93: considere cada pernoite como um dia.

Pergunta 94: Faça a pergunta e aguarde a resposta, se o entrevistado falar que não sabe o nome, diga que quer saber somente a cidade onde se localiza o hospital.

Pergunta 95: Interessa aqui saber se foi feito pagamento de algum valor com recursos da própria pessoa ou de outro indivíduo, residente ou não na mesma unidade domiciliar, pela internação.

ATENÇÃO: se o valor foi (ou será) integralmente reembolsado por plano de saúde, não deve ser considerado como gasto com esta internação.

Pergunta 96: Informar o total, em reais, do que foi gasto com esta internação hospitalar, desde que não integralmente reembolsado por plano de saúde.

Pergunta 97: Considerar pelo SUS quando não teve nenhum gasto com esta internação.

Pergunta 98: se a resposta for negativa pule até a questão 100.

Pergunta 99: Idem 92.

Pergunta 100: Faça a pergunta e aguarde a resposta. Se o entrevistado falar que tem somente na arcada superior/ou inferior considere como sendo prótese.

Pergunta 101: Se o entrevistador não entender, dê exemplos de profissionais da saúde: fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista...

Pergunta 102: Idem 92.

Pergunta 103 até 119: para perguntar ao idoso as questões 99 até 115, ele (a) deverá, de preferência, estar sozinho (a), pois a permanência de familiares pode inibir respostas fidedignas. Caso tenha outra pessoa acompanhando a entrevista, solicite que se retire por alguns momentos. Se o idoso começar chorar, pause por alguns instantes e pergunte se deseja continuar a responder o questionário nesse momento ou se prefere que o entrevistador retorne em outro momento. LEIA A PERGUNTA DE MANEIRA PAUSADA E COM VOZ ALTA E CLARA. SE FOR NECESSÁRIO, REPITA A PERGUNTA E AGUARDE A RESPOSTA. Se o idoso começar a divagar, ressalte que é importante que responda somente SIM ou NÃO.

Perguntas 118 a 120: Você está munido de balança e fita métrica. Primeiramente pergunte se você pode averiguar o peso, altura e circunferência abdominal da pessoa. Se ela concordar, vá explicando como será o procedimento.

Todas as medidas vão ser realizadas duas vezes e depois se deve fazer a média das mesmas.

Peso:

Medida 1: ___ ___ kg ___ g

Medida 2: ___ ___ kg ___ g

Peso da Roupas (ver tabela): ___ ___ ___ g

Média: ___ ___ kg ___ g

O idoso deverá retirar o calçado, peça para retirar qualquer adorno que estiver nos cabelos (presilhas, elásticos, tiara, chapéu...). Se estiver frio, peça para que o idoso retire o casaco ou blusão. Lembre-se que para uma boa medida, o participante deverá estar com roupas leves. Faça as medidas conforme as instruções fornecidas durante o treinamento para padronização da coleta do peso e da altura.

As roupas que o indivíduo estiver usando deverão ser observadas e anotadas para posterior desconto do peso conforme tabela anexa nesse manual. Descreva detalhadamente as roupas que estavam sendo usadas durante a coleta de medidas. Isto não deve ser perguntado ao entrevistado; apenas registre as roupas de acordo com a observação.

O local deve ter iluminação adequada e espaço suficiente para a verificação do peso.

O entrevistado deve estar vestindo roupas leves e estar descalço.

Certificar-se de que não está segurando nenhum objeto (celular, chaves, etc) ou portando objetos nos bolsos. Verificar também que não esteja apoiado em parede, porta, janela ou em outra pessoa. Ligue a balança e certifique-se de que ela está com a escala em Kg (pino que se encontra na parte traseira a balança). Colocar a balança e lugar firme e nivelado. Movimente a balança pisando sobre o vidro ou deslocando-a para a esquerda ou direita. O número 8 irá aparecer na tela e inicia-se uma sequência da esquerda para a direita, até aparecer o número 0,0.

Com a balança zerada, o entrevistado deve subir na plataforma, com os pés posicionados próximos às marcas da balança, em posição firme e com os braços caídos ao longo do corpo.

Inicia-se a medição do peso e o peso final irá ser indicado quando o número piscar duas vezes.

Fazer a leitura e registrar o peso imediatamente com o máximo de atenção, em 6 segundos a balança desliga-se automaticamente.

O peso deve ser registrado em quilogramas, com variação de 100 gramas.

REPITA O PROCESSO.

OBSERVAÇÕES:

Se o entrevistado subir na balança quando a mesma estiver mostrando a sequência de números 8 a tela indicará 0,0, o entrevistado deverá descer e o processo deverá ser realizado novamente. Se o entrevistado pesar mais do que 150Kg, o display irá indicar **ERR**. Quando aparecer na tela **Lo**, significa baixa energia e a bateria deve ser trocada.

Tabela 1: De pesos de roupas – Adultos e Idosos

	Peso (gramas)
Bermuda de brim	300
Bermuda de algodão	220
Blusa de <i>cotton</i> manga curta	150
Blusão de lã fino	280
Calça comprida de sarja	500
Calça de moletom fina	330
Calça de moletom grossa	450
Calça de pijama de malha de algodão	150
Calça de pijama de pelúcia	270
Calça jeans	750
Calção	150
Camisa de algodão manga curta	270
Camisa de algodão manga longa	300
Camiseta de malha manga curta	200
Camiseta de malha manga longa	230
Camiseta de pijama de algodão	200
Meia soquete	80
Regata	150
Roupão comprido	900
Saia curta	100
Short de tecido fino	100
Short de brim	200
Vestido de malha	200
Vestido de viscose	230

Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

324. Altura:

Medida 1: __ __ __ cm

Medida 2: __ __ __ cm

Média: __ __ __ cm

A pessoa deve estar descalça (ou com meias finas, no máximo) vestindo pouca roupa de forma que a posição do corpo possa ser vista. O indivíduo deve ficar de pé, em uma superfície plana, encostado em uma parede ou porta. O peso deve ser distribuído igualmente nos dois pés e a cabeça erguida. Certificar-se de que a pessoa não está com o cabelo preso ou

possuindo tiaras, caso ela estiver utilizado solicite que retire. Os braços devem estar soltos livremente ao lado do corpo, com as palmas das mãos viradas para as coxas. Os pés devem estar levemente afastados. Os calcanhares devem estar juntos e encostados na base da parede. A escápula e as nádegas devem estar em contato com a parede. A pessoa deve respirar profundamente e manter-se em posição completamente ereta sem alterar a carga nos calcanhares. A trena deve ser estendida, fixando o ponto zero da mesma no chão. Fazer a leitura e registrar a altura imediatamente com o máximo de atenção. A medida é anotada com aproximação de 0,1 cm e anotada no momento da coleta.

