



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

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE
MULHERES RESIDENTES NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE-RS**

PEDRO SAN MARTIN SOARES

2018



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



**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE
MULHERES RESIDENTES NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE-RS**

PEDRO SAN MARTIN SOARES

Mestrando

RODRIGO DALKE MEUCCI

Orientador

RIO GRANDE, RS, MARÇO DE 2018

PEDRO SAN MARTIN SOARES

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE
MULHERES RESIDENTES NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE-RS**

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

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci

RIO GRANDE, RS, MARÇO DE 2018

PEDRO SAN MARTIN SOARES

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS ENTRE
MULHERES RESIDENTES NA ZONA RURAL DE RIO GRANDE-RS**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci:

Orientador (Presidente)

Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zanatti

Examinador externo – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Juraci Almeida César

Examinador interno

Prof. Dr. Silvio Omar Macedo Prietsch

Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, MARÇO DE 2018

LISTA DE SIGLAS

TMC	Transtornos Mentais Comuns
GHQ-12	General Health Questionnaire – 12
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire – 20
CIS-R	Clinical Interview Schedule – Revised
OMS	Organização Mundial da Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados entre mulheres residentes na zona rural de Rio Grande-RS

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência e fatores associados aos Transtornos mentais comuns (TMC) em mulheres da zona rural.

População alvo: Mulheres de 18 a 49 anos residentes na zona rural do município de Rio Grande-RS.

Delineamento: Estudo transversal de base populacional realizado no município de Rio Grande. Esse estudo faz parte de um consórcio de pesquisa realizado pela turma do mestrado de Saúde Pública a FURG no ano de 2016-2017.

Desfecho: Presença de transtornos mentais comuns, avaliado através do General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), utilizando o ponto de corte ≥ 3 .

Processo amostral: Para o presente consórcio de pesquisa, foi utilizada uma amostra de 80% de domicílios elegíveis (aqueles que contém pelo menos uma mulher em idade fértil, idoso ou criança menor do que cinco anos) de cada um dos 23 setores censitários do município. Foi sorteado um pulo inicial entre os 5 primeiros domicílios, mantendo esse padrão para cada setor e abordando os próximos quatro elegíveis.

Análise: As análises bivariadas e ajustadas foram realizadas através regressão de Poisson com variância robusta para estimar as razões de prevalências (RP) e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Significância estatística foi definida como $p < 0,05$.

Resultados: Foram avaliadas 996 mulheres e a prevalência de TMC foi de 36,4% (IC95% 33,4% - 39,3%). Após ajuste para fatores de confusão de acordo com um modelo hierárquico de análise, as mulheres com menor renda, com menor escolaridade, as tabagistas e as que relataram ter sofrido aborto em algum momento da vida apresentaram as maiores prevalências de TMC.

Conclusão: Os resultados deste estudo indicam a carga dos transtornos mentais comuns e seus fatores associados, o que poderá auxiliar no planejamento de políticas e serviços de saúde.

Descritores: Transtornos Mentais Comuns; Mulheres; Rural; Prevalência; Epidemiologia

Prevalence of common mental disorders and associated factors in rural women in the municipality of Rio Grande-RS

Abstract

Aim: This study aims to analyze the occurrence of common mental disorders and their associations in rural women in the municipality of Rio Grande-RS

Target population: The target population was composed of women aged 18 to 49 in the rural area of the city of Rio Grande, RS.

Design: Cross-sectional population-based study conducted in the city of Rio Grande. This study is part of a research consortium conducted by the FURG Public Health masters in 2016-2017.

Outcome: The outcome of the present study was the common mental disorders (CMD), evaluated through the General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), using a cutoff ≥ 3 .

Sampling: For the present research consortium, a sample of 80% of eligible households (those containing at least one woman of childbearing age, senior citizen or child under five years) from each of the twenty three census tracts of the municipality were used. Thus, an initial jump was drawn among the 5 initial households, maintaining this pattern for each sector and addressing the next four eligible.

Analysis: The bivariate and adjusted analysis were performed through Poisson regression with robust variance to estimate the prevalence ratios (PR) and respective confidence intervals of 95%. Statistic significance was defined as p-value < 0.05 .

Results: 996 women were evaluated and the prevalence of CMD was of 36,4% (IC95% 33,4% - 39,3%). After adjustment for potential confounder variables, women with low income and less educated, smokers and who have aborted some time in life have shown the highest prevalence of CMD.

Conclusion: The results of this study indicate the burden of common mental disorders and their associated factors, which may help in the planning of health policies and services.

Keywords: Common Mental Disorders; Women; Rural; Prevalence; Epidemiology

CONTEÚDOS DO VOLUME

1.	Projeto	13
2.	Relatório do trabalho de campo	50
3.	Normas da Revista	63
4.	Artigo	71
5.	Nota à imprensa	87
6.	Anexos	90
7.	Apêndices	94

Sumário

Projeto de pesquisa.....	11
1 Introdução.....	12
1.1 Transtornos mentais comuns (tmc).....	14
1.2 Instrumentos de mensuração dos transtornos mentais comuns.....	15
1.3 Revisão de literatura.....	18
1.4 Prevalência de tmc em mulheres.....	20
1.5 Fatores associados aos tmc em mulheres.....	22
2. Justificativa.....	24
3 Objetivos.....	26
3.1 Objetivo geral.....	26
3.2 Objetivos específicos.....	26
4. Hipóteses.....	26
5. Metodologia.....	27
5.1 O município de rio grande.....	27
5.2 Delineamento.....	27
5.3 População alvo.....	27
5.4 Critérios de inclusão.....	27
5.5 Critérios de exclusão.....	28
5.6 A amostra.....	28
5.7 Amostragem.....	30
5.8 Instrumentos.....	30
5.8.1 Questionario geral.....	30
5.8.2 Ghq-12.....	31
5.9 Definição do desfecho.....	31
5.10 Definição das exposições.....	32
5.11 Seleção e treinamento de entrevistadores.....	34
5.12 Logística e coleta.....	34
5.13. Controle de qualidade.....	35
5.14 Processamento e análise de dados.....	35
5.15 Aspectos éticos.....	37
6 Divulgação dos resultados.....	37
7 Fontes de financiamento.....	37
8 Cronograma.....	38

9 Referências.....	39
Relatório do trabalho de campo	48
1. Organização do consórcio	50
2. Instrumentos e manuais de instruções.....	51
3. Seleção e treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários em papel.....	51
4. Amostragem	52
5. Logística do trabalho de campo	53
6. Números gerais da pesquisa	56
7. Aspectos Éticos.....	57
8. Orçamento	58
9. Apoio	58
Normas da revistas a qual o artigo será submetido (revista ciência e saúde coletiva).....	59
Artigo.....	66
Nota á imprensa.....	87
Anexos.....	89
Anexo 1: General Health Questionnaire – 12 (GHQ-12).....	90
Apêndices.....	93
Apêndice 1 – Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em Mulheres em estudos de base populacional.....	94
Apêndice 2 – Fatores Associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em mulheres em estudos de base populacional.	97
Apêndice 3: Questionário Geral - Domicílio.....	100

PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro e ser produtivo. É constituída por diversos conceitos que abrangem o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa, não se restringindo apenas a ausência de transtornos mentais (OMS, 2001).

A saúde mental, a saúde física e a saúde social estão profundamente ligadas e interdependentes, de modo que transtornos à saúde mental podem ter impacto em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde. Estudos evidenciam a associação entre transtornos mentais e a ocorrência de doenças cardíacas e cerebrovasculares, assim como doenças infecciosas. Além de serem fatores de risco para diversas doenças, estes transtornos podem comprometer a aderência ao tratamento, ou piorar o prognóstico. (Prince M et al, 2007). Por este motivo, torna-se cada vez mais evidente e indispensável compreender a magnitude dos transtornos mentais na população (OMS, 2001).

Os transtornos mentais são distúrbios definidos através de critérios estabelecidos pela CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos) e pelo DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)(Araújo AC; Neto FL, 2014). São caracterizados por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a depressão, a ansiedade, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas (OMS, 2001). Existem ainda transtornos mentais caracterizados por sintomas psicóticos, tais como: delírios, alucinações, desorganização do pensamento e da comunicação, e isolamento social. Dentre os transtornos psicóticos, o mais conhecido é a esquizofrenia. (Assis JC; VILLARES CC; Bressan RA, 2013).

De acordo com a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) os transtornos mentais correspondem a 12% da carga global de doenças, e a 1% da mortalidade, sendo que a maioria das manifestações psiquiátricas referem-se à depressão e ansiedade (OMS, 2001; Prince M et al, 2007). No Brasil, dados do Ministério da Previdência Social do ano de 2014 mostram que os transtornos mentais e

comportamentais são responsáveis por 7% das aposentadorias por invalidez e por 10,3% dos auxílios-doença (MTPS, 2014).

Ainda não estão claras as diferenças entre os indicadores de saúde da população urbana e da população rural, porém uma revisão de literatura sobre o assunto considerou que os fatores sócio-demográficos se mostram mais influentes como preditores das morbidades, do que o local de residência em si (Judd FK et al, 2002). Embora existam diferenças entre as zonas rurais devido as particularidades da região onde se encontram, algumas características em comum relacionadas saúde mental se mostram presentes, como: as longas distâncias, tendência em viver em isolamento, grande dificuldade de se desenvolver outra atividade laborativa ou de expressão cultural (trabalho exclusivo na lavoura) e na noção partilhada pelo senso comum que desfavorece, mesmo quando muito adoecido, a aceitação e a procura pela atenção em saúde mental (saúde mental associada à loucura e doença)(Schwartz E; Lange C; Meincke SMK, 2001).

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que homens. Nos transtornos cuja prevalência é semelhante em homens e mulheres, são observadas diferenças na idade de início, perfil sintomatológico e resposta ao tratamento. Têm, ainda, sido identificados diferentes padrões de comorbidade psiquiátrica em mulheres e homens (Andrade LH; Viana MC; Silveira CM, 2006; Bolsoni LM; Zuardi AW, 2015). As diferenças biológicas e sociais do sexo feminino somadas aos fatores sócio-demográficos representam um grande potencial para o adoecimento psíquico.

1.1 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC)

Existem situações de saúde em que o indivíduo apresenta sintomas de depressão não-psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes (sintomas físicos relacionados a fatores psicológicos), em intensidade suficiente para interferir em suas atividades diárias, mas que não necessariamente preenchem os critérios formais da CID- 10 ou do DSM-V. Para essas situações é utilizado o termo “Transtorno Mental Comum (TMC)” e seus principais sintomas são: insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade (Goldberg D; Huxley P, 1992).

Estudos epidemiológicos de base populacional sobre os TMC foram conduzidos em diferentes países nas últimas duas décadas. Embora as prevalências variem dependendo do instrumento, da população e da faixa etária avaliada, a sua elevada prevalência se mostra uma característica mundial. A menor prevalência de TMC se encontra no sudeste asiático, sendo de 5,3%. Nos países europeus as prevalências de TMC variam entre 17,4% a 33,5% (Krishnaswamy S et al, 2012; Oliver MI et al, 2005; Rajmil L et al, 1997; Weich S et al, 2004).

No continente africano a prevalência varia de 10,8% a 31% (Jenkins R et al, 2010; Jenkins R et al, 2012). Nos países latinos as prevalências se assemelham aos países europeus, variando de 26,7% a 39,4% (Araya R et al, 2001; Loret de Mola C et al, 2012; Puertas G; Rios C; del Valle H, 2006).

No Brasil, estudos de base populacional demonstram que a prevalência de TMC varia entre 17% a 36%, (Costa AG; Ludermir AB, 2005; Lima-Costa MF; Firmo JO; Uchoa E, 2011; Lopes CS et al, 2016; Lopes CS et al, 2008; Maragno L et al, 2006; Marin-Leon L; de Oliveira HB; et al, 2007; Marin-Leon L; Oliveira HB; et al, 2007; Mendoza-Sassi RA; Béria JU, 2007; Pinheiro KA et al, 2007; Rocha SV et al, 2010).

Em relação a zona rural, apesar da relativa escassez de estudos voltados para a saúde mental dessas populações, a literatura vem mostrando que os trabalhadores rurais representam uma parcela da população que possui um risco substancialmente maior que a população geral para o desenvolvimento de problemas em relação à saúde mental e TMC (Costa & Ludermir, 2005; Faria, Facchini & Tomasi, 2000). Esses estudos

também apontam que, nesse contexto, as mulheres são ainda mais vulneráveis ao surgimento de TMC (Costa MdGSGd; Dimenstein MDB; Leite JF, 2014).

Em estudos realizados com agricultores do Rio Grande do Sul, a prevalência de TMC variou de 12% a 37,5% (Faria NM et al, 1999; Faria NM et al, 2014). Na zona rural do Rio Grande do Norte, essa prevalência entre mulheres foi de 43,6%. (Costa MdGSGd et al, 2014). Nestes estudos a idade avançada, o baixo nível socioeconômico, as dificuldades em pagar dívidas e a baixa escolaridade foram fatores associados a presença de TMC.

1.2 INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Diante do impacto dos TMC à saúde pública, foram criados diversos instrumentos para sua triagem. Entre os mais utilizados estão o Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R), o General Health Questionnaire (GHQ), e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ).

CIS-R

O Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R) é considerado o padrão ouro em estudos de validade de instrumentos mais simples, como o GHQ-12 e o SRQ-20. É constituído por 15 seções que avaliam tipos específicos de sintomas (sintomas somáticos, fadiga, concentração e esquecimento, problemas de sono, irritabilidade, preocupação com a saúde física, depressão, ideias depressivas, ansiedade, fobia, pânico, compulsões e obsessões). O CIS-R avalia os TMC com a possibilidade de medir a frequência e a intensidade do sintoma, bem como pode ser administrado por entrevistadores leigos. Além disso, permite classificação diagnóstica de acordo com critérios da CID-10 (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno misto de ansiedade e depressão, transtorno depressivo, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico)(Nunes MA, 2011).

GHQ

O GHQ foi desenvolvido por Goldberg & Huxley (1992), para detectar doenças psiquiátricas não severas. Inicialmente formado por 60 itens, foi posteriormente apresentado em versões alternativas, mais breves, contendo 30, 28 e, finalmente, 12 itens.

Para a construção do GHQ, Goldberg partiu do pressuposto teórico de que a doença psiquiátrica pode ser dividida dentro de um desvio qualitativo da função normal (transtornos mentais orgânicos, psicoses funcionais) e desvio quantitativo (neurose, transtorno de personalidade). Inicialmente, foram selecionadas 140 questões de várias áreas de saúde geral. A calibração foi feita com a pontuação de 3 grupos de indivíduos: os controles da comunidade (saudáveis), pacientes ambulatoriais (médios) e doentes psiquiátricos (graves).

As 60 questões finais foram identificadas através de análise discriminante de 200 indivíduos (100 sujeitos controles e 100 pacientes). Os seguintes critérios foram adotados na decisão de reter as questões integrantes do instrumento: a) questões com poucas respostas entre os controles; b) muitas respostas entre os “doentes graves”; e c) algumas respostas (intermediária) entre os “doentes médios”.

Para diminuir o tempo de aplicação, várias propostas de versões breves surgiram. Goldberg e Williams (1988) mostraram que a versão breve de 12 itens tem a vantagem de ser mais curta e é aplicável verbalmente para indivíduos com dificuldades linguísticas. Em termos de sensibilidade e especificidade, o GHQ-12 é comparável com as versões mais longas (Henderson et al. 1979).

O GHQ-12 é um instrumento autoaplicável composto por 12 itens, respondidos em uma escala tipo Likert de frequência. No caso dos itens negativos, as respostas variam de 1 (absolutamente não) a 4 (muito mais que de costume); e no caso de itens positivos, as respostas variam entre 1 (mais que de costume) a 4 (muito menos que de costume).

A validação brasileira do GHQ-12 realizada por Mari & Williams com 260 indivíduos da atenção primária, tendo como padrão ouro o Clinical Interview Schedule (CIS), apresentou sensibilidade de 85%, especificidade de 79%, acurácia de 82% e alfa de Cronbach de 0,88. O indivíduo que apresenta escore igual ou maior a três é considerado

positivo para sintoma de transtorno psíquico (Gorenstein C; Wang; Y-P; Hungerbuhler I, 2016).