REPITA O PROCESSO.

325. Circunferência Abdominal:

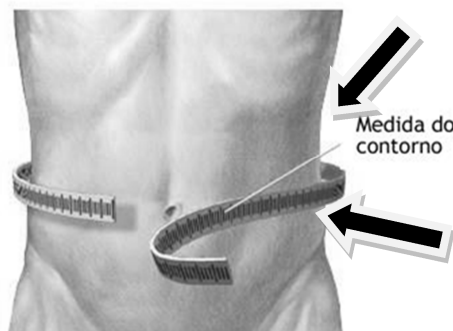
Medida 1: ___ ___ cm

Medida 2: ___ ___ cm

Média: ___ ___ cm

Medir na metade da distância entre a face inferior da última costela e a porção superior da crista ilíaca, é importante que a fita fique justa mas não apertada.

Figura 2: Medida do contorno



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

A região da cintura deve estar desprovida de roupa. A MEDIDA DEVE SER REALIZADA AO FINAL DA EXPIRAÇÃO TOMANDO-SE O CUIDADO PARA NÃO COMPRIMIR A PELE, NO PONTO MÉDIO ENTRE A ÚLTIMA COSTELA E A CRISTA ILÍACA. Para localizar e marcar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, solicitar ao indivíduo que inspire e segure a respiração por alguns segundos, apalpar lateralmente até encontrar a última costela. Em seguida, apalpar o íliaco até encontrar o ponto mais elevado deste osso. Medir a distância entre os dois pontos e marcar o ponto médio. Você

deve posicionar-se lateralmente ao indivíduo a ser medido e verificar se a fita está alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão.

A medida deve ser realizada colocando a fita horizontalmente ao redor da cintura sobre o ponto médio. Deve ser pedido para que a pessoa solte o ar e então se observa e ajusta a fita. A tensão aplicada à fita deve ajustá-la firmemente em torno da cintura, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos.

9 SITUAÇÕES ESPECIAIS

Nos casos em que o entrevistado estiver em cadeira de rodas ou acamado, não é necessário pesar e medir. Se o entrevistado encontrar-se doente e sem condições nesse momento de fazer a entrevista marque um outro dia para retornar.

10 CONTATOS COM SUPERVISOR

Inês Gullich

Telefone celular: 49 99228959 Telefone Comercial: 49035356024

Endereço: Rua Francisco Nava , 20 Apt:201

Email: inesgullich@ibest.com.br

APÊNDICE 03**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, _____, após ter sido devidamente informado (a) pelo(s) pesquisador (es)/entrevistador (es) sobre os objetivos e procedimentos do estudo “PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE ARROIO TRINTA, SC.”, cujo objetivo é descobrir o percentual de idosos deprimidos e tentar associar fatores. Esse estudo será realizado através de um questionário cujas respostas serão posteriormente analisadas. Ressaltamos que esse estudo é importante porque a depressão é uma doença muito comum e que causa inúmeras limitações se não tratada adequadamente. Com os resultados dessa pesquisa serão realizadas ações para melhorar a saúde mental dos idosos de Arroio Trinta. Sua participação é muito importante!

Estou ciente que minha participação neste estudo é voluntária, sendo assim, tenho a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer instante e, interromper a participação na pesquisa, sem que isto traga qualquer prejuízo frente a essa instituição. Estou ciente também que a pesquisa envolve riscos mínimos, que a minha identidade, bem como as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, mas que terei acesso às informações sobre o estudo sempre que solicitado.

O pesquisador responsável desse projeto é Inês Gullich que poderá ser contatado pelo telefone (49) 3535 6024 e/ou na Unidade Básica de Saúde de Arroio Trinta em horário comercial (Aceitamos ligação a cobrar).

Declaro que meu consentimento é livre e esclarecido, livre de vícios, dependência, subordinação ou intimidação.

Arroio Trinta, __/__/__

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE 04***PESQUISA SOBRE SAÚDE DO IDOSO DO ARROIO TRINTA-SC******MESTRANDA: DRA INÊS GULLICH***

PREZADO SR(A):

ESTIVE EM SUA CASA PARA LHE ENTREVISTAR E NÃO O ENCONTREI.

RETORNAREI NO DIA: _____

HORÁRIO: _____

CASO NÃO POSSA ME RECEBER NESSE HORÁRIO E DIA, POR FAVOR
ME AVISE PELO TELEFONE: _____

ATENCIOSAMENTE: _____

ANEXO 01

Universidade Federal de Pelotas (UFPel), RS Prefeitura Municipal de Arroio Trinta, SC Secretaria Municipal de Saúde				
Área: (1) Urbana (2) Rural				
Entrevistador(a): _____ No. ____ Data: ____/____/____ ____/2013				
No. do domicílio	Bairro/Povoado: _____ Endereço (de preferência) ou nome do idoso	Em cada domicílio, número de:		
		Moradores	Idosos	Qst aplicado(s)
01.				
02.				
03.				
04.				
05.				
06.				
07.				
08.				
09.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
Total				
Total de: Moradores nesta folha de conglomerado: ____ ____ ____ Retornos: ____ ____ Perdas: ____ Idosos entrevistados: ____ ____				

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Projeto de pesquisa SAÚDE DO IDOSO



ARROIO TRINTA-SC

Mestranda: Inês Gullich

Realização: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel.

Apoio: Secretaria Municipal de Saúde de Arroio Trinta-SC.



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

O presente relatório descreve as atividades realizadas desde a seleção e recrutamento de pessoal até a entrega dos questionários codificados por parte dos entrevistadores na sede do projeto. Estas atividades foram desenvolvidas entre os meses de agosto de 2013 e fevereiro de 2014 e, foram divididas neste relatório em duas partes. Na primeira parte descrevo a seleção e treinamento dos entrevistadores, enquanto na segunda, apresento a logística utilizada na coleta de dados. Ao final, são relatadas algumas dificuldades encontradas na execução desse projeto.

1 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

A equipe de pesquisa foi composta por uma coordenadora geral (própria mestranda), 10 entrevistadores/visitadores, 02 digitadores e 01 responsável pelo controle de qualidade. O grupo responsável pela coleta de dados foi composta por 10 estudantes do ensino médio da escola pública local e uma funcionário da Unidade Básica de Saúde de Arroio Trinta (responsável pela aplicação do questionário de controle de qualidade).