SRQ-20

O SRQ-20 é um instrumento criado pela OMS para avaliar os transtornos mentais comuns em países em desenvolvimento, onde o nível de alfabetização pode comprometer o uso de questionários de autoavaliação. É baseado em quatro instrumentos de pesquisa psiquiátricos anteriormente desenvolvidos para o uso em estudos da OMS sobre morbidade psiquiátrica em unidade básica de saúde de países em desenvolvimento. Os instrumentos utilizados para a elaboração do SRQ-20 foram: Patient Symptom Self-Report (PASSR), um instrumento desenvolvido na Colômbia; Post Graduate Institute Health Questionnaire N2, desenvolvido na Índia; General Health Questionnaire, na sua versão de 60 itens, usado em países desenvolvidos e em desenvolvimento; e os itens de “sintomas” da versão reduzida do Present State Examination (PSE) (MARI; WILLIAMS, 1986).

Em sua versão original, o SRQ incluía 24 itens, sendo os primeiros 20 itens para triagem de distúrbios não psicóticos e os quatro últimos para detecção de distúrbios psicóticos.

A versão em português do SRQ adotou os 20 primeiros itens para investigar morbidade não psicótica. São considerados aspectos positivos na utilização do SRQ-20 o fato de ser de fácil compreensão, de rápida aplicação, diminuindo os custos operacionais, e ser um instrumento padronizado internacionalmente, alcançando níveis de desempenho aceitáveis no tocante à sensibilidade, especificidade e valores preditivos. Sua principal versão reúne 20 itens com respostas tipo “sim” ou “não” sobre sintomas físicos e emocionais.

Sua primeira validação brasileira foi realizada por Mari & Williams (1986) em três unidades básicas de atenção básica em São Paulo, onde 875 pacientes preencheram os questionários e uma sub-amostra de 260 foi entrevistada por um psiquiatra. O SRQ-20 mostrou-se um instrumento confiável para rastrear sintomas psicossomáticos nesta amostra. A sensibilidade foi de 83% e a especificidade 80%, e o questionário foi um bom

indicador de morbidade. Uma correlação foi achada entre o escore total do questionário e um julgamento clínico independente ($r=+0,70$)(MARI; WILLIAMS, 1986).

Uma validação brasileira mais recente do SRQ-20 foi realizada por Gonçalves et al. Utilizando como padrão ouro a quarta edição da entrevista clínica estruturada para DSM-IV-TR (SCID-IV-TR), o estudo foi realizado com 485 indivíduos com idade média de 40 anos atendidos pela estratégia da saúde da família do município de Santa Cruz do Sul-RS. Se encontrou como ponto de corte ideal 7 ou mais respostas positivas, que resultou em sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3%. O poder discriminante para diagnóstico psiquiátrico do SRQ-20 foi 0,91 e o coeficiente Cronbach alfa foi 0,86 (Gonçalves DM; Stein AT; Kapczinski F, 2008).

GHQ-12 e zona rural

Alguns estudos relatam que o GHQ-12 e o SRQ-20 são semelhantes em relação à sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de TMC quando comparados com o CIS-R. Um estudo realizado numa clínica de atenção primária em Santiago, Chile, mostrou que a sensibilidade e a especificidade do GHQ-12 e do SRQ-20 foram respectivamente de 76% e 74% e 73% e 77%. A taxa de erro de classificação global foi estimada em 26% para o GHQ-12 e 25% para o SRQ-20 (Carlotto M et al, 2011). Em um estudo semelhante realizado no Brasil, a sensibilidade e a especificidade do GHQ-12 e do SRQ-20 foram respectivamente, de 85% e 83% e 79% e 80%. A taxa de erro de classificação global foi de 18% para o GHQ-12 e 19% para o SRQ-20 (Mari JJ; Williams P, 1985).

Estudos mostram que o GHQ-12 é apropriado para estudos com populações de zona rural e amostras de baixa escolaridade, pois além de avaliar a presença de TMC de forma semelhante ao SRQ-20, é de fácil compreensão e rápida aplicação (Laaksonen E et al, 2007; Laaksonen E et al, 2009; Lahelma E et al, 2006; Loret de Mola C et al, 2012; Weich S; Twigg L; Lewis G, 2006; Weich S et al, 2005).

1.3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção está organizada da seguinte forma: breve revisão sobre a prevalência dos transtornos mentais comuns (TMC) no mundo, no Brasil e na população feminina, assim como seus fatores associados. Foi realizada inicialmente, uma busca de palavras-

chave nas bases de dados Pubmed, Lilacs e PsycINFO. Foram selecionadas palavras-chave utilizadas na literatura relacionadas ao tema, não se restringindo aos Medical Subject Headings (MeSH) (Quadro 1). Os termos de busca foram: “common mental disorders”, “common mental disorders” AND “prevalence”, “minor psychiatric disorders” e “minor psychiatric disorders” AND “prevalence”. Das 2913 referências encontradas foram excluídas as repetidas e os resumos que não avaliavam a prevalência de transtornos mentais comuns ou não eram de base populacional.

Foram incluídos nessa revisão 39 artigos. Para a realização do estudo das prevalências de TMC em mulheres, foram selecionados os artigos com as prevalências na população geral e depois extraídos os valores relacionados as mulheres. Para o estudo dos fatores associados ao TMC utilizou-se apenas os estudos realizados com a população feminina (Apêndice 1).

Quadro 1- Termos buscados para revisão da literatura, na base de dados do Pubmed, Lilacs e PsycINFO, referências recuperadas, seleção pelo resumo e artigos na íntegra.

Fonte	Termos utilizados e estratégia da busca	Total de referências recuperadas	Seleção pelo resumo	Artigo na íntegra
Pubmed	“common mental disorder” OR “common mental disorders”	1299	44	15
	“minor psychiatric disorder” OR “minor psychiatric disorders”	521	17	6
Lilacs	common mental disorder OR common mental disorders	542	18	11
	minor psychiatric disorder OR minor psychiatric disorders	276	9	3
PsycINFO	“common mental disorder” OR “common mental disorders”	283	30	4
	“minor psychiatric disorder” OR “minor psychiatric disorders”	32	5	0
Total		2953	123	39

1.4 PREVALÊNCIA DE TMC EM MULHERES

De acordo com a literatura, o sexo feminino possui um maior risco de ter transtornos mentais comuns em relação aos homens em diversos locais. (Araya R et al, 2001; Jansen K et al, 2011; Krishnaswamy S et al, 2012; Maragno L et al, 2006; Marin-Leon L; de Oliveira HB; et al, 2007; Mendoza-Sassi RA; Béria JU, 2007; Pinheiro KA et al, 2007; Puertas G et al, 2006; Rocha SV et al, 2010).

Na zona urbana da Inglaterra, as prevalências de TMC nas mulheres maiores de 16 anos de Londres variaram de 19,9% a 35,2%, e nas mulheres de 35 a 55 anos de Somerset foi de 30,3% (Kivimaki M et al, 2009; Oliver MI et al, 2005; Weich S et al, 2004). Na Espanha, em estudos utilizando os dados do inquérito nacional de saúde referentes aos anos de 2011 e 2012 mostram a prevalência de TMC em mulheres de 16 a 64 anos da zona urbana e rural variou de 26,3% a 29,5%. Na zona urbana da Catalunha a prevalência de TMC em mulheres maiores de 15 anos foi de 35,2% (Rajmil L et al, 1997; Rocha K et al, 2012; Ruiz-Pérez I et al, 2011). Em estudo realizado com uma amostra representativa da França continental, a prevalência de TMC em mulheres maiores de 20 anos foi de 19,8% (Saurel-Cubizolles M-J; Romito P; Lelong N, 2007). Em mulheres maiores de 20 anos do sudeste da Austrália a prevalência foi de 7,9% (Jacka FN et al, 2012).

Na África, a prevalência de TMC nas mulheres maiores de 15 anos da zona urbana variou de 3,6%, na Tanzânia, a 18,4%, em Amhara na Etiópia (Baumgartner JN et al, 2016; Jenkins R et al, 2010). No Quênia, em mulheres de mesma faixa etária, na zona rural a prevalência foi de 10,8% e na zona urbana 17,5% (Jenkins R et al, 2012; Jenkins R et al, 2015).

As prevalências de TMC no continente Asiático possui grande variabilidade. No Paquistão, as mulheres maiores de 18 anos da zona urbana de Karachi apresentaram a prevalência de 20% (Kidwai R, 2014). Na Índia, utilizando os dados Inquérito Nacional de Saúde da Família, a prevalência de TMC em mulheres de 18 a 39 anos na zona rural foi de 10,7% (Shidhaye R; Patel V, 2010). Na zona urbana, um estudo realizado com mulheres de 18 a 45 anos de Mumbai encontrou a prevalência de 27,3% (Tawar S; Bhatia SS; Ilankumaran M, 2014). Um estudo realizado com mulheres maiores de 18 anos na

zona urbana de Taiwan, assim como um estudo conduzido no Irã, com mulheres maiores de 15 anos da zona urbana de Tehran, encontraram prevalências elevadas de TMC, sendo elas 28,4% e 37,9%, respectivamente (Fu TS et al, 2013; Noorbala AA; Bagheri Yazdi SA; Hafezi M, 2012). Em mulheres com mais de 30 anos do sudeste asiático a prevalência encontrada foi de 7% (Krishnaswamy S et al, 2012).

Embora varie de acordo com a região e o país, no geral, estudos conduzidos em zonas urbanas da América do Sul demonstram prevalências elevadas de TMC. No Chile a prevalência de TMC em mulheres maiores de 16 anos é 15,7% (Araya R et al, 2001). Na Colômbia, a prevalência nas mulheres maiores de 18 anos variou entre 15,7% a 31,0% (Campo-Arias A et al, 2011; Puertas G et al, 2006). No Paraguai, a prevalência de TMC em mulheres de 15 a 44 anos de Assunção foi de 27,8% (Ishida K et al, 2010)

Em relação ao Brasil, no Nordeste, no município de Feira de Santana-BA, as prevalências de TMC em mulheres maiores de 15 anos variou de 35,3% a 39,9% (Araújo TM; Pinho PdS; Almeida MMG, 2005; Pinho PdS; Araújo TM, 2012; Rocha SV et al, 2010). No estado de Pernambuco, as prevalências de TMC em mulheres maiores de 15 anos foi de 45,4% na zona urbana de Olinda e 34,5% na zona rural da Zona da Mata (Costa AGd; Ludermir AB, 2005; Ludermir AB; Lewis G, 2001).

No Sudeste brasileiro, no estado de São Paulo, a prevalência de TMC em mulheres maiores de 15 anos residentes da zona urbana do município de São Paulo foi de 27,9% (Maragno L et al, 2006). Na zona rural do município de Atibaia, a prevalência de TMC nas mulheres maiores de 18 anos foi de 23,3% e na zona urbana de Campinas de 24,4% em mulheres maiores de 14 anos (Lima PJP, 2015; Marin-Leon L; Oliveira HB; et al, 2007). Em Minas Gerais, na zona urbana de Monte Carlos, a prevalência de TMC em mulheres maiores de 18 anos foi de 30,9% (Rodrigues-Neto JF et al, 2008).

No Rio Grande Do Sul, em Pelotas, as prevalências de TMC nas mulheres da zona urbana variaram de acordo com a idade. Em mulheres com 18 a 24 anos as prevalências variaram de 23,5% a 32,2% (Anselmi L et al, 2008; Jansen K et al, 2011). Em estudos com mulheres com mais de 15 anos as prevalências variaram de 26,5% a 34,2% (Costa JSD et al, 2002; Lima MS et al, 1996). No município de Rio Grande, um estudo conduzido com mulheres maiores de 15 anos da zona urbana encontrou a prevalência de TMC de 22,1% (Mendoza-Sassi RA; Béria JU, 2007).

De acordo com a literatura, as mulheres apresentam maior vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. Os esteroides sexuais femininos, particularmente o estrógeno, agem na modulação do humor, o que, em parte, explicaria a maior prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade na mulher. A flutuação dos hormônios gonadais teria alguma influência na modulação do sistema neuroendócrino feminino, da menarca à menopausa (Andrade LH et al, 2006). Steiner et al (2000) propuseram uma hipótese de susceptibilidade biológica para explicar a diferença nas prevalências de transtornos de humor entre os gêneros. Segundo esses autores, haveria, na mulher, um desbalanço na interação entre o eixo hipotálamo-hipotalâmico-gonadal e outros neuromoduladores. O ritmo neuroendócrino relacionado à reprodução na mulher seria vulnerável à mudança e altamente afetado por fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos (Steiner M; Dunn E; Born L, 2000).

1.5 FATORES ASSOCIADOS AOS TMC EM MULHERES

Dos 39 artigos de base populacional encontrados, apenas 10 investigaram fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em mulheres (Apêndice 2). De cinco estudos que investigaram a associação entre idade e TMC, em dois a idade se mostrou associada ao desfecho. Em ambos os estudos, mulheres de 33 a 39 anos residentes da zona rural, assim como mulheres acima de 40 anos da zona urbana apresentaram uma prevalência duas vezes maior de TMC em relação a faixas etárias inferiores (Araújo TM et al, 2005; Shidhaye R; Patel V, 2010).

A baixa escolaridade se mostrou um fator associado ao TMC nos sete estudos que avaliaram essa associação. Possuir escolaridade inferior ao ensino médio representa um risco até três vezes maior para TMC em relação aqueles com maior escolaridade, tanto na zona rural como na zona urbana (Araújo TM et al, 2005; Costa AGd; Ludermir AB, 2005; Ishida K et al, 2010; PATEL V et al, 2006; Pinho PdS; Araújo TM, 2012; Shidhaye R; Patel V, 2010). Em estudo conduzido na Etiópia, apresentar alguma escolaridade se mostrou um fator de proteção para possuir TMC em relação aqueles sem nenhuma escolaridade (Baumgartner JN et al, 2016).

Foram encontradas associações entre renda e TMC em cinco de seis estudos que investigaram essa associação. Na Índia, as mulheres que relataram apresentar um baixo padrão de vida possuíam prevalências de TMC de duas a quatro vezes maior em relação as que possuíam um alto padrão de vida. No Paraguai, a prevalência de TMC nas mulheres de baixa renda é quase duas vezes maior em relação as de maior renda (Ishida K et al, 2010). No Brasil dois estudos constataram que as mulheres que possuíam renda mensal inferior a um salário mínimo tinham maior prevalência de TMC em relação às de maior renda (Araújo TM et al, 2005; PATEL V et al, 2006; Pinho PdS; Araújo TM, 2012; Shidhaye R; Patel V, 2010).

A cor de pele se mostrou um fator associado no único estudo que avaliou essa associação, sendo a prevalência de TMC quase duas vezes maior nas mulheres de cor de pele preta, quando comparadas às de pele branca (Araújo TM et al, 2005). O estado civil se mostrou associado aos TMC em três dos quatro estudos que avaliaram essa associação, porém as diferenças culturais influenciaram na direção dessa associação. Nos estudos Brasileiros, estar viúva, separada ou divorciada representou um risco quase duas vezes maior em relação ao grupo de referência (Araújo TM et al, 2005; Costa AG; Ludermir AB, 2005). Índia, mulheres casadas ou divorciadas tem maior risco de TMC do que mulheres solteiras (PATEL V et al, 2006).

O uso de álcool e tabaco se mostrou um fator de risco aos transtornos mentais comuns nos artigos que avaliaram essa associação. Tanto as mulheres que utilizavam álcool como as que fumavam apresentavam prevalências quase quatro vezes maior do que as que não utilizavam estas substâncias (Campo-Arias A et al, 2011; Jacka FN et al, 2012; PATEL V et al, 2006; Shidhaye R; Patel V, 2010).

A associação entre TMC e trabalho ainda é controversa, mulheres desempregadas e donas de casa possuem uma prevalência quase três vezes maior de transtornos mentais comuns quando comparadas àquelas que trabalham fora (Ludermir AB; Melo Filho DA, 2002). Porém em estudo conduzido com em Feira de Santana-BA, as mulheres que trabalham apresentaram prevalência de TMC quase duas vezes maior em relação as que não trabalhavam (Pinho PdS; Araújo TM, 2012).

Em mulheres que relataram possuir um maior apoio social, a prevalência de TMC se mostrou inferior as que não possuíam (Baumgartner JN et al, 2016; Ludermir AB et al, 2008). Na zona rural da Índia na zona urbana do Paraguai e de Feira de Santana-BA

ter sofrido ou presenciado algum tipo de agressão, tanto durante a vida como na infância, se mostrou um fator de risco ao TMC (Araújo TM et al, 2005; Ishida K et al, 2010; Shidhaye R; Patel V, 2010).

Em dois estudos a quantidade de filhos se mostrou associado ao desfecho. A mulheres que apresentavam um maior o número de filhos possuíam prevalência de TMC superior as que não possuíam filhos. (Araújo TM et al, 2005; Saurel-Cubizolles M-J et al, 2007).

Ainda existem poucos estudos sobre a urbanização de áreas da zona rural e seus impactos, porém um estudo realizado na região da Amhara, na Etiópia, as transformações decorrentes desse processo não se mostraram associadas ao TMC na população feminina (Baumgartner JN et al, 2016).

2. JUSTIFICATIVA

O conceito de saúde envolve tanto o bem-estar físico como o mental, estima-se que os transtornos relacionados à saúde mental representam 12% da carga global de doenças (OMS, 2001). Nem todos os eventos clínicos tem claro diagnóstico, pelas mulheres serem mais suscetíveis, o não enquadramento em determinada entidade nosológica não minimiza seus sofrimentos, além de ser uma condição que não é devidamente reconhecida pelos profissionais de saúde. Quadros depressivos têm representado o terceiro problema de saúde em mulheres nos países desenvolvidos e o quinto em países subdesenvolvidos, depois de causas maternas e de algumas doenças transmissíveis. Estes transtornos contribuem ainda para um terço dos dias perdidos por doença no trabalho e um quinto de todas as consultas de atenção primária (Lopes CS; Faerstein E; Chor D, 2003).

Por outro lado, a zona rural tende a ter uma menor renda, baixa escolaridade, poucas opções de lazer e ocupação, sendo caracterizada pelo isolamento e distanciamento de outras realidades. Nesse cenário tudo contribui para o surgimento de transtornos de ansiedade, depressão e somatizações (Costa AGd; Ludermir AB, 2005).

Embora as localidades de difícil acesso, onde as condições de infraestrutura (estradas, transporte, postos de saúde), frequentemente prejudiquem uma oferta

qualificada de serviços de saúde, na zona rural do município de Rio Grande-RS a Estratégia da Saúde da Família (EsF) alcança uma cobertura de 100% dos moradores. De forma integrada à Estratégia da Saúde da Família atuam equipes multiprofissionais denominadas Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A zona rural de Rio Grande-RS possui dois NASF, sendo esses, além das UBS, responsáveis pelo encaminhamento aos serviços de saúde mental. Devido à alta cobertura de atendimento, a conscientização sobre os Transtornos Mentais Comuns (TMC) traria melhorias expressivas a saúde mental das mulheres dessa população.

O estudo dos TMC em mulheres em idade fértil se mostra fundamental para uma organização mais efetiva do sistema de saúde e planejamento de promoção em saúde devido ao impacto na qualidade de vida e sua elevada ocorrência na atenção básica e nas comunidades (Fonseca M. L. G GMBL, Vasconcelos E. M. , 2008). Ainda existem poucos estudos de base populacional que investiguem a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres, e principalmente que contemplem indivíduos da zona rural. As mulheres representam a maior parcela dos usuários que frequentam os serviços de saúde. Quantificar os TMC nessa população irá colaborar para que os serviços de saúde fiquem atentos a saúde mental das mulheres, o que trará uma melhor prestação de cuidados nessa população.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência e os fatores associados os transtornos mentais comuns em mulheres de 18 a 49 anos residentes da zona rural da cidade de Rio Grande-RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Verificar a associação dos transtornos mentais comuns com:

Variáveis demográficas: idade, cor de pele, e estado civil;

Variáveis socioeconômicas: escolaridade, indicador de renda, conglomerado familiar e trabalho;

Variáveis comportamentais: violência por parceiro íntimo, tabagismo e consumo de álcool.

4. HIPÓTESES

A prevalência de TMC será em torno de 35%.

Serão associados aos TMC:

Mulheres com idade mais avançada;

Mulheres de cor de pele preta;

Mulheres divorciadas, separadas ou viúvas;

Mulheres com menor escolaridade e nível econômico mais baixo;

Mulheres que residem com maior aglomerado de pessoas;

Mulheres que não trabalham;

Mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo;

Tabagistas;

Alcoolistas.

5. METODOLOGIA

5.1 O MUNICÍPIO DE RIO GRANDE

O presente estudo será desenvolvido na área rural de Rio Grande, município localizado na chamada Metade Sul do Rio Grande do Sul, distante 320 km da capital, Porto Alegre. Em 2010, Rio Grande tinha 197.228 habitantes, sendo que destes, 7800 residiam na área rural (OMS, 2001). Destes, 22,1% correspondiam a mulheres em idade fértil (15 a 49 anos). Para o ano de 2016, o IBGE estima uma população riograndina de 208.641 habitantes. Deste modo, mantendo-se a proporcionalidade encontrada em 2010, na qual 3% da população residia em área rural, são estimados 8250 habitantes.

5.2 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo transversal realizado com mulheres da zona rural de Rio Grande-RS. Este tipo de delineamento permite estudar diversas exposições e desfechos de forma simultânea a partir de abordagem única. Além disso, é rápido, de baixo custo, relativamente fácil de analisar e adequado para estudar doenças com alta prevalência na população, como é o caso dos transtornos mentais comuns. A principal desvantagem está relacionada à possibilidade de ocorrência de viés de causalidade reversa em virtude de exposição e desfecho serem coletadas em um mesmo momento, o que pode ser reduzido identificando o momento de início de cada uma das exposições e desfechos a serem investigados.

5.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo desse estudo será constituída por mulheres de 18 a 49 anos residentes da zona rural de Rio Grande-RS

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas mulheres com idade de 18 a 49 anos, residentes na zona rural de Rio Grande-RS

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas mulheres com incapacidade de comunicação verbal, incapacidade cognitiva ou mental. Também serão excluídas mulheres institucionalizadas (hospitalizadas ou encarceradas).

5.6 A AMOSTRA

Os cálculos específicos para o estudo das prevalências e fatores associados aos transtornos mentais comuns nas duas últimas semanas foram realizados para verificar a factibilidade do presente projeto. A seguir são apresentados os parâmetros utilizados e os cálculos para o estudo da prevalência dos transtornos mentais comuns.

- Estudo da prevalência dos transtornos mentais comuns
- 95% de confiança
- Prevalência estimada de transtornos mentais comuns: 35%
- Diferença mínima a ser detectada: 3 pontos percentuais
- Tamanho: 590 indivíduos
- Acréscimo de 10% para perdas e recusas: 649 indivíduos

Conforme os cálculos apresentados, a amostra final de 649 mulheres é suficiente para o estudo da prevalência de Transtornos Mentais Comuns. Para o estudo das associações, será apresentado o cálculo de tamanho amostral necessário para atingir um poder mínimo de 80%, num nível de significância de 95%, tomando como parâmetros a razão não expostos/expostos. Acrescentou-se ao tamanho da amostra mais 15% para possíveis fatores de confusão (Quadro 2).

Quadro 2 – Cálculo do tamanho de amostra para o estudo da associação segundo as variáveis independentes.

Transtornos mentais comuns	Razão Não Expostos/Expostos	Prevalência não expostos	Risco Relativo	Subtotal	N total*
Idade (≥40)	2:1	25%	1,5	512	589
Cor da pele (Cor Negra)	18:1	20%	2	730	840
Situação conjugal (Solteira, Divorciada ou Viuva)	5:1	20%	2	308	355
Escolaridade (0-4 anos)	1:4	25%	1,5	735	846
Renda (≤ de 2 salários mínimos)	1:7	15%	2	616	708
Conglomerado Familiar (≥ 4 pessoas morando na mesma casa)	2:1	25%	1,5	512	589
Trabalho	1:1	25%	1,5	462	531
Tabagismo	10:1	25%	2	369	425
Álcool	20:1	25%	2	664	764
Violência por parceiro íntimo	6:5	25%	1,5	464	534

*acrescido de 15% para controlar fator de confusão

As estimativas de frequências das exposições foram encontradas segundo os dados do censo de 2010 (IBGE, 2011) e da literatura. O risco relativo para cada exposição foi estipulado através dos valores encontrados na revisão de literatura, variando de 1,5 a 2. Conforme os dados apresentados, para investigar os fatores associados será necessário um tamanho amostral mínimo de 846 mulheres.

5.7 AMOSTRAGEM

O processo de amostragem será baseado no Censo Demográfico 2010 (IBGE 2011). Será realizada uma amostragem aleatória simples do seguinte modo: ao chegar num setor censitário, a equipe sorteará um número entre 1 a 5; o número sorteado será o domicílio pulado, ou seja, que não será visitado. Por exemplo, se o número sorteado é o 3, a equipe irá visitar os domicílios 1,2,4 e 5, pulando o domicílio de número 3.

Estima-se que existam aproximadamente 3.356 domicílios nos 24 setores da área rural de Rio Grande, sendo que, para realização deste estudo, serão visitados 4 de cada 5 domicílios (80%). Serão entrevistadas todas as mulheres do domicílio elegíveis para o estudo. Deste modo, prevendo um aumento de 5,5% dessa população desde o último censo, estima-se que 1820 mulheres em idade fértil residam na área rural de Rio Grande, destas, serão amostradas aproximadamente 1255.

5.8 INSTRUMENTOS

5.8.1 QUESTIONARIO GERAL

O questionário geral será constituído por duas partes. A primeira parte será composta por um bloco domiciliar que será respondido pelo chefe da família ou responsável do domicílio no momento da entrevista, com o objetivo de avaliar suas características demográficas e socioeconômicas, assim como as condições de moradia.

A segunda parte consiste em um bloco específico que buscara avaliar fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais das mulheres.

5.8.2 GHQ-12

O GHQ é um instrumento composto com 12 itens/perguntas que avalia a presença de Transtornos Mentais Comuns nas duas últimas. Seu uso é bem estabelecido e amplamente utilizado em pesquisas internacionais e nacionais. Esse questionário autopreenchível foi validado na sua versão brasileira (Gouveia VV et al, 2003; Mari JJ; Williams P, 1985), tendo o Clinical Interview Schedule como padrão-ouro.

Mari & Williams (1985) encontraram, em aplicação do referido questionário na versão brasileira, uma sensibilidade igual a 85%, e especificidade de 79%. Cada item do instrumento é definido como ausente ou presente (0 ou 1). Aqueles que pontuarem 3 itens positivos do GHQ-12 (em 12 itens) serão classificados como casos de TMC (Goldberg D; Williams P, 1988).

5.9 DEFINIÇÃO DO DESFECHO

O desfecho estudado é a presença de Transtornos Mentais Comuns. Para estimar a prevalência do desfecho será utilizado uma variável dicotômica (sim/não) utilizando como ponto de corte 3 itens positivos do “General Health Questionnaire-12” (GHQ-12).

5.10 DEFINIÇÃO DAS EXPOSIÇÕES

A seguir, é apresentado o quadro com a descrição das variáveis independentes, sua definição e forma de coleta.

	Variáveis	Forma da coleta (Definição)	Tipo da Variável
Demográficas	Idade	Referida (anos completos)	Numérica discreta e posteriormente será categorizada
	Cor da pele	Observada pelo entrevistador (Branca, Preta, Amarela, Indígena, Parda)	Catégorica nominal
	Situação conjugal	Referida (casado/companheiro) (solteiro/sem companheiro) (separado) (viúvo)	Catégorica nominal
Socioeconômicas	Escolaridade	Referida (anos completos de estudo)	Numérica discreta e posteriormente será categorizada
	Renda familiar	Referida (total da renda familiar em reais, R\$, no mês anterior a entrevista)	Numérica contínua e posteriormente será categorizada
	Conglomerado familiar	Referida	Numérica contínua e posteriormente será categorizada

		(total de pessoas que moram na mesma casa)	
	Trabalho	Referida (trabalhando atualmente, não trabalhando)	Categórica dicotômica
Comportamentais	Tabagismo	Referida não tabagista ex-tabagista (indivíduos que não é tabagista atual, mas já foi tabagista no passado) tabagista atual (indivíduo que fumou, pelo menos, um cigarro nos 30 dias anteriores a entrevista)	Categórica nominal
	Álcool	Referida Uso de alguma bebida alcoólica nos 30 dias anteriores a entrevista.	Categórica dicotômica
	Violência por parceiro íntimo	Referida Versão brasileira validada do World Health Organization Violence Against Women (WHO Vaw Study)	Categórica dicotômica

5.11 SELEÇÃO E TREINAMENTO DE ENTREVISTADORES

Para a realização das entrevistas serão treinados 20 candidatos durante 40 horas em cinco dias consecutivos. Este treinamento consistirá de leitura de cada um dos questionários e dos respectivos manuais de instrução e aplicação do questionário em duplas e perante todos os treinandos. Esta etapa deverá incluir o manejo das duas versões do questionário: papel e eletrônica. No caso da versão eletrônica, os treinandos deverão familiarizar-se com especificidades da operação dos tablets. Em seguida, será realizado estudo piloto na área urbana de Rio Grande com indivíduos das mesmas faixas etárias que serão avaliadas na área rural. Esta etapa tem por objetivo testar o enunciado das questões, familiarizar o entrevistador com o questionário/tablets e reproduzir as mesmas condições da realização do trabalho de campo a fim de melhor definir sua logística.

Ao final desta etapa, cerca de seis entrevistadores serão contratados para realizar a coleta de dados. Os demais permanecerão como suplentes para a eventualidade de alguma substituição.

5.12 LOGÍSTICA E COLETA

Este estudo será coordenado por dois professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande – FURG e será supervisionado por 15 alunos do mestrado em Saúde Pública da turma 2016-2017 e por 1 doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FURG. A coleta de dados será em regime de consórcio, no qual cada um dos mestrandos e doutorandos terá seu desfecho de interesse coletado de acordo com os objetivos gerais propostos neste projeto.

Serão formadas três equipes, sendo cada uma delas compostas por um supervisor e dois entrevistadores, além do motorista. As equipes irão se deslocar no município utilizando-se de veículos cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande e pela Universidade Federal do Rio Grande.

5.13. CONTROLE DE QUALIDADE

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

5.14 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão coletados através de um amplo questionário a ser aplicado em tablets, através do programa RedCap (Research Electronic Data Capture). Serão obtidas informações sobre as seguintes características das famílias: renda nominal e ocupação de todos os residentes no domicílio que trabalharam no mês anterior a entrevista, nível de escolaridade das mulheres em idade fértil, do chefe da família e dos idosos, condições de habitação e saneamento, aglomeração familiar, classe econômica segundo ABEP e recebimento de benefício de programas sociais governamentais. Os desfechos de interesse para cada população também serão avaliados através de questionário.

Considerando que os dados serão coletados em tablets, o passo seguinte, ao final de cada dia de entrevistas será o envio dos dados armazenados nos tablets para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão wifi. Posteriormente, no próprio servidor, será realizada uma revisão dos dados para identificar possíveis erros e inconsistências. Além disso, será realizado backup do banco de dados em planilha do Microsoft Excel para garantir que não haja perda das informações. Ao final da etapa de entrevistas, um banco de dados limpo e sem informações que permitam a identificação dos indivíduos será exportado para o programa estatístico Stata14 (Data Analysis and Statistical Software) para fins de análise.

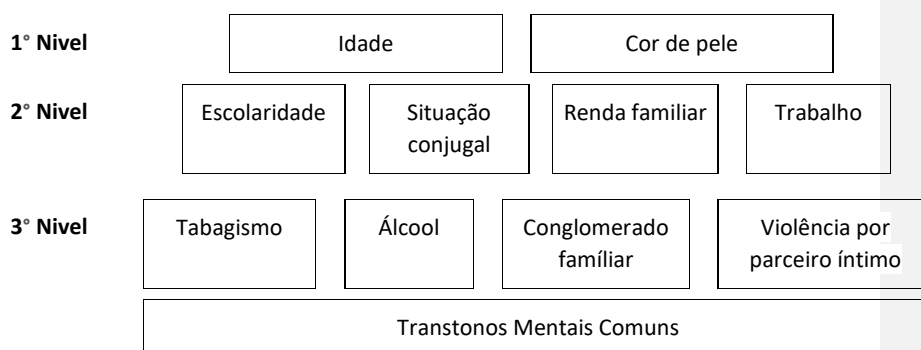
Em relação à análise, será realizada a descrição das principais características da amostra, incluindo todas as variáveis independentes do estudo e apresentando suas proporções e intervalos de confiança de 95%. Será calculada a prevalência dos transtornos mentais comuns e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

Posteriormente serão realizadas análises bivariadas, para comparar as proporções das variáveis independentes (categóricas) em relação ao desfecho

(dicotômico), através do teste estatístico qui-quadrado de heterogeneidade ou de tendência linear. As associações entre as variáveis independentes e o desfecho serão calculadas através da Regressão de Poisson para estimativa das razões de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

A análise multivariável será baseada em um modelo hierarquizado conforme a Figura 1 (Victora CG et al, 1997), sendo calculadas razões de prevalências ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% , através da regressão de Poisson. Serão mantidas na análise todas as associações que apresentarem um p de significância menor ou igual a 0,20 e consideradas associadas ao desfecho apenas aquelas cujo o p de significância seja menor ou igual a 0,05.