Candidataram-se, após apresentação do projeto pela mestranda na escola, 14 alunos do ensino médio (2º e 3º ano) da escola estadual local para fazer parte desse estudo. Estes alunos receberam treinamento ao longo de 5 dias consecutivos (conforme tabela abaixo) visando a aplicação do questionário nos domicílios. O treinamento aconteceu entre 26 a 30 de agosto de 2013. Ao final do período de treinamento, 10 deles foram escolhidos para realizar as entrevistas. Por último, foram oferecidas duas vagas de digitador para aqueles que não foram selecionados para a vaga de entrevistador.

O treinamento foi realizado nas dependências da escola. Primeiramente foi realizado leitura individualizada do manual de instruções e do questionário. Após todas as dúvidas foram dirimidas com a mestranda responsável pela condução do projeto em relação ao preenchimento/leitura dos questionários. Posteriormente foram treinadas a aplicação do questionário em duplas.

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8:00-10:00	Apresentação do grupo	Leitura do Manual	Orientações sobre aferição do peso/altura e circunferência abdominal	Dramatização do questionário (com averiguação das medidas)	Estudo Piloto na cidade de Salto Veloso
10:00 -10:30	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	
10:30- 12:00			Treinamento prático para averiguar peso/altura		
13:30 -15:00	Apresentação do Trabalho	Dramatização do questionário	Dramatização do questionário completo (com averiguação das medidas)	Instruções sobre a logística do trabalho de campo e preenchimento da folha de conglomerado	Codificação das respostas do estudo piloto. Espaço para tirar dúvidas
15:00- 15:30	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
15:30-17:30	Leitura do questionário	Dramatização do questionário	Orientações sobre a codificação das respostas	Orientações sobre o estudo piloto	Divulgação dos selecionados para realizar as entrevistas e entrega dos kits

Figura 3: Leitura individual do manual e do questionário



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

Figura 4: Leitura do questionário em duplas



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

Figura 5: Dramatização de entrevistas



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

O manual continha instruções para cada questão, orientação sobre pulos automáticos ao longo do questionário e previa diversas situações que poderiam surgir durante a entrevista. Em caso dessas instruções não se mostrarem suficientes para elucidar o problema, os entrevistadores foram orientados a recorrer ao coordenador através de telefone / e-mail e/ou pessoalmente. Além disso, constavam as informações sobre critérios de inclusão/exclusão, etapas do trabalho de campo e orientações sobre conduta e cuidados com material de trabalho. No manual além das instruções para realização das entrevistas, foram colocadas instruções para a coleta das medidas antropométricas.

Figura 6: Treinamento para realizar as medidas antropométricas



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

O estudo piloto, que contou da aplicação de 5 questionários, foi realizado na cidade de Salto Veloso (distante 10 km de Arroio Trinta). As entrevistas foram realizadas no dia 30/08/2013. Após o estudo piloto, as últimas alterações foram realizadas no questionário.

Figura 7: Estudo piloto realizado na cidade de Salto Veloso-SC no dia 30/08/2013



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

Figura 8: Entrevista realizada durante o estudo piloto



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

2 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi iniciado no mês de setembro de 2013 e estendeu-se até o início do mês de janeiro de 2014. Inicialmente, o município foi dividido em micro áreas. Na área urbana, a divisão foi feita com base em ruas, enquanto que nas áreas rurais esta divisão se deu com base em povoados, rios, pontes, montanhas ou estradas vicinais. Os 10 entrevistadores formaram cinco duplas com cada uma delas ficando responsável por visitar todos os domicílios de determinada quadra ou área geográfica. Para realizar este trabalho, os visitantes receberam crachá e camiseta de identificação, prancheta, folhas de conglomerado, mapas das áreas, questionários previamente enumerados, termos de consentimento, lápis, borracha, apontador, mapas.

Ao chegar ao domicílio, o entrevistador perguntava quantas pessoas residiam naquele domicílio e qual a idade das pessoas que ali moravam. Esta resposta era anotada em uma planilha impressa (folha de conglomerado). Caso alguma delas possuísse 60 anos ou mais de idade, o entrevistador explicava os objetivos do estudo e o convidava para participar. Neste caso, um termo de concordância livre e esclarecido era dado para o morador assinar. Em caso de aceitação e após a assinatura deste termo, procedia-se a aplicação do questionário.

Na área urbana, o deslocamento foi feito a pé porque as distâncias são pequenas, enquanto na área rural foi realizado por transporte e motorista cedido pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

Um conjunto de medidas foi elaborado visando assegurar a qualidade acerca dos dados obtidos no estudo. Antes mesmo do início do trabalho de campo foram tomados cuidados com treinamento e seleção de entrevistadores, teste do instrumento de pesquisa e elaboração do manual de instruções.

O controle de qualidade também aconteceu através da aplicação de algumas perguntas, previamente selecionadas do instrumento de coleta de dados primários. Dez por cento dos questionários de entrevistas foram reaplicados nos domicílios dos idosos pela funcionária Sandra Ceron da UBS que também recebeu treinamento prévio para este fim. A amostra para este controle de qualidade foi selecionada por sorteio. Este mini questionário serviu para avaliar a confiabilidade dos dados coletados pelos entrevistadores por meio da comparação das respostas através do teste Kappa de concordância.

O deslocamento dessa funcionária para realizar essas re-entrevistas foi realizado também através de veículo cedido pela Secretaria Municipal de Saúde e iniciou após a conclusão das cem primeiras entrevistas.

Ao final de cada dia de trabalho, os entrevistadores revisavam os questionários aplicados e, no dia seguinte, os entregavam na sede do projeto, onde eram revisados e tinham as questões abertas codificadas. Em seguida, estes questionários foram duplamente digitados e comparados utilizando-se dos programas Epidata 3.1 e Epi Info, respectivamente.

Figura 9: Entrega dos questionários na sede da pesquisa



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

Figura 10: Dupla digitação dos questionários



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

3 DIFICULDADES

As primeiras dificuldades vivenciadas para a realização dessa pesquisa estão relacionadas ao tempo escasso para dedicação ao mestrado, já que é um mestrado profissional e, por isso, o aluno permanece exercendo suas atividades laborais, o que muitas vezes, pode comprometer o andamento das atividades do projeto de pesquisa, a qualidade e o próprio aprendizado do mestrando. Também relacionado à escassez de tempo observou-se que os entrevistadores (maioria estava no 3º ano do segundo grau) ficavam, muitas vezes, divididos entre o trabalho de realizar as entrevistas (trabalho totalmente voluntário) e o tempo que precisavam para estudar para realizar a prova do ENEM/provas para ingressar nas faculdades. Esses fatos fizeram com que o trabalho de campo fosse mais demorado.

A distância do centro onde foi realizado o mestrado ao local de estudo/moradia do mestrando (900 km) também contribuiu como fator de dificuldade, já que as oportunidades de encontro presencial com orientador e co-orientador tornam-se mais escassas.