Figura 1– Modelo hierarquizado de análise



5.15 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a resolução 466/12, este protocolo de pesquisa, considerado de risco mínimo, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande. Além disso, garantir-se-á a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Todos os participantes (ou seus responsáveis) assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de o questionário ser aplicado.

Indivíduos que forem identificados com Transtornos Mentais Comuns serão comunicados e orientados a procurarem os serviços de saúde referência.

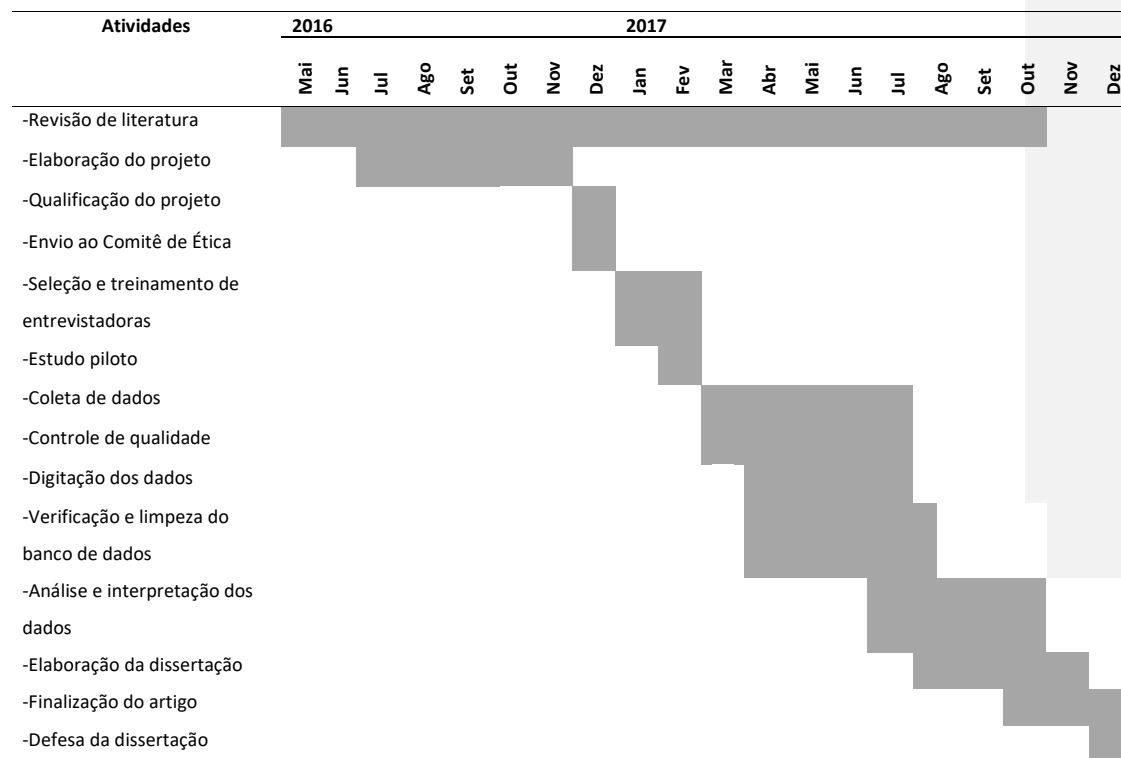
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

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

7 FONTES DE FINANCIAMENTO

Este projeto será financiado pela Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por alunos dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde da FURG.

8 CRONOGRAMA



9 REFERÊNCIAS

Andrade LH, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 2006; 33: 43-54.

Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública* 2008; 42: 26-33.

Araújo AC, Neto FL. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* 2014.

Araújo TM, Pinho PDS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2005; 5: 337-348.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.

Assis JC, Villares CC, Bressan RA. *Entre a Razão e a Ilusão: Desmistificando a Esquizofrenia.* . São Paulo: 2013.

Baumgartner JN, Parcesepe A, Mekuria YG, Abitew DB, Gebeyehu W, Okello F, Shattuck D. Correlates of postpartum common mental disorders: results from a population-based study in Amhara region, Ethiopia. *Arch Womens Ment Health* 2016; 19: 937-42.

Bolsoni LM, Zuardi AW. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2015; 64: 63-69.

Campo-Arias A, Herazo E, Barros-Bermúdez JA, Rueda-Jaimes GE, Díaz-Martínez LA. Common mental disorders in Colombian women. *Revista Colombiana de Psiquiatria* 2011; 40: 244-250.

Carlotto M, Amazzarray M, Chinazzo I, Tabora L. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cad. saúde colet.* 2011; 19: 172-8.

Costa AG, Ludermir AB. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2005; 21: 73-9.

Costa AGD, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21: 73-79.

Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MaP, Fuchs SC. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; 5: 164-173.

Costa MDGSGD, Dimenstein MDB, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia (Natal)* 2014; 19: 145-154.

Faria NM, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Revista de Saúde Pública* 1999; 33: 391-400.

Faria NM, Fassa AG, Meucci RD, Fiori NS, Miranda VI. Occupational exposure to pesticides, nicotine and minor psychiatric disorders among tobacco farmers in southern Brazil. *Neurotoxicology* 2014; 45: 347-54.

Fonseca M. L. G GMBL, Vasconcelos E. M. . Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS.* 2008; 11: 285-94.

Fu TS, Lee CS, Gunnell D, Lee WC, Cheng AT. Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2013; 381: 235-41.

Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders. A Bio-social Model.* . London: 1992.

Goldberg D, Williams P. *The users guide to General Health Questionnaire.* Windsor: Nfer-Nelson. London: 1988.

Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24: 380-390.

Gorenstein C, Wang; Y-P, Hungerbuhler I. *Instrumentos de avaliação em saúde mental.* Porto Alegre: Artmed, 2016.

Gouveia VV, Chaves SSDS, Oliveira ICPD, Dias MR, Gouveia RSV, Andrade PRD. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2003; 19: 241-248.

Ishida K, Stupp P, Melian M, Serbanescu F, Goodwin M. Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paraguay. *Soc Sci Med* 2010; 71: 1653-61.

Jacka FN, Maes M, Pasco JA, Williams LJ, Berk M. Nutrient intakes and the common mental disorders in women. *J Affect Disord* 2012; 141: 79-85.

Jansen K, Mondin TC, Ores Lda C, Souza LD, Konradt CE, Pinheiro RT, Silva RA. Mental common disorders and quality of life in young adulthoods: a population-based sample in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2011; 27: 440-8.

Jenkins R, Mbatia J, Singleton N, White B. Common Mental Disorders and Risk Factors in Urban Tanzania. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2010; 7: 2543-2558.

Jenkins R, Njenga F, Okonji M, Kigamwa P, Baraza M, Ayuyo J, Singleton N, Mcmanus S, Kiima D. Prevalence of common mental disorders in a rural district of Kenya, and socio-demographic risk factors. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9: 1810-9.

Jenkins R, Othieno C, Onger L, Sifuna P, Ongecha M, Kingora J, Kiima D, Omollo R, Ogutu B. Common mental disorder in Nyanza province, Kenya in 2013 and its associated risk factors –an assessment of change since 2004, using a repeat household survey in a demographic surveillance site. *BMC Psychiatry* 2015; 15.

Judd FK, Jackson HJ, Komiti A, Murray G, Hodgins G, Fraser C. High prevalence disorders in urban and rural communities. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 104-13.

Kidwai R. Demographic factors, social problems and material amenities as predictors of psychological distress: a cross-sectional study in Karachi, Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 27-39.

Kivimaki M, Batty GD, Singh-Manoux A, Nabi H, Sabia S, Tabak AG, Akbaraly TN, Vahtera J, Marmot MG, Jokela M. Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 149-55.

Krishnaswamy S, Subramaniam K, Jemain AA, Low WY, Ramachandran P, Indran T, Patel V. Common mental disorders in Malaysia: Malaysian mental health survey, 2003–2005. *Asia-Pacific Psychiatry* 2012; 4: 201-209.

Laaksonen E, Martikainen P, Lahelma E, Lallukka T, Rahkonen O, Head J, Marmot M. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British

public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 776-86.

Laaksonen E, Martikainen P, Lallukka T, Lahelma E, Ferrie J, Rahkonen O, Marmot M, Head J. Economic difficulties and common mental disorders among Finnish and British white-collar employees: the contribution of social and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 439-46.

Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio-Lahteenkorva S. Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Soc Sci Med* 2006; 63: 1383-99.

Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa E. The Bambui Cohort Study of Aging: methodology and health profile of participants at baseline. *Cad Saude Publica* 2011; 27 Suppl 3: S327-35.

Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceicao AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26: 211-22.

Lima PJP. Prevalence of common mental disorders in rural communities in Atibaia/SP – Brazil *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* 2015; 7: p.101-121.

Lopes CS, Abreu Gde A, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KM, Cunha Cde F, Vasconcellos MT, Bloch KV, Szklo M. Prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Rev Saude Publica* 2016; 50 Suppl 1.

Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19: 1713-1720.

Lopes CS, Faerstein E, Chor D, Werneck GL. Higher risk of common mental disorders after experiencing physical violence in Rio de Janeiro, Brazil: the Pro-Saude Study. *Int J Soc Psychiatry* 2008; 54: 112-7.

Loret De Mola C, Stanojevic S, Ruiz P, Gilman RH, Smeeth L, Miranda JJ. The effect of rural-to-urban migration on social capital and common mental disorders: PERU MIGRANT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 967-73.

Ludermir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 101-7.

Ludermir AB, Melo Filho DA. [Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders]. *Rev Saude Publica* 2002; 36: 213-21.

Ludermir AB, Schraiber LB, D'oliveira AF, Franca-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med* 2008; 66: 1008-18.

Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, Cesar CL. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006; 22: 1639-48.

Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985; 15: 651-9.

Marin-Leon L, De Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarrrondo P, Botega NJ. Perception of community problems: the influence of socio-demographic and mental health factors. *Cad Saude Publica* 2007; 23: 1089-97.

Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarrrondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29: 250-3.

Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23: 341-346.

Mtps. Anuário estatístico. Brasília: 2014.

Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Hafezi M. Trends in change of mental health status in the population of Tehran between 1998 and 2007. *Arch Iran Med* 2012; 15: 201-4.

Nunes MA. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule - Revised Version) para o português no estudo longitudinal de saúde do adulto (ELSA). *Clinical and Biomedical Research* 2011; 31.

Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 297-301.

Oms. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. . 2001.

Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Weiss H, Mabey D. Risk factors for common mental disorders in women. *Population-based longitudinal study* 2006; 189: 547-555.

Pinheiro KA, Horta BL, Pinheiro RT, Horta LL, Terres NG, Silva RA. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29: 241-5.

Pinho PDS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2012; 15: 560-572.

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859-77.

Puertas G, Rios C, Del Valle H. The prevalence of common mental disorders in urban slums with displaced persons in Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 20: 324-30.

Rajmil L, Magarolas RG, Gamisans MR, Rodríguez PEM, Benedicto AS. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gaceta Sanitaria* 1997; 12: 153-159.

Rocha K, Perez K, Rodriguez-Sanz M, Obiols JE, Borrell C. Perception of environmental problems and common mental disorders (CMD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 1675-84.

Rocha SV, Almeida MM, Araujo TM, Virtuoso JS, Jr. Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13: 630-40.

Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AaDS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2008; 57: 233-239.

Ruiz-Pérez I, Ricci-Cabello I, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar MI, Escribá-Agüir V. The relationship between reproductive work and sociodemographic and psychosocial factors in regard to psychological distress in men and women in Spain. *Prevention Science* 2011; 12: 423-434.

Saurel-Cubizolles M-J, Romito P, Lelong N. Women's psychological health according to their maternal status: A study in France. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2007; 28: 243-249.

Schwartz E, Lange C, Meincke SMK. A enfermagem e os cuidados à saúde da família rural. *Família, Saúde e Desenvolvimento* 2001; 3.

Shidhaye R, Patel V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. *Int J Epidemiol* 2010; 39: 1510-21.

Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *Journal of Affective Disorders* 2000; 74: 67-83.

Tawar S, Bhatia SS, Ilankumaran M. Mental health, are we at risk? *Indian J Community Med* 2014; 39: 43-6.

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.

Weich S, Nazroo J, Sproston K, Mcmanus S, Blanchard M, Erens B, Karlsen S, King M, Lloyd K, Stansfeld S, Tyrer P. Common mental disorders and ethnicity in England: the EMPIRIC study. *Psychol Med* 2004; 34: 1543-51.

Weich S, Twigg L, Lewis G. Rural/non-rural differences in rates of common mental disorders in Britain: prospective multilevel cohort study. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 51-7.

Weich S, Twigg L, Lewis G, Jones K. Geographical variation in rates of common mental disorders in Britain: prospective cohort study. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 29-34.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

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

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

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

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

1. Organização do consórcio

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

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

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

2. Instrumentos e manuais de instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quadro 2. Cronograma do treinamento das entrevistadoras realizado no ano de 2017. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

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

3.1 Treinamento de entrevistadoras para aplicação dos questionários eletrônicos

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

4. Amostragem

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

Para a seleção de idosos e mulheres de 15-49 anos, utilizou-se um processo de amostragem de modo a selecionar 80% dos domicílios da zona rural. Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número

sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

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

5. Logística do trabalho de campo

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

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

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

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

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

5.1 Abordagem de domicílios

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

5.2 Organização de trajetos e domicílios

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

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

tinha sido identificada por porteira fechada ou falta de acesso ao domicílio; “RE” recusa; e “X” para os domicílios que eram pulo.

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

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

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

5.3 Revisão/Codificação e Digitação dos Questionários em Papel

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

5.4 Banco de dados e questionário eletrônico

Após a elaboração e preparo do questionário eletrônico, a partir da quarta semana de trabalho de campo, os dados passaram a ser coletados através de *tablets* utilizando o programa *RedCap*®. Os dados armazenados nos *tablets* eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão com a *internet*. Semanalmente, no próprio servidor, era realizado um controle de qualidade dos dados

(ferramenta "data quality") para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Nestes casos, os questionários retornavam às entrevistadoras para correção das informações. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*® para garantir que não houvesse perda de informações.

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

5.5 Controle de qualidade

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

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

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

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

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

6. Números gerais da pesquisa

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

obter informações de moradores ou vizinhos de 110 domicílios mesmo após três ou mais tentativas.

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

Quadro 3. Descrição do processo de identificação e amostragem de domicílios da zona rural de Rio Grande, RS. Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

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

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

Quadro 4. Totais das populações estudadas no Consórcio 2016-2017 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/FURG.

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

7. Aspectos Éticos

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

termo de assentimento e todos os responsáveis pelos menores de 18 anos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

7.1 Encaminhamentos de saúde mental

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

8. Orçamento

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

9. Apoio

O presente mestrando participou do trabalho de campo, na conferência das informações coletadas e na elaboração do banco de dados.

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

**NORMAS DA REVISTAS A QUAL O ARTIGO SERÁ SUBMETIDO
(REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA)**

INSTRUÇÃO AOS AUTORES – Ciência e saúde coletiva

Escopo e política

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Ciência & Saúde Coletiva:

1. A C&SC aceita trabalhos para as seguintes seções

- Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.
- Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.
- Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.
- Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.
- Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar

10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

- Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

2. Normas para envio de artigos

- Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
- Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
- Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
- Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
- As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
- Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

- Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
- Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
- O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

3. Autoria

- As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).
- O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

4. Nomenclaturas

- Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em

disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

- A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

5. Ilustrações

- O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
- O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
- Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
- As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
- Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
- Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser

enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

6. Agradecimentos

- Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
- Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
- O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

7. Referências

- As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
- Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
 1. ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...
 2. ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
 3. As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
 4. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
 5. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

6. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Livros e outras monografias

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Outros trabalhos publicados

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Material eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

8. Observações

- Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ARTIGO

Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS

Epidemiology of Common Mental Disorders in rural women in the municipality of Rio Grande, RS

Pedro San Martin Soares¹

Rodrigo Dalke Meucci¹

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande, RS.

Resumo

Este estudo tem por objetivo determinar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e seus fatores associados em mulheres da zona rural do município de Rio Grande-RS. Estudo transversal realizado com 996 mulheres de 18 a 49 anos. O processo seleção foi por amostragem sistemática. Para o rastreamento utilizou-se o General Health Questionnaire-12 (GHQ-12). As análises bivariadas e ajustadas foram realizadas através regressão de Poisson com variância robusta para estimar as razões de prevalências (RP) e os respectivos intervalos de confiança de 95%. A prevalência de Transtornos Mentais Comuns foi de 36,4% (IC95%: 33,4% - 39,3%). As mulheres com menor escolaridade, que sofreram aborto e tabagistas apresentaram as maiores prevalências de TMC. Ao

quantificar essa carga e seus fatores associados, o presente estudo poderá auxiliar os serviços de saúde para melhor prestação de cuidados nessa população.

Descritores: Saúde mental; Mulheres; População rural; Epidemiologia

Abstract

This study aims to analyze the occurrence of common mental disorders and their associations in rural women in the municipality of Rio Grande-RS. This is a cross-sectional study of 996 women aged 18 to 49. The selection process was systematic sampling. For the tracking of common mental disorders was used the General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) , adopting 3/12 as cutoff point. The bivariate and adjusted analyzes were performed through Poisson regression with robust variance to estimate the prevalence ratios (PR) and respective confidence intervals of 95%. The prevalence of Common Mental Disorders was 36.4% (IC95%: 33,4% - 39,3%). Women with less educated, smokers and who aborted some time in life have shown the highest prevalence of CMD. Measuring this burden and its associated factors will help health services to improve health care in this population.

Keywords: Mental health; Women; Rural population; Epidemiology

Introdução

Os Transtornos Mentais Comuns são caracterizados por sintomas de depressão não-psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes (sintomas físicos relacionados a fatores psicológicos), em intensidade suficiente para interferir em atividades diárias, mas que não necessariamente preenchem os critérios formais da Classificação internacional de doenças (CID-10) ou do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-V). Seus principais sintomas são insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade¹.

Nas últimas quatro décadas sua elevada prevalência na população geral se mostrou uma característica mundial, variando de 14,7% a 21,8%, sendo o risco nas mulheres duas a três vezes maior do que nos homens²³. No Brasil, estudos de base populacional realizados em áreas urbanas evidenciaram prevalência de TMC em mulheres variando de 22,1% a 34,2%⁴⁻⁸. Em áreas rurais, apesar da relativa escassez de estudos nacionais, a prevalência de TMC em mulheres variou de 23,3% a 44,2%^{9, 10}.

A literatura aponta que, tanto no contexto rural quanto urbano, a maior prevalência de TMC nas mulheres estaria relacionada a baixa escolaridade¹¹⁻¹³, baixa renda^{12, 13} e viver sem companheiro^{12, 13}. Além disso, são relatados outros fatores de risco como cor da pele negra ou parda, ter filhos, não realizar atividades regulares de lazer, menopausa, já ter tido aborto e ter sofrido alguma agressão física¹¹.

Além dos fatores sociais, as mulheres apresentariam uma vulnerabilidade biológica aos sintomas dos TMCs, especialmente associados ao período reprodutivo. O papel do estrógeno na modulação do humor explicaria, parcialmente, a maior prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade na mulher, da menarca à menopausa. Também têm sido associadas a humor depressivo as situações de variação hormonal, como o

período pré-menstrual, puerpério, menopausa, além de uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal ¹⁴.

A maioria dos estudos sobre TMC em mulheres foram conduzidos em áreas urbanas e em cidades de grande porte. Há poucos estudos sobre mulheres residentes em pequenos municípios, sobretudo em área rural. Em virtude da elevada ocorrência de TMC nessa população, somadas a características estressoras do ambiente rural como longas distâncias, tendência a viver em isolamento, dificuldade em desenvolver outra atividade laboral ou de expressão cultural (trabalho exclusivo na lavoura), declínio da economia agrícola, renda irregular e desvantagens financeira e educacional, estudos nesse cenário se fazem necessários¹⁵.

O objetivo deste estudo é descrever a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres de 18-49 anos, residentes da zona rural do município de Rio Grande-RS no ano de 2017.

Metodologia

Este estudo é resultado do consórcio de pesquisa do mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande denominado “Saúde da população rural Rio-Grandina”. Este consórcio contempla mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), porém o presente estudo se detém nas mulheres de 18-49 anos. Constitui-se em um estudo transversal de base populacional na zona rural do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, realizado entre os meses de abril e outubro do ano de 2017.

Para o estudo da prevalência dos transtornos mentais comuns foram considerados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, prevalência de 35% na população, uma margem de erro de 3 pontos percentuais e acréscimo de 10% para perdas. Para o

estudo dos fatores associados foram utilizados os parâmetros: nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão de prevalência de 2,0, prevalência de TMC entre os não expostos variou 15% a 25%, razão de não expostos/expostos de 3:2 a 9:1, mais acréscimo de 15% para controle de fatores de confusão. Deste modo, o maior tamanho de amostra necessário seria de 778 mulheres.

A zona rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com cerca de 8500 habitantes distribuídos em aproximadamente 2700 domicílios permanentemente habitados. Para a seleção dos participantes utilizou-se o processo por amostragem sistemática, de modo a selecionar 80% dos domicílios. Este processo foi realizado através do sorteio de um número entre "1" e "5", sendo que o número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número "3" ter sido sorteado, todo domicílio de número "3" de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

O critério de inclusão desse estudo foi mulheres com idade de 18 a 49 anos residentes na zona rural do município de Rio Grande-RS. Foram consideradas inelegíveis as mulheres com incapacidade de comunicação verbal, incapacidade cognitiva ou mental observada pelo supervisor do trabalho de campo e as institucionalizadas (hospitalizadas ou encarceradas).

Foram coletadas as seguintes variáveis: idade (em anos completos no momento da entrevista), situação conjugal, renda familiar (valor recebido por todos os moradores do domicílio no mês imediatamente anterior à entrevista), escolaridade (em anos completos), situação de trabalho, idade que engravidou pela primeira vez, número de filhos nascidos vivos, e ocorrência de aborto espontâneo ou provocado em algum momento no passado. O número de atividades sociais foi caracterizado como a soma das respostas afirmativas

das seguintes perguntas relativas aos últimos 30 dias: “Foi a missa ou culto na igreja?”; “Foi a uma festa na comunidade?”; “Foi a uma festa da família?”; “Foi a algum baile?” e “Viajou para outra cidade?”. Também foram avaliadas as variáveis uso de álcool nos últimos sete dias, tabagismo (pelo menos um cigarro por dia no último mês) e consulta ao médico nos últimos 12 meses.

Para avaliar a presença de Transtornos Mentais comuns foi utilizado o General Health Questionnaire-12 (GHQ-12). Esse instrumento avalia a presença de Transtornos Mentais Comuns nas últimas duas semanas através de 12 itens, sendo seu ponto de corte ≥ 3 pontos. Sua validação na população brasileira possui uma sensibilidade de 85% e especificidade de 79%^{16, 17}. O GHQ-12 se mostrou apropriado para estudos com populações de zona rural e amostras de baixa escolaridade, além de avaliar a presença de TMC de forma semelhante aos demais instrumentos utilizados para essa finalidade¹⁸.

A coleta de dados foi realizada no domicílio através de tablets por entrevistadoras treinadas e selecionadas. O instrumento de pesquisa foi programado eletronicamente no software RedCap (Research Electronic Data Capture)¹⁹. Utilizaram-se tablets para a coleta dos dados, possibilitando a entrada das informações diretamente no servidor de dados.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa Stata/IC® 13, sendo inicialmente realizadas análises descritivas das variáveis coletadas. Em seguida foi calculada a prevalência dos transtornos mentais comuns e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Análises brutas e ajustadas foram realizadas através regressão de Poisson com variância robusta para estimar as razões de prevalências (RP) e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para a análise ajustada dos fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns, empregou-se um modelo hierárquico em cinco níveis para ajuste de possíveis fatores de confundimento. Neste modelo, as variáveis, situadas em um nível hierarquicamente

superior ao da variável em questão, foram consideradas como potenciais confundidores na relação com o desfecho em estudo, enquanto as variáveis situadas em níveis inferiores foram consideradas como potenciais mediadores da associação²⁰. No primeiro nível entrou a variável idade, no segundo, as variáveis demográficas e socioeconômicas, no terceiro nível a variável renda, no quarto nível as variáveis reprodutivas e, no quinto nível, as comportamentais. Foram mantidas na análise todas as associações que apresentaram p de significância menor ou igual a 0,20 no teste Wald de heterogeneidade ou tendência linear. Por ser uma variável determinante as demais variáveis, a idade permaneceu no modelo, mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, tivesse perdido sua significância. Foram consideradas significativas apenas aquelas cujo o p de significância foram menor a 0,05.

De acordo com a resolução 466/12, este protocolo de pesquisa, considerado de risco mínimo, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande. Além disso, garantiu-se a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de o questionário ser aplicado.

Resultados

Dentre as 1199 mulheres amostradas para o estudo geral, foram entrevistadas 1079 (10% de perdas e recusas), das quais 996 tinham 18 a 49 anos.

A Tabela 1 descreve as características da população estudada. Um terço das mulheres tinham idade entre 18 a 29 anos, mais da metade possuíam até oito anos de estudo, 83,2% eram casadas ou viviam com companheiro e 37,2% estavam trabalhando. Ainda, nessa mesma tabela, é possível verificar que 41,8% das mulheres engravidaram

pela primeira vez na faixa etária entre 17 e 21 anos, 31,7% possuíam um filho e 15,7% relataram já ter tido um aborto. Em relação às variáveis comportamentais, 39% realizaram apenas uma atividade social no último mês, 9,7% consumiram alguma bebida de álcool na última semana, 15,4% eram tabagistas e 70,2% relataram ter consultado um médico nos últimos 12 meses. A prevalência de Transtornos Mentais Comuns foi de 36,4% (IC95%: 33,4% - 39,3%).

A prevalência de TMC foi maior nas mulheres mais velhas (40 a 49 anos), com menor escolaridade e renda, separadas, divorcidas ou viúvas, que não trabalhavam, que sofreram aborto e tabagistas (Tabela 2). Na análise ajustada, a prevalência de TMC nas mulheres mais velhas e com menor escolaridade foram, respectivamente, 36% e 42% maior quando comparadas a seus grupos de referência. As mulheres que sofreram aborto (RP= 1,43; IC95% 1,10 – 1,86) apresentaram as maiores prevalências de TMC em relação ao seu grupo de comparação. As tabagistas apresentaram maior prevalência de TMC em comparação as mulheres que não fumavam (RP= 1,32; IC95% 1,01 – 1,72).

Discussão

Este estudo observou que uma a cada três mulheres da zona rural do município de Rio Grande-RS apresenta TMC. As mulheres com menor escolaridade, que sofreram algum aborto durante a vida e tabagistas apresentaram maior risco para TMC após ajuste para fatores de confusão.

A prevalência de TMC deste estudo foi semelhante à relatada na literatura para mulheres de faixa etária similar residentes em áreas rurais de outras regiões do Brasil. Em dois estudos realizados com o Self Reporting Questionnaire” (SRQ-20) aplicado em mulheres de 15 a 49 anos, a prevalência de TMC no último mês variou entre

40,2% (IC95%: 37,3 – 43,1) e 35,7% (IC95%: 30,1% - 41,4%) na Zona da Mata de Pernambuco e Uberaba (MG), respectivamente^{21, 22}. Em comparação com achados relatados para mulheres de áreas urbanas, um estudo encontrou uma prevalência de 35,8% (IC95%: 33,2 – 38,4) em Feira de Santana (Bahia)²³ e outro uma prevalência inferior, 27,3% (IC95%: 24,2 – 30,3) no município de São Paulo²¹.

As altas prevalências de TMC em ambos os contextos, rural e urbano, podem ser explicados pelo fato da maior percepção das mulheres com a própria saúde, pela desigualdade entre os sexos, pela maior responsabilidade social das mulheres em relação aos homens e a pela desvalorização do trabalho feminino³. Na zona rural, além dos valores conservadores serem mais presentes em relação a zona urbana, características como altas taxas de pobreza, isolamento e a falta de perspectiva da melhoria das condições de vida podem contribuir para esses resultados²⁴.

Estudos de base populacional realizados no Brasil que estudaram a associação entre idade e TMC em mulheres apresentaram resultados semelhantes. Nesses estudos o aumento da idade se mostrou associado com o aumento na prevalência de TMC^{21, 23}. Porém estudos de base populacional realizados em outros países apresentaram resultados contraditórios. Na zona rural da Índia as mulheres de 33 a 39 anos apresentaram uma prevalência duas vezes maior de TMC em relação a faixas etárias inferiores²⁵. No entanto, outro estudo realizado na Índia, na zona urbana de Aldoná, não houve associação significativa entre idade e TMC²⁶. Em estudo realizado com mulheres na França continental não houve diferença significativa entre as prevalências de TMC nas faixas etárias estudadas²⁷. Na Etiópia, um estudo realizado região de Amhara, utilizando o ponto de corte do SRQ-20 ≥ 4 , se identificou que o aumento na idade estava associado com um aumento na prevalência de TMC, porém quando utilizado o ponto de corte SRQ-20 ≥ 7

essa associação perdeu a significância²⁸. As estimativas encontradas no presente estudo refletem o padrão observado nos estudos brasileiros e nos países de baixa renda.

A relação entre TMC e baixa escolaridade é relatada em pesquisas de base populacional realizadas com mulheres da Índia, Paraguai e Brasil^{25, 29, 30}. A escolaridade possui uma relação direta com a saúde mental, pois influencia nas escolhas na vida, aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos que podem contribuir para atitudes e comportamentos mais saudáveis³¹. A escolaridade também permite qualificar os indivíduos para certas ocupações e interfere nas suas condições socioeconômicas futuras e inserção na estrutura ocupacional³¹. A falta de oportunidade de educação nas áreas rurais é responsável pela existência de uma lacuna entre mulheres urbanas e rurais, o que agravaria a situação das mulheres rurais, principalmente na redução da capacidade para lidar com situações estressoras de maneira adequada, reduzindo a disposição para suportar acontecimentos adversos e frustrantes³².

Em relação a associação entre aborto e TMC, o presente estudo encontrou resultados semelhantes a outros estudos que investigaram essa associação^{11, 33, 34}. Essa relação entre saúde mental e aborto foi evidenciada pelo estudo longitudinal realizado com 500 mulheres na Nova Zelândia, que avaliou a saúde mental antes e depois do aborto. Após a análise ajustada, considerando todas as principais fontes de confusão sugeridas na literatura, o aborto esteve associado ao aumento consistente nos riscos de problemas de saúde mental³³. Na gestação, as mulheres criam fantasias sobre o bebê que está porvir, que envolvem, principalmente, o sexo, o nome, a maneira como ele se movimenta no útero, e as características psicológicas que são a ele atribuídas. Independentemente do desejo pela gestação, o aborto interrompe um percurso biológico natural e esperado socialmente, fazendo com que a mulher se depare com a expectativa da maternidade³⁵. A

frustração decorrente da interrupção dessa expectativa explicaria a vulnerabilidade dessas mulheres para os TMC.

A literatura evidencia associação entre tabagismo e TMC entre mulheres. Estudos transversais de base populacional mostram que mulheres tabagistas apresentam maior prevalência de TMC em comparação às não tabagistas, porém, não deixam claros a temporalidade dessa associação^{25, 27, 36}. Estudo longitudinal realizado na Índia com 2094 mulheres com idade entre 18 e 45 anos constatou que tabagistas apresentaram uma incidência de TMC quatro vezes maior em relação às não fumantes²⁶.

Há evidências da atuação da nicotina, presente no tabaco, na desregulação no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e no aumento da ação do cortisol no cérebro³⁷. Estas alterações fisiopatológicas são consideradas características dos sintomas depressivos³⁸, portanto, o tabagismo poderia gerar maior suscetibilidade para o desenvolvimento de TMC. Além disso, o tabaco funcionaria como uma “automedicação” para os sintomas do humor depressivo e ansiosos, presentes nos TMC³⁹.