Outra dificuldade foi o fato do município ter uma grande extensão territorial e termos disponibilidade de somente um veículo, cedido somente por dois dias por semana, para percorrer toda a zona rural.

Porém, apesar das dificuldades, o projeto de pesquisa conseguiu ser concretizado cumprindo todas as exigências, no tempo hábil e trazendo resultados relevantes para a comunidade de Arroio Trinta.

Figura 11: Equipe de pesquisadores de campo



Fonte: Pesquisa da Autora (2013)

SEÇÃO III: ARTIGO FINAL

Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil

[Depression among the elderly: a population-based study in Southern Brazil]

[Depresión entre ancianos: un estudio de base poblacional en el sur de Brasil]

Inês Gullich†

Juraci A. Cesar†§

Suele M. S. Duro†

Artigo a ser submetido aos Cadernos de Saúde Pública

† Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

§ Divisão de População & Saúde, Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Baseado na Dissertação do Mestrado de Inês Gullich, intitulada “*Prevalência e fatores associados à ocorrência de depressão na população idosa do município de Arroio Trinta, SC*” apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia - **Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública Baseada em Evidências**- da UFPel em 2014

RESUMO

Este estudo mediu a prevalência e identificou fatores associados a ocorrência de depressão entre idosos em Arroio Trinta, SC. Aplicou-se questionário domiciliar a todos aqueles com 60 anos ou mais de idade ali residentes em 2013. O desfecho foi avaliado pela Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15). Utilizou-se teste do qui-quadrado para comparar proporções e regressão de Poisson com ajuste robusto da variância na análise multivariável. A prevalência de depressão entre os 544 (de 552) idosos estudados foi de 20,4% (17,3% - 23,8%). Após análise ajustada conforme modelo hierárquico previamente definido verificou-se maior razão de prevalências a depressão no sexo feminino, nos solteiros, de menor renda familiar, fumantes e que haviam sido hospitalizados nos 12 meses anteriores a entrevista. Participar de atividade coletiva de lazer, como baile e culto religioso ou realizar atividade física regular, mostraram-se protetores à ocorrência de depressão. Os resultados obtidos neste estudo revelam a necessidade e a possibilidade de tratamento e manejo desta doença em nível coletivo.

Palavras-chave: Depressão. Idoso. Prevalência. Análise multivariada.

ABSTRACT

This study assessed the prevalence of depression and associated factors among Brazilian elderly in Arroio Trinta, southern Brazil. During home visits, was administered a questionnaire to all people aged 60 or older living in the municipality in 2013. The Geriatric Depression Scale Short Form (GDS-15) was used. Chi-square test was performed to compare proportions and Poisson regression with robust adjustment of variance in the multivariate analysis was used. The prevalence of depression among 544 (out of 552) elderly studied was 20,4% (17,3% - 23,8%). An adjusted analysis conducted according to a predefined hierarchical model showed higher prevalence ratios of depression among females, single people, those with lower household income, smokers, and those who had been hospitalized in the 12 months preceding the interview. Engaging in leisure-time activities such as dances and religious activities or regular physical activity were protective factors for depression. Results from this study demonstrated the need of proper treatment and management of this condition at the community level.

Keywords: Depression. Aged. Prevalence. Multivariate Analysis.

RESUMEN

Este estudio calculó la prevalencia e identificó los factores asociados con la ocurrencia de depresión entre ancianos en Arroio Trinta, SC. Se administró un cuestionario de carácter domiciliario a todos aquellos, con 60 años o más de edad, residentes en este municipio durante 2013. El resultado fue evaluado por la Escala de Depresión Geriátrica Reducida (EDG-15). Se utilizó el test del chi-cuadrado para comparar proporciones y la regresión de Poisson con ajuste robusto de variancia en el análisis multivariable. La prevalencia de depresión entre los 544 (de 552) ancianos estudiados fue de un 20,4% (17,3% - 23,8%). Tras el análisis ajustado, conforme el modelo jerárquico previamente definido, se verificó una mayor razón de prevalencias de depresión en el sexo femenino, entre solteros, con menor renta familiar, fumadores y que habían sido hospitalizados durante los 12 meses anteriores a la entrevista. Participar en actividades colectivas de ocio, como bailes y cultos religiosos, así como realizar actividades físicas regularmente, mostraron tener efectos protectores en la ocurrencia de depresión. La elevada prevalencia de esta enfermedad en el municipio revela la necesidad y posibilidad de tratamiento y su gestión en un nivel colectivo.

Palabras-clave: Depresión. Anciano. Prevalencia. Análisis Multivariante.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional aumentou a carga de doenças na população, especialmente no que se refere as doenças psiquiátricas, em particular a depressão¹. Isto é particularmente relevante para o Brasil, porque estima-se que em 2045 o número de idosos será maior que o número de crianças no país².

A prevalência de depressão na população idosa na literatura varia de 2,3% a 50% dependendo da escala utilizada, do local onde foi conduzido e da faixa etária incluída³⁻¹². Os fatores de risco associados a sua ocorrência incluem pertencer ao sexo feminino, viver sozinho, ter baixo nível socioeconômico, consumir bebida de álcool em excesso, ser portador de doença física crônica e referir história pessoal ou familiar de depressão¹³. A ocorrência de luto familiar, comprometimento cognitivo e perda da mobilidade funcional são outros fatores fortemente associados a ocorrência de depressão^{13,14}. Dentre os fatores protetores incluem-se apoio social, realização de atividades sociais, sobretudo voluntariado, atividade física e a participação em atividade religiosa^{15,16}.

A maioria dos estudos sobre depressão na terceira idade foi conduzido entre idosos residentes em áreas urbanas e em cidades de grande porte. No entanto, metade dos municípios brasileiros tem menos de 10 mil habitantes e, um em cada seis brasileiros, vive em área rural. Assim como os demais, a expectativa de vida entre estes idosos vem aumentando, o que sugere que irão enfrentar os mesmos problemas dos idosos residentes nas áreas urbanas e de grandes cidades, dentre os quais a depressão, um transtorno crônico, recorrente e incapacitante, que onera o sistema público de saúde.

O objetivo do presente estudo foi medir a prevalência e identificar fatores associados à ocorrência de depressão entre todas as pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes no município de Arroio Trinta, SC.

METODOLOGIA

O presente estudo foi conduzido em Arroio Trinta, SC, município de colonização italiana com cerca de 3500 habitantes localizados no centro-oeste catarinense.