Em relação à associação de TMC com as variáveis aborto e tabagismo, deve-se ressaltar que ambas podem estar sujeitas a causalidade reversa, por não ser possível estabelecer a temporalidade.

Considerando as vantagens do presente estudo, cabe destacar que se trata de uma pesquisa de base populacional. Apesar da ampla produção científica sobre os TMC no Brasil, ainda são escassos os estudos de base populacional realizados na zona rural. Em relação ao instrumento utilizado para o rastreamento de TMC, este estudo utilizou um instrumento validado na população brasileira e empregado em diferentes países¹⁸.

A ocorrência de TMC na zona rural do município de Rio Grande é uma condição comum entre as mulheres estudadas. Apesar de não ter identificado novos fatores de risco ou proteção, o presente estudo deu consistência aos achados dos centros urbanos. Além

disso, há que destacar o fato de tratar-se de um estudo de base populacional com uma amostra representativa e com nível mínimo de perdas.

É certo que esses fatores precisam ser trabalhados individualmente durante consulta com médico ou psicólogo, mas o que parece mesmo imprescindível, já que os fatores de risco são influenciados pela capacidade das mulheres de lidarem com situações estressantes, é promover atividades de acolhimento em saúde mental afim de identificar os casos e encaminha-los, com prioridade para aquelas com mulheres com baixa escolaridade, que sofreram aborto e tabagistas. Isso se torna ainda mais importante por consistir em uma região com elevada cobertura da atenção básica, mas que depende dos serviços de saúde mental localizados no centro urbano.

Referências

1. Goldberg D, Huxley P. Common Mental Disorders. A Bio-social Model. . London: 1992. p. 44-9.
2. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*. 2014; 43(2): 476-93.
3. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de APS*. 2008; 11(3): 285-94.
4. Rocha SV, de Almeida MM, de Araujo TM, Virtuoso JS, Jr. Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(4): 630-40.
5. Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*.

2007; 29(3): 250-3.

6. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Revista brasileira de epidemiologia*. 2002; 5(2): 164-73.

7. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2007; 23: 341-6.

8. Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AAS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57(4): 233-9.

9. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21(1): 73-9.

10. Lima PJP. Avaliação de transtornos mentais comuns em comunidades rurais em Atibaia/SP-Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*. 2015; 7(15): 101-21.

11. Araujo TM, Almeida MG, Santana CR, Araújo EM, Pinho PdS. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro. 2006; 14(2): 260-9.

12. Araújo TM, Pinho PdS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005; 5: 337-48.

13. Rocha SV, Almeida MM, Araujo TM, Virtuoso JS, Jr. Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*. 2010; 13(4): 630-40.

14. Andrade LHSgD, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2006; 33: 43-54.
15. Winters C, Cudney S, Sullivan T. Expressions of depression in rural women with chronic illness. *Rural and remote health*. 2010; 10(4): 1533.
16. Gouveia VV, Chaves SSdS, Oliveira ICPd, Dias MR, Gouveia RSV, Andrade PRd. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2003; 19: 241-8.
17. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological medicine*. 1985; 15(3): 651-9.
18. Wang YP. Manifestações psicopatológicas não-psicóticas em uma amostra da comunidade chinesa da cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
19. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) - a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of biomedical informatics*. 2009; 42(2): 377-81.
20. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International journal of epidemiology*. 1997; 26(1): 224-7.
21. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social science & medicine (1982)*. 2008; 66(4): 1008-18.

22. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, da Silva SR, dos Santos Monteiro JC, GomesSponholz FA. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017; 51(3): 1-8.
23. Araújo TM, Pinho PdS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005; 5(3): 337-48.
24. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM. Mental health status among rural women of reproductive age: findings from the Central Pennsylvania Women's Health Study. *American journal of public health*. 2008; 98(7): 1271-9.
25. Shidhaye R, Patel V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. *Int J Epidemiol*. 2010; 39(6): 1510-21.
26. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Weiss H, Mabey D. Risk factors for common mental disorders in women. *Population-based longitudinal study*. 2006; 189(6): 547-55.
27. Jacka FN, Maes M, Pasco JA, Williams LJ, Berk M. Nutrient intakes and the common mental disorders in women. *J Affect Disord*. 2012; 141(1): 79-85.
28. Baumgartner JN, Parcesepe A, Mekuria YG, Abitew DB, Gebeyehu W, Okello F, et al. Correlates of postpartum common mental disorders: results from a population-based study in Amhara region, Ethiopia. *Archives of women's mental health*. 2016; 19(5): 937-42.
29. Ishida K, Stupp P, Serbanescu F, Tullo E. Perinatal risk for common mental disorders and suicidal ideation among women in Paraguay. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 110(3): 235-40.
30. Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012; 15(3): 560-72.

31. Prins H. *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*. New York: 1978. p. 150.
32. Badsawal R. Rural Women and Marriage. *Sociology and Criminology-Open Access*. 2015: 1-4.
33. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 193(6): 444-51.
34. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*. 2011; 199(3): 180-6.
35. Piccinini CA, Gomes AG, Moreira LE, Lopes RS. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2004; 20(3): 223-32.
36. Campo-Arias A, Herazo E, Barros-Bermúdez JA, Rueda-Jaimes GE, Díaz-Martínez LA. Common mental disorders in Colombian women. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 2011; 40(2): 244-50.
37. Koob GF, Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*. 2001; 24(2): 97-129.
38. Juruena MF, Cleare AJ, Pariante CM. The hypothalamic pituitary adrenal axis, glucocorticoid receptor function and relevance to depression. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2004; 26(3): 189-201.
39. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression: a causal analysis. *Archives of general psychiatry*. 1993; 50(1): 36-43.

Tabela 1 – Características gerais das mulheres da zona rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017 (N=996).

Variáveis	Frequência (%)
Idade	
18 a 29 anos	349 (35,0)
30 a 39 anos	333 (33,5)
40 a 49 anos	314 (31,5)
Escolaridade	
0 a 4 anos	219 (22,0)
5 a 8 anos	346 (34,8)
9 a 11 anos	102 (10,3)
12 anos ou mais	328 (32,9)
Situação conjugal	
Solteira	122 (12,2)
Casada ou com companheiro	828 (83,2)
Separada, divorciada ou viúva	46 (4,6)
Trabalho	
Com carteira assinada	136 (13,7)
Sem carteira assinada	234 (23,5)
Não trabalha	625 (62,8)
Idade que engravidou a primeira vez (n = 990)	
Nunca engravidou	156 (15,8)
27 anos ou mais	85 (8,5)
22 a 26 anos	175 (17,7)
17 a 21 anos	414 (41,8)
13 a 16 anos	160 (16,2)
Número de filhos	
Nenhum	171 (17,2)
Um	315 (31,7)
Dois	299 (30,0)

Comentado [R1]: O Juraci questionou esta categorização. Esta é a nova?

Três ou mais 210 (21,1)

Já teve algum aborto

Sim 156 (15,7)

Atividade social nos últimos 30 dias

Duas ou mais 373 (37,5)

Uma 388 (39,0)

Nenhuma 235 (23,5)

Tabagismo

Sim 153 (15,4)

Álcool (na última semana)

Sim 97 (9,7)

Consultou médico nos últimos 12 meses

Sim 698 (70,2)

Transtornos Mentais Comuns

Sim 361 (36,4)

Tabela 2 - Análise bruta e ajustada para Transtornos Mentais Comuns de acordo com as características analisadas em mulheres da zona rural de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017 (N=996).

		Frequência	Análise Bruta	Análise Ajustada
Variáveis		n (%)	RP ^{II} (IC95%) [†]	RP ^{II} (IC95%) [†]
1º Nível	Idade		0,014*	0,014*
	18 a 29 anos	110 (31,5%)	1,00	1,00
	30 a 39 anos	116 (35,1%)	1,11 (0,86 – 1,44)	1,11 (0,86 – 1,44)
	40 a 49 anos	135 (43,1%)	1,36 (1,06 – 1,76)	1,36 (1,06 – 1,76)
2º Nível	Escolaridade		<0,001*	0,020*
	0 a 4 anos	105 (48,2%)	1,74 (1,31 – 2,30)	1,42 (1,02 - 1,98)
	5 a 8 anos	133 (38,4%)	1,39 (1,06 - 1,81)	1,28 (0,96 - 1,71)
	9 a 11 anos	32 (32,0%)	1,15 (0,77 - 1,73)	1,16 (0,76 - 1,77)
	12 anos ou mais	91 (27,7%)	1,00	1,00
	Situação conjugal		0,014**	0,090**
	Solteira	29 (23,8%)	1,00	1,00
	Casada ou com companheira	308 (37,3%)	1,57 (1,07 – 2,30)	1,36 (0,90 – 2,05)
	Separada, divorciada ou viúva	24 (52,2%)	2,19 (1,28 - 3,77)	1,61 (0,88 - 2,95)
	Trabalho		0,020**	0,366**
	Com carteira assinada	31 (22,8%)	1,00	1,00
	Sem carteira assinada	89 (38,2%)	1,68 (1,11 – 2,52)	1,33 (0,88 – 2,02)
	Não trabalha	241 (38,7%)	1,70 (1,17 – 2,47)	1,35 (0,87 – 2,10)
3º Nível	Renda (quintil) (n = 927)		0,001*	0,063*
	Primeiro (mais pobre)	81 (43,3%)	1,81 (1,24 – 2,62)	1,47 (1,00 - 2,18)
	Segundo	75 (40,3%)	1,68 (1,15 – 2,45)	1,42 (0,96 - 2,11)
	Terceiro	79 (39,1%)	1,63 (1,12 – 2,37)	1,43 (0,97 - 2,09)
	Quarto	58 (33,1%)	1,38 (0,93 – 2,05)	1,28 (0,85 - 1,92)
	Quinto (mais rico)	42 (24,0%)	1,00	1,00
4º Nível	Idade que engravidou a primeira vez (n = 990)		0,019**	0,644**
	Nunca engravidou	37 (23,7%)	1,00	1,00

Comentado [R2]: de acordo com as críticas, esta variável deveria estar no segundo nível. É determinada pela escolaridade e trabalho.

Talvez a renda seja uma variável sozinha no segundo nível.

	27 anos ou mais	25 (29,4%)	1,24 (0,75 - 2,06)	0,98 (0,55 - 1,73)
	22 a 26 anos	76 (43,4%)	1,83 (1,24 - 2,71)	1,33 (0,78 - 2,17)
	17 a 21 anos	154 (37,4%)	1,58 (1,10 - 2,26)	1,13 (0,68 - 1,83)
	13 a 16 anos	67 (42,1%)	1,78 (1,19 - 2,65)	1,21 (0,69 - 2,07)
	Número de filhos		0,002*	0,930*
	Nenhum	45 (26,3%)	1,00	1,00
	Um	110 (34,9%)	1,33 (0,94 - 1,88)	0,77 (0,35 - 1,68)
	Dois	108 (36,2%)	1,38 (0,97 - 1,95)	0,71 (0,32 - 1,56)
	Três ou mais	97 (46,6%)	1,77 (1,24 - 2,52)	0,82 (0,36 - 1,82)
	Já teve algum aborto		0,001**	0,012**
	Não	281 (33,6%)	1,00	1,00
	Sim	79 (50,9%)	1,52 (1,18 - 1,95)	1,40 (1,07 - 1,83)
5° Nível	Atividade social nos últimos 30 dias		0,095*	0,274*
	Nenhuma	93 (39,6)	1,24 (0,95 - 1,63)	1,17 (0,88 - 1,55)
	Uma	150 (38,8)	1,21 (0,96 - 1,55)	1,08 (0,84 - 1,40)
	Duas ou mais	118 (31,8)	1,00	1,00
	Álcool (na última semana)		0,963**	0,862**
	Não	326 (36,4%)	1,00	1,00
	Sim	35 (36,1%)	0,99 (0,70 - 1,41)	1,03 (0,71 - 1,49)
	Tabagismo		0,010**	0,047**
	Não	288 (34,2%)	1,00	1,00
	Sim	73 (48,0%)	1,40 (1,09 - 1,81)	1,32 (1,01 - 1,72)
	Consultou médico nos últimos 12 meses		0,055	0,092
	Não	91 (30,7)	1,00	1,00
	Sim	270 (38,8)	1,26 (0,99 - 1,60)	1,24 (0,96 - 1,60)

* Teste Wald de tendência

** Teste Wald de heterogeneidade

|| Razão de Prevalência

† Intervalo de confiança de 95%

NOTA À IMPRENSA

Uma em cada três mulheres na zona rural do município de Rio Grande apresentam transtornos mentais comuns

Quantas vezes já nos deparamos com pessoas que reclamam sentir insônia, dor de cabeça, cansaço, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, tristeza ou ansiedade, mas que não buscam ajuda profissional por não considerarem algo grave? E você sabia que as mulheres possuem um risco quase duas vezes maior de ter esses sintomas do que os homens?

Para essas situações, em que o indivíduo apresenta três ou mais desses sintomas, devido a sua elevada prevalência na população geral, denominamos transtornos mentais comuns (TMC).

O mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Rio Grande realizou uma pesquisa sobre a saúde da população residente na zona rural do município de Rio Grande. O mestrando Pedro San Martin Soares, sob a orientação do professor Rodrigo Dalke Meucci, avaliou a presença de transtornos mentais comuns em 996 mulheres de 18-49 anos.

Os resultados mostram que 36% das mulheres de 18 a 49 anos na zona rural possuem transtornos mentais comuns. As mulheres mais velhas, com menor escolaridade, que sofreram algum aborto durante a vida e as fumantes apresentaram as maiores frequências deste problema.

É certo que esses fatores precisam ser trabalhados individualmente durante consulta com médico ou psicólogo, mas o que parece mesmo imprescindível, já que os fatores de risco são influenciados pela capacidade das mulheres de lidarem com situações estressantes, é promover atividades de acolhimento em saúde mental afim de identificar os casos e encaminhá-los, com prioridade para aquelas com mulheres com baixa escolaridade, que sofreram aborto e tabagistas. Isso se torna ainda mais importante por consistir em uma região com elevada cobertura da estratégia da saúde da família (ESF), mas que depende dos serviços de saúde mental localizados no centro urbano.

ANEXOS

Anexo 1: General Health Questionnaire – 12 (GHQ-12)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO A SENHORA TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS. ULTIMAMENTE...	
<p>X) A Sra. tem podido concentrar-se bem no que faz?</p> <p>(1) Mais do que o de costume</p> <p>(2) Menos que o de costume</p> <p>(3) Igual ao de costume</p> <p>(4) Muito menos que o de costume</p> <p>(9) IGN</p>	<p>PMCONCETRA _____</p>
<p>X) As preocupações da Sra. têm lhe feito perder muito sono?</p> <p>(1) Absolutamente, não</p> <p>(2) Um pouco mais do que o costume</p> <p>(3) Não mais que o de costume</p> <p>(4) Muito mais que o costume</p> <p>(9) IGN</p>	<p>PMSONO _____</p>
<p>X) A Sra. tem sentido que tem um papel útil na vida?</p> <p>(1) Mais útil que o de costume</p> <p>(2) Menos útil que o de costume</p> <p>(3) Igual ao de costume</p> <p>(4) Muito menos útil que o de costume</p> <p>(9) IGN</p>	<p>PUTILVIDA __</p>
<p>X) Tem se sentido capaz de tomar decisões?</p> <p>(1) Mais que de costume</p> <p>(2) Menos que o de costume</p> <p>(3) Igual ao de costume</p> <p>(4) Muito menos capaz que o de costume</p> <p>(9) IGN</p>	<p>PMDECISOES __</p>
<p>X) A Sra. tem notado que está constantemente agoniada e tensa?</p> <p>(1) Absolutamente, não</p> <p>(2) Um pouco mais do que o costume</p> <p>(3) Não mais que o de costume</p> <p>(4) Muito mais que o de costume</p> <p>(9) IGN</p>	<p>PMTENSA _____</p>
<p>X) A Sra. tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?</p> <p>(1) Absolutamente, não</p> <p>(2) Um pouco mais do que o de costume</p> <p>(3) Não mais que o de costume</p> <p>(4) Muito mais que o de costume</p>	<p>PMDIFICUL _____</p>

<p>(9) IGN</p>	
<p>X) A Sra. tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia? (1) Mais que o de costume (2) Menos que de costume (3) Igual ao de costume (4) Muito menos capaz que de costume (9) IGN</p>	<p><i>PMATINORMAL</i>_____</p>
<p>X) A Sra. tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas? (1) Mais que o de costume (2) Menos que o de costume (3) Igual ao de costume (4) Muito menos capaz que o de costume (9) IGN</p>	<p><i>PMENFRENTAR</i>_____</p>
<p>X) A Sra. tem se sentido pouco feliz e deprimida? (1) Absolutamente, não (2) Um pouco mais que o costume (3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume (9) IGN</p>	<p><i>PMPOUCOFELIZ</i>_____</p>
<p>X) A Sra. tem perdido confiança em si mesma? (1) Absolutamente, não (2) Um pouco mais do que o costume (3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume (9) IGN</p>	<p><i>PMCONFIANÇA</i>_____</p>
<p>X) A Sra. tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada? (1) Absolutamente, não (2) Um pouco mais do que o costume (3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume (9) IGN</p>	<p><i>PMNAOSERVENADA</i>_____</p>
<p>X) A Sra. se sente razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias? (1) Mais que o de costume (2) Menos que o de costume</p>	<p><i>PMFELIZCIRCUNS</i>_____</p>

(3) Igual ao de costume (4) Muito menos que o de costume (9) IGN	
--	--

APÊNDICES

Apêndice 1 – Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em Mulheres em estudos de base populacional.