A população alvo deste estudo foi constituída por todos aqueles com 60 anos ou mais de idade residentes nas áreas rural e urbana deste município entre os meses de setembro e dezembro de 2013. Foram excluídos idosos que, por limitação física ou cognitiva apresentavam-se impossibilitados de responder o questionário. Idosos que se encontravam viajando, hospitalizados ou que se recusaram a participar do estudo foram contabilizados como perdas.

O delineamento utilizado neste estudo foi tipo transversal (ou de prevalência). Para o cálculo do tamanho amostral foram utilizados os seguintes parâmetros: prevalência estimada de depressão de 24%, nível de confiança de 95%, margem de erro de 4,1 pontos percentuais e 5% para perdas. Neste caso, o estudo deveria incluir pelo menos 519 idosos. Em relação ao estudo sobre a identificação de fatores associados, para se trabalhar com erro alfa de 0,05, erro beta de 0,20, razão expostos/não expostos de 25/75, prevalência de doença nos não expostos de 15% e razão de riscos de 1,6, o estudo deveria incluir pelo menos 556 idosos. Este valor já se encontra acrescido de 15% para controle de potenciais fatores de confusão e 5% para perdas. Estes cálculos foram realizados por meio do programa Epi Info 6.04¹⁷.

O instrumento aplicado constou de um questionário padronizado, pré-codificado que buscava informações sobre características demográficas, socioeconômicas, ambientais, comportamentais, de morbidade e de utilização de serviços de saúde. A variável dependente (desfecho) foi construída a partir da Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15). Esta escala apresenta pontuação que varia de 0 a 15 pontos. O ponto de corte utilizado nesse estudo foi 5/6 (não caso/caso). Esse ponto de corte para a GDS 15 produziu, segundo estudo anterior, índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com a CID-10¹⁸.

Para aplicar este questionário, foram recrutados 14 alunos provenientes da única escola de ensino médio do município. Estes alunos receberam treinamento ao longo de cinco dias consecutivos visando a aplicação deste questionário nos domicílios. Ao final do período de treinamento, 10 deles foram escolhidos para realizar as entrevistas. Inicialmente,

o município foi dividido em micro-áreas. Na área urbana, a divisão foi feita a partir das ruas, enquanto que, na área rural, esta divisão se deu com base em povoados, rios, pontes, montanhas ou estradas vicinais.

Em cada um dos domicílios visitados, o entrevistador perguntava a um adulto a idade das pessoas ali residentes. A resposta era anotada em uma planilha impressa (folha de conglomerado). Caso houvesse alguém com 60 anos ou mais de idade, o estudante explicava sobre o estudo e convidava para dele participar. Neste caso, um termo de consentimento livre e esclarecido era dado para o morador assinar. Em caso de aceitação, e após a assinatura deste termo, procedia-se a aplicação do questionário.

Ao final de cada dia de trabalho, os entrevistadores revisavam os questionários aplicados e, no dia seguinte, os entregavam na sede do projeto, onde eram revisados e tinham as questões abertas codificadas. Em seguida, estes questionários foram duplamente digitados e comparados utilizando-se dos programas Epidata 3.1¹⁹ e Epi Info¹⁷, respectivamente. Após, os dados foram analisados no pacote estatístico Stata 11.2²⁰, onde se realizou análise bivariada buscando medir o nível de associação entre as variáveis independentes com o desfecho (ocorrência de depressão segundo a EDG-15). Para a comparação entre proporções foi utilizado o teste do qui-quadrado. Em seguida foram realizadas as análises brutas e ajustadas mediante regressão de Poisson com variância robusta²¹, obedecendo ao modelo hierárquico previamente definido. Cada bloco de variáveis de um determinado nível foi incluído na análise e mantiveram-se no modelo todas aquelas variáveis cujo p-valor foi $\leq$ a 0,20 em relação ao desfecho. No primeiro nível ficaram as variáveis demográficas e socioeconômicas; no segundo nível, as variáveis ambientais; no terceiro nível foram colocadas as variáveis de utilização de serviço de saúde, comportamentais e de morbidade. Este modelo de análise obedeceu ao proposto por Victora et al.²². A significância estatística de cada variável no modelo foi avaliada pelo teste de heterogeneidade e de tendência de Wald de acordo com o seu tipo²³.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal de Pelotas (Processo 320.865/2013).

RESULTADOS

Este estudo identificou 552 idosos residentes no município de Arroio Trinta, SC. Deste total, 05 recusaram-se a participar do estudo, 11 não foram encontrados em seus domicílios mesmo após três visitas e 08 não conseguiram responder o EDG-15, o que revela taxa de respondentes de 95,8% (544 de 552) para todas as variáveis.

A Tabela 1 mostra que cerca de dois terços desta população residia em área urbana e possuía entre 60 e 69 anos de idade, pouco mais da metade (54%) pertencia ao sexo feminino e, na sua grande maioria (93%), eram de cor da pele branca; pelo menos sete em cada dez eram casados, 10% não sabiam ler nem escrever, 53% de suas famílias possuíam renda mensal de pelo menos 3 salários mínimos e 96% deles recebiam aposentadoria. Ainda, nesta mesma tabela, é possível verificar que 8% eram fumantes, ou seja, haviam fumado pelo menos um cigarro por dia nos últimos 30 dias; 28% praticaram alguma atividade física nos últimos sete dias e 81% referiram participar regularmente de alguma atividade de lazer. Por fim, 78% disseram usar diariamente algum tipo de medicamento, dois terços haviam consultado com médico nos últimos três meses e cerca de um em cada quatro havia sido hospitalizado ou tido alguma queda nos últimos 12 meses. Cerca de dois em cada três deles afirmaram ser, segundo diagnóstico feito por médico, portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou depressão (Tabela 1). A prevalência de depressão entre os 544 idosos estudados foi de 20,4% (17,3% - 23,8%).

A Tabela 2 apresenta a prevalência de depressão conforme a categoria da variável incluída no modelo e as análises bruta e ajustada. A prevalência de depressão nesta população variou de 8,3% entre aqueles que não fazem uso diário de qualquer tipo de medicamento ou que participam regularmente de pelo menos três atividades de lazer até 64,0% entre idosos solteiros. Na análise bruta, praticamente todas as variáveis do modelo mostraram-se significativamente associadas ao desfecho, exceto idade, número de moradores por domicílio e local de consulta médica. A análise ajustada mostrou que a razão de prevalências (RP) para depressão é substancialmente maior entre as mulheres, entre os solteiros/as, os de menor renda familiar, fumantes e entre os hospitalizados nos últimos 12 meses. Esta mesma análise ajustada mostrou que a prática de atividade física nos últimos sete dias, a participação em evento religioso e a realização regular de atividades de lazer atuaram como fatores de

proteção contra a ocorrência de depressão entre os idosos residentes no município de Arroio Trinta, SC.

DISCUSSÃO

Um em cada cinco idoso de Arroio Trinta sofre de depressão segundo a EDG-15. Os maiores riscos para esta condição foram observados entre aqueles do sexo feminino, solteiros/as, de pior renda familiar, fumantes e que foram hospitalizados nos 12 meses antecedentes a entrevista. Participar de evento religioso e realizar alguma atividade física e/ou de lazer com regularidade protegeram contra a ocorrência de depressão.

Vinte por cento dos idosos incluídos neste estudo sofrem de depressão. A prevalência de depressão entre idosos depende da escala e do ponto de corte utilizado e das características sociodemográficas da população estudada. Estudos nacionais que utilizaram a EDG-15 mostraram prevalências que variaram de 21% à 50%^{7,9,10,11,12}. Os estudos que utilizaram ≥ 6 como ponto de corte para o desfecho alcançaram as maiores prevalências (38% e 50%)^{9,12}. Apesar deste estudo apresentar prevalência inferior aos demais, o que pode ser decorrente de diferenças no que se refere as características socioeconômicas e demográficas, fica evidente a elevada prevalência desta doença. Trata-se, portanto, de uma doença comum que necessita de manejo adequado em nível individual, mas sobretudo, populacional.

A razão de prevalências para depressão entre mulheres foi de 1,49 (1,05-2,13) em relação aos homens. Este achado está de acordo com o encontrado em outros estudos, segundo os quais este maior risco de depressão é decorrente da sobrecarga de funções da mulher, sobretudo as de origem familiar (de esposa, mãe, cuidadora de enfermos, educadora, entre outras), maior taxa de viuvez, em decorrência de maior taxa de sobrevivência, isolamento social e também pela privação de estrogênio^{27,28}.

Chegar solteiro na terceira idade conferiu RP=3,63 (2,32-5,70) para depressão em relação aos que se encontravam casados nesta idade. A condição de solteiro, implica, quase sempre, viver sozinho e, por conseguinte, a solidão, condição esta associada a depressão¹³. Aquele que se encontra casado, invariavelmente, além do companheiro/a, possui outros familiares em decorrência desta união. Isto resulta na necessidade de contínua interação, de

diálogo, de exercício do convívio diário, o que contribui para a manutenção de um indivíduo ativo, tirando-o da introspecção, condição esta comum ao estado depressivo⁸.

Idosos com renda inferior a três salários mínimos mensais apresentaram razão de prevalências cerca de 70% maior para ocorrência de depressão em relação aqueles de maior renda. O envelhecimento, particularmente após os 60 anos de idade, cursa com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e, por conseguinte, maior gasto com saúde, particularmente com medicamentos. Além disso, no Brasil, em decorrência da aposentadoria, há substancial perda do poder aquisitivo. O aumento dos gastos com a diminuição dos rendimentos gera ansiedade e preocupações nessa população, podendo contribuir tanto para o surgimento quanto para a manutenção de quadro depressivo. Esta relação entre renda familiar e depressão foi evidenciada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1998). Este estudo mostrou que aumento de 1% na renda familiar per capita diminuía em 4% o risco de depressão²⁹.

A RP para depressão entre idosos fumantes comparados a idosos não fumantes foi de 1,75 (1,11 – 2,77). Esta associação já foi estudada em diferentes delineamentos. Estudos de coorte mostram bidirecionalidade nesta relação, ou seja, tanto a depressão pode levar ao tabagismo quanto este pode levar a depressão²⁶. O fato é que, em Arroio Trinta, tabagismo e depressão encontram-se fortemente associados, e como ambos são indesejáveis ao indivíduo, devem ser combatidos.

Apesar de limítrofe, a ocorrência de hospitalização nos 12 meses antecedentes à entrevista também se mostrou fortemente associada a depressão entre os idosos estudados com RP=1,41 (1,01 - 19,7). Este mesmo estudo da PNAD de 1998 revelou taxa de hospitalização entre os que se declaram portadores de depressão cerca de três vezes maior em relação aos demais (18,0% x 6,6%)³⁰. Isso pode ser reflexo da condição de cronicidade da doença com consequente uso dos serviços de saúde pelo indivíduo³¹.

Praticar atividade física nos sete dias precedentes a entrevista conferiu proteção a ocorrência de depressão na população estudada com RP=0,62 (0,40-0,97). Há evidência suficiente dos efeitos benéficos da atividade física sobre a depressão em pessoas idosas. Esta proteção pode ser decorrente do bem estar psicológico causado por esta interação ou pela formação de redes de relações afetivas proporcionadas por esta prática²⁴. Um estudo controlado-randomizado mostrou que, ao se sentir menos deprimido, o indivíduo mostra-se mais propenso a se manter fisicamente ativo e, ao fazer isto, diminui a probabilidade de retorno dos sintomas depressivos²⁵.

Entre os idosos de Arroio Trinta, participar de evento religioso diminui o risco de depressão com $RP=0,69$ (0,51-0,96). A religiosidade parece atuar como um fator psicossocial de extrema importância para a saúde mental. Possuir alguma religião, bem como frequentar igrejas, favorece pregar a solidariedade, estimular a caridade, ajudar e ser ajudado, satisfazer-se com o feito realizado, melhorar sua autoestima e aumentar o seu potencial de resiliência³².

A participação regular em atividades de lazer diminui substancialmente o risco de depressão na população estudada. Para idosos que participaram de três ou mais atividades de lazer nos últimos 30 dias, a proteção chegou a 62% ($RP=0,38$; 0,20-0,69). É amplamente sabido que participar de algum grupo (dança, jogos, viagem, entre outros) como forma de lazer é extremamente positivo, pois estimula a integração social, a comunicação, a troca de experiências e a recreação. Essas atividades ajudam na quebra de preconceitos, diminuem a discriminação em relação à terceira idade e melhoram a autoestima, o que influencia positivamente no seu humor.

A ocorrência de depressão em Arroio Trinta é condição comum entre os idosos estudados. Diversos fatores de risco e de proteção foram identificados. É certo que estes fatores precisam ser trabalhados individualmente durante consulta médica, mas, o que parece imprescindível mesmo, já que os fatores de proteção advêm da interação entre os idosos, é promover atividades coletivas, com prioridade para aquelas de lazer, onde mais se evidencia efeito benéfico. Além disso, seria interessante que em futuros estudos sobre o tema, sobretudo naqueles que se utilizarem de delineamento transversal, que se buscasse avaliar temporalidade, ou seja, tentar identificar o início de cada uma das exposições sob estudo e, claro, do quadro depressivo também. Isto reduziria o viés de causalidade reversa, auxiliaria na determinação da causalidade, o que facilitaria o tratamento e o manejo da doença tanto em nível individual quanto coletivo.