Autor, ano e local	Delineamento	Instrumento	N	População	Prevalência nas mulheres
Shidhaye, R. Patel, V. 2010. Índia	Coorte	GHQ-12	5073	Mulheres casadas entre 15 a 39 anos residentes na zona rural.	10,7%
Oliver, M. I. et al. 2005. Inglaterra	Transversal	GHQ-12	10842	Indivíduos entre 16 a 64 anos residentes da zona urbana de Somerset	35,2%
Rajmil, L. et al. 1997. Madri.	Transversal	GHQ-12	5605	Indivíduos maiores de 15 anos residentes da zona urbana de 9 cidades da Catalunha.	18,6%
Fezeu, L. K. et al. 2015. Reino Unido.	Coorte	GHQ-30	3375	Indivíduos de 35 a 55 anos residentes da zona urbana.	30,3%
Tawar, S. Bhatia, S. S. Ilankumaran, M. 2014. Índia.	Transversal	SRQ-20	132	Mulheres casadas com 18 a 45 anos residentes na zona urbana de Mumbai.	27,27%
Rocha, S. V. de Almeida, M. M. de Araujo, T. M. Virtuoso, J. S., Jr. 2010. Feira de Santana, Bahia.	Transversal	SRQ-20	3597	Indivíduos com mais de 15 anos residentes da zona urbana.	35,3%
Araujo, T. M. et al. 2005. Feira de Santana, Bahia.	Transversal	SRQ-20	2055	Mulheres com mais de 15 anos residentes da zona urbana.	39,9%
Pinho, P. S. Araújo, T. M. 2002. Feira de Santana, Bahia.	Transversal	SRQ-20	2057	Mulheres com mais de 15 anos residentes da zona urbana.	39,4%
Puertas, G. Rios, C. del Valle, H. 2006. Colômbia.	Transversal	SRQ-20		Indivíduos maiores de 18 anos residentes da zona urbana.	31,0%
Marin-Leon, L. et al. 2007. Campinas-SP. Brasil.	Transversal	SRQ-20	515	Indivíduos com 14 anos ou mais residentes da zona urbana.	24,4%
Ludermir, A. B. et al. 2008. São Paulo-SP. Brasil.	Transversal	SRQ-20	2128	Mulheres de 15 a 49 anos residentes da zona rural e urbana das cidades de São Paulo e Zona da Mata-PE.	34,5%
Ludermir, A. B. et al. 2000. Olinda-PE. Brasil.	Transversal	SRQ-20	683	Indivíduos maiores de 15 anos residentes da zona urbana de Olinda-PE.	45,4%
Jansen, K. et al. 2011. Pelotas-RS. Brasil.	Transversal	SRQ-20	1560	Indivíduos com 18 a 24 anos de idade residentes na zona urbana de Pelotas-RS.	32,2%
Costa, A. G. Ludermir, A. B. 2005. Zona da Mata-PE. Brasil.	Transversal	SRQ-20	483	Indivíduos com 19 anos ou mais residentes da zona rural da Zona da Mata-PE.	44,2%
Maragno, L. et al. 2006. São Paulo-SP. Brasil.	Transversal	SRQ-20	2.337	Indivíduos maiores de 15 anos residentes da zona urbana de São Paulo-SP.	27,99%

Costa, J. S. D. et al. 2002. Pelotas-RS. Brasil.	Transversal	SRQ-20	1954	Indivíduos com 20 a 69 anos residentes da zona urbana de Pelotas-RS.	34,2 %
Lima, M. S. et al. 1996. Pelotas-RS. Brasil.	Transversal	SRQ-20	1270	Indivíduos com 15 anos ou mais residentes da zona urbana de Pelotas-RS.	26,5%
Mendoza-Sassi, R. A; Béria, J. U. 2007. Rio Grande-RS. Brasil.	Transversal	SRQ-20	1260	Indivíduos maiores de 15 anos residentes da zona urbana de Rio Grande-RS.	22,1%
Lima, P. J. P. 2015. Campinas-SP.	Transversal	SRQ-20	355	Indivíduos maiores de 18 residentes da zona rural de Atibaia-SP.	23,3%
Rodrigues-Neto, J. F. et al. 2008. Monte Carlos-MG. Brasil	Transversal	SRQ-20	3090	Indivíduos maiores de 18 anos residentes da zona urbana de Monte Carlos-MG.	30,9%
Krishnaswamy, S. et al. 2011. Malasia.	Transversal	CIS-R	3666	Indivíduos com 30 anos ou mais residentes da zona urbana.	7%
Araya. R. et al. 2001. Santiago, Chile.	Transversal	CIS-R	393	Indivíduos entre 16 a 64 anos residentes da zona urbana do Chile.	15,7%
Patel, V. et al 2006. India	Coorte	CIS-R	2166	Mulheres entre 18 a 50 anos residentes na zona rural.	Incidência 1,8% ao ano
Weich, S. et al. 2004. Inglaterra	Transversal	CIS-R	4281	Indivíduos de 16 a 74 anos residentes da zona urbana da Inglaterra.	19,9%
Jenkins, R. et al. 2010. Tanzania.	Transversal	CIS-R	899	Indivíduos maiores de 16 anos residentes da zona urbana.	3,6%
Jenkins, R. et al. 2012. Kenya.	Transversal	CIS-R	876	Indivíduos de 16 a 64 anos residentes da zona rural.	10,8%
Baumgartner, J. et al. 2016. Etiópia	Transversal	SRQ-20	1174	Mulheres de 15 anos ou mais residentes da zona urbana de Amhara.	18,4%
Anselmi, L. et al. 2008. Pelotas-RS	Transversal	SRQ-20	4297	Indivíduos de 22 anos residentes da zona urbana da cidade de Pelotas-RS.	23,5%
Jenkins, R. et al. 2015. Kenya.	Transversal	CIS-R	1157	Indivíduos com até 60 anos residentes da zona urbana de Nyanza.	17,5%
Kivimäki, G. et al. 2009. Londres.	Transversal	GHQ-30	10308	Indivíduos de 35 a 55 anos residentes da zona urbana de Londres.	30,3%
Ishida, K. et al. 2010. Paraguay.	Transversal	SRQ-20	4409	Mulheres de 15 a 44 anos residentes da zona urbana de Asunción.	27,8%
Jacka, F. et al. 2012. Austrália.	Transversal	GHQ-12	1023	Mulheres de 20 a 94 anos residentes da zona urbana do sudeste da Austrália.	7,9%
Kidwai, R. et al. 2013. Paquistão.	Transversal	GHQ-12	1188	Indivíduos de 18 a 80 anos residentes da zona urbana de Karachi.	20%
Rocha, K. et al. 2012. Espanha.	Transversal	GHQ-12	23760	Indivíduos com 16 anos a 64 anos residentes da zona urbana e rural da Espanha.	29,5%

Fu, T.S. et al. 2013. Taiwan.	Transversal	CHQ-12	1884	Indivíduos maiores de 18 anos da zona urbana de 358 municípios de Taiwan.	28,4%
Noorbala, A. et al. 2012. Irã.	Transversal	GHQ-28	19370	Indivíduos maiores de 15 anos da zona urbana de Tehran.	37,9%
Campo-Arias, A. et al. 2011. Colômbia.	Transversal	GHQ-12	1740	Mulheres maiores de 18 anos da zona urbana de Bogotá.	15,7%
Saurel-Cubizolles, M. et al. 2007. França.	Transversal	GHQ-12	2799	Mulheres maiores de 20 anos da zona urbana da França.	19,8%
Ruiz-Pérez, I. Et al. 2011. Espanha.	Transversal	GHQ-12	29478	Indivíduos com 16 anos a 64 anos residentes da zona urbana e rural da Espanha.	26,3%

Apêndice 2 – Fatores Associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em mulheres em estudos de base populacional.

Autor, ano e local	Delineamento	Instrumento	N	População	Fatores associados
Shidhaye, R. Patel, V. 2010. Índia	Coorte	GHQ-12	5073	Mulheres casadas entre 15 a 39 anos residentes na zona rural.	Idade: 33 a 39 anos: OR: 1,3 (1,1–1,6), Escolaridade: Baixa escolaridade: OR: 2,5 (2,0–3,3) Renda: Baixa renda: OR: 2,5 (1,6–5,0) Violência por parceiro íntimo: OR: 2,0 (1,5–2,6), Abuso de álcool pelo marido: OR: 1,5 (1,3–1,8) Fumantes: OR: 1,7 (1,2–2,2) Álcool: OR: 1,7 (1,2–2,5)
Patel, V. et al 2006. Índia	Coorte	CIS-R	2166	Mulheres entre 18 a 50 anos residentes na zona rural.	Escolaridade: Nenhuma escolaridade: OR: 9,1 (8,2–9,3) 1-9 anos de escolaridade: OR: 6,5 (1,9–9,0) 10-14 anos de escolaridade: OR: 2,5 (1,3–3,0) Estado civil: Casada: OR: 6,6 (1,6-27,8) Divorciada: OR: 9,8 (1,4-71,1) Renda: Baixa renda: OR 4,4 (0,7-5,0) Fumantes: OR 3,8 (1,2–11,6) Álcool: OR 3,9 (0,9–18,0)
Araujo, T. M. et al. 2005. Feira de Santana, Bahia.	Transversal	SRQ-20	2055	Mulheres com mais de 15 anos residentes da zona urbana.	Idade: Acima de 40 anos: RP: 1,28 (1,15-1,42) Estado civil: Viúva, separada ou divorciada: RP: 1,52 (1,31-1,77) Cor de pele: Pele negra: RP: 1,46 (1,22-1,74) Renda: ≤ 1 salário mínimo mensal: RP: 1,84 (1,51-2,23) Escolaridade: Sem acesso a escola: RP: 3,05 (1,90-5,02) Ensino Fundamental: RP: 2,54 (1,57-4,10) Número de filhos: 1 a 2 filhos: RP: 1,44 (1,23-1,68) 3 a 5 filhos: RP: 1,64 (1,40-1,93) 6 a 7 filhos: RP: 2,34 (2,03-2,70) Agressão: RP: 1,73 (1,37-2,20) Aborto: RP: 1,23 (1,01-1,52)
Pinho, P. S. Araújo, T. M. 2002. Feira de Santana, Bahia.	Transversal	SRQ-20	2057	Mulheres com mais de 15 anos residentes da zona urbana.	Dias que realiza trabalho doméstico: Apenas final de semana: RP: 1,23 (1,10-1,38) 5-7 dias: RP: 2,10 (1,34-3,29) Ocupação: Trabalhadora: RP: 1,57 (1,29-1,93) Outra condição: RP: 1,12 (0,98-1,27) Sobrecarga Doméstica:

					<p>RP: 1,23 (1,05-1,44)</p> <p>Escolaridade: Ensino Fundamental: RP: 1,58 (1,34-1,88) Atividade de lazer: RP: 1,53 (1,31-1,78) Renda: ≤ 1 salário mínimo mensal: RP: 1,36 (1,14-1,62)</p>
Ludermir, A. B. et al. 2008. São Paulo-SP. Brasil.	Transversal	SRQ-20	2128	Mulheres de 15 a 49 anos residentes da zona rural e urbana das cidades de São Paulo e Zona da Mata-PE.	<p>Escolaridade: 0 a 4 anos de escolaridade: RO: 3,30 (2,3-4,7) 5 a 8 anos de escolaridade: RO: 2,38 (1,6-3,4) 9 a 11 anos de escolaridade: RO: 1,41 (1,0-2,1) Estado civil: Morando com companheira: RO: 1,60 (1,3-2,0) Namoro com uma relação sexual: RO: 1,53 (1,1-2,1) Separada, divorciada ou viúva: RO: 2,38 (1,8-3,2) Comunicação com o parceiro: Ruim: RO: 1,87 (1,5-2,3) Controle do comportamento do parceiro: Moderadamente controlando: RO 1,84 (1,5-2,3) Muito controlando: RO: 4,56 (3,5-5,9) Problemas de saúde Alguns problemas: 5,21 (3,6-7,6) Muitos problemas: 24,85 (16,0-38,5) Desemprego do parceiro: RO: 1,72 (1,3-2,2) Intoxicação do parceiro <uma vez por semana: RO: 1,35 (1,1-1,7) Quase todos os dias: RO: 3,41 (2,3-5,0) Primeira relação sexual 15 anos, consentido: RO: 1,54 (1,2-2,0) 16 anos, forçado: RO: 1,83 (1,4-2,3) 15 anos, forçado: RO: 3,17 (2,3-4,4) Abuso sexual na infância: RO: 1,77 (1,3-2,5) Mães vítimas de violência: RO: 1,76 (1,4-2,2) Pais separados: RO: 1,28 (0,8-2,0) Assistência social e comunitária Algum: RO: 1,14 (0,9-1,4) Nenhum: RO: 2,78 (1,5-5,1) Contato frequente com a família: Não: RO: 1,47 (1,1-2,0) Apoio da família: Não: RO: 2,31 (1,8-2,9)</p>
Baumgartner, J. et al. 2016. Etiópia	Transversal	SRQ-20	1174	Mulheres de 15 anos ou mais residentes da zona urbana de Amhara.	<p>Qualidade no relacionamento: Ruim/Péssimo: RO: 1,31 (0,80-2,16) Escolaridade: Alguma: RO: 0,87 (0,59-1,30) Apoio de amigos do sexo feminino: Suporte insuficiente: RO: 1,57 (1,17-2,09)</p>

Ishida, K. et al. 2010. Paraguai.	Transversal	SRQ-20	4409	Mulheres de 15 a 44 anos residentes da zona urbana de Asunción.	Escolaridade: 6 anos: RO: 1,30 (1,05-1,62) 7-11 anos: RO: 1,20 (0,98-1,47) 12 anos: RO: 1,18 (0,92-1,51) Renda (quartil): Segundo: RO: 1,55 (1,25-1,92) Terceiro: RO: 1,38 (1,13-1,69) Quarto: RO: 1,23 (1,01-1,50) Violência por parceiro íntimo: Últimos 12 meses: Emocional: RO: 1,58 (1,35-1,86) Física: RO: 1,17 (0,93-1,49) Sexual: RO: 1,47 (1,09-2,00) Há mais de 12 meses: Emocional: RO: 1,32 (1,11-1,56) Física: RO: 1,14 (0,92-1,41) Sexual: RO: 1,25 (0,96-1,64) Consumo de álcool do parceiro: Diariamente / semanalmente: RO: 1,02 (0,87e1,20) Violência na infância: Violência física: RO: 1,19 (1,03-1,37) Violência sexual: RO: 1,28 (0,86-1,90) Violência parental testemunhada: RO: 1,10 (0,95-1,26)
Jacka, F. et al. 2012. Austrália.	Transversal	GHQ-12	1023	Mulheres de 20 a 94 anos residentes da zona urbana do sudeste da Austrália.	Fumantes: 1,53 (1,23-1,94) Ingestão de: Zinco: B: -0,16 (-0,29;-0,04) Magnésio: B: -0,14 (-0,26;-0,03) Fosfato: B: -0,09 (-0,18;0,01)
Campo-Arias, A. et al. 2011. Colômbia.	Transversal	GHQ-12	1740	Mulheres maiores de 18 anos da zona urbana de Bogotá.	Consumo abusivo de álcool: RO: 6,4 (2,7-15,2) Fumo diário de cigarros: RO: 3,3 (2,1-5,0) Condição médica: RO: 2,0 (1,4-2,8) Ingestão diária de café: RO: 1,3 (1,0-1,8)
Saurel-Cubizolles, M. et al. 2007. França.	Transversal	GHQ-12	2799	Mulheres maiores de 20 anos da zona urbana da França.	Possuir filhos: Com menos de um ano: RO: 0,78 (0,48-1,26) Sem filhos: RO: 0,79 (0,56-1,12)