REFERÊNCIAS

1. Mann A. Depression in the elderly: findings from a community survey. *Maturitas*. 2001;38:53-58.
2. Wong, L. R.L.; Carvalho, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo. 2006;23:5-26.
3. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric Disorders in Older Primary Care Patients. *Journal off General Internal Medicine*. 1999;14:249–54.
4. Veras RP, Coutinho E. Prevalência da síndrome cerebral orgânica em população de idosos de área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 1994;28:26-37.
5. Silberman C, Souza C, Wilhems F, Kipper L, Wu V, Diogo C, et al. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Revista de Saúde Pública*. 1995;29:444-50.
6. Blay SL, Bickel H, Cooper B. Mental illness in a cross-national perspective. Results from a Brazilian and a German community survey among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1991;26:245-51.
7. Borges DT, Dalmolin BM. Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2012; 7:7-14.
8. Rosa PV. Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda – RS. [Tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul; 2007.
9. Goncalves VC, Andrade K. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2010;13:289-300.
10. 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. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59:190-7.

11. Maciel L, ACC; Guerra, RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, 2006; 55(1):1-6.
12. Bandeira, CB. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], 2010; 4(15):189-204.
13. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 106(1-2):29–44.
14. Bruce ML. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*. 2002; 52(3):175–184.
15. Hong SI, Hasche L, Bowland S. Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. *The Gerontologist*. 2009; 49(1):1–11.
16. Koenig HG. Religion and Depression in Older Medical Inpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007; 15(4):282–291.
17. Dean JA, Coulombier D, Grendel KA, Arner TG & Dean AG. 1994. Epi-info, Version 6.0. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention.
18. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(10):858-865.
19. Lauritsen JM. (Ed.) EpiData Data Entry, Data Management and basic Statistical Analysis System. Odense Denmark, EpiData Association, 2000-2008.
20. Stata Corp. Stata statistical software: release 11.2. College Station: Stata Corporation; 2011.
21. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21.
22. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26:224-227.
23. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential Medical Statistics*. Oxford: Blackwell, 2003.
24. Gumaraes, JMN, Caldas, CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2006; 9(4):481-492.

25. Babyac MA, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, Craighead WE, Baldewicz TT, Krishnan KR. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* 2000; 62: 633-638.
26. Munafo MR, Araya R. Cigarette smoking and depression: a question of causation. *The British Journal of Psychiatry*, 2010; 196 (21):425-426.
27. Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1):12-18.
28. Tuesca-Molina R, Fierro HN, Molinares AS, Oviedo MF, Polo AY, Pólo CJ, Sierra MI. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colômbia. *Rev Esp Salud Publica* 2003; 77(5):595-604.
29. Bós AMG, Bós AJG. Fatores determinantes e conseqüências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo. 2005; 12:36-46.
30. Travassos C. Viacava F. Laguardia J. Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, 2008; 11(S1):98-112.
31. Máximo, G. C. Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil. Tese. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
32. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública* 2003;37(4):440-445.

Tabela 1: Características dos idosos residentes no município de Arroio Trinta, SC, 2013.

Característica	n	Percentual
Área de residência		
Urbana	370	67,0%
Rural	182	33,0%
Idade dos idosos(as) (anos completos)		
60 a 69	326	59,1%
70 a 79	169	30,6%
80 ou mais	57	10,3%
Sexo		
Masculino	251	45,5%
Feminino	301	54,5%
Cor da pele (auto-referida)		
Branca	513	92,9%
Parda/morena	37	6,7%
Preta	02	0,4%
Estado civil		
Casado	396	71,7%
Separado/viúvo	126	22,8%
Solteiro	30	5,4%
Escolaridade (anos completos)		
Nenhum	52	9,4%
1-3 anos	196	35,5%
4 anos	222	40,2%
≥ 5 anos	82	14,9%
Renda familiar em salário(s) mínimo(s)		
Até 1.9	35	6,4%
2 a 2.9	222	40,2%
≥3	295	53,4%
Se recebe aposentadoria	530	96,0%
Fumante	46	8,3%
Prática atividade física (últimos 7 dias)	157	28,4%
Participação evento religioso (últimos 30 dias)	424	77,4%
Participação em regular em atividades de lazer	449	81,3%
Uso diária de algum medicamento	432	78,3%
Consulta médica nos últimos três meses	369	66,8%
Internação hospitalar (últimos 12 meses)	140	25,5%
Queda nos últimos 12 meses	156	28,3%
Portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou depressão	360	64,7%
Prevalência de depressão segundo o EDG-15 (n=544)	111	20,4%
Total	552	100,0%

Tabela 2. Análises bruta e ajustada para fatores associados à ocorrência de depressão segundo Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15) entre idosos de Arroio Trinta, SC, 2013. (n=544)

Variável	Prevalência de depressão	Razão de prevalências (IC95%)	
		Bruta	Ajustada
Sexo		0,003	0,027*
Masculino	14,6%	1,00	1,00
Feminino	25,2%	1,73 (1,21-2,48)	1,49 (1,05-2,13)
Idade dos idosos (anos completos)		0,062	0,614**
60 a 69	17,0%	1,00	1,00
70 a 79	25,4%	1,49 (1,04-2,13)	1,17 (0,82-1,68)
80 ou mais	25,0%	1,47 (0,88-2,45)	1,22 (0,73-2,03)
Escolaridade (anos completos)		0,029	0,249**
0 a 3	24,5%	1,00	1,00
4	19,5%	0,79 (0,56-1,12)	0,83 (0,59-1,15)
5 ou mais	11,0%	0,44 (0,23-0,86)	0,62 (0,33-1,17)
Estado civil		<0,001	<0,001*
Casado	15,0%	1,00	1,00
Separado/viúvo	28,6%	1,90 (1,32-2,73)	1,57 (1,04-2,35)
Solteiro	64,0%	4,26 (2,9-6,21)	3,63 (2,32-5,70)
Renda familiar em salário(s) mínimo(s)		<0,001	0,003**
≥3	14,5%	1,00	1,00
2 a 2,9	25,0%	1,72 (1,19-2,46)	1,79 (1,27-2,54)
Até 1,9	40,0%	2,75 (1,68-4,50)	1,69 (0,95-3,02)
Com quem idoso reside		<0,001	0,598*
Sozinho	29,3%	1,00	1,00
Esposo/companheiro	15,1%	0,51 (0,32-0,81)	1,35 (0,37-4,89)
Outros familiares	36,1%	1,22 (0,75-2,00)	2,02 (0,40-10,0)
Não familiar	44,4%	1,51 (0,65-3,49)	2,85 (0,52-15,57)
Número de moradores por domicílio		0,086	0,460**
1	29,8%	1,00	1,00
2 ou 3	18,3%	0,62 (0,39-0,96)	0,91 (0,20-4,27)
≥4	23,1%	0,77 (0,45-1,31)	1,23 (0,25-6,11)
Prática atividade física (últimos 7 dias)		0,003	0,034*
Não	30,3%	1,00	1,00
Sim	16,5%	0,50 (0,32-0,80)	0,62 (0,40-0,97)
Fumante		<0,001	0,016*
Não	18,7%	1,00	1,00
Sim	39,1%	2,1 (1,39-3,14)	1,75 (1,11-2,77)
Uso de bebida alcoólica últimos 30 dias		0,010	0,507*
Não, nunca usa	22,7%	1,00	1,00
Não, mas usava	35,0%	1,54 (0,82-2,89)	1,37 (0,80-2,37)
Sim, usou	12,1%	0,53 (0,33-0,86)	1,09 (0,64-1,87)
Participação evento religioso último mês		<0,001	0,030*
Não	35,2%	1,00	1,00
Sim	15,9%	0,45 (0,32-0,63)	0,69 (0,51-0,96)
Número atividades de lazer realizadas		<0,001	0,014**
Nenhuma	42,9%	1,00	1,00
1	23,8%	0,55 (0,37-0,82)	0,67 (0,45-1,00)
2	18,3%	0,43 (0,27-0,65)	0,68 (0,43-1,09)
3 a 5	8,3%	0,19 (0,11-0,32)	0,38 (0,20-0,69)
Hospitalização (últimos 12 meses)		<0,001	0,041*
Não	15,6%	1,00	1,00
Sim	34,5%	2,22 (1,60-3,06)	1,41 (1,01-1,97)
Consultas médicas (últimos 3 meses)		0,001	0,080**
Nenhuma	15,2%	1,00	1,00
Uma	16,1%	1,05 (0,64-1,72)	0,97 (0,62-1,51)
Duas ou mais	28,6%	1,87 (1,24-2,83)	1,44 (0,96-2,16)

Consultou no próprio município		0,095	0,888*
Não	15,3%	1,00	1,00
Sim	22,2%	1,44 (0,93-2,23)	1,02 (0,69-1,51)
Doenças diagnosticadas pelo médico†		<0,001	0,066**
Nenhuma	14,2%	1,00	1,00
1	16,6%	1,16 (0,73-1,85)	0,97 (0,61-1,56)
2	30,1%	2,11 (1,36-3,29)	1,40 (0,89-2,18)
3	50,0%	3,51 (2,09-5,91)	1,80 (1,00-3,21)
Faz uso diário de medicamento		0,001	0,126*
Não	8,6%	1,00	1,00
Sim	23,6%	2,73 (1,47-5,07)	1,68 (0,86-3,28)

† Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou depressão

* Teste de heterogeneidade ** Teste de tendência linear

SEÇÃO IV: NOTA PARA IMPRENSA

Dançar, ir a igreja e fazer atividade física diminui a ocorrência de depressão.

Estes são os principais resultados da pesquisa feita no município de Arroio Trinta, SC, pela médica Inês Gullich. Este estudo faz parte do seu mestrado em Saúde Pública Baseado em Evidências realizado na Universidade Federal de Pelotas (UFPel) sob supervisão dos Drs. Juraci A. Cesar e Suele M. S. Duro.

Entre os meses de setembro e de dezembro de 2013 um grupo de 10 estudantes do ensino médio visitaram os domicílios daquele município. O objetivo era avaliar a ocorrência de depressão entre pessoas idosas (60 anos ou mais de idade). Ao encontrar algum deles no domicílio, e este tendo concordado em participar do estudo, um questionário, um pouco demorado, mas bastante fácil de responder era aplicado por estes estudantes a cada idoso ali residente.

Estes estudantes encontraram 568 pessoas nesta faixa etária. Destes, foi possível entrevistar 552 idosos, o que representa 97% do total. Um em cada cinco idosos, ou seja, 20%, foi identificado como tendo depressão. Este percentual variou de 8% entre aqueles que não tomavam qualquer tipo de medicamento até 64% entre os idosos solteiros. Isto significa que nesta população, dependendo da característica do idoso, a ocorrência de depressão pode ser até oito vezes maior!

Em uma análise um pouco mais detalhada destes dados foi possível verificar que, nesta população, os fatores de risco, ou seja, as características do indivíduo que o levaram a depressão foram pertencer ao sexo feminino, estar solteiro, possuir baixa renda familiar, ser fumante e ter sido hospitalizado nos últimos 12 meses. Nesta mesma análise foi possível verificar também que houve uma menor ocorrência de depressão entre os idosos que praticaram atividade física na última semana, que participavam com frequência de eventos religiosos e que realizavam atividades de lazer como, por exemplo, dançar.

Este estudo é importante por duas razões. Primeiro, todo mundo sabe que cada vez se vive mais e, com isso, haverá aumento na ocorrência de algumas doenças, particularmente as chamadas doenças crônicas. A depressão é uma delas; segundo, este estudo identificou algumas situações de risco, que precisam ser trabalhadas visando diminuir a sua ocorrência e, ao mesmo tempo, incentivar a realização daquelas atividades que protegem contra depressão.

É interessante ainda notar que isto pode ser feito tanto individualmente, ou seja, durante consulta com profissional de saúde como também em nível coletivo, incentivando o convívio, a interação social na própria comunidade onde o idoso vive.

Os resultados obtidos neste estudo podem auxiliar as autoridades locais e a equipe de saúde a realizar intervenções visando bem estar e melhoria da qualidade de vida da população idosa, a que mais depende dos serviços públicos de saúde.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA



CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0102-311X *versión*
impresa

ISSN 1678-4464 *versión on*
line

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

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 Coletiva 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 Coletiva (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 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma

sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 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;

1.6 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras).

1.7 Questões Metodológicas: artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

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

1.9 Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

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, Inglês ou Espanhol.

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

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

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

4. Fontes de financiamento

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

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

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

5. Conflito de interesses

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

6. Colaboradores

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

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

8. Referências

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

Biomédicos.

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

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

9. Nomenclatura

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

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

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

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

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

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

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

11. Processo de submissão *online*

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

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

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

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

12. Envio do artigo

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

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

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

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

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser

conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

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

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

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 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: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

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

12.15 *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo,

conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse 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 (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

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

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

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 (Encapsuled 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 de gerenciamento de artigos 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 ou similar. 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)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.