Apêndice 3: Questionário Geral - Domicílio

BLOCO A: DOMICÍLIO	IDENTIFICAÇÃO
Número do setor: __ Número do domicílio: ___ Número do questionário: _____ Endereço (incluir ponto de referência): _____ Data da entrevista: __/__/____ Entrevistadora: _____	ASET __ ANUM ___ ANUQ _____ AENDE ___ ADAT __/__/____ AENT __
x) Qual o seu nome? _____ x) Qual sua idade? ___anos completos (999) IGN X) Sexo (1) Masculino (2) Feminino x) Qual sua cor de pele ou raça? (1) BRANCA (2) PRETA (3) PARDA (4) AMARELO (5) INDÍGENA x) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato? (0) Não (1) Sim → QUAL? _____ x) Existe algum outro telefone ou número de celular que podemos entrar em contato com o Sr.(a)? (0) Não (1) Sim → QUAL? _____	AIDADE ___ ASEXO _ ACORPEL _ FONE _____ FON2 _____
<p>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ITENS DO DOMICÍLIO PARA EFEITO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA. TODOS OS ITENS DE ELETRODOMÉSTICOS QUE VOU CITAR DEVEM ESTAR FUNCIONANDO, INCLUINDO OS QUE ESTÃO GUARDADOS. CASO NÃO ESTEJAM FUNCIONANDO, CONSIDERE APENAS SE TIVER INTENÇÃO DE CONSERTAR OU REPOR NOS PRÓXIMOS SEIS MESES. LEMBRANDO QUE OS DADOS DESSE ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS.</p>	
<p>Sobre os bens que o(a) Sr.(a) tem em casa.</p>	

x) Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular (0) (1) (2) (3) (4+)	AAUTO _
x) Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana (0) (1) (2) (3) (4+)	AEMPR _
x) Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho (0) (1) (2) (3) (4+)	AROUPA _
x) Quantidade de banheiros (0) (1) (2) (3) (4+)	ABANNHO _
x) DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel (0) (1) (2) (3) (4+)	ADVD _
x) Quantidade de geladeiras (0) (1) (2) (3) (4+)	AGELA _
x) Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex (0) (1) (2) (3) (4+)	AFREZ _
x) Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones (0) (1) (2) (3) (4+)	ACOMP _
x) Quantidade de lavadora de louças (0) (1) (2) (3) (4+)	ALAVA _
x) Quantidade de fornos microondas (0) (1) (2) (3) (4+)	AMICR _
x) Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional (0) (1) (2) (3) (4+)	AMOTO _
x) Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca (0) (1) (2) (3) (4+)	ASECA _

x) Até que série/ano o(a) Sr. (a) estudou? Anos completos de estudo: __ anos (99) IGN	AESC __
x) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês (00000) Não recebe renda (99999) IGN	ARF1: _____ ARF2: _____ ARF3: _____ ARF4: _____ ARF5: _____
x) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → QUANTO? R\$ _____ por mês (99999) IGN	AROU _ AQROU _____
x) Quantas pessoas moram no domicílio? Nº __ (99) IGN	AMODO __
x) Alguém no domicílio recebe algum auxílio/ajuda como Programa Bolsa família? (0) Não (1) Sim (9) IGN	APBF _
AGORA VOU CONVERSAR COM O(A) SENHOR(A) SOBRE TRABALHO REMUNERADO.	
x) O(A) Sr. (a) está trabalhando ou já trabalhou? (0) Não, nunca trabalhei (<i>Pule para a questão <ACULT></i>) (1) Não, mas já trabalhei (2) Sim (<i>Pule para a questão <AOCUP></i>) (9) IGN	ATRAB _
x) Se já trabalhou, mas não está trabalhando, qual a sua situação em relação a trabalho? (<i>Depois de marcar a resposta pule para a questão <ACULT></i>)	ANTR _

(1) Desempregado(a) (2) Aposentado(a) (3) Encostado(a) (4) Pensionista (5) Outro _____ (8) NSA (9) IGN	AOUTR _
X) Se está trabalhando qual é sua ocupação? Ocupação: _____ (8) NSA	AOCUP _ _ _ _
X) Qual sua forma de vínculo com o seu trabalho? (1) Contrato por prazo indeterminado (2) Contrato por prazo determinado (3) Autônomo (8) NSA (9) IGN	AVINC _
x) A família do(a) Sr. (a) tem algum tipo de cultivo na terra? <i>(Marque mais que uma alternativa)</i> (0) Não cultiva nada (1) Tubérculos (Batata inglesa, batata doce, aipim, mandioca...) (2) Vegetais (Cebola, cenoura, chuchu, abóbora, milho, pimentão, beterraba...) (3) Hortaliças (Alface, couve, rúcula, repolho...)	ACULT _ ACULT1 _ ACULT2 _ ACULT3 _
(4) Frutas (Goiaba, laranja, maçã, limão, mamão, abacaxi, banana...) (9) IGN	ACULT4 _
x) A família tem criação de animais na propriedade? (0) Não (1) Sim (9) IGN	AANIVE _
x) SE SIM: Quais tipos? (1) Bovinos (2) Suínos	AANIT1 _ AANIT2 _

(3) Ovinos	AANIT13 _
(4) Caprinos	AANIT14 _
(5) Peixes e/ou crustáceos	AANIT15 _
(6) Galinhas, frangos e /ou codornas	AANIT16 _
x) A produção para consumo familiar costuma ser suficiente para as necessidades da família na maior parte do ano?	ACONSU _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
x) A família consegue fazer produção para venda ou comercialização na maior parte do ano?	AVENDA _
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
x) Qual o rendimento anual da propriedade com a comercialização do cultivo e dos animais? R\$ _____ (999999) IGN	AREP _ _ _ _ _
AGORA VOU CONVERSAR COM O SENHOR ALGUNS ASPECTOS DE SUA MORADIA	
x) Qual o tipo de construção da moradia?	AMORA _
(1) Alvenaria (2) Madeira	
(3) Mista (9) IGN	
x) A moradia possui algum tipo de fogão à lenha para cozinhar?	ALENHA _
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
x) SE SIM: Com que frequência é utilizado?	ALEFR _
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre	

(8) NSA (9) IGN	
x) A água utilizada nesse domicílio é proveniente de? (1) REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO (2) POÇO OU NASCENTE (3) OUTRO MEIO (9) IGN	AAGUA _
x) O domicílio possui rede de tratamento de esgoto? (0) Não (1) Sim (9) IGN	AESGO _

BLOCO B: MULHERES	IDENTIFICAÇÃO
Número do setor: __	BSET __
Número do domicílio: ___	BNUM ___
Número do entrevistado: ___	BNEN ___
Número do questionário: _____	BNUQ _____
Data da entrevista: __/__/_____	BDAT __/__/_____
Entrevistadora: _____	BENT __
x) Qual é o seu nome? _____	
x) Qual é a sua idade? ___anos completos (999)IGN	BIDADE ___
x) Qual seu peso? ____, _kg (999)IGN	BPESO ____, _
x) Qual a sua altura? ___cm (999)IGN	BALTURA ____, _
x) Qual sua raça ou cor de pele?	BCORPEL _
(1) BRANCA	
(2) PRETA	
(3) PARDA	
(4) AMARELO	
(5) INDÍGENA	
X) Até que série a Sra. estudou?	
Anos completos de estudo: ___ anos (88) NSA (99) IGN	BESC __
X) Qual a sua situação conjugal?	BSICO _
(1) Solteira	
(2) Casada ou com companheiro	
(3) Separada/Divorciada	
(4) Viúva	
(9) IGN	
X) Com quem a Sra. vive atualmente?	
(1) Sozinha	BQVIVE1 _
(2) Com cônjuge ou com companheiro	BQVIVE2 _
(3) Somente com filho(s)	BQVIVE3 _
(4) Com pai e/ou mãe	BQVIVE4 _
(5) Outro	BQVIVE5 _

(9) IGN	
AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE HÁBITO DE FUMAR	
<i>(Considere como ex fumante os indivíduos que pararam de fumar há 1 mês. Para tempos menores do que esse, o indivíduo é considerado fumante. Considerar como fumante o indivíduo que consome 1 cigarro ou mais por dia, há mais de 1 mês.)</i>	
X) A Sra. fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou <i>(Pule para a questão <BALCO>)</i> (1) Já fumou, mas parou <i>(Pule para a questão <BFUMAV>)</i> (2) Sim, fuma (9) IGN	BFUMA _
X) Há quanto tempo a Sra. fuma? (1) Anos (2) Meses __ (88) NSA (99) IGN	BFUMAQ _ BFUMAQT __
X) Quantos cigarros a Sra. fuma por dia? <i>(Depois de anotar esta resposta, pule para a próxima instrução)</i> ___ cigarros (888) NSA (999) IGN	BCIGDIA ___
X) Por quanto tempo a Sra. fumou? (1) Anos (2) Meses __ (88) NSA (99) IGN	BFUMAV _ BFUMAVA __
X) Há quanto tempo a Sra. parou de fumar? (1) Anos (2) Meses __ (88) NSA (99) IGN	BPAROU _ BPAROU1 __
X) Quantos cigarros a Sra. fumava por dia? ___ cigarros (888) NSA (999) IGN	BQFUMAVA ___
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE A FREQUÊNCIA E A QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA QUE A SRA. CONSOME. CONSIDERE UMA DOSE CONFORME A FIGURA MOSTRADA.	

<p>X) Na última semana, a Sra. consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida de álcool?</p> <p>(0) Não (<i>Pule para a próxima instrução</i>)</p>	BALCO _
<p>(1) Sim (9) IGN</p>	
<p>X) Na última semana, em quantos dias, aproximadamente, a Sra. consumiu bebidas alcoólicas?</p> <p>__ Dias por semana (88) NSA (99) IGN</p>	BALCDSEM __
<p>X) Nos dias em que a Sra. bebeu, quantas doses, em média, a Sra. ingeriu por dia?</p> <p>__ Doses por dia (88) NSA (99) IGN</p>	BALCQTD __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SENHORA E A SUA FAMÍLIA	
<p>X) A Sra. está grávida ou amamentando no momento?</p> <p>(0) Não (1) Sim → <i>Se SIM ou não sei, encerre esse questionário.</i> (2) Não sei (9) IGN</p>	BGRAMA _
<p>X) A Sra. tem quantos filhos? __</p>	BFILHOS __
<p>X) A Sra. tem quantos filhos(as) que moram na sua casa?</p> <p>__ filhos</p>	FSNFILHOS __
<p>X) Nos últimos 12 meses a Sra. buscou atendimento no Posto de Saúde?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	FSFREQUENT _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA RELAÇÃO COM SEU PARCEIRO ÍNTIMO. ENTENDEMOS POR PARCEIRO ÍNTIMO QUALQUER RELAÇÃO SEXUAL COM PESSOAS DO SEXO MASCULINO QUE VOCÊ TENHA TIDO AO LONGO DA SUA VIDA.	
<p>X) A Sra. já teve um parceiro íntimo?</p> <p>(0) Não (<i>Pule para a próxima instrução que fala sobre trabalho</i>) (1) Sim</p>	ALPARCINT _

(9) IGN	
ALGUM PARCEIRO ÍNTIMO, AO LONGO DA SUA VIDA, TRATOU A SRA. DA SEGUINTE FORMA:	
X) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? (0) Não <i>(Pule para a questão <ALDEPRECIOU>)</i> (1) Sim (9) IGN	ALINSULTOU _
X) Em caso afirmativo, isso aconteceu nestes 12 meses de sua vida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ALINSULTOU12 _
X) Depreciou ou humilhou a Sra. diante de outras pessoas? (0) Não <i>(Pule para a questão <ALASSUSTOU >)</i> (1) Sim (9) IGN	ALDEPRECIOU _
X) Em caso afirmativo, isso aconteceu nestes 12 meses de sua vida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ALDEPRECIOU12 _
X) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito? (0) Não <i>(Pule para a questão <ALMACHUCOU>)</i> (1) Sim (9) IGN	ALASSUSTOU _
X) Em caso afirmativo, isso aconteceu nesses 12 meses de sua vida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ALASSUSTOU12 _
X) Ameaçou machucá-la ou alguém de quem a Sra. gosta? (0) Não <i>(Pule para a questão <ALDURACA >)</i> (1) Sim	ALMACHUCOU _

(9) IGN	
X) Em caso afirmativo, isso aconteceu nesses 12 meses de sua vida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ALMACHUCOU12 _
X) Qual a duração do relacionamento em que a Sra. mencionou ter vivenciado as situações já citadas? (1) Menos de 6 meses (2) De 6 meses a 1 ano (3) Mais de 1 ano (9) IGN	ALDURACA_
X) O que a Sra. fez quando vivenciou a(s) situação(ões) já citadas? (1) Realizou denúncia aos serviços competentes (serviços de apoio à mulher, delegacias, disk 100, outros) (2) Buscou ajuda em serviços de saúde (ubs, ambulatorios, outros) (3) Solicitou orientações na comunidade em que vive (igrejas, grupos de convivência da comunidade, outros) (4) Procurou apoio da família ou com amigos (5) Não contou a ninguém (6) Outro (9) IGN	ALATITUDE1 _ ALATITUDE2 _ ALATITUDE3 _ ALATITUDE4 _ ALATITUDE5 _ ALATITUDE6 _
X) Por que a Sra. optou por não contar para ninguém? (Só faça esta pergunta se a resposta a pergunta anterior for “não contou para ninguém”. Se não, pule esta pergunta) (1) Medo de separação do parceiro (2) Desconhecimento de onde procurar apoio (3) Vergonha de ter passado por essas situações (4) Sentiu-se ameaçada pelo parceiro (5) Descrença de que algum serviço especializado pudesse auxiliá-la (6) Acreditar que não era necessário	ALSIGILO1 _ ALSIGILO2 _ ALSIGILO3 _ ALSIGILO4 _ ALSIGILO5 _ ALSIGILO6 _

(7) Outros motivos (9) IGN	ALSIGILO7 _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE TRABALHO REMUNERADO	
X) A Sra. está trabalhando ou já trabalhou? (0) Não, nunca trabalhei <i>(Pule para a próxima instrução <BRELIG>)</i> (1) Não, mas já trabalhei (2) Sim <i>(Pule para a questão <BOCUP>)</i> (9) IGN	BTRAB _
X) Se já trabalhou, mas não está trabalhando, qual a sua situação em relação a trabalho? <i>(Depois de marcar a resposta, pule para a questão <BRELIG>)</i> (1) Desempregada (2) Aposentada (3) Encostada (4) Pensionista (5) Outro _____ (8) NSA (9) IGN	BNTR _ BOUTR _
X) Se está trabalhando, qual é a sua ocupação principal?	BOCUP __
Ocupação: _____ (8) NSA	
X) Qual sua forma de vínculo com seu trabalho? (1) Contrato por prazo indeterminado (2) Contrato por prazo determinado (3) Autônomo (8) NSA (9) IGN	BVINC _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE RELIGIÃO	
X) A Sra. pratica alguma religião? (0) Não pratico	BRELIG _

(1) Católica		
(2) Evangélica		
(3) Espírita		
(4) Candomblé/Umbanda		
(5) Não possui		
(6) Outra		
(9) IGN		
AGORA VAMOS FALAR SOBRE LAZER		
Desde , a Sra....		
76) Foi a missa ou culto na igreja?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	Cculto _
77) Foi a uma festa na comunidade?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	cfesco _
78) Foi a uma festa da família?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	cfesfa _
79) Foi a algum baile?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	cbaile _
80) Viajou para outra cidade?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	cviagem